

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**Transitando lo grupal:
La potencia transformadora
del encuentro**

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ €

121

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 33, Número 121, Marzo, 2022 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<https://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquiús (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquiús

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Galbada, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrola Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortiz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

María de los Ángeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñiz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Expresidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quinones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Roji Menchaca, UNED, Madrid, España

M^o Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Emerging Source Citation Index (ESCI) de la Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Depósito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <https://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/about/submissions>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*: **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el resumen y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El resumen (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las palabras clave (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La tercera página comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en séptima edición de la APA (2019) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las citas textuales o directas (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido del autor, Año, número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre comillas dobles; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en bloque, en un renglón separado, con indizado de 5 espacios sin comillas. Las citas indirectas o no textuales (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido del autor, Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una nueva página, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el 40% de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los últimos cinco años. Cada referencia debe ajustarse al formato de la séptima edición de la APA (2019).

TABLAS Y FIGURAS

Las figuras y tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Cada figura incluida en el manuscrito deberá ser adjuntada en un fichero adicional (preferentemente ".jpeg"), aparte del manuscrito. Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas y las figuras se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla o figura, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial).

En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información.

Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de **doble ciego** (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la *Revista de Psicoterapia*.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la *Revista de Psicoterapia* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO**Monográfico: Transitando lo grupal:
La potencia transformadora del encuentro**

Mónica Rodríguez-Zafra, Laura García & Margarita Izquierdo Martín

Editorial

Transitando lo grupal: La potencia transformadora del encuentro a través de la psicoterapia de grupo.....	1
--	----------

Mónica Rodríguez-Zafra, Laura García Galeán y
Margarita Izquierdo Martín

Historia de la psicoterapia de grupo: Antecedentes, inicio y desarrollo	7
--	----------

Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra

Psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de grupo: Conceptos e intervenciones terapéuticas	27
--	-----------

Mónica Rodríguez-Zafra y Guillermo Gil Escudero

Acción y cuerpo en el grupo: Una visión psicodramática	41
---	-----------

Teresa Andrés Mascuñana y María Andrés Mascuñana

Cuidar el proceso de un grupo: Coordenadas psicodramáticas para su comprensión	55
---	-----------

Natacha Navarro Roldán

La psicoterapia de grupo desde la perspectiva relacional del psicoanálisis	65
---	-----------

Alejandro Ávila Espada

La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia	71
---	-----------

Mónica Rodríguez-Zafra y Laura García Galeán

La ética del encuentro: Reflexiones éticas para el siglo XXI en el contexto de grupos	85
--	-----------

Laura García Galeán y Mónica González Díaz de la Campa

La formación en psicoterapia de grupo. El necesario cambio de los programas asistenciales y de formación.....	101
--	------------

Rosa Gómez Esteban

——Artículos del monográfico de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Aplicaciones de la Gestalt al trabajo en grupo.....	123
--	------------

Jude Austin y Julius A. Austin

Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo	139
Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra	
Los grupos de crecimiento personal: Origen y características.	149
Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra	
Variazione del setting nella psicoterapia di gruppo dovute alla pandemia da COVID19	157
Leonardo Montecchi	
Una experiencia de formación en psicoterapia de grupo en el Servicio de Psicología Aplicada de la UNED	173
Paloma Salamanca Iniesta, Clara Alonso Sánchez, Carlos Otero Ortega, M ^a del Rosario Málaga Castilla, Nazaret Sánchez Rivera y Mónica Rodríguez-Zafra	
——Artículos de Libre Acceso——	
(disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)	
Valoraciones éticas en psicoterapia: Estudio con profesionales de salud mental en España	187
Joaquín Pastor Morales y Carmen del Río Sánchez	
Estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan en discapacidad intelectual.....	205
Leandro Martín Casari, María Florencia Rivas Ganem y Federico Richard	
El desencanto moderno de la psicoterapia. Rendimientos heideggerianos para una nueva fundamentación.....	223
Julián Gómez Peñalver	
Efectividad del feedback formal en salud mental comunitaria en España: Un estudio clínico aleatorizado	239
Pau Sánchez-Rotger. Gonzalo Martínez-Alés, Jesús Martí-Esquitino y María Fe Bravo-Ortiz	
Resiliencia, bienestar y estrés postraumático en población española ante el confinamiento y pandemia del COVID-19.....	253
Óscar Sánchez-Hernández, Ana Canales y Nathalie Everaert	

—— Recensión ——

Terapia de grupo: Distintos formatos para distintos contextos.....	267
Nazaret Sánchez Rivera	
Terapia de grupo o terapia en grupo.....	273
Laura García Galeán	

CONTENTS

Monographic: Moving through the group: The transformative power of the encounter

Mónica Rodríguez-Zafra, Laura García & Margarita Izquierdo Martín

From editor

Transiting the group: The transformative power of the encounter through group psychotherapy..... 1

Mónica Rodríguez-Zafra, Laura García Galeán & Margarita Izquierdo Martín

**History of group psychotherapy:
Background, startup and development.....** 7

Guillermo Gil Escudero & Mónica Rodríguez-Zafra

**Psychodynamic psychotherapy and group psychotherapy:
Therapeutic concepts and interventions** 27

Mónica Rodríguez-Zafra & Guillermo Gil Escudero

Body and action in a group: A psychodramatic vision 41

Teresa Andrés Mascuñana & María Andrés Mascuñana

**Take care for the process of a group:
Psychodramatic coordinates for its understanding** 55

Natacha Navarro Roldán

**Group psychotherapy from the perspective of relational
psychoanalysis** 65

Alejandro Ávila Espada

**Group cohesion: Therapeutic factor and requirement for
therapy group creation** 71

Mónica Rodríguez-Zafra & Laura García Galeán

**The ethics of the encounter: Ethical reflections for the
21st century in the context of groups** 85

Laura García Galeán & Mónica González Díaz de la Campa

**Training in group psychotherapy.
The need for change in care and training programmes** 101

Rosa Gómez Esteban

—Open Access Monographic Articles—
(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Gestalt applications to group work 123

Jude Austin & Julius A. Austin

Review of the evidence on effectiveness of group psychotherapy	139
Guillermo Gil Escudero & Mónica Rodríguez-Zafra	
Personal development groups: Origin and characteristics	149
Guillermo Gil-Escudero & Mónica Rodríguez-Zafra	
Change in setting in group psychotherapy due to the COVID19 pandemic.....	157
Leonardo Montecchi	
A training experience in group psychotherapy at the Applied Psychology Service of the UNED	173
Paloma Salamanca Iniesta, Clara Alonso Sánchez, Carlos Otero Ortega, M ^a del Rosario Málaga Castilla, Nazaret Sánchez Rivera & Mónica Rodríguez-Zafra	
——Open Access Articles——	
(accessible only through http://revistadepsicoterapia.com)	
Ethical evaluations in psychotherapy: Study with mental health professionals in Spain.....	187
Joaquín Pastor Morales & Carmen del Río Sánchez	
Therapist's personal style of psychologists in intellectual disability work.....	205
Leandro Martín Casari, María Florencia Rivas Ganem & Federico Richard	
The modern breakdown of psychotherapy. Yields of heideggerian ontology for a new foundation	223
Julián Gómez Peñalver	
Effectiveness of formal feedback in mental health community in Spain: A randomized clinical study.....	239
Pau Sánchez-Rotger, Gonzalo Martínez-Alés, Jesús Martí-Esquitino & María Fe Bravo-Ortiz	
Resilience, well-being and post-traumatic stress in the lockdown and pandemic of COVID-19	253
Óscar Sánchez-Hernández, Ana Canales & Nathalie Everaert	
—— Review ——	
Group therapy: Different formats for different contexts.....	267
Nazaret Sánchez Rivera	
Group therapy or therapy in group	273
Laura García Galeán	

EDITORIAL

TRANSITANDO LO GRUPAL: LA POTENCIA TRANSFORMADORA DEL ENCUENTRO A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

FROM EDITOR

TRANSITING THE GROUP: THE TRANSFORMATIVE POWER OF THE ENCOUNTER THROUGH GROUP PSYCHOTHERAPY

Mónica Rodríguez-Zafra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>

Profesora titular de Universidad. Facultad de Psicología.
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España

Laura García Galeán

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4260-3662>

Psicoterapeuta Individual y de Grupo. Profesora Colaboradora en la Universidad Pontificia de Comillas y Profesora Colaboradora de Formación Permanente en la UNED
Pertenece a la Asociación Española de Psicodrama.
Miembro del Comité Ético de la Asociación Española de Psicodrama. España

Margarita Izquierdo Martín

Psicóloga Especialista en Clínica por el Ministerio de Educación. Psicóloga Clínica por la EAP (European Association for Psychotherapy) Psicoterapeuta individual y de grupo.
Especialista en Psicodiagnóstico. Especialista en Psicoterapia Dinámica.
Profesora Colaboradora de la UP Comillas. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez-Zafra, M., García, L. e Izquierdo Martín, M. (2022). Transitando lo grupal: La potencia transformadora del encuentro a través de la psicoterapia de grupo [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 1-5. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1133>

Este número monográfico de la *Revista de Psicoterapia* constituye un profundo acto de compromiso personal y grupal, de rigurosidad académica y de generosidad.

De compromiso de todos los autores implicados para dar a conocer sus teorizaciones y experiencias en el ámbito de la Psicoterapia de Grupo, entendiendo todos la importancia de que los terapeutas y dinamizadores de grupo sepan cómo proporcionar los mejores lugares de encuentro interpersonal en el ámbito de la

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mrodriguez@psi.uned.es

Dirección postal: Facultad de Psicología. UNED. c/ Juan del Rosal, 10. 28040. Madrid. España

© 2022 Revista de Psicoterapia



Psicoterapia de Grupo, y conscientes de la fuerza transformadora del *encuentro* tanto en el nivel individual como en el social.

De generosidad y rigurosidad académica por el esfuerzo realizado, por todos y todas los autores y autoras, dirigido a profundizar en los aspectos más actuales de la Psicoterapia de Grupo aunando saber académico y experiencia personal. Con el ánimo, conseguido, de ser comprensibles y didácticos para todos los profesionales y principiantes que sientan interés en acercarse a las teorías clásicas y a los aportes actuales del trabajo de grupo en la actualidad.

Y un acto de generosidad hacia los lectores, los profesionales que se dediquen a la Psicoterapia de Grupo y a los participantes y pacientes que vayan a beneficiarse del trabajo de los terapeutas. Una generosidad que los autores han plasmado con su pasión por el saber, mayor si cabe, cuando se dirige a la mejora de su trabajo y de la enseñanza del mismo en todas sus dimensiones.

Este acercamiento tiene especial relevancia en estos momentos en los que las relaciones de intimidad y de encuentro personal profundo se han visto seriamente afectadas tras las medidas adoptadas para intentar controlar la extensión de la COVID-19.

Por ello, todos los autores de este monográfico han trabajado con el objetivo de remarcar la necesidad del encuentro humano, de dar a conocer las maneras más adecuadas para facilitar la comunicación sanadora en los grupos y comprender la dinámica interna y contextual de lo grupal. Con la intención explícita de promover la salud grupal, desde los pequeños grupos familiares hasta el grupo humano que conformamos todos los miembros de la sociedad. Desde esta fuerza sanadora del encuentro se podrá reconstruir el entramado social necesario e imprescindible para impulsar con fuerzas renovadas la importancia de salir de los diferentes aislamientos y/o confinamientos psíquicos que muchas veces están en la base de tantos sufrimientos humanos. Este ha sido el compromiso que ha conjugado los esfuerzos del grupo de autores de los diferentes trabajos que se presentan al lector.

Y, congruentemente, este trabajo ha sido realizado desde la cooperación y el encuentro de colegas que trascendiendo sus individualidades se han acompañado en momentos difíciles. *Realizando en grupo un trabajo para los grupos.*

Muchos han colaborado con circunstancias personales difíciles conectando con la importancia de la tarea. Desde la consciencia de la eficacia de la terapia de grupo para aliviar el sufrimiento humano.

Una muestra especialmente conmovedora, alegre y generosa, ha sido puesta en palabras por dos de los colaboradores de este trabajo. Nada mejor que sus propias palabras para reflejar lo que ha supuesto para ellos. Que, a modo de emergentes grupales, de este grupo de autores, expresan:

¡Lo conseguimos! Gracias por ser pacientes con nosotras durante este proceso. Mientras escribíamos este capítulo, experimentamos el nacimiento de un niño, una pandemia mundial, un corte de energía de 10 días debido a una tormenta de nieve y un huracán que inundó nuestras casas. Este fue realmente un trabajo de amor...

Un texto que refleja lo vivido, con diferentes matices, por todos los autores durante los casi dos años implicados en este proyecto; dedicación a una tarea humana llena de valores profundos. Estando inmersos, como muchas personas en estos momentos en el planeta, en dificultades laborales, enfermedades, pandemias, confinamientos, imprevistos meteorológicos... recuperaciones físicas y psicológicas, así como el nacimiento de tres nuevas vidas a las que esperamos dejar un mundo más humano, con la fuerza de vida que impulsa el encuentro y la colaboración.

La fuerza de la vida que en todas sus manifestaciones nos ha alimentado cada día. Por lo que la alegría y el entusiasmo por la tarea han constituido los motores esenciales de este *transitar*.

Objetivo de este Monográfico

El trabajo parte de la base de que la Psicoterapia de Grupo es una modalidad de psicoterapia en la que un grupo de personas se reúne con el objetivo de tratar problemas psicológicos personales mediante una mejor comprensión de sí mismo y de las demás personas que promueva la mejora de sus relaciones personales y sociales, así como de la propia relación consigo mismo. Por ello, está centrado en la Contextualización de la Psicoterapia de Grupo y la importancia de revisar y actualizar algunos de los conceptos en función del momento actual.

Se parte también de la idea de que como las personas crecen y se desarrollan siempre en ambientes grupales y que tanto los factores de salud psicológica como de sufrimiento psicológico se gestan en los diferentes grupos relacionales de los que forma parte, es fundamental tener en cuenta que la recuperación también se produce en *Grupos Sanadores*. Lo que pone de relieve la necesidad y pertinencia de abordar la Psicoterapia de Grupo.

Si bien existen factores universales, como se verá a lo largo del monográfico, los avances en el conocimiento sobre la constitución de la subjetividad y la función del “otro” y de los “otros” en la misma, hacen especialmente relevante que se pueda abrir un espacio de reflexión teórico/práctico que ayude al psicoterapeuta de grupos a realizar su labor orientando su quehacer por una/s teoría/s que faciliten su comprensión del fenómeno Grupal y que le ayuden, a su vez, a seguir reflexionando sobre las múltiples dimensiones de éste.

Por ello se ofrecen, a lo largo de los artículos que conforman este Monográfico, visiones plurales e integradoras, que abordan los aspectos más actuales del trabajo con grupos. Con el intento de que sea una referencia para aquellas personas que quieran aproximarse a la comprensión de la Psicoterapia de Grupo y los ámbitos en los que esta modalidad puede aplicarse.

Desde la diversidad de enfoques, todos los trabajos comparten la idea de que el grupo constituye un espacio de intimidad, de respeto, de mutua comprensión, de dar y de recibir, de comprender y comprenderse, de tolerancia, de respeto y de profundo trabajo personal. Así como que el *encuentro* con unos “otros” que nos interpelan, ayuda a releer la propia historia con una comprensión que ayude a re-estructurar

la mirada que tenemos sobre nosotros mismos a través de la mirada de los demás.

El encuentro grupal facilita que, en estos tiempos de los años 20 del siglo XXI, pueda recuperarse la intimidad humana de manera que ayude a sanar las heridas que tienen tanto las vidas de cada uno de los integrantes del grupo como las que ha incrementado la situación de aislamiento y de miedo continuado de los dos últimos años. Un miedo que nos aleja de los demás, que dificulta e impide la función autorreguladora del encuentro personal. Un miedo que mantiene a las personas en un estado de alerta permanente y que el encuentro amable y comprensivo puede ayudar a que se maneje mejor. Que no siga alterando con tanta fuerza nuestro sistema inmune y nuestra capacidad de resiliencia.

Estructuración del Monográfico

El trabajo que presentamos se estructura en cinco áreas.

En el primer grupo de artículos se ofrecen las bases teóricas clásicas y a la vez actuales de la psicoterapia de grupo, así como su contextualización histórica, ofreciendo una visión integradora de los trabajos grupales derivados de las primeras conceptualizaciones teóricas con el objetivo de ofrecer una visión del campo de trabajo y de investigación actual en la Psicoterapia de Grupo (Gil-Escudero y Rodríguez-Zafra, 2022a, 2022b, 2022c; Rodríguez-Zafra y García, 2022; Rodríguez-Zafra y Gil-Escudero, 2022).

En el segundo grupo de artículos se presentan diferentes modelos teóricos, desde los que se trabaja actualmente con grupos de terapia, abarcando el psicoanálisis relacional, la teoría de la Gestalt y el modelo psicodramático en el que se incluye la acción y el cuerpo como elementos fundamentales de la comunicación (Andrés y Andrés, 2022; Austin y Austin, 2022; Ávila-Espada, 2022; Navarro, 2022).

En el tercero, se ofrecen experiencias de trabajo grupal durante los diferentes confinamientos debidos a las medidas tomadas en la situación de pandemia vivida durante los años 2020 y 2021. Se analizan las repercusiones que han tenido sobre el trabajo grupal los nuevos encuadres temáticos (Montecchi, 2022).

En el cuarto, se ofrecen importantes reflexiones sobre la ética del Encuentro en el momento social y cultural actual. Reflexiones imprescindibles para los profesionales de la psicoterapia de Grupo Hoy (García y González Díaz, 2022).

El quinto bloque está dedicado a ofrecer modelos de formación dirigidos a los terapeutas que van a dedicarse a esta modalidad terapéutica. Con el objeto de que puedan ser útiles como ejemplos para Profesoras y Profesores de psicoterapeutas de Grupo. Entendiendo que esta formación requiere unos conocimientos y prácticas específicas y con características diferenciales de otras formaciones (Gómez Esteban, 2022; Salamanca et al., 2022).

En último lugar, se presentan dos reseñas sobre trabajos ya publicados y hemos considerado que pueden ser de relevancia académica en este monográfico (García, 2022; Sánchez Rivera, 2022).

Agradecimientos

A las autoras y autores: Clara Alonso Sánchez, Teresa Andrés Mascuñana, María Andrés Mascuñana, Julius A. Austin, Jude Austin, Alejandro Ávila Espada, Laura García Galeán, Guillermo Gil Escudero, Rosa Gómez Esteban, Mónica González Díaz de la Campa, M^a Rosario Málaga Castilla, Leonardo Montecchi, Natacha Navarro Roldán, Carlos Otero Ortega, Mónica Rodríguez-Zafra, Paloma Salamanca Iniesta y Nazaret Sánchez Rivera. Por su trabajo y dedicación personal.

A Luís Ángel Saúl, Director de la *Revista de Psicoterapia*, por su confianza tanto en las coordinadoras de este trabajo como en su valoración de la Psicoterapia de Grupo, que como experto conoce en todas sus dimensiones.

A nuestras familias... nuestros grupos de referencia, que con su apoyo y comprensión también han sido fuentes de vida y salud para nosotras.

Referencias

- Andrés, T. y Andrés, M. (2022). Acción y cuerpo en el grupo: Una visión psicodramática. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 41-54. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1119>
- Austin, J. y Austin, J. A. (2022). Gestalt Applications to Group Work [Aplicaciones de la Gestalt al Trabajo en Grupo]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 123-138. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1126>
- Ávila-Espada, A. (2022). La psicoterapia de grupo desde la perspectiva relacional del psicoanálisis. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 65-69. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1121>
- García, L. (2022). Recensión de artículo: Terapia de grupo o terapia en grupo [Revisión de artículo, Terapia de grupo o terapia en grupo por L. E. López-Yarto]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 273-280. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1132>
- García, L. y González Díaz, M. (2022). La ética del encuentro: reflexiones éticas para el siglo XXI en el contexto de grupos. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 85-100. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1124>
- Gil-Escudero, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2022a). Historia de la psicoterapia de grupo: Antecedentes, inicio y desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 7-26. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1116>
- Gil-Escudero, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2022b). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>
- Gil-Escudero, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2022c). Los grupos de crecimiento personal: origen y características. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 149-156. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1128>
- Gómez Esteban, R. (2022). La formación en psicoterapia de grupo. El necesario cambio de los programas asistenciales y de formación. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 101-122. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1125>
- Montecchi, L. (2022). Variazione del setting nella psicoterapia di gruppo dovute alla pandemia da [Cambio de escenario en psicoterapia de grupo debido a la pandemia del COVID19]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 157-172. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1129>
- Navarro, N. (2022). Cuidar el proceso de un grupo: Coordenadas psicodramáticas para su comprensión. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 55-63. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1120>
- Rodríguez-Zafra M. y García, L. (2022). La cohesión grupal: factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 71-84. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1122>
- Rodríguez-Zafra, M. y Gil Escudero, G. (2022). Psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de grupo: conceptos e intervenciones terapéuticas. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 27-40. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1118>
- Salamanca, P., Alonso Sánchez, C., Otero, C., Málaga Castilla, M. R., Sánchez Rivera, N. y Rodríguez-Zafra, M. (2022). Una experiencia de formación en psicoterapia de grupo en el Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 173-185. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1130>
- Sánchez Rivera, N. (2021). Terapia de grupo: distintos formatos para distintos contextos [Revisión de artículos: Cambio conceptual en los grupos de crecimiento personal por G. Gil-Escudero y M. Rodríguez-Zafra; Cambio Conceptual en los Grupos de Crecimiento Personal: Un estudio de caso por M. Rodríguez-Zafra, G. Gil-Escudero, J. C. Cenicerros-Estévez y A. Martín-Sánchez; Conflicto entre la Necesidad física y psíquica del contacto humano y el miedo a las personas por M. Rodríguez-Zafra, A. Martín-Sánchez y J. C. Cenicerros-Estévez]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 267-272. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1131>

Lluís Casado Esquiús



El Análisis Transaccional ante los nuevos retos sociales

Adaptación a un mundo en cambio

EDITORIAL CCS

HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO: ANTECEDENTES, INICIO Y DESARROLLO

HISTORY OF GROUP PSYCHOTHERAPY: BACKGROUND, STARTUP AND DEVELOPMENT

Guillermo Gil Escudero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2950-4379>

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta Individual y de Grupos. España

Mónica Rodríguez-Zafra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>

Profesora Titular de la Facultad de Psicología.

Facultad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gil Escudero, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2022). Historia de la psicoterapia de grupo: Antecedentes, inicio y desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 7-26. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1116>

Resumen

Se describen, en primer lugar, los antecedentes de la psicoterapia de grupo haciendo referencia al momento y circunstancias del descubrimiento de la Terapia en grupo como modalidad terapéutica, así como al inicio del desarrollo de conceptos y técnicas grupales. En segundo lugar, se exponen los inicios de la psicoterapia psicodinámica de grupo, que se fundamentó en su inicio esencialmente en la aplicación de los conceptos psicoanalíticos al contexto grupal. Asimismo se examina la aportación a este campo psicoterapéutico del concepto de "grupo como totalidad" y su influencia en la práctica clínica. A continuación se analiza el periodo de expansión de la psicoterapia de grupo, que implicó el desarrollo de múltiples y muy diversas modalidades de psicoterapia de grupo y su aplicación a entornos y problemáticas muy diferentes. Por último, se exponen las características de la terapia de grupo integradora, que se caracteriza por la acumulación e integración de las diversas aportaciones, teóricas y técnicas, a esta modalidad de psicoterapia que se han realizado a lo largo del tiempo desde su inicio hasta la actualidad.

Palabras clave: psicoterapia, historia de la psicoterapia, psicoterapia de grupo, historia de la psicología

Abstract

First, the antecedents of group psychotherapy are described, referring to the moment and circumstances of the discovery of group therapy as a therapeutic modality, as well as the beginning of the development of group concepts and techniques. Second, the beginnings of group psychodynamic psychotherapy are exposed, which was based essentially on the application of some psychoanalytic concepts to the group context. It also examines the contribution to this psychotherapeutic field of the concept of "group as a whole" and its influence on clinical practice. Next, the period of expansion of group psychotherapy is described, which involves the development of multiple and very diverse modalities of group psychotherapy and their application to very different environments and problems. Finally, the characteristics of integrative group therapy are exposed, which is characterized by the accumulation and integration of the various contributions, theoretical and technical, to this modality of psychotherapy that have been carried out over time from its inception to the present.

Keywords: psychotherapy, history of psychotherapy, group psychotherapy, history of psychology

Fecha de recepción: 30 de diciembre de 2021. Fecha de aceptación: 3 enero de 2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mrodriguez@psi.uned.es

Dirección postal: Facultad de Psicología. UNED. c/ Juan del Rosal, 10. 28040. Madrid. España

© 2022 Revista de Psicoterapia



Antecedentes

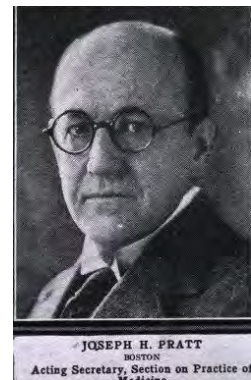
El Descubrimiento de la Terapia en Grupo como Modalidad Terapéutica

Alrededor de 1905 el médico Joseph H. Pratt (figura 1) implantó un sistema terapéutico de clases en grupos para el tratamiento de los pacientes con tuberculosis sin recursos para afrontar un tratamiento interno en los sanatorios médicos (Pratt, 1906, 1907a, 1907b, 1908, 1922a). Estos grupos, de hasta veinte personas, tenían un carácter educativo y de apoyo psicológico en los que semanalmente se impartían clases formales, que incluían normas de alimentación, higiene, descanso, sueño y estilo de vida, seguidas de comentarios en grupo y del análisis de registros conductuales de diverso tipo, por ejemplo, de las actividades al aire libre y de ganancia de peso. Durante las siguientes décadas, este tipo de atención psicoterapéutica en grupo fue cambiando su foco de atención haciendo cada vez menos énfasis en los aspectos físicos de las enfermedades e incrementando el énfasis en las emociones y en su influencia sobre las enfermedades somáticas, así como en los aspectos psicológicos de los grupos y en la interacción entre los miembros de cada grupo. Para Pratt el tratamiento en grupo se convirtió en el elemento terapéutico más importante, a la vez que amplió su utilización a enfermos de otras dolencias médicas, incluyendo también pacientes psiquiátricos, dada la notable mejora del estado emocional de los pacientes (Pratt, 1922b, 1945).

El método de Pratt de lecciones, instrucciones y comentarios en grupo fue adoptado por otros terapeutas que lo utilizaron con diferentes poblaciones y al que introdujeron diversas modificaciones: Lazell (1921, 1930) lo utilizó con pacientes que sufrían esquizofrenia y demencia precoz; Marsh (1931, 1933) lo amplió para extenderlo al conjunto de la población de un hospital; Snowden (1940) impartía ocho clases semanales sobre las causas de diversas enfermedades mentales y comentaba en grupo e individualmente con los pacientes la relación del contenido de las clases con sus problemas; Low (1941) como Klapman (1946) modificaron el método de Pratt haciendo más énfasis en las sesiones de grupo que en las clases formales. Metzel introdujo las técnicas de trabajo en grupo en el tratamiento de alcohólicos (Metzel, 1927) y Dreikurs (1932) también impartió clases y trabajó con grupos de pacientes alcohólicos y de convictos, así como con niños, adolescentes, adultos y familias, desde la perspectiva de la psicología individual de Alfred Adler.

La aportación de Pratt a la psicoterapia de grupo consiste en haber establecido el primer sistema de atención psicoterapéutica continua en pequeños grupos y en haber puesto de manifiesto la importancia de varios aspectos específicos de esta modalidad de tratamiento: la influencia de unos pacientes en otros al convertirse en

Figura 1
Joseph H. Pratt



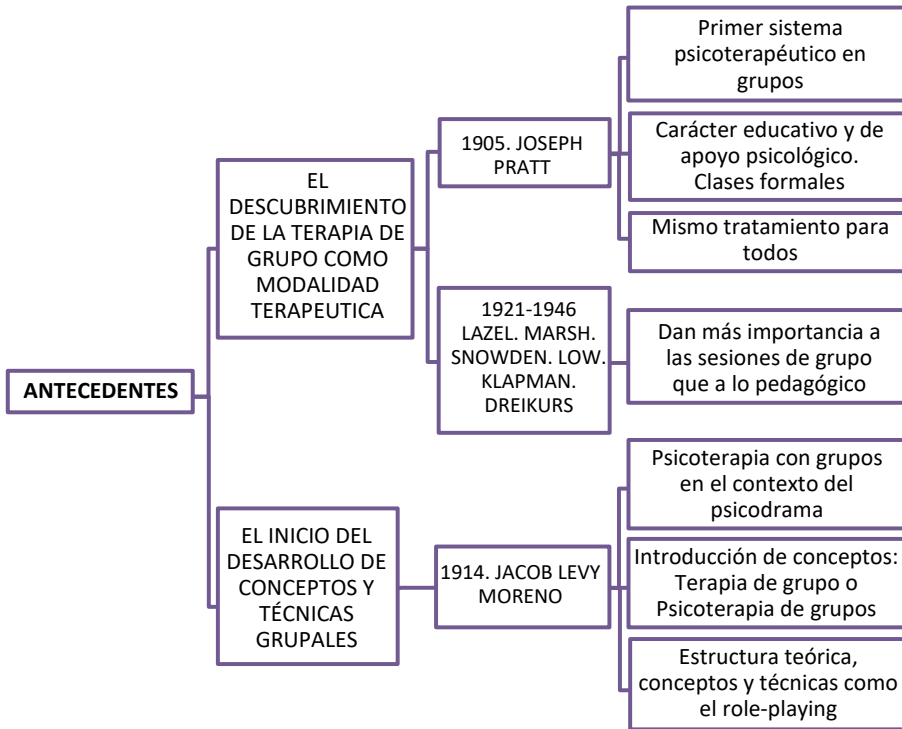
Nota: Imagen tomada de National Library of Medicine. (n.d.). Joseph H. Pratt [101439704]. . <http://resource.nlm.nih.gov/101439704>

modelos esperanzadores para otros pacientes, la importancia del apoyo mutuo y del refuerzo social de los logros de los pacientes, así como la eficacia del tratamiento en grupos homogéneos en los que los pacientes establecen un vínculo común al estar afectados por una enfermedad o dificultad común.

En la figura 2 se presenta un esquema-resumen de los elementos y etapas principales de los antecedentes de la Historia de la Psicoterapia de Grupo.

Figura 2.

Esquema Resumen. Elementos y etapas principales de la Historia de la Psicoterapia de Grupo (Antecedentes)



El Inicio del Desarrollo de Conceptos y Técnicas Grupales

En 1914 Jacob Levy Moreno (figura 3) publicó el primer escrito sobre su trabajo psicoterapéutico con grupos dentro del marco del psicodrama (Moreno, 1914) y a partir de 1932 introduce los términos “terapia de grupo” y “psicoterapia de grupo” (Moreno, 1945, 1946, 1948, 1950; Moreno y Toeman, 1942). El trabajo interactivo psicodramático en grupo proporciona una comprensión escénica de los conflictos intrapsíquicos que resulta terapéutica. En su trabajo psicodramático con grupos desarrolló una estructura teórica para explicar los procesos terapéuticos que

se producen en los grupos, así como conceptos y técnicas que posteriormente se utilizarán en otros enfoques de la psicoterapia de grupo -*role playing*, ayuda mutua, interacción en el aquí y ahora, facilitación de la catarsis, identificación empática, intercambio de roles, etc...-.

Los Inicios de la Psicoterapia Psicodinámica de Grupo

La psicoterapia psicodinámica de grupo propiamente dicha se inicia en 1918 con Trigant Burrow (figura 4) que utilizó por primera vez los conceptos psicoanalíticos en la psicoterapia de grupo a la vez que recurrió a la atención en grupo como un vehículo para llevar a cabo tratamiento psicoanalítico con neuróticos (Burrow, 1926a, 1926b, 1928). En su trabajo exploró la conducta de los grupos, que denominó inicialmente “análisis grupal” (“*group analysis*”) y más tarde “psicoanálisis grupal” (“*group psychoanalysis*”).

Su trabajo experimental con grupos se fundamentó en la idea de que las personas viven en sociedad y son parte de la misma, no son individuos aislados sino seres sociales y deben ser tratados como tales. Para Burrow los trastornos psicológicos tienen su origen en la interacción de los individuos con la sociedad. En esa interacción existe un profundo conflicto entre cómo los individuos se sienten sobre sí mismos y la personalidad social que han creado para sentirse cómodos en la comunidad social. Las percepciones de los otros constituyen las motivaciones para la creación y mantenimiento de la propia imagen que la persona ha llegado a entender como “Yo”; imagen que, a menudo, está en contradicción con su personalidad real, lo que produce el conflicto.

Según Burrow, el esquema comprensivo del método de grupo tiene la ventaja de mantener el material de la vida social e institucional de las personas, mientras que al mismo tiempo parte de este entorno grupal para examinar analíticamente las represiones y sustituciones sociales, de tal modo que el análisis en grupo proporciona un entorno correctivo, evitando el aislamiento del individuo en el tratamiento psicoanalítico. En este examen analítico se considera que toda interacción tiene un contenido manifiesto y un contenido latente reprimido que necesita ser explorado y que es común al grupo como un todo. Para entenderse a sí mismos los individuos pueden expresar en el grupo lo que realmente piensan

Figura 3
Jacob Levy Moreno



Nota: Imagen tomada de Verdugo, A. (n.d.). *Psicoterapia de grupo. Timeline*. <https://www.timetoast.com/timelines/psicoterapia-de-grupo>

Figura 4
Trigant Burrow



Nota: Imagen tomada de Verdugo, A. (n.d.). *Psicoterapia de grupo. Timeline*. <https://www.timetoast.com/timelines/psicoterapia-de-grupo>

y sienten, sin los miedos e inhibiciones provocados por las restricciones sociales y llegan a comprender que no están solos en sus pensamientos y sentimientos a la vez que toman consciencia de estas manifestaciones en otras personas.

Burrow observó que en los grupos se producen los mismos procesos psicológicos que en análisis individual, tales como las relaciones de transferencia y la utilización de mecanismos de defensa y que se verbalizan el mismo tipo de contenidos que en el psicoanálisis individual. Consideraba que un gran valor del método de grupo era su potencial para disminuir la resistencia de los pacientes al proceso de tratamiento, dado que, según los pacientes se hacen conscientes de que su problemática no es única, pierden la necesidad de mantener el secreto y el aislamiento. El método de grupo implantado por Burrow hacía especial hincapié en la interacción en el aquí y el ahora entre los pacientes y prestaba especial atención al “material inmediato” frente a las reminiscencias del pasado.

Louis Wender (1936, 1940, 1951) continuó utilizando un enfoque básicamente didáctico fundamentado en la teoría psicoanalítica en un entorno hospitalario. Sus clases formales y comentarios posteriores en grupo, de una hora de duración, trataban de temas psicológicos (por ejemplo, el consciente y el inconsciente, las pulsiones, el significado de los sueños) y sobre las dificultades derivadas de los mismos. Con el tiempo, los pacientes eran cada vez más capaces de reflexionar sobre sus propios problemas relacionándolos con los contenidos teóricos que se les presentaban en las clases. Observó que el formato de tratamiento en grupo ayudaba a los pacientes a recrear experiencias familiares tempranas junto con las correspondientes transferencias sobre el terapeuta y sobre los miembros del grupo. Asimismo, señaló que la motivación para la mejoría psicológica era mayor en la psicoterapia de grupo que en la individual. Era partidario de mantener un tratamiento individual en paralelo al trabajo en grupo y encontró que los pacientes hablaban más libremente y aportaban más temas conflictivos en las sesiones de terapia individual cuando asistían al mismo tiempo a un grupo de psicoterapia.

Paul Schilder (1936, 1939) fue un pionero en la utilización de los grupos pequeños para llevar a cabo un tratamiento psicoanalítico profundo. Trabajó con pacientes neuróticos y psicóticos que previamente habían estado en tratamiento individual con él mismo. Observó que los pensamientos y sentimientos de un miembro del grupo estimulaban la aparición de pensamientos y sentimientos asociados en el resto de los pacientes e hizo hincapié en el efecto socializador del grupo, siendo especialmente valioso el tratamiento en grupo para los pacientes con ansiedad social (timidez, vergüenza). En sus sesiones utilizaba la asociación libre, la interpretación de las resistencias y transferencias, y el análisis de los sueños, concediendo especial atención al fundamento de la imagen del yo y de la imagen corporal, así como al análisis de las ideologías y creencias de los pacientes que conforman su vida en comunidad. Señaló que, aunque se iniciaban en un nivel intelectual, los comentarios de los pacientes en el grupo profundizaban hasta el análisis de las experiencias privadas personales.

Alexander Wolf (1949) también utilizó los conceptos del psicoanálisis individual en la situación de grupo, especialmente los de resistencia al cambio y a la comprensión, interpretación y transferencia. En su enfoque teórico, el grupo proporciona una situación en la tienen lugar regresiones a acontecimientos infantiles y del pasado, y en la que es posible la elucidación de las transferencias y las resistencias. La presencia de otros miembros en el grupo incrementa las posibilidades de exploración de diversas relaciones, ampliando de ese modo el contexto en el que pueden examinarse los conflictos intrapsíquicos del paciente (Wolf y Schwartz, 1962).

Wolf, hizo hincapié en la idea de que el grupo recrea la dinámica familiar de los pacientes de diversas formas. Desarrolló el concepto de transferencia múltiple, según el que los pacientes realizan no solamente una transferencia sobre el terapeuta sino que realiza múltiples transferencias con el resto de las personas en el grupo. Prestó especial importancia a la formación y entrenamiento de los psicoterapeutas, especialmente para la psicoterapia de grupo, y se puede considerar que es el iniciador de la enseñanza especializada como psicoterapeuta y psicoterapeuta de grupos a través de la participación como participante en grupos psicoterapéuticos. Asimismo, introdujo la práctica de la realización de sesiones de grupo sin la presencia del psicoterapeuta (Wolf y Schwartz, 1962).

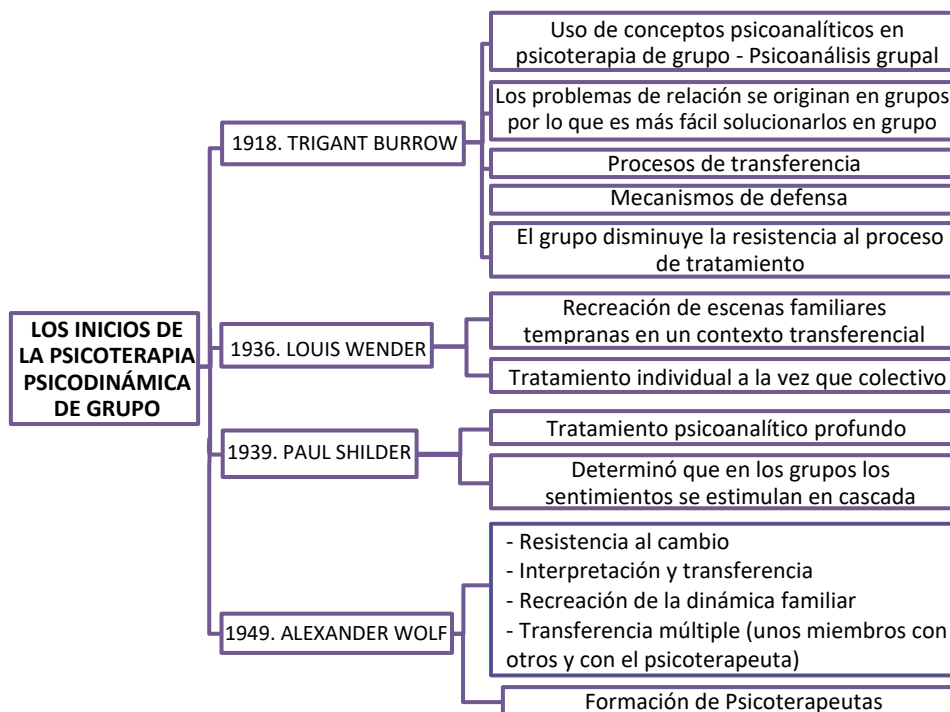
Burrow, Wender, Schilder y Wolf, iniciaron la aplicación sistemática de los conceptos del psicoanálisis individual a un contexto de grupo con el objetivo de la integración social. Desde su perspectiva, la unidad principal de análisis es el individuo, no el grupo. Importaron al trabajo de grupo los conceptos psicoanalíticos básicos de resistencia y transferencia. Para ellos, la tarea terapéutica esencial en el grupo es la interpretación al paciente de sus actitudes hacia el terapeuta y hacia otras personas en el grupo que reflejan bien una resistencia defensiva a la consciencia y a la comprensión o insight, o bien una inadecuada retrotracción al pasado, o transferencia, del modo de relacionarse con sus progenitores. Estas actitudes interpersonales se ponen en evidencia y representan dramáticamente en diversas interacciones con el resto de personas en el grupo. Consideraban que las interpretaciones más efectivas y penetrantes eran las que conectaban una reacción emocional presente en la situación de grupo con un patrón de interacción emocionalmente significativo con figuras importantes del pasado. En el marco de esta concepción teórica, el terapeuta es percibido inconscientemente como un padre simbólico y se percibe al resto de los miembros del grupo como hermanos. En este contexto, el individuo supera su aislamiento gracias al intercambio interpersonal (Schilder, 1936).

En paralelo a la aplicación de la psicoterapia de grupo con sujetos adultos, Laurretta Bender (1937) y Samuel Slavson (1934) inician su utilización con niños y adolescentes con problemas de conducta, tanto niños excesivamente agresivos como inadecuadamente retraídos. Organizan grupos pequeños centrados en actividades, en las que el juego, las manualidades, el deporte y la conducta espontánea permiten a los niños con trastornos emocionales expresar y actuar sus conflictos internos, a la vez que se hacen susceptibles de observación por parte del terapeuta.

En la figura 5 se presenta un esquema-resumen de los elementos y etapas principales de los inicios de la psicoterapia psicodinámica de grupos.

Figura 5

Esquema Resumen. Elementos y Etapas Principales de los Inicios de la Psicoterapia Psicodinámica de Grupos



Características comunes:

- Relación de conceptos del psicoanálisis individual con el tratamiento en grupo.
- La unidad de análisis seguía siendo el individuo, No el grupo.
- Importación de los conceptos de Resistencia y Transferencia.
- La razón del grupo era básicamente la interpretación de las actitudes del paciente con el terapeuta y con los demás miembros del grupo.
- Las interpretaciones consideradas más efectivas son las que conectan la reacción emocional presente en el grupo con un patrón de interacción emocional significativo con figuras del pasado.

El Concepto de Grupo como Totalidad

Al inicio de los años 40 Kurt Lewin (figura 6) introdujo en el ámbito de la terapia de grupo el concepto de grupo como totalidad. La idea central, derivada de la psicología de la gestalt, consiste en que el grupo constituye una totalidad que es diferente, y más grande, que los elementos que lo componen (Lewin, 1943, 1951). El concepto de grupo como totalidad se inscribe en el contexto de la “teoría del

campo” que mantiene que la conducta se deriva de una totalidad de hechos coexistentes que constituyen un “campo dinámico” en el que el estado de cada elemento del campo depende de todo el resto de elementos que lo componen. Desde esta perspectiva, la conducta se deriva en mayor medida del “campo” actual que del pasado o del futuro. En la concepción del grupo como un todo, la situación psicológica está constituida por la interacción entre el organismo y el entorno, no por el organismo y el entorno considerados por separado.

Kurt Lewin (1945, 1947) fue el iniciador y promotor del movimiento para el estudio científico de los grupos y estableció el término “dinámica de grupos” para analizar y describir el modo en el que los grupos reaccionan ante las circunstancias cambiantes. La dinámica de grupos es un campo de investigación dedicado al estudio de la naturaleza de los grupos, las leyes de su desarrollo y de su relación con los individuos, otros grupos e instituciones. La dinámica de grupos se compone de dos elementos: el grupo, que es una unidad social de dos o más individuos que comparten un cierto conjunto de creencias, valores, tareas y objetivos, siguen las mismas normas y trabajan para un fin común preestablecido; y la dinámica, que está constituida por el flujo de actividades y acciones que se prevé llevarán al grupo al logro de sus objetivos. En este contexto, una aportación extremadamente significativa de Lewin fue el análisis del liderazgo en los grupos y la clasificación y descripción de sus tipos (Lewin et al., 1939).

Este énfasis conceptual en el grupo como totalidad, con entidad en sí mismo, provocó un cambio en el foco de atención en los grupos de terapia, re-orientándose la concepción de la terapia de grupo de tal modo que su objeto pasa de ser exclusivamente el individuo a que su objeto sea el grupo mismo como unidad. Desde este enfoque las relaciones psicológicas se consideran en términos del entorno en el que se desarrollan, en el que la persona individual ocupa el lugar de una figura en relación con el fondo que constituye el grupo. Por ello, a partir de la aportación de Lewin, se utiliza el concepto de retroalimentación (feedback) del grupo en el que se inscriben las interacciones entre los miembros individuales y con el grupo en su conjunto.

Esta concepción del grupo y de la acción terapéutica en los grupos, facilitó la aparición de los enfoques experienciales con grupos (el movimiento de los laboratorios de entrenamiento, entrenamiento de destrezas básicas, grupos de encuentro, grupos de sensibilización, grupos de crecimiento personal, etc...), en los que se concibe el trabajo con grupos como un medio para promover la experiencia

Figura 6
Kurt Lewin



Nota: Imagen tomada de Biblioteca de Psicología (28 abril, 2017). *Clásicos de la psicología: Kurt Lewin y la teoría del campo.* <https://canalbiblos.blogspot.com/2017/04/clasicos-de-la-psicologia-kurt-lewin-y.html>

y conciencia de sí mismos y de los otros (Gottschalk y Pattison, 1969; Gottschalk et al., 1971; Lippitt et al., 1947; Shaffer y Galinski, 1974).

Asimismo, la concepción del grupo como totalidad de Lewin tuvo una influencia muy relevante en el Reino Unido sobre el trabajo y el marco teórico de S.H. Foulkes, E. James Anthony, Wilfred Bion y H. Ezriel, que consideraban al grupo como un todo como una entidad coherente en sí mismo, enfatizando la importancia de la dinámica de los grupos, de la cohesión del grupo y de las fuerzas que promueven el progreso o la regresión grupal. Desde este enfoque en la terapia de grupo se presta atención a las interacciones en el grupo teniendo en cuenta tanto lo que revelan de cada paciente individual como las tensiones y temas grupales, de tal modo que se considera que el proceso grupal constituye el factor curativo esencial del tratamiento, en mayor grado que las interpretaciones dirigidas hacia la psicodinámica de cada paciente individual. Esta perspectiva presta especial atención a los problemas de los individuos relacionados con la autoridad y el poder, así como a los supuestos básicos que subyacen a los grupos, y utiliza ampliamente los conceptos de figura y fondo, sistema abierto, resonancia, reflejo, identificación e identificación proyectiva, entendiendo que las verbalizaciones y conductas de los pacientes pueden entenderse como intentos de resolver un conflicto grupal que está planteado en un nivel preconscious. Bion se refiere a los estados emocionales recurrentes de los grupos como “supuestos básicos”. Desde su perspectiva en todo grupo están presentes y coexisten dos grupos: el “grupo de trabajo” y el grupo de supuestos básicos. El grupo de trabajo es el aspecto del funcionamiento del grupo que tiene que ver con la tarea primaria del grupo, es decir, para aquello para lo que se ha formado el grupo y que guía la conducta racional del grupo. El grupo de “supuestos básicos” describe los supuestos tácitos subyacentes en los que se basa la conducta del grupo. Bion identificó específicamente tres supuestos básicos: la dependencia, la lucha-huída y el emparejamiento. Cuando un grupo adopta alguno de estos supuestos básicos, este supuesto interfiere con la tarea objeto del grupo. La interpretación por parte del terapeuta de este aspecto de la dinámica del grupo puede favorecer el trabajo eficaz del grupo. (Anthony, 1975; Bion, 1948, 1952/1955; Foulkes, 1968, 1971, 1975, 1983; Stock et al., 1958; Whitaker y Lieberman, 1964). Bion influyó en el desarrollo del programa de terapia de grupo de la clínica Tavistock, que ha sido ampliamente criticada por su rigidez e ineficacia por otros muchos investigadores (Markin y Kasten, 2015; Yalom y Leszcz, 2021). Por otro lado, Balint, quien también adoptó el enfoque del grupo como un todo, señaló la importancia de la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta como un factor extremadamente relevante para la curación (Balint, 1957). Las aportaciones de esta concepción del grupo como totalidad han sido posteriormente asumidas e integradas en los enfoques y teorías posteriores de la psicoterapia de grupo.

La Expansión de la Psicoterapia de Grupo

A partir de 1950 se produce una significativa expansión de la psicoterapia de grupo, ampliándose tanto los tipos de grupos y poblaciones con las que se utiliza como los enfoques teóricos y perspectivas en que se fundamentan. Una parte importante de este crecimiento se debió a la generalización de la psicoterapia de grupo en la práctica privada (Grotjahn, 1977) y a la aplicación de la terapia de grupo a las familias (Ackerman, 1958a, 1958b; Bateson, 1951; Bell, 1961, 1963, 1975; Liberman, 1976; Sager y Kaplan, 1972; Satir, 1964), los niños (Slavson y Schiffer, 1975) y los adolescentes (Berkovitz, 1971; Rachman, 1975). Asimismo, se incrementó su utilización en el área de la psiquiatría (Kaplan y Sadock, 1972a) incluyendo el tratamiento de esquizofrénicos (Abrahams y Varon, 1953) y psicóticos (Battegay y Benedetti, 1971; Speers y Lansing, 1965) y de poblaciones especiales (Seligman, 1982), tales como delincuentes (Jew et al., 1975; Jones, 1960; O'Brien, 1963; Slater y Bishop, 1964; Stephenson y Scarpitti, 1974) y drogadictos (Kaplan y Sadock, 1972b).

Figura 7
Carl Rogers



Nota: Licencia CC. Dibujo de Rogers, C. (18 septiembre, 2018). En Wikipedia, https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Carl_Rogers.jpg

Por otro lado, la psicoterapia de grupo también se vio influenciada por la aparición y el desarrollo de los grupos de crecimiento personal con sus diferentes versiones y orientaciones: el método de laboratorio, los grupos de encuentro, los grupos de sensibilización (Bradford et al., 1964; Peters, 1966; Fletcher, 1967; Gibb, 1970; Lakin, 1971; Stevens, 1976; Back, 1972; Lieberman et al., 1973; Shaffer y Galinsky, 1974; Bradford et al., 1975; Gibb et al., 1975; Egan, 1976; Rose 2008), y la precursora integración de enfoques y técnicas llevada a cabo por William C. Schutz (figura 8) que prestaba una atención especial a la comunicación no verbal en los grupos e incluía, entre otras técnicas, ejercicios bio-

Adicionalmente, los nuevos enfoques teóricos y prácticas con una orientación humanística ejercieron una notable influencia sobre la psicoterapia de grupo, especialmente las aportaciones de la psicoterapia gestalt de Fritz Perls (Feder y Ronall, 1980), de la psicoterapia centrada en la persona de Carl Rogers (Rogers, 1973) (figura 7), del análisis transaccional de Eric Berne (1966), de los grupos “maratón” (Bach, 1954, 1966, 1967a, 1967b, 1967c; Mintz, 1967, 1971; Stoller, 1967, 1968a, 1968b).

Figura 8
William C. Schutz



Nota: CC Fotografía tomada de Schutz, W. C. (11 enero, 2022). En Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/William_Schutz

energéticos, técnicas psicodramáticas, rolfiing y yoga, en un marco humanístico que combinaba las aportaciones de la psicoterapia gestalt, de los grupos de encuentro y de sensibilización, y de los grupos maratón (Schutz, 1963, 1967, 1973a, 1973b).

La Terapia de Grupo Integradora

El rápido crecimiento, en gran parte incontrolado, de las diversas prácticas con grupos y la carencia de unas orientaciones claras para la conducción y liderazgo de los mismos originaron un alto grado de controversia sobre su utilización y eficacia. La extensión de la psicoterapia de grupo a nuevos campos, con nuevos enfoques y aplicada a muy diversas poblaciones, llevó a poner de manifiesto la necesidad de conceptos teóricos propios de la psicoterapia de grupo no prestados de la psicoterapia individual (Whitaker y Liberman, 1964). Asimismo, y debido a la necesidad de un marco teórico y procedimental sólido y estable para la psicoterapia de grupo, se incrementó notablemente el interés por la investigación científica sobre los grupos, sus características, su funcionamiento y su eficacia terapéutica.

En 1975, Irvin Yalom (figura 9) publica su manual Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo (*The Theory and Practice of Group Psychotherapy*) en el que recopila la información relevante hasta el momento sobre la psicoterapia de grupo (Yalom, 1986). El libro de Yalom se convierte a partir de entonces en el libro básico de referencia sobre la teoría y las prácticas de la psicoterapia de grupo. A partir del manual de Yalom de 1986 se elabora un resumen que compila las ideas esenciales sobre la terapia de grupo (Vinogradov y Yalom, 1996) y continúa actualizándose con nuevas ediciones y versiones (Yalom y Leszcz, 2021).

El trabajo de Irvin Yalom proporcionó el marco teórico que la psicoterapia de grupo necesitaba para consolidarse como una disciplina consolidada. Este fundamento teórico se organiza fundamentalmente en torno a las ideas de los factores curativos que hacen que la terapia de grupo resulte eficaz, los procesos de aprendizaje interpersonal y la cohesión del grupo. No obstante, este marco teórico integra y combina en gran medida las aportaciones teóricas previas (Pinney, 1970; Kadis et al., 1974) así como el conocimiento de las investigaciones empíricas de las que Yalom hace una revisión, prácticamente exhaustiva. Adicionalmente, el trabajo de Yalom analiza con detalle las tareas y técnicas disponibles para el terapeuta de grupo, las características y evolución de los grupos, así como las prácticas en la selección de los pacientes y en la creación de grupos, y el adiestramiento de los psicoterapeutas de grupo.

Para Yalom, la mayor capacidad del grupo para fomentar el cambio se produce gracias a la interacción grupal en el aquí y el ahora. El grupo, si se estructura de

Figura 9
Irvin Yalom



Nota: CC Fotografía tomada de Yalom, I. D. (13 junio, 2021). En Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Irvin_D._Yalom

modo adecuado, se convierte en un microcosmos social que representa tanto al entorno social actual como al entorno de las primeras experiencias significativas de los pacientes. En ocasiones el grupo facilita el aprendizaje interpersonal, tanto a través del conocimiento de las vivencias y experiencias de los otros miembros del grupo como a través de sus reacciones a las propias experiencias, y promueve el desarrollo de experiencias emocionales correctivas, que pueden ser aún más importantes que la transferencia y el insight. Para ello, el terapeuta de grupo debe crear una cultura de grupo adecuada en el que se analizan las conductas interpersonales y se conforma un sistema social gracias que se establecen las normas apropiadas para su funcionamiento y a que se presta atención al desarrollo de la cohesión del grupo. Yalom, destaca también la importancia de la retroalimentación entre los miembros de los grupos que, para ser útil debe tener un alto grado de inmediatez, se centra en la persona a la que se responde y en la relación con ella, es de naturaleza afectiva, no es juzgadora y puede incluir un cierto grado de autorevelación.

A través de la repetición de experiencias en la situación de terapia de grupo los pacientes aprenden sobre sus transacciones interpersonales que son inadaptativas y sobre sus percepciones distorsionadas de los otros que provocan en otras personas respuestas negativas o indeseables. Los mecanismos básicos para que este aprendizaje se produzca son la auto-observación y la retroalimentación de los otros miembros del grupo (Rutan y Stone, 2005). Asimismo, el adecuado equilibrio entre la elaboración emocional y la comprensión racional en el contexto del grupo es un factor especialmente relevante para que se produzca un cambio profundo y significativo de las concepciones, las actitudes y las conductas de los pacientes.

Gracias a la aportación integradora de Yalom y al desarrollo de otros manuales sobre la psicoterapia de grupo (Behr y Hearst, 2005; Friedman, 1979; Corey, 1981; Whitaker, 1985; Benson, 1987; Friedman, 1989; Kutash y Wolf, 1990; Bernard y MacKenzie, 1994; Barnes et al., 1999; Chazan, 2001; Rutan y Stone, 2001; Brabender, 2002; Ringer, 2002; Brabender et al., 2004) se reconoce actualmente que la psicoterapia de grupo es un método viable de ayuda psicoterapéutica a los individuos, a través de múltiples tipos de grupos, técnicas de intervención y orientaciones teóricas, a la vez que se siguen desarrollando investigaciones sobre la eficacia de las experiencias grupales y sobre el trabajo con grupos.

Aportaciones de Autores de Habla Hispana

En el ámbito del psicoanálisis argentino y, en consecuencia, asimismo en sus principales ámbitos de influencia (América latina y España), ámbitos que se han mantenido relativamente aislado del mundo académico de influencia anglosajona por razones de carácter ideológico y de limitaciones lingüísticas, han tenido influencia las propuestas de Enrique Pichón-Rivière, centradas en su teoría del Grupo Operativo. Esta teoría hace hincapié en los conceptos de funcionamiento dialéctico de los grupos y la relación entre dialéctica, homeostasis y cibernética (Pichón-Rivière, 1985, 1995, 1999).

Según la teoría de los grupos de Pichón-Rivière el grupo es un espacio que modifica las condiciones concretas de existencia, una Gestalt o estructura en movimiento por su dimensión temporal. Desde una concepción operativa entiende al grupo como un conjunto de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, articulados por su mutua representación interna que se plantea explícita e implícitamente una tarea que constituye su finalidad.

El grupo puede desencadenar ansiedades primitivas frente a lo nuevo, lo desconocido, lo extranjero y el hecho de mostrarse a sí mismo. Estas ansiedades pueden limitarse a dos ansiedades básicas, que Pichón-Rivière llama el “miedo a la pérdida” y el “miedo al ataque”. Los denomina «miedos» para connotar el carácter emocional del objeto externo y el efecto de la presencia del otro. El “miedo al ataque” surge porque lo nuevo es experimentado como peligroso, arriesgándose a atacar al Yo y ser motivo de preocupación; “el miedo a la pérdida” surge cuando se teme dañar el patrimonio del grupo.

Pichón-Rivière agrega que esta situación es empírica y no virtual, sino un grupo limitado de personas que se encuentran unidas en un mismo tiempo y espacio, en un interjuego de representaciones reunidas por una tarea en común. No hay un vínculo de grupo sin tarea. La teoría de los grupos separa dos momentos grupales bien diferenciados en relación a esa tarea que tienen en común, a saber: la Pre-tarea: es un momento en el que se produce un tipo de ansiedad confusional y está definido por la capacidad del grupo de centrarse en la tarea; y la Tarea: momento en el que se produce la ansiedad esquizo-paranoide y al miedo al ataque, es decir, a niveles de amenaza que genera lo desconocido. Aparece en esta instancia la posibilidad de un proyecto, que luego dará lugar a un tipo de ansiedad depresiva y miedo a la pérdida de los referentes que se venían manejando.

Su teoría de los grupos incluye diversos vectores grupales: la Afiliación, que es la identificación de los integrantes con el grupo. Existe un momento en donde los integrantes se sienten más o menos afiliados; la Pertenencia que se produce cuando cada integrante del grupo tiene una representación de cada uno de los miembros del grupo; la Pertinencia que se refiere al acercamiento que se da hacia la tarea, el modo en el que se produce en función de la tarea explícita; la Cooperación, en la que es clave si predomina la cooperación o la competencia en el grupo; el Aprendizaje, por el que se aprecian los niveles de aprendizaje formal y no formal que atraviesan el grupo; la Comunicación, que pone de manifiesto el tipo de comunicación entre los integrantes del grupo; y el Telé, concepto tomado del psicodrama y que está relacionado con los niveles de afinidad y rechazo que hay entre los integrantes del grupo (Bacigalupi, 2018).

Pichón-Rivière afirma que el grupo operativo es «un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades crecidas en el campo grupal» y no en cada integrante, lo que sería un tratamiento individual en el grupo. El paciente que anuncia un acontecimiento es el portavoz de sí mismo y a la vez de las fantasías inconscientes del grupo. En

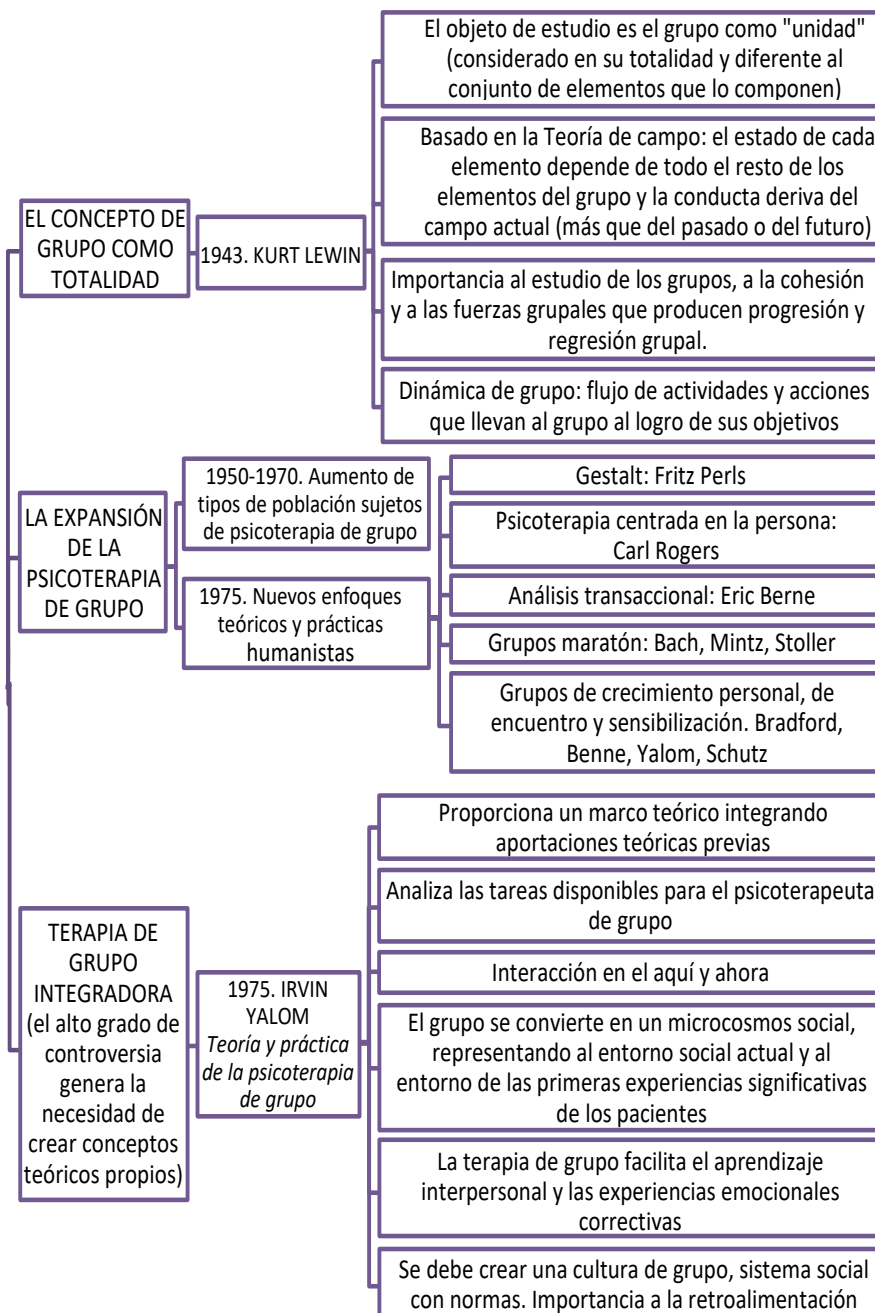
esto reside la gran diferencia de la técnica operativa con respecto a otras técnicas grupales, ya que la interpretación se hace en dos tiempos y en dos direcciones distintas. La interpretación operativa empieza por el portavoz y luego se señala y amplía lo explicitado al grupo, señalando que es un producto de la interacción de los miembros entre sí y el coordinador. Si el portavoz lo que expresa es la resistencia al cambio, el grupo puede solidificarse estereotipándose, como defensa ante la ansiedad que produce el cambio. El grupo es aquí una conspiración que tiende a desplazar al equipo terapéutico (que puede significar ser el agente de cambio). El grupo conspirado tiende a inmovilizarse y a mantener la estructura preexistente (García de la Hoz, 1977). Bauleo define el grupo operativo como todo grupo en el cual la explicitación de la tarea, y el accionar a través de ella, permite no sólo su comprensión sino también su ejecución. En otras palabras dicho, en la dinámica grupal se tratará la tarea (tema, ocupación, tarea, etc.), la cual en un juego dialéctico, será desmenuzada, analizada y recompuesta en un movimiento cuya ordenación lógica no puede reglamentarse de antemano, aunque sí prever estando en el movimiento; dicha tarea alcanzará su racionalidad en la enunciación totalista de la misma, síntesis ya enriquecida por el grado integrativo que se dio a través de un pasaje entre lo afectivo y lo pensado (Bauleo, 1969).

El grupo se vuelve operativo, cuando desde una estereotipia inicial, adquiere plasticidad y movilidad a través de la tarea, cuando los roles se hacen intercambiables, Conceptos importantes en la operatividad de un grupo son la pertenencia, la cooperación y la pertinencia, principios básicos que rigen la estructura de todo grupo humano. En el grupo operativo, la pertenencia tiene que ver con una cohesión del grupo más fuerte que en el primer momento de integración. Es el grado de afiliación de cada integrante a la estructura grupal. Esto permite elaborar a cada integrante una estrategia, una táctica, una técnica y hace posible una planificación. La cooperación consiste en la contribución, aún silenciosa, a la tarea grupal. Se establece sobre la base de roles diferenciados. La pertinencia consiste en el centrarse del grupo en la tarea y en el esclarecimiento de la misma (García de la Hoz, 1977).

En la figura 10 se presenta un esquema-resumen de los elementos y etapas principales a partir de los años 40 de la historia de la psicoterapia de grupos.

Figura 10

Esquema Resumen. Elementos y Etapas Principales a Partir de los Años 40 de la Historia de la Psicoterapia de Grupos



Referencias

- Abrahams, J. y Varon, E. (1953). *Maternal dependency and schizophrenia: Mothers and daughters in a therapeutic group; a group analytic study* [Dependencia materna y esquizofrenia: Madres e hijas en un grupo terapéutico; un estudio analítico de grupo]. International Universities Press.
- Ackerman, N. (1958a). *The psychodynamics of family life* [La psicodinámica de la vida familiar]. Basic Books.
- Ackerman, N. (1958b). Toward an integrative therapy of the family [Hacia una terapia integradora de la familia]. *American Journal of Psychiatry*, 114(8), 727-733. <https://doi.org/10.1176/ajp.114.8.727>
- Anthony, E. J. (1975). There and then and here and now [Allí y entonces y aquí y ahora]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(2), 163-167. <https://doi.org/10.1080/00207284.1975.11491883>
- Bach, G. R. (1954). *Intensive Group Psychotherapy* [Psicoterapia Grupal Intensiva]. Ronald Press.
- Bach, G. R. (1966). The marathon group: Intensive practice of intimate interaction [El grupo maratón: práctica intensiva de interacción íntima]. *Psychological Reports*, 18(3), 995-1002. <https://doi.org/10.2466/pr0.1966.18.3.995>
- Bach, G. R. (1967a). Marathon group dynamics: I. Some functions of the professional group facilitator [Dinámica de grupo maratón: I. Algunas funciones del facilitador de grupo profesional]. *Psychological Reports*, 20(3), 995-999. <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.20.3.995>
- Bach, G. R. (1967b). Marathon group dynamics: II. Dimensions of helpfulness: Therapeutic aggression [Dinámica de grupos de maratón: II. Dimensiones de la utilidad: agresión terapéutica]. *Psychological Reports*, 20(3), 1147-1158. <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.20.3c.1147>
- Bach, G. R. (1967c). Marathon group dynamics: III. Dimensions of disjunctive contact [Dinámica de grupos de maratón: III. Dimensiones del contacto disyuntivo]. *Psychological Reports*, 20(3), 1163-1172. <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.20.3c.1163>
- Bacigalupi, M. (18 de marzo 2018). Pichón-Rivière: El vínculo y teoría de los grupos. E-Salud. <https://www.esalud.com/pichon-riviere/>
- Back, K. W. (1972). *Beyond words: The story of sensitivity training and the encounter movement* [Más allá de las palabras: la historia del entrenamiento de la sensibilidad y el movimiento de encuentro]. Russell Sage.
- Balint, M. (1957). *The Doctor, His Patient and the Illness* [El/la doctor/a, su paciente y la enfermedad]. International Universities Press.
- Barnes, B., Ernst, S. y Hyde, K. (1999). *An introduction to group work: A group-analytic perspective* [Una introducción al trabajo en grupo: una perspectiva grupoanalítica]. Macmillan.
- Bauleo, A. (1969). El grupo operativo. *Cuadernos de Psicología Concreta*, 1.
- Behr, H. y Hearst, L. (2005). *Group-Analytic Psychotherapy: A Meeting of Minds* [Psicoterapia grupoanalítica: un encuentro de mentes]. Whurr Publishers. <https://doi.org/10.1002/9780470713006>
- Bernard, H. S. y MacKenzie, K. R. (1994). *Basics of group psychotherapy* [Fundamentos de la psicoterapia de grupo]. Guilford Press.
- Battegay, R. y Benedetti, G. (1971). *Psychodynamic approach to group therapy and to psychotherapy of psychotics* [Enfoque psicodinámico de la terapia de grupo y de la psicoterapia de psicóticos]. Munksgaard.
- Bell, J. E. (1961). *Family group therapy: A method for the psychological treatment of older children, adolescents and their parents* [Terapia de grupo familiar: un método para el tratamiento psicológico de niños mayores, adolescentes y sus padres]. US Department of Health, Education and Welfare.
- Bell, J. E. (1963). A theoretical position for family group therapy [Una posición teórica para la terapia de grupo familiar]. *Family Process*, 2(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1963.00001.x>
- Bell, J. E. (1975). *Family therapy* [Family therapy]. Aaronson.
- Bender, L. (1937). Group activities in a children's ward as method of psychotherapy [Actividades grupales en un pabellón infantil como método de psicoterapia]. *American Journal of Psychiatry*, 93(5), 151-173. <https://doi.org/10.1176/ajp.93.5.1151>
- Benson, J. F. (1987). *Working more creatively with groups* [Trabajando más creativamente con grupos]. Routledge.
- Berkovitz, I. H. (1971). *Adolescents grow in groups: Experiences in adolescent group psychotherapy* [Los adolescentes crecen en grupo: Experiencias en psicoterapia de grupo adolescente]. Brunner/ Mazel.
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment* [Principios del tratamiento de grupo]. Oxford University Press.
- Bion, W. R. (1948). Experiences in groups [Experiencias en grupos]. *Human Relations*, 1-4. <https://doi.org/10.1177%2F001872674800100303>
- Bion, W. R. (1955). Group dynamics: a review [Dinámica de grupo: una revisión]. En M. Klein, P. Heimann y R. Money-Kyrle (Eds.), *New Directions in Psychoanalysis* (pp. 440-477). Tavistock. (Reimpreso de "Group dynamics: a review" 1952, *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 235-247)
- Brabender, V. A. (2002). *Introduction to group therapy* [Introducción a la terapia de grupo]. Wiley and Sons.

- Brabender, V. A., Fallon, A. E. y Smolar, A. I. (2004). *Essentials of group therapy [Fundamentos de la terapia de grupo]*. Wiley.
- Bradford, L. P., Gibb, J. R. y Benne, K. D. (1964). *T-group theory and laboratory method [Psicodinámica del grupo T: Aplicaciones psicoterapéuticas y educacionales]*. Wiley.
- Bradford, L. P., Benne, K. D. y Gibb, J. R. (1975). *El laboratorio psicoterapéutico*. Paidós.
- Burrow, T. (1926a). The laboratory method in psychoanalysis, its inception and development [El método de laboratorio en psicoanálisis, sus inicios y desarrollo]. *American Journal of Psychiatry*, 82(3), 345-355. <https://doi.org/10.1176/ajp.82.3.345>
- Burrow, T. (1926b). The group method of analysis [El método de análisis grupal]. *Psychoanalytical Review*, 14, 268-280.
- Burrow, T. (1928). The basis of group analysis or the analysis of the reactions of normal and neurotic individuals [La base del análisis de grupo o el análisis de las reacciones de los individuos normales y neuróticos]. *British Journal of Medical Psychology*, 8, 198-202. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1928.tb00686.x>
- Chazan, R. (2001). *The group as therapist [El grupo como terapeuta]*. Jessica Kingsley.
- Corey, G. (1985). *Theory and practice of group counseling [Teoría y práctica de la consejería grupal]*. Wadsworth.
- Dreikurs, R. (1932). Early experiments with group psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 13(4), 882-891. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1959.13.4.882>
- Egan, G. (1976). *El laboratorio de relaciones interpersonales: Teoría y práctica del "sensitivity training"*. Paidós.
- Ezriel, H. (1952). Notes on psychoanalytic group therapy II. Interpretation [Apuntes sobre la terapia de grupo psicoanalítica II. Interpretación]. *Research Psychiatry*, 15(2), 119-126. <https://doi.org/10.1080/00332747.1952.11022866>
- Feder, D. y Ronall, R. (1980). *Beyond the hot seat: Gestalt approaches to group [Más allá del banquillo: aproximaciones Gestalt al grupo]*. Brunner/Mazel.
- Fletcher, J. R. (1967). *An Analysis of developmental groups in a human relations laboratory [Un análisis de grupos de desarrollo en un laboratorio de relaciones humanas]* (Tesis doctoral, Universidad de Texas).
- Foulkes, S. H. (1968). On interpretation in group analysis [Sobre la interpretación en el análisis de grupo]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 18(4), 432-434. <https://doi.org/10.1080/00207284.1968.11508389>
- Foulkes, S. H. (1971). Access to unconscious processes in the group analytic group [Acceso a procesos inconscientes en el grupo analítico grupal]. *Group Analysis*, 4(1), 4 – 14. <https://doi.org/10.1177/053331647100400102>
- Foulkes, S. H. (1975). A short outline of the therapeutic processes in group-analytic psychotherapy [Un breve resumen de los procesos terapéuticos en la psicoterapia]
- Foulkes, S. H. (1983). *Introduction to group-analytic psychotherapy: studies in the social integration of individuals and groups [Introducción a la psicoterapia grupo-analítica: estudios en la integración social de individuos y grupos]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429476167>
- Foulkes, S. H. y Ledbetter, V. (1969). A note on transference in groups [Una nota sobre la transferencia en grupos]. *Group Analysis*, 1(3) 135-146. <https://doi.org/10.1177/053331646900100304>
- Friedman, W. H. (1979). *How to do groups [Como hacer grupos]*. Jason Aronson.
- Friedman, W. H. (1989). *Practical group therapy: A guide for clinicians [Terapia de grupo práctica: una guía para médicos]*. Jossey Bass.
- García de la Hoz, A. (1977). *La evolución del concepto de grupo operativo. Clínica y Análisis Grupal*, 2(2), 46-55.
- Gibb, J. R. (1970). The effects of human relations training [Los efectos del entrenamiento en relaciones humanas]. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 265-268). Wiley.
- Gottschalk, L. A. y Pattison, E. M. (1969). Psychiatric perspectives on T-Groups and the laboratory movement: an Overview [Perspectivas psiquiátricas sobre los Grupos T y el movimiento de laboratorio: una visión general]. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 823-839. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.6.823>
- Grotjhan, M. (1977). *The art and technique of analytic group therapy [El arte y la técnica de la terapia de grupo analítica]*. Aaronson.
- Jew, C. C., Kim, L. I. C. y Mattocks, A. L. (1975). *Effectiveness of group psychotherapy with character disordered prisoners [Eficacia de la psicoterapia de grupo con reclusos con trastornos del carácter]*. Department of Corrections.
- Jones, H. (1960). *Reluctant rebels: Re-education and group process in a residential community [Rebeldes negativistas: reeducación y proceso grupal en una comunidad residencial]*. Tavistock.
- Kadis, A. L., Krasner, J. D., Weiner, M. F., Winick, C. y Foulkes, S. H. (1974). *Practicum of group psychotherapy [Práctica de psicoterapia de grupo]*. Harper and Row.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1972a). *Group treatment of mental illness [Tratamiento grupal de la enfermedad mental]*. Aaronson.

- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1972b). *Groups and drugs* [Grupos y drogas]. Aaronson.
- Klapman, J. W. (1946). *Group psychotherapy: Theory and practice* [Psicoterapia de grupo: teoría y práctica]. Grune & Stratton.
- Kutash, I. L. y Wolf, A. (1990). *Group psychotherapist's handbook* [Manual del psicoterapeuta de grupo]. Columbia University Press.
- Lakin, M. (1971). *Interpersonal encounter: Theory and practice in sensitivity training* [Encuentro interpersonal: teoría y práctica en el entrenamiento de la sensibilidad]. McGraw Hill.
- Lazell, E. W. (1921). The group treatment of dementia praecox [El tratamiento grupal de la demencia precoz]. *Psychoanalytic Review*, 8(2), 168 – 179.
- Lazell, E. W. (1930). Group psychic treatment of dementia praecox, by lectures in mental re-education [Tratamiento psíquico grupal de la demencia precoz, mediante conferencias de reeducación mental]. *U.S. Veterans' Bureau Medical Bulletin*, 6, 733-747.
- Lewin, K. (1943). Defining the “field at a given time” [Definición del “campo en un momento dado”]. *Psychological Review*, 50(3), 292-310. <https://doi.org/10.1037/h0062738>
- Lewin, K. (1945). The research center for group dynamics at Massachusetts Institute of Technology [El centro de investigación para la dinámica de grupos en el instituto de tecnología de Massachusetts]. *Sociometry*, 8(2), 126–136. <https://doi.org/10.2307/2785233>
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change [Fronteras en la dinámica de grupos: concepto, método y realidad en las ciencias sociales; equilibrio social y cambio social]. *Human Relations*, 1(1), 5-41. <https://doi.org/10.1177/001872674700100103>
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science; selected theoretical papers* [Teoría de campos en ciencias sociales; artículos teóricos seleccionados]. Harper & Row.
- Lewin, K., Lippitt, R., y White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates [Patrones de comportamiento agresivo en climas sociales creados experimentalmente]. *Journal of Social Psychology*, 10(2), 271-279. <https://doi.org/10.1080/00224545.1939.9713366>
- Lieberman, M. A., Yalom, I. y Miles, M. (1973). *Encounter groups: first facts* [Grupos de encuentro: primeros datos]. Basic Books.
- Lieberman, R. P. (1976). *Marital therapy in groups: A comparative evaluation of behavioral and interactional formats* [Terapia marital en grupos: Una evaluación comparativa de los formatos de comportamiento e interacción]. Munksgaard.
- Lippitt, R., Bradford, L. P. y Benne, K. D. (1947). Sociodramatic clarification of leader and group roles, as a starting point for effective group functioning [Clarificación sociodramática de los roles de líder y grupo, como punto de partida para un funcionamiento grupal efectivo]. *Sociatry: A Journal of Group and Inter-group Therapy*, 1, 82-91.
- Low, A. A. (1941). Group psychotherapy [Psicoterapia de grupo]. *Illinois Psychiatric Journal*, 1(2), 3-4.
- Markin, R. D. y Kasten, J. (2015). Group psychotherapy [Psicoterapia de grupo]. En R. L. Cautin y S. O. Lilienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1-6). Wiley and Sons.
- Marsh, L. C. (1931). Group treatment of the psychoses by psychological equivalent of the revival [Tratamiento grupal de las psicosis por equivalente psicológico de la reactivación]. *Mental Hygiene*, 15, 328-349.
- Marsh, L. C. (1933). Experiment in group treatment of patients at Worcester State Hospital [Experimento en el tratamiento grupal de pacientes en el Worcester State Hospital]. *Mental Hygiene*, 17, 396-416.
- Mintz, E. E. (1967). Time-extended marathon groups [Grupos de maratón de tiempo extendido]. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4(2), 65-70. <https://doi.org/10.1037/h0087939>
- Mintz, E. E. (1971). *Marathon groups: Reality and symbol* [Grupos de maratón: Realidad y símbolo]. Appleton-Century-Crofts.
- Moreno, J. L. (1914). *Einladung zu einer begegnung* [Invitación a un encuentro]. Anzengruber/Verlag Portüder Suschitzky
- Moreno, J. L. (1945). Scientific foundations of group psychotherapy [Fundamentos científicos de la psicoterapia de grupo]. En J. L. Moreno (Ed.), *Group psychotherapy: A symposium* (pp. 77-84). American Sociological Association. <https://doi.org/10.2307/2785028>
- Moreno, J. L. (1946). Psychodrama and group psychotherapy. *Sociometry*, 9(2/3), 249-253. <https://doi.org/10.2307/2785011>
- Moreno, J. L. (1948). Psychodrama and group psychotherapy [Psicodrama y psicoterapia de grupo]. *Annals of the New York Academy of Science*, 49(6), 902-903. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1948.tb30972.x>
- Moreno, J. L. (1950). Group psychotherapy: Theory and practice [Psicoterapia de grupo: teoría y práctica]. *Group psychotherapy*, 3(2), 142-188.

- Moreno, J. L. y Toeman, Z. (1942). The group approach in psychodrama [El enfoque de grupo en el psicodrama]. *Sociometry*, 5(2), 191-196. <https://doi.org/10.2307/2785432>
- O'Brien, W. J. (1963). *Participation and response: How delinquents saw their experience in an experimental group therapy program* [Participación y respuesta: cómo los delincuentes vieron su experiencia en un programa de terapia de grupo experimental]. Institute for the Study of Crime and Delinquency.
- Peters, D. R. (1966). *Identification and personal change in laboratory training groups* [Identificación y cambio de personal en grupos de formación de laboratorio] [Tesis doctoral, Massachusetts Institute Technology].
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.
- Pichón-Rivière, E. (1995). *Diccionario de psicología social*. Nueva Visión.
- Pichón-Rivière, E. (1999). *El proceso grupal*. Nueva Visión.
- Pinney, E. (1970). *A first group psychotherapy book* [Un primer libro de psicoterapia de grupo]. Jason Aronson.
- Pratt, J. H. (1906). The home sanatorium treatment of consumption [El tratamiento sanatorio domiciliario de la consunción]. *Boston Medical and Surgical Journal*, 154(8), 210-216. <https://doi.org/10.1056/NEJM190602221540803>
- Pratt, J. H. (1907a). The class method of treating consumption in the homes of the poor [El método clasista de tratar el consumo en los hogares de los pobres]. *Journal of the American Medical Association*, 49(9), 755-759. <https://doi.org/10.1001/jama.1907.25320090031001i>
- Pratt, J. H. (1907b). The organization of tuberculosis classes [La organización de las clases de tuberculosis]. *Boston Medical and Surgical Journal*, 157(9), 285-291. <https://doi.org/10.1056/NEJM190708291570903>
- Pratt, J. H. (1908). Results obtained in the treatment of pulmonary tuberculosis by the class method [Resultados obtenidos en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el método de clases]. *British Medical Journal*, 2, 1070-1071.
- Pratt, J.H. (1922a). The tuberculosis class. An experiment in home treatment [La clase de tuberculosis. Un experimento de tratamiento domiciliario]. En M. Rosenbaum y M. Berger (Eds.), *Group psychotherapy and group function*. Basic Books.
- Pratt, J. H. (1922b). The principles of class treatment and their application to various chronic diseases [Los principios del tratamiento de clase y su aplicación a diversas enfermedades crónicas]. *Hospital Social Services Quarterly*, 6, 401-411.
- Pratt, J. H. (1945). *Group method in the treatment of psychosomatic disorders* [Método de grupo en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos]. *Sociometry*, 8(3/4), 323-331. <https://doi.org/10.2307/2785029>
- Rachman, A. W. (1975). *Identity group psychotherapy with adolescents* [Psicoterapia de grupo de identidad con adolescentes]. Thomas.
- Ringer, T. M. (2002). *Group Action* [Acción de grupo]. Kingsley.
- Rogers, C. R. (1973). *Grupos de encuentro*. Amorrortu.
- Rose, C. (2008). *The personal development group: The student's guide* [El grupo de desarrollo personal: La guía del estudiante]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482717>
- Ruesch, J. y Bateson, G. (1951). *Communication: The social matrix of psychiatry* [Comunicación: La matriz social de la psiquiatría]. Norton.
- Rutan, J. S. y Stone, W. N. (2001). *Psychodynamic group psychotherapy* [Psicoterapia de grupo psicodinámica]. Guilford Press.
- Sager, C. J. y Kaplan, H. S. (1972). *Progress in group and family therapy* [Avances en terapia de grupo y familiar]. Brunner/Mazel.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy: a guide to theory and technique* [Terapia familiar conjunta; una guía a teoría y técnica]. Science and Behavior.
- Schilder, P. (1936). The analysis of ideologies as a psychotherapeutic method, especially in group treatment [El análisis de las ideologías como método psicoterapéutico, especialmente en el tratamiento grupal]. *American Journal of Psychiatry*, 93(3), 601-617. <https://doi.org/10.1176/ajp.93.3.601>
- Schilder, P. (1939). Results and problems of group psychotherapy in severe neurosis [Resultados y problemas de la psicoterapia de grupo en neurosis severa]. *Mental Hygiene*, 23, 87-98.
- Schutz, W. C. (1963). *An approach to the development of human potential* [Una aproximación al desarrollo del potencial humano]. National Training Laboratories, National Education Association.
- Schutz, W.C. (1967). *Joy: Expanding Human awareness* [Alegría: Expandiendo la conciencia humana]. Grove Press.
- Schutz, W.C. (1973a). *Todos Somos Uno: La cultura de los encuentros*. Amorrortu.
- Schutz, W. C. (1973b). *Elements of encounter: A guide to human awareness* [Elementos del encuentro: una guía para la conciencia humana]. Joy Press.
- Seligman, M. (1982). *Group psychotherapy and counseling with special populations* [Psicoterapia de grupo y consejería con poblaciones especiales]. University Park.

- Shaffer, J. B. P. y Galinski, M. D. (1974). *Models of group therapy and sensitivity training [Modelos de terapia de grupo y entrenamiento de la sensibilidad]*. Prentice-Hall.
- Slater, M. R. y Bishop, G. V. (1964). *Sex offenders in group therapy: The personal experiences of a clinical psychologist in criminal group therapy [Delincuentes sexuales en terapia de grupo: Las experiencias personales de una psicóloga clínica en terapia de grupo criminal]*. Sherbourne.
- Slavson, S. R. (1934). *Science in the new education [Ciencia en la nueva educación]*. Prentice Hall.
- Slavson, S. R. (1943). *An Introduction to group therapy [Introducción a la terapia de grupo]*. The Commonwealth Fund.
- Slavson, S. R. (1950). *Analytic group psychotherapy with children, adolescents and adults [Psicoterapia analítica de grupo con niños, adolescentes y adultos]*. Columbia University Press.
- Slavson, S. R. y Schiffer, M. (1975). *Group psychotherapies for children: A textbook [Psicoterapias de grupo para niños: un libro de texto]*. International Universities Press.
- Snowden, E. N. (1940). Mass psychotherapy [Psicoterapia de masas]. *The Lancet*, 236(6121), 769-770. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)92120-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)92120-2)
- Speers, R.W. y Lansing, C. (1965). *Group therapy in childhood psychosis [Terapia de grupo en la psicosis infantil]*. University of North Carolina Press.
- Stephenson, R. M. y Scarpitti, F. R. (1974). *Group interaction as therapy: The use of small group in corrections [Interacción grupal como terapia: el uso de grupos pequeños en correccionales]*. Greenwood.
- Stevens, J. O. (1971). *El darse cuenta: sentir, imaginar, vivir*. Cuatro Vientos.
- Stock, D., Whitman, R. M. y Lieberman, M. A. (1958). The deviant member in therapy groups [El miembro desviado en grupos de terapia]. *Human Relations*, 11(4), 1-72. <https://doi.org/10.1177/001872675801100405>
- Stoller, F. H. (1967). The long weekend [El fin de semana largo]. *Psychology Today*, 1, 28-33.
- Stoller, F. H. (1968a). Accelerated interaction: A time-limited approach based on the brief, intensive group [Interacción acelerada: un enfoque breve e intenso y de tiempo limitado basado en grupo]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 18 (2), 220-258. <https://doi.org/10.1080/00207284.1968.11508358>
- Stoller, F. H. (1968b). Marathon group therapy [Terapia de grupo maratón]. En G. Gazda (Ed.), *Innovations to Group Psychotherapy* (pp. 42-95). Charles C. Thomas.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.
- Wender, L. (1936). The dynamics of group psychotherapy and its application [La dinámica de la psicoterapia de grupo y su aplicación]. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 84(1), 54-60.
- Wender, L. (1951). Reflections on group psychotherapy [Reflexiones sobre la psicoterapia de grupo]. *Quarterly Review of Psychiatry and Neurology*, 6, 246-248.
- Whitaker, D.S. (1985). *Using groups to help people [Usar grupos para ayudar a las personas]*. Routledge and Kegan Paul.
- Whitaker, D. S. y Lieberman, M. A. (1964). *Psychotherapy through the group process [Psicoterapia a través del proceso de grupo]*. Atherton Press.
- Wolf, A. (1949). The psychoanalysis of groups [El psicoanálisis de grupos]. *American Journal of Psychotherapy*, 3(4), 525-558. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1949.3.4.525>
- Wolf, A. y Schwartz, E. K. (1962). *Psychoanalysis in groups [Psicoanálisis en grupos]*. Grune and Stratton.
- Wolf, A., McCarty, G. J. y Goldberg, I. A. (1970). *Beyond the couch: Dialogues in teaching and learning psychoanalysis in groups [Más allá del diván: Diálogos en la enseñanza y el aprendizaje del psicoanálisis en grupos]*. Science House.
- Yalom, I. D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de Cultura Económica.
- Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2021). *The theory and practice of group psychotherapy [Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo]* (6ª ed.). Basic Books.

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO: CONCEPTOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AND GROUP PSYCHOTHERAPY: THERAPEUTIC CONCEPTS AND INTERVENTIONS

Mónica Rodríguez-Zafra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>

Profesora Titular de la Facultad de Psicología

Facultad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España

Guillermo Gil Escudero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2950-4379>

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta Individual y de Grupos. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez-Zafra, M. y Gil Escudero, G. (2022). Psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de grupo: Conceptos e intervenciones terapéuticas. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 27-40. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1118>



Resumen

Este trabajo describe en primer lugar los rasgos esenciales de la psicoterapia psicodinámica de grupo. Su fundamento se encuentra en la utilización de, al menos, algunas ideas básicas del psicoanálisis y técnicas de intervención específicas, así como en la creación de un ambiente propicio para fomentar el autoconocimiento, la reflexión y los cambios en las conductas –en su sentido más amplio–, tanto internas como externas. En segundo lugar, se explicitan los principios fundamentales de la psicoterapia psicodinámica en general, los conceptos que subyacen a esta concepción y los objetivos hacia los que está dirigida, –el bienestar psicológico de las personas, la mejora de las relaciones interpersonales y el desarrollo y crecimiento individual– que son los elementos que orientan la práctica clínica de este enfoque psicoterapéutico. Y, por último, se enumeran y comentan las diferentes técnicas de intervención que se utilizan de igual modo tanto en la psicoterapia psicodinámica individual como en la psicoterapia psicodinámica de grupos. Se incluyen tanto las intervenciones “interpretativas” como las de “apoyo”, así como se hace referencia a temas relevantes en este tipo de psicoterapia tales como la interrelación entre el paciente y el psicoterapeuta, la alianza terapéutica y los procesos de transferencia.

Palabras clave: psicoterapia, psicoterapia psicodinámica, psicoterapia de grupos, psicoterapia psicodinámica de grupos

Abstract

This work first describes the essential features of group psychodynamic psychotherapy. Its foundation is based in the use of, at least, some basic ideas and concepts of psychoanalysis and specific intervention techniques, as well as in the creation of an environment conducive to promoting self-knowledge, reflection and changes in behavior –in a broad sense–, both internal and external. Secondly, the fundamental principles of psychodynamic psychotherapy in general are made explicit, the concepts that underlie this conception and the objectives towards which it is directed, –the psychological well-being of people, the improvement of interpersonal relationships and the development and growth of the individual– which are the elements that guide the clinical practice of this psychotherapeutic approach. And finally, the different intervention techniques that are used in a similar way both in individual psychodynamic psychotherapy and in group psychodynamic psychotherapy are listed and discussed. Both “interpretative” and “support” interventions are included, as well as reference is made to relevant issues in this type of psychotherapy such as the interrelationship between the patient and the psychotherapist, the therapeutic alliance and the transference processes.

Keywords: psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, group psychotherapy, psychodynamic group psychotherapy

Psicoterapia Psicodinámica de Grupo

La Psicoterapia Psicodinámica de Grupo es una modalidad de psicoterapia en la que un grupo de personas se reúne con el objetivo de tratar problemas psicológicos personales mediante una mejor comprensión de sí mismo y de las demás personas que promueva la mejora de sus relaciones personales y sociales así como de la propia relación consigo mismo.

Las personas crecen y se desarrollan siempre en ambientes grupales (la familia, la escuela, el trabajo, etc...) así como sus problemas intrapsíquicos y de relación, de tal modo que siempre los humanos están orientados hacia los grupos. Todos los problemas “individuales”, tales como la depresión, la baja autoestima, los ataques de ansiedad, las situaciones de abandono y duelo, etcétera –así como las fortalezas y capacidades personales, se manifiestan en un contexto relacional, dado que los humanos son fundamentalmente sociales (Berman, 2010). La formación del psiquismo de las personas se fundamenta en las experiencias en los diferentes grupos en que han interactuado o en los que interactúan y el cambio del mismo está muy influenciado por los grupos en los que están integradas (Rutan y Stone, 2001). La psicoterapia psicodinámica de grupo proporciona un entorno que, en cierta medida, reproduce alguno de los rasgos de los grupos en los que se encuentran las personas, lo que permite volver a vivenciar, recordar, analizar y reflexionar sobre los mecanismos psicológicos que intervienen en la propia conducta y sobre las consecuencias de la misma sobre los otros y sobre las relaciones con ellos.

La psicoterapia psicodinámica de grupo se fundamenta y caracteriza por la utilización en el tratamiento psicológico en grupo (o de grupos) de, al menos, algunos conceptos básicos derivados del psicoanálisis. En primer lugar, de los conceptos de inconsciente, preconsciente y consciente, yo, ello, yo y superyó, principio del placer y de realidad y pulsiones de vida y de muerte. En la perspectiva psicodinámica, es extremadamente relevante prestar atención a la influencia de los procesos inconscientes sobre la conducta, incluyendo pensamientos, sentimientos y acciones. En segundo lugar, de las concepciones de censura, represión y defensa, y los correspondientes mecanismos de defensa (negación, proyección, racionalización, sublimación, etc.), de transferencia y contratransferencia, idealización e identificación, compulsión a la repetición, ambivalencia, ideal del yo, narcisismo y relaciones objetales. Adicionalmente, también se suelen tener en cuenta las ideas de contenido manifiesto y contenido latente, resistencia, formación de compromiso, formación reactiva, actos fallidos y “acting out”, entre otras.

La psicoterapia psicodinámica de grupo es compleja y multifacética (Leiper y Maltby, 2004) e incluye enfoques psicoterapéuticos muy diversos en función de los conceptos teóricos y técnicas psicoterapéuticas que utilizan. Cuando se analizan las diferentes variedades de psicoterapia psicodinámica se llega a la conclusión que todas ellas, en mayor o menor grado, tienen en cuenta tres aspectos fundamentales. En primer lugar, el trabajo en el ámbito de la vida psíquica interna –*lo intrapsíquico*– del paciente. Este aspecto supone examinar la formación de

la estructura psicológica del paciente, su modo de relación consigo mismo, sus experiencias infantiles que hayan podido contribuir al desarrollo de creencias, hábitos y conductas, sus mecanismos de defensa más habituales, sus resistencias, su modo de abordar los problemas, etc. En segundo lugar, los modos y estilos de relación del paciente con el resto de personas de sus entornos, familiar, laboral, social, *–lo interpersonal–* y los distintos roles que desempeña, así como el modo en el que éstos se han construido debido a la influencia de experiencias familiares, infantiles, educativas y sociales. Y, en tercer lugar, las influencias del contexto y de las circunstancias sociales en los que se desenvuelve, y se ha desenvuelto en el pasado *–lo sociopsicológico–* incluyendo los valores, normas y restricciones sociales. En consecuencia, el ámbito de trabajo de la psicoterapia psicodinámica es el análisis, comprensión y reequilibrio de las fuerzas intrapsíquicas, interpersonales y psicosociales (Rutan y Stone, 2001).

La psicoterapia psicodinámica de grupo tiene una larga tradición, se ha utilizado en múltiples contextos y es una forma de tratamiento psicológico ampliamente avalada por la investigación, mostrándose hasta más eficaz que la terapia individual para lograr cambios significativos en la calidad de vida psicológica en los casos en los que los trastornos de las relaciones interpersonales constituyen el punto central de los conflictos que presentan los pacientes (Grenyer y Luborsky, 1996; Luborsky et al., 1990).

Aunque la psicoterapia psicodinámica de grupo puede ser de utilidad para la gran mayoría de las personas, está especialmente indicada para personas que experimentan problemas de relación (de pareja, en el ámbito familiar *–con los hijos, padres, o con otros familiares–*, en el contexto laboral o en otros entornos sociales) o que su estructura psicológica y comportamiento afectan a sus relaciones con otras personas. Hoy en día, los trastornos psicológicos y los planteamientos psicológicos inadecuados se manifiestan especialmente a través de las dificultades y problemas de relación con los otros. También se ha mostrado muy útil para tratar los problemas de personas que se sienten aisladas, que están deprimidas, que viven con ansiedad, que experimentan una situación de pérdida y duelo, que se enfrentan a los retos del envejecimiento y la muerte, que sufren alguna enfermedad crónica o que tienen dificultades de adaptación a las exigencias de la vida actual.

No es necesario tener problemas “graves” para que la psicoterapia de grupo resulte útil. Por el contrario, gran parte de los participantes en los grupos de terapia son personas que tienen dificultades y sobrellevan problemas habituales y comunes en un grado que no les inhabilita totalmente para su funcionamiento personal y social, aunque les limita y condiciona su calidad de vida psicológica.

Las sesiones de psicoterapia de grupo suelen tener una duración de 90 minutos, de tal modo que todos los participantes en el grupo tengan la oportunidad de expresar y analizar sus propios problemas, creencias, comportamientos, sensaciones y sentimientos, de recibir retroalimentación de otros miembros del grupo que les permita sentir y conocer cómo son percibidos por los demás y de aportar su visión

y sensaciones, así como su apoyo, comprensión y ayuda, con respecto a los demás miembros del grupo.

Para que la psicoterapia de grupo resulte eficaz es necesario que los participantes asistan de modo sistemático a las sesiones del grupo, se impliquen en el trabajo del grupo –expresando y analizando sus propios problemas, así como contribuyendo y ayudando a los demás miembros del grupo con su participación activa en el trabajo individual de cada persona– y permanezcan en el grupo el tiempo suficiente para conocer al grupo, integrarse en el mismo y expresar y analizar su propia problemática. El periodo mínimo aconsejable de permanencia en un grupo de terapia psicodinámica es de seis meses, aunque es aconsejable permanecer en el grupo durante un año, tras el que se valoran las aportaciones y los cambios logrados–.

Psicoterapia Psicodinámica

La esencia de la psicoterapia psicodinámica, en general tanto individual como de grupo, consiste en la concepción de que los problemas y trastornos psicológicos, el dolor psicológico o emocional, en general, surgen del conflicto o de la interacción entre fuerzas psicológicas opuestas. Estas fuerzas psicológicas pueden surgir del conflicto entre lo inconsciente y lo consciente o lo preconscious, entre las pulsiones del ello, el yo y el superyó, entre los principios del placer y de realidad, entre las pulsiones sexuales y de autoconservación, o entre las pulsiones de vida y de muerte. En la concepción psicodinámica se concibe a los individuos en un estado natural de continua tensión entre ellos mismos, con el resto de personas con las que se relacionan y con el mundo en general y, en concreto con su entorno familiar, social y laboral; esta dinámica permanente de mayor o menor grado de conflicto es una de las características esenciales de la existencia humana y es la que conforma el funcionamiento y desarrollo psicológico humano. Estos conflictos internos son el origen fundamental del dolor psicológico y los intentos fallidos para eliminarlo están en la base de las conductas desadaptativas y los síntomas psicopatológicos (Leiper y Maltby, 2004).

Kernberg (1999) caracteriza a la psicoterapia psicodinámica como la utilización sensata de las técnicas del psicoanálisis tradicional, dado que tanto el psicoanálisis clásico como la orientación psicodinámica convergen en su interés en la transferencia, la contratransferencia, los significados inconscientes y su efecto en el aquí y el ahora, la importancia del análisis y el reconocimiento del impacto de las relaciones y experiencias tempranas. Por su parte, Gunderson y Gabbard (1999) enfatizan el papel central que tienen, desde la perspectiva psicodinámica, el objetivo de incrementar la comprensión del paciente y la atención a la relación psicoterapéutica entre paciente y terapeuta, definiendo la psicoterapia psicodinámica como una terapia que implica la atención minuciosa a las interacciones entre el paciente y el psicoterapeuta junto con la interpretación en el momento adecuado de la transferencia y las resistencias.

La psicoterapia psicodinámica enfatiza especialmente la importancia de la

historia personal de los pacientes, de su desarrollo psicológico a lo largo del tiempo y de su comprensión de los acontecimientos críticos y de sus consecuencias en el momento actual. Las experiencias no se desvanecen con el paso del tiempo, sino que la mente las acumula, las organiza y siguen ejerciendo su influencia en el presente (Kaner y Prelinger, 2005).

La psicoterapia psicodinámica, como una psicoterapia por el habla, es un tratamiento dirigido al cambio de la conducta –entendida de modo amplio como el conjunto de pensamientos, sentimientos, fantasías y acciones– e intenta a través de la interacción verbal proporcionar comprensión, apoyo y nuevas experiencias que pretenden ser una experiencia de aprendizaje que incremente el rango de conductas disponibles para el paciente y modifique las que son desadaptativas y que de ese modo desaparezcan los síntomas y patrones de actuación inadecuados y perjudiciales para la persona y para sus relaciones personales (Ursano et al., 2004).

Sin duda, el cambio terapéutico depende en gran medida de diversos procesos y de un contexto adecuados que fomentan la liberación de la mente y que permiten la expresión activa de los pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones. Sin un entorno que proporcione un ambiente de seguridad y sin la intervención psicoterapéutica que favorezca la expresión y el análisis del funcionamiento mental no es posible que surjan la comprensión y la dotación de significado a los acontecimientos, pensamientos, sentimientos y acciones. La descarga de las emociones puede proporcionar sensaciones de alivio que pueden facilitar la adherencia al proceso psicoterapéutico y contribuir a construir una actitud reflexiva que intenta descubrir los elementos esenciales que subyacen a la conducta en sentido muy amplio, independientemente de los elementos anecdóticos y circunstanciales en los que se manifiesta. La combinación e interacción de la expresión hablada y la búsqueda de comprensión y significado profundos de las emociones, pensamientos y acciones es el ingrediente básico para el cambio psicodinámico que incluye mucho más que la descarga emocional. La psicoterapia psicodinámica considera que la comprensión basada en la emoción es un componente esencial del cambio psicoterapéutico y que el trabajo con las emociones, y especialmente con las emociones que se desarrollan en las sesiones de terapia, es una parte esencial del proceso terapéutico (Maroda, 2010). El insight eficaz no es exclusivamente una actividad intelectual, sino que supone una comprensión conectada y cargada emocionalmente que está relacionada con los aspectos problemáticos o dolorosos de las experiencias del paciente (Leiper y Maltby, 2004).

En muchas ocasiones la psicoterapia psicodinámica tiene como foco central el análisis y elaboración de los efectos de las experiencias tempranas y del pasado en la formación de patrones de conducta y de pensamiento y en los estilos de interacción interpersonal que se han vuelto repetitivos e interfieren con la actividad e integración sanas del individuo en su ambiente social. Mediante la exploración del significado pasado y actual de los acontecimientos y del contexto en el que se produjeron, el psicoterapeuta psicodinámico tiene por objetivo modificar los or-

ganizadores de la conducta, reestructurando la organización de los conocimientos y la memoria e interpretación cognitiva y emocional de los acontecimientos y de las experiencias (Ursano et al., 2004).

La psicoterapia psicodinámica es reluctante a considerar como objetivo exclusivo del proceso terapéutico la desaparición de los síntomas o el cambio concreto en conductas externas –que pueden ser específicas, localizadas y de rango limitado, a la vez que superficiales e inestables, y temporales y vulnerables debido a la presión de circunstancias externas– sino que es esencial que el resultado del proceso terapéutico se produzcan cambios estructurales que sean más profundos, generalizados y permanentes, es decir, que sean modificaciones internas más que externas. El enfoque de la psicoterapia psicodinámica está más orientada a cambios estables, intensos y amplios que permanezcan a largo plazo. Debido a que la estructura de funcionamiento psicológico de las personas consiste en un equilibrio adecuado entre fuerzas que compiten entre ellas no es probable que los procesos de cambio sean lineales y continuos, sino que es probable que se produzcan recaídas y regresiones a estados anteriores, detenciones en los progresos y avances notorios y repentinos. Una definición psicodinámica de la salud psicológica podría fundamentarse en poseer de modo permanente y consolidado la capacidad de cambiar para responder con flexibilidad a las circunstancias vitales de modo adaptativo y creativo (Leiper y Maltby, 2004).

Este enfoque de la psicoterapia psicodinámica, centrado en la transformación personal profunda, implica la inclusión de temas de gran amplitud tales como el significado fundamental de la vida y de la persona, las relaciones con el mundo, con los otros y consigo mismo, el nacimiento y la muerte, la soledad esencial del ser humano, el equilibrio entre las fuerzas egoístas de autoconservación y las fuerzas generosas y altruistas de cuidado, mantenimiento y desarrollo de la humanidad, el reconocimiento y la aceptación de las limitaciones y potencialidades humanas, etc. Los procesos de auto-observación y auto-reflexión que fomenta la psicoterapia psicodinámica habitualmente favorecen un cambio profundo en cuanto a la percepción de sí mismo y de los otros. Y, todo ello, con el objetivo de facilitar el desarrollo de una visión de la vida que permita desplegar las capacidades individuales que fomentan la actuación humana positiva, la creatividad y el disfrute del placer de la vida (Leiper y Maltby, 2004).

Westen (1998) resume en cinco afirmaciones los postulados más importantes que definen la psicoterapia psicodinámica:

1. Gran parte de la vida mental –incluyendo los pensamientos, sentimientos y motivaciones– es inconsciente, lo que significa que las personas pueden comportarse de manera, o desarrollar síntomas, que no se pueden explicar a sí mismos.
2. Los procesos mentales, incluyendo los procesos afectivos y motivacionales, operan en paralelo de tal modo que los individuos pueden tener sentimientos que están en conflicto, hacia la misma persona o situación, que les motivan a actuar de modos opuestos y que, a menudo, llevan a soluciones de compromiso.

3. Los patrones estables de la personalidad empiezan a formarse en la niñez y las experiencias infantiles juegan un papel importante en el desarrollo de la personalidad, especialmente en cuanto a dar forma a las relaciones sociales posteriores.

4. Las representaciones mentales del yo, los otros y las relaciones, guían la interacción de las personas con los demás e influyen en cómo se vuelven psicológicamente sintomáticas.

5. El desarrollo de la personalidad no solamente implica el aprender a regular los sentimientos sexuales y agresivos sino que también incluye aprender a cambiar de un estado inmaduro y socialmente dependiente a un estado maduro e interdependiente.

En la práctica clínica la psicoterapia psicodinámica es uno de los métodos de psicoterapia más comúnmente utilizados (Goisman et al., 1999). La psicoterapia psicodinámica puede ser un tratamiento a largo o a corto plazo (Luborsky y Mark, 1991). Los tratamientos breves se limitan habitualmente a entre 7 y 40 sesiones (Messer, 2001) mientras que el tratamiento a largo plazo puede durar desde unos pocos meses a varios años (Gabbard, 2010; Luborsky, 1984). La experiencia y la evidencia clínica ha puesto de manifiesto que muchos desórdenes y problemas psiquiátricos pueden tratarse con psicoterapia psicodinámica (Bateman y Fonagy, 1999, 2001; Blanck y Blanck, 1974; Clarkin et al., 1999, 2004; Gabbard, 2000; Gill, 1951; Kernberg et al., 1989; Luborsky, 1984; Schlesinger, 1969).

Se han publicado muchos manuales de modelos de psicoterapia psicodinámica que describen las intervenciones específicas y las indicaciones de cada enfoque específico y que facilitan tanto la aplicación del tratamiento en la práctica clínica como su comprobación empírica (Busch et al., 1999; Clarkin et al., 1999; Frederickson, 1999; Gabbard, 2009; Horowitz y Kaltreider, 1979; Huprich, 2009; Luborsky, 1984; Piper et al., 2001; Shapiro et al., 1994, 1995; Strupp y Binder, 1984; Summers y Barber, 2010) y en distintas revisiones se han descrito y comparado los distintos modelos de psicoterapia psicodinámica (Barber y Crits-Christoph, 1995; Messer y Warren, 1995).

La Intervención Psicoterapéutica en la Psicoterapia Psicodinámica

La intervención terapéutica en psicología psicodinámica se caracteriza por siete rasgos distintivos: presta especial atención al afecto y a la expresión de la emoción, explora los intentos de eludir algunos aspectos de la experiencia, trata de identificar temas y patrones de conducta y pensamiento recurrentes, concede importancia, explora y elabora las experiencias pasadas, da importancia al análisis de las relaciones interpersonales, tiene en consideración la relación terapéutica, y explora los deseos, sueños y fantasías del paciente (Gabbard, 2010).

Desde el punto de vista de la actuación terapéutica la psicoterapia psicodinámica combina las intervenciones interpretativas y no interpretativas, haciéndose hincapié en la importancia de la calidad de la relación terapéutica, la manifestación y análisis de las pruebas de realidad, así como, de modo consciente o inconsciente,

facilitando la asociación libre de los pacientes, mientras que, por parte del psicoterapeuta se utilizan la facilitación y fomento de los procesos de elaboración psicológica, la atención flotante y se aplican los principios de abstinencia (ausencia de gratificación de los deseos transferenciales, especialmente la gratificación física) y de neutralidad (actitud no juzgadora de las conductas deseos o sentimientos de los pacientes sin ser indiferente o frío).

Se puede considerar, en general, que los diversos enfoques que se inscriben en la psicoterapia psicodinámica operan bajo el supuesto de un continuo de interpretaciones y apoyos (Leichsenring y Leibing, 2007; Huprich, 2009; Rockland, 2003). Este continuo abarca desde el polo más interpretativo hasta el de mayor apoyo. En resumen, sus concepciones principales serían la interpretación, la confrontación, la clarificación, el ánimo para la elaboración, la validación empática, el consejo y la felicitación y el refuerzo a través del reconocimiento. (Gabbard, 2000; Gill, 1951; Henry et al., 1994; Luborsky, 1984; Schlesinger, 1969; Wallerstein, 1989).

El concepto de una dimensión continua de intervenciones psicodinámicas interpretativas y de apoyo está basado empíricamente en los datos del proyecto de investigación sobre psicoterapia de la Fundación Menninger (Gill, 1951; Luborsky, 1984; Schlesinger, 1969; Wallerstein, 1989).

Las intervenciones interpretativas aumentan la comprensión del paciente sobre los conflictos repetitivos que subyacen a sus problemas. La interpretación es la forma más representativa del polo interpretativo: trata de dar sentido a las conductas y sentimientos del paciente y explicar su origen, bien sea por las experiencias del pasado o por las circunstancias actuales. Asimismo, trata de poner de manifiesto en cada caso cómo se manifiestan los mecanismos fundamentales del funcionamiento psíquico y fomenta la comprensión de los conflictos psicológicos subyacentes. Las intervenciones interpretativas del psicoterapeuta hacen énfasis en la comprensión y toma de conciencia de los procesos inconscientes, así como de las funciones, beneficios y perjuicios, de los procesos psicológicos del paciente, tales como la transferencia, la idealización, la identificación, la compulsión a la repetición, los mecanismos de defensa, las resistencias, la censura, la represión, la regresión a modos de conducta del pasado menos maduros o inadecuados para la situación del paciente, etc.

Mediante la confrontación el psicoterapeuta trata de llevar la atención del paciente hacia fenómenos psíquicos, conductas y sentimientos, que resultan incoherentes o contradictorios, y de los que el paciente habitualmente no es consciente y, en repetidas ocasiones, –a pesar del deseo básico del paciente de cooperar con el terapeuta– muestra resistencia a su toma de conciencia y aceptación, tratando de eludir volver a revivir experiencias de sentimientos y fantasías dolorosas.

Asimismo, el psicoterapeuta realiza muy diversas intervenciones de clarificación que contribuyen a la comprensión detallada de las conductas, sensaciones, sentimientos y circunstancias que conforman las dificultades y problemas de los pacientes, así como intervenciones dirigidas a facilitar que el paciente elabore todo

el conjunto de elementos internos y externos que afectan y originan los conflictos psíquicos mediante el ciclo repetitivo de intervenciones interpretativas de clarificación, confrontación e interpretación (Gabbard, 2000; Luborsky, 1984).

Las intervenciones de apoyo están dirigidas a fortalecer las habilidades del paciente que son inaccesibles en un momento determinado debido a una situación de estrés agudo (por ejemplo, a acontecimientos traumáticos) o que el paciente no ha desarrollado suficientemente (por ejemplo, la falta de control de impulsos en el desorden de la personalidad límite). Estas habilidades se conocen en la psicoterapia psicodinámica como “funciones del yo” (Bellak et al., 1973). Por ello, las intervenciones de apoyo pueden describirse como el mantenimiento o el desarrollo de las funciones del yo (Wallerstein, 1989). Las intervenciones de apoyo incluyen, por ejemplo, el fomento de la alianza terapéutica, el establecimiento de objetivos o el fortalecimiento de funciones del yo tales como las pruebas de realidad o el control de impulsos (Gill, 1951; Luborsky, 1984; Schlesinger, 1969; Blanck y Blanck, 1974).

Una intervención no interpretativa muy relevante es la validación empática mediante la que el terapeuta muestra su comprensión emocional de las emociones, sentimientos y/o pensamientos del paciente señalando la resonancia emocional que lo que afirma el paciente produce en el terapeuta.

El consejo se utiliza en aquellas ocasiones en que la confusión o el estado alterado del paciente le incapacitan para razonar con claridad y se encuentra ante diversas alternativas de acción, algunas de las cuales podrían resultar perjudiciales para el paciente. La forma más habitual de utilizar los consejos consiste en presentar al paciente diversas posibilidades de acción junto con el análisis de sus posibles ventajas, inconvenientes y riesgos.

La felicitación se utiliza para mostrar la aprobación del terapeuta de aquellas acciones del paciente que muestran un progreso del paciente en la consecución de los objetivos terapéuticos, una mayor claridad mental y una capacidad de actuación equilibrada y acorde a las circunstancias del paciente.

El reconocimiento, junto con el refuerzo que en ocasiones este supone, muestra la comprensión por parte del terapeuta de las afirmaciones del paciente sobre sus sensaciones, sentimientos, deseos o pensamientos.

En el continuo que va desde la interpretación al apoyo, la interpretación es la intervención que más incrementa la comprensión del paciente (Gabbard, 2000). Los consejos, felicitaciones y los reconocimientos se sitúan en el polo menos interpretativo y de más apoyo.

Otras intervenciones en el continuo “interpretación-apoyo” (por ejemplo, la confrontación, la clarificación y la validación empática) se sitúan entre la interpretación y el consejo, la felicitación y el reconocimiento. La utilización de más o menos intervenciones interpretativas o de apoyo depende de las características, de la situación emocional en cada momento y de las necesidades de cada paciente concreto.

Cuanto mayor es el trastorno de paciente, o cuando más agudizado está su

problema, más se utilizan las intervenciones de apoyo y en menor medida las correspondientes al polo interpretativo, y a la inversa según el paciente progresa y su trastorno disminuye, priman entonces las intervenciones interpretativas (Gill, 1951; Luborsky, 1984; Schlesinger, 1969; Wallerstein, 1989).

La alianza terapéutica juega un papel importante en la psicoterapia psicodinámica. Consiste en la implicación por parte del paciente y del terapeuta en el establecimiento, mantenimiento y consecución de un conjunto de objetivos comunes mediante un procedimiento de trabajo compartido, junto con la comprensión y aceptación de los diferentes roles paciente y terapeuta que cada uno debe jugar en el proceso terapéutico, así como la aceptación y adaptación al marco terapéutico establecido (Horvath y Luborsky, 1993). El énfasis que hace la psicoterapia psicodinámica en los aspectos relacionales de la transferencia es una diferencia clave con las terapias cognitivo-conductuales (Cutler et al., 2004). La transferencia, definida como la repetición de experiencias pasadas en las relaciones interpersonales presentes, consiste en patrones de sentimientos y conductas que surgen de las primeras experiencias ontogenéticas y que afectan a las relaciones y a la realidad cotidiana. En la psicoterapia psicodinámica, se concibe el análisis y la elaboración de la transferencia como una de las fuentes primordiales de comprensión y cambio terapéutico y la comprensión (insight) por parte del paciente se considera un factor importante para el cambio terapéutico. Asimismo, la dimensión relacional de una intervención es un factor correctivo importante (Gabbard, 2000, 2003; Luborsky, 1984).

Asimismo, es relevante tener en cuenta que la escucha del paciente en la práctica de la psicoterapia psicodinámica no es una escucha centrada exclusivamente en el contenido, sino que cuando se escucha psicodinámicamente se atiende a lo que es consciente para el paciente y a aquello de lo que no es consciente, así como a los reflejos sutiles de los conflictos internos, de los procesos de transferencia y de los mecanismos de defensa (Frederickson, 1999).

Referencias

- Barber, J. P. y Crits-Christoph, P. (1995). *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I) [Terapias dinámicas para trastornos psiquiátricos (Eje I)]*. Basic Books.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder, a randomized controlled trial [La efectividad de la hospitalización parcial en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, un ensayo controlado aleatorizado]. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically-oriented partial hospitalization, an 18-month follow-up [Tratamiento del trastorno límite de la personalidad con hospitalización parcial de orientación psicoanalítica, seguimiento de 18 meses]. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.36>
- Bellak, L., Hurvich, M. y Gediman, H. (1973). General considerations and rationale for the selection of the 12 ego functions [Consideraciones generales y justificación para la selección de las 12 funciones del yo]. En L. Bellak (Ed.), *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals* (pp. 74-79). Wiley.
- Berman, E. (2010). The patient is part of a family [El paciente es parte de una familia]. En R. F. Summers y J. P. Barber (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy: A Guide to Evidence-Based Practice* (pp. 291-310). Guilford.
- Blanck, G. y Blanck, R. (1974). *Ego psychology. Theory and practice [La psicología del ego. Teoría y práctica]*. Columbia.
- Busch, F., Milrod, B. y Singer, M. (1999). Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder [Teoría y técnica en el tratamiento psicodinámico del trastorno de pánico]. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(3), 234-242.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2004). The personality disorders institute/borderline personality disorder research foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Progress report [El instituto de trastornos de la personalidad/fundación para la investigación del trastorno límite de la personalidad ensayo de control aleatorizado para el trastorno límite de la personalidad: informe de progreso]. *Journal of Personality Disorder*, 18(1), 52-72. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.52.32769>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality [Psicoterapia para la personalidad límite]*. Wiley.
- Cutler, J. L., Goldyne, A., Markowitz, J. C., Devlin, M. J. y Glick, R. A. (2004). Comparing cognitive behavior therapy, interpersonal psychotherapy, and psychodynamic psychotherapy [Comparación de la terapia cognitiva conductual, la psicoterapia interpersonal y la psicoterapia psicodinámica]. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1567–1573. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1567>
- Frederickson, J. (1999). *Psychodynamic psychotherapy: Learning to listen from multiple perspectives [Psicoterapia psicodinámica: aprender a escuchar desde múltiples perspectivas]*. Routledge.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice [Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica]*. American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (2009). *Principles of psychodynamic psychotherapy [Principios de la psicoterapia psicodinámica]*. American Psychiatric Association.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy. A basic text [Psicoterapia psicodinámica a largo plazo. Una prueba básica]*. American Psychiatric Publishing.
- Gill, M. M. (1951). Ego psychology and psychotherapy [Psicología del ego y psicoterapia]. *The Psychoanalytic Quarterly*, 20(1), 62-71. <https://doi.org/10.1080/21674086.1951.11925831>
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G. y Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991–1996 [Prescripciones de tratamiento psicossocial para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social, 1991–1996]. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1819–1821.
- Grenyer, B. F. S. y Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts [Cambio dinámico en psicoterapia: Dominio de los conflictos interpersonales]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 411–416. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.411>
- Gunderson, J. G. y Gabbard, G. O. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment [Argumentar las terapias psicoanalíticas en el entorno psiquiátrico actual]. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 679-704.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E. y Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches [Enfoques psicodinámicos]. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 467–508). John Wiley & Sons.

- Horowitz, M. y Kaltreider, N. (1979). Brief therapy of the stress response syndrome [Terapia breve del síndrome de respuesta al estrés]. *Psychiatric Clinic of North America*, 2(2), 365–377. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)31015-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)31015-3)
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy [El papel de la alianza terapéutica en psicoterapia]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Huprich, S. K. (2009). *Psychodynamic therapy: Conceptual and empirical foundations [Terapia psicodinámica: Fundamentos conceptuales y empíricos]*. Routledge.
- Kaner, A. y Prelinger, E. (2005). *The craft of psychodynamic psychotherapy [El arte de la psicoterapia psicodinámica]*. Aronson.
- Kernberg, O. F. (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies [Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas]. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(6), 1075–1091.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C. y Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients [Psicoterapia psicodinámica de pacientes borderline]*. Basic Books.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence [Psicoterapia psicodinámica: una revisión sistemática de técnicas, indicaciones y evidencia empírica]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 217–228. <https://doi.org/10.1348/147608306X117394>
- Leiper, R. y Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change [El enfoque psicodinámico del cambio terapéutico]*. Sage.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment [Principios de la psicoterapia psicoanalítica: un manual para el tratamiento expresivo de apoyo]*. Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J. P. y Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy [Investigación basada en la teoría para comprender el proceso de la psicoterapia dinámica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281–287. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.3.281>.
- Luborsky, L. y Mark, D. (1991). Short-term supportive-expressive psychoanalytic psychotherapy [Psicoterapia psicoanalítica expresiva de apoyo a corto plazo]. En P. Crits-Christoph y J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 110–136). Basic Books.
- Maroda, K. J. (2010). *Psychodynamic techniques: Working with emotion in the therapeutic relationship [Técnicas psicodinámicas: Trabajar la emoción en la relación terapéutica]*. Guilford Press.
- Metzl, J. (1927). Die arbeitsmethoden der trinkersfürsorgestelle brittenau [Los métodos de trabajo del centro de bienestar de bebidas Brittenau]. *International Zeitschrift für Alkoholismus*, 35.
- Messer, S. B. y Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy. A comparative approach [Modelos de terapia psicodinámica breve. Un enfoque comparativo]*. Guilford Press.
- Messer, S. B. (2001). What makes brief psychodynamic therapy time efficient [¿Qué hace que la terapia psicodinámica breve sea eficiente en el tiempo?]. *Clinical Psychology*, 8(1), 5–22. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.5>
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S. y Ogrodniczuk, J. (2001). Patient personality and time limited group psychotherapy for complicated grief [Personalidad del paciente y psicoterapia grupal de tiempo limitado para el duelo complicado]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(4), 525–552. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.4.525.51307>
- Rockland, L. H. (2003). *Supportive therapy: a psychodynamic approach [Terapia de apoyo: un enfoque psicodinámico]*. Basic Books.
- Rutan, J. S. y Stone, W. N. (2001). *Psychodynamic group psychotherapy [Psicoterapia de grupo psicodinámica]*. Guilford.
- Schlesinger, H. J. (1969). Diagnosis and prescription for psychotherapy [Diagnóstico y prescripción de psicoterapia]. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33(5), 269–278.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. y Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy [Efectos de la duración del tratamiento y la gravedad de la depresión sobre la eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica-interpersonal]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522–534. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.522>

- Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M. y Hardy, G. E. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy [Efectos de la duración del tratamiento y la gravedad de la depresión en el mantenimiento de las ganancias después de la psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica-interpersonal]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 378–387. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.378>
- Strupp, H. H. y Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key, a guide to time limited dynamic psychotherapy* [Psicoterapia en una nueva clave, una guía para la psicoterapia dinámica limitada en el tiempo]. Basic Books.
- Summers, R. F. y Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic psychotherapy: A guide to evidence-based practice* [Psicoterapia psicodinámica: una guía para la práctica basada en la evidencia]. Guilford.
- Ursano, R. J., Sonnenberg, S. M. y Lazar, S. G. (2004). *Concise guide to psychodynamic psychotherapy: principles and techniques of brief, intermittent and long-term psychodynamic psychotherapy* [Guía concisa de psicoterapia psicodinámica: principios y técnicas de psicoterapia psicodinámica breve, intermitente y de larga duración]. American Psychiatric Publishing.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger foundation: An overview [El proyecto de investigación en psicoterapia de la fundación Menninger: una visión general]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 195–205. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.2.195>
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science [El legado científico de Sigmund Freud: Hacia una ciencia psicológica informada psicodinámicamente]. *Psychological Bulletin*, 124(3), 333-371. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.3.333>

ACCIÓN Y CUERPO EN EL GRUPO: UNA VISIÓN PSICODRAMÁTICA

BODY AND ACTION IN A GROUP: A PSYCHODRAMATIC VISION

Teresa Andrés Mascuñana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9529-7131>

Psicóloga y Psicodramatista. Profesora Colaboradora Universidad Pontificia Comillas. España

María Andrés Mascuñana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1695-5584>

Psicóloga y Psicodramatista. Profesora Colaboradora Universidad Pontificia Comillas. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Andrés, T. y Andrés, M. (2022). Acción y cuerpo en el grupo: Una visión psicodramática. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 41-54. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1119>

Resumen

La terapia de grupo da un marco privilegiado para incluir el manejo de lo corporal y de la acción como herramientas terapéuticas. Tanto el cuerpo como la acción se convierten en herramientas para generar experiencias globales, que permiten acceder a un estado de conexión que facilita la creación de nuevos modos vinculares. Los últimos hallazgos en neurociencia respaldan esta tesis. Son las experiencias y no las ideas las que realmente generan nuevas conexiones neuronales que permiten los cambios.

Palabras Clave: *cuerpo, acción, psicodrama, escena latente, espontaneidad, creatividad, neurociencia, terapia de grupo*

Abstract

Group therapy gives us a privileged framework to include the management of the body and action as therapeutic tools. Both the body and the action become tools to generate global experiences, which allow access to a state of connection that facilitates the creation of new modes of connection. The latest findings in neuroscience support this thesis. It is the experiences and not the ideas that really generate new neural connections that allow the changes.

Keywords: *body, action, psychodrama, latent scene, spontaneity, creativity, neuroscience, group therapy*



Nota de autor:

A lo largo del artículo se desarrollan diferentes imágenes que facilitan la comprensión de los conceptos y de la propuesta metodológica; descripción de situaciones cotidianas, metáforas e historias. El lenguaje de las imágenes facilita la comprensión desde una parte diferente de nuestro cerebro y esto permite la integración de lo aprendido.

Concepto de “Cuerpo y Acción” dentro del Grupo

ESCENA: Visualizar una escena familiar en el momento de sentarse a la mesa en una celebración es un modo de explicar el modo en que se ponen en juego el cuerpo y la acción en lo grupal. Se observa lo que ocurre instantes antes, los movimientos de cada uno de los miembros de la familia, las interacciones, la acción y las palabras. Se trata de una familia en la que hay unos padres mayores (ya abuelos), un hijo casado y a su vez con tres hijos (nietos), un hijo soltero que vive fuera de la ciudad y una hija soltera que vive en la casa familiar. Se percibe la escena de los primeros encuentros, quiénes llegan antes y quiénes tardan más; el saludo con cada uno de los hijos, entre hermanos y con la cuñada. Se captan los instantes antes de sentarse a la mesa: la hermana y la cuñada entran en la cocina y ayudan a la abuela a preparar los últimos retoques de la comida, mientras que el hermano de fuera de Madrid juega con dos de sus sobrinos. El mediano de los sobrinos se entretiene con unas figuritas del aparador del salón, solo, mientras mira de reojo a sus hermanos jugando con el tío. El abuelo y su hijo (el padre de los niños) charlan animadamente sobre la actualidad, mientras el hijo comenta con él algunos planes que tiene sobre mejoras de su propia casa.

Llega el momento de sentarse a la mesa. La cuñada busca con la mirada a su marido para intentar sentarse junto a él, mientras éste, sigue en la charla animada con su padre y termina sentándose entre su padre y su hijo mayor. La tía, que vive en la casa familiar, observa el juego solitario de su sobrino mediano y acude a invitarle a sentarse a su lado. Finalmente el hermano mediano se sienta entre su tía y su madre, y el pequeño protesta, consiguiendo que al final su madre se desplace a otro sitio, y se sienta entre su hermano y su madre. Los únicos que faltan por sentarse son la abuela, que aún tiene algunos detalles más que preparar, y el tío que vive fuera (que es el pequeño de los tres) que en ese momento ha recibido una llamada y está hablando entre risas con un amigo, mientras el resto esperan unos instantes.

La escena podría desarrollarse hasta la despedida de esta reunión familiar. Sin embargo, hasta aquí es suficiente para caer en la cuenta de toda la información que aporta la visualización de esta escena. La escucha de un audio con el registro de las palabras, ruidos, y los tonos de las conversaciones, no da acceso a toda la riqueza que aporta una grabación filmada, es decir, la observación de la corporalidad y la acción en la escena.

Desde una percepción más completa de la situación de este grupo familiar,

se captan los elementos del lenguaje corporal, las agrupaciones, las proxemias... etc. La acción y el cuerpo permiten observar cómo se configuran los vínculos, los roles que juega cada uno, las elecciones y los rechazos. Cada uno de los elementos corporales y las acciones, no tienen una lectura directa unívoca, pero sí son una fuente de información, y por tanto, llevados al marco terapéutico permiten una vía de creación e intervención muy clara.

Poniendo la atención en la parte de la escena en la que el tío juega con dos de los sobrinos, mientras el mediano juguetea con las figuras del aparador, no se puede extraer una conclusión rotunda de esta escena, sin embargo, sí aporta elementos de comprensión sobre la relación entre los tres niños, la posible aceptación-rechazo del tío... etc.

Facilitar un grupo terapéutico desde una perspectiva psicodramática, requiere entrenarse en “saber escuchar y leer” lo que los cuerpos en acción e interacción están expresando continuamente dentro del grupo. La escena manifiesta (lo filmable) evoca una escena latente personal, donde emergen patrones vinculares registrados en otro momento de su historia vital. Esta escena latente tiene unos denominadores comunes con la escena del momento evolutivo grupal y por lo tanto, con las escenas de los restantes participantes del grupo. Lo que emerge habla de lo que se comparte en todas las escenas, es decir, de los modos de interrelación de roles.

Cuando la acción y el cuerpo forman parte de las propuestas terapéuticas, estos elementos no se constituyen sólo como herramientas para la percepción y la comprensión de lo que ocurre, sino que también son un vehículo para acceder al mundo emocional y relacional de cada uno de los miembros del grupo, así como para construir nuevos modos vinculares.

Además, el terapeuta no es un mero espectador de lo que ocurre en el grupo. La presencia consciente le permite la percepción de su propio cuerpo y una observación de su manera de actuar que será, por un lado, una fuente más de información y, por otro, una vía muy potente de intervención. El facilitador del grupo debe ser capaz de alcanzar un buen nivel de conexión consigo mismo y con el grupo, para poder tomar decisiones espontáneas y ajustadas a las necesidades del grupo y, en definitiva, realizar una buena intervención terapéutica.

Para qué la Acción y el Cuerpo en el Grupo

“El individuo crea el grupo, que a su vez crea al individuo” (Wood, 1988, p.245).

RELATO:

De niña gozaba con el olor que la cocina desprendía cuando las mujeres de mi familia se reunían para hacer las bolillas. La víspera, mi madre había dejado el huevo, la harina, el azúcar, las ralladuras de naranja y limón, y los cominos. Hacía la mezcla, metía sus grandes manos en la masa y le daba vueltas hasta que quedaba ni muy densa ni muy floja. Después lo olíamos, lo probábamos y, cuando estaba a punto, todas moldeábamos pequeños planetas y los sumergíamos en una inmensa sartén negra, de hierro, en la

que chisporroteaba el aceite de oliva. Pronto la habitación se llenaba de ese olor a anises, a azúcar disuelto en licor y naranja. Mientras, mis tías, mi madre y mis abuelas me hacían chascarrillos y risas hasta sacarme los colores. Cuando las bolillas estaban listas se colocaban en un plato y se guardaban hasta el día siguiente, y nos juntábamos para comer en su honor...". (García Quevedo, 2011, p. 135)

El psicodrama nace de la mano de J. L. Moreno como una terapia profunda de grupo (Población, 2006). Pasa de la atención individual como única forma de abordaje terapéutico, a la terapia grupal. Entiende a la persona en relación, es decir, nace, crece, trabaja, juega y crea en relación con los demás. Por ello siempre aporta una mirada relacional ante el abordaje de las dificultades y trastornos de una persona, o del desarrollo y la formación de su yo. A la obra de Moreno se la ha calificado como una filosofía del encuentro (Garrido, 1978) por la importancia que concede al encuentro verdadero entre las personas.

Inspirado en el teatro espontáneo, descubre la utilidad terapéutica de la acción. Entiende la acción y la dramatización como vía para expresar y elaborar las vivencias internas. Descubre cómo se va dando una transformación cuando representamos, en el aquí y ahora, los conflictos internos.

El psicodrama amplía y enriquece el abordaje terapéutico, desde una mirada nueva del ser humano, y esto implica (Población y López-Barberá, 1997):

- Apertura de lo individual a lo grupal.- El encuadre de la acción terapéutica se amplía, no sólo podemos trabajar desde un encuadre individual, sino desde el enfoque grupal. En la imagen que encabeza este apartado, se muestra cómo los recuerdos de la niña evocan la relación, las sensaciones y las emociones que se generan en el grupo. Se capta el calor que genera una tarea grupal compartida.
- De lo intrapsíquico a lo relacional.- Se acerca a la persona desde su globalidad, no como un ente aislado, sino teniendo en cuenta los vínculos que se han ido construyendo y experimentando desde el momento del nacimiento. De esta manera lo intrapsíquico se entrelaza con lo relacional. A través de su historia de relaciones se han creado unos modos vinculares, que se expresan y reaparecen en la relación con los otros, en el grupo y en la comunidad.
- De la palabra a la palabra y la acción.- El psicodrama levanta de la silla al grupo y al terapeuta. Recupera la acción que forma parte de la vida, en la que todos se mueven y actúan sobre el espacio, en el mundo y con los otros. Cuando el cuerpo está en acción, recibe y da, desde lo cada uno es. Los procesos de intervención terapéutica tienen como objetivo la preparación para la vida, no sólo saber lo que ocurre o cuáles son los conflictos intrapersonales e interpersonales. Para esto, la acción y la relación son herramientas privilegiadas, dado que forman parte de la vida, se puede construir con ellas y desde ellas. Seguramente los recuerdos de

“la niña cocinando bolillas”, no se hubieran quedado tan grabados en una experiencia sin acción, sin tarea compartida.

La introducción de la acción en la psicoterapia es una de las mayores aportaciones del modelo psicodramático. De alguna manera recupera lo que los curanderos hacían en las antiguas culturas, donde posiblemente no sólo usaban la palabra para sanar, sino que todo el cuerpo en acción se ponía en juego para la recuperación y la transformación que se buscaba (Población y López-Barberá, 1997). Con esto se potencia el papel activo de cada persona en su proceso de cambio. La vida es acción y los participantes de un grupo son actores y creadores en acción.

El cuerpo expresa lo que la palabra oculta. Lo vivido y lo sentido “se guarda” en el cuerpo de forma inconsciente a través de las tensiones musculares y los patrones de movimiento. A través de la conciencia corporal, el contacto y el movimiento se pueden rescatar estas vivencias y sus significados (Taufon, 2010).

Poder contar con el cuerpo vivo y activo, implica una comunicación más completa y compleja, con el otro y con lo propio. Si además de la palabra se suma el lenguaje corporal y gestual a través de la acción, se enriquece la integración de las dimensiones cognitivas, emocionales, relacionales y corporales. Desde esta integración es más fácil percibir la relación con los otros, y además, se abren canales nuevos para el encuentro y la expresión de contenidos que, en numerosas ocasiones, no se pueden expresar con la palabra.

Por ello, la acción, el movimiento y el cuerpo facilitan el renacimiento en los participantes del grupo, siendo una vía privilegiada, incluso a veces la única posible, para llegar a modificar escenas latentes o patrones relacionales estancados, a través del aquí y ahora del grupo. Esto permite el cambio y la transformación a nuevos modos en la relación con uno mismo y con los demás (Población et al., 2016).

Funciones de las Técnicas Activas

La acción en psicodrama nace del caldeamiento. A través del caldeamiento se entra en un estado más primario y más espontáneo, donde la parte racional deja de ser la única guía y se pone en marcha la parte más intuitiva, dejando que la acción se vea dirigida por ella, desde la espontaneidad.

Para ello es necesaria la activación física; que permite desentumecerse. Levantarse, caminar, sentir el propio cuerpo, no sólo la mente. A través del movimiento se va estableciendo conexión con el grupo y con uno mismo. Moreno sostiene que, al activar consciente y deliberadamente los músculos del cuerpo, se intensifican los recuerdos y la imaginación relacionadas con esa parte del organismo (Ramírez, 1997).

Este caldeamiento va activando zonas cerebrales que permiten que surja la acción de un modo espontáneo y creativo, que permite que la persona se vaya encontrando con su mundo interno y relacional, a veces consciente o inconsciente.

Dejando que sea el cuerpo el que se exprese de forma espontánea, se reorganiza el caos interno y emocional, facilitando que emerja lo latente. Posiblemente se ha desencadenado una nueva escena, una historia, una nueva mirada desconocida hasta

ese momento en relación a sí mismo, a su historia, a su vida o al grupo. A partir de ahí aparece el deseo de comprender. Se empiezan a poner nombre a vivencias y emociones. Es ante la necesidad de comprender y poner nombre a lo ocurrido, cuando aparece el uso de la palabra. El lenguaje ayuda a comprender este nuevo lugar.

En este proceso nace un nuevo modo relacional, que rompe la cultura en conserva y abre nuevas posibilidades de relación. Ante el nacimiento de la acción, nace una nueva historia posible para la vida de la persona, del protagonista, de los protagonistas.

Los factores terapéuticos que operan en el grupo y que describe Yalom y Leszcz (2021) son potenciados a través de las técnicas activas. Las técnicas psicodramáticas suponen que cualquier estado del cuerpo espontáneo siempre tiene una significación psíquica, como si fuera una huella guardada en el cuerpo, de modo que a través del caldeamiento corporal surgen escenas conflictivas que, muchas veces no son accesibles de otro modo (Fernández de la Vega, 2021).

En el psicodrama, el impulso y la fuerza para el cambio viene de la actuación, donde participan de manera conjunta el cuerpo, los sentimientos, la imaginación, la memoria, la búsqueda intelectual... etc. Por esto no hay consejos, ni interpretaciones, ni instrucciones de qué y cómo hacer, sino que se facilita que el cambio surja desde dentro, y que las comprensiones y las nuevas respuestas a las que se accede desde la espontaneidad, permitan la creación de una forma nueva de estar en el mundo.

Visión Neuropsicológica de las Técnicas Corporales y Activas

En los últimos veinte años, se ha dado en la neurociencia un importante avance que ha permitido conocer con más precisión el funcionamiento del cerebro humano. Dicha comprensión, ayuda a explicar la forma en la que ocurren determinadas alteraciones del funcionamiento de nuestro cerebro, que provoca a su vez alteraciones emocionales y comportamentales. Conocer lo que ocurre en nuestro cerebro cuando aparecen dichas alteraciones emocionales y comportamentales, aporta una guía para pensar en la manera de abordarlas terapéuticamente.

El descubrimiento más importante en este sentido ha sido la constatación de la enorme plasticidad del cerebro humano, incluso más allá de la niñez. El cerebro experimenta una serie de cambios importantes en los primeros años de la vida, que condicionan su estructura y funcionamiento. Sin embargo, más allá de la adolescencia, el cerebro sigue sufriendo cambios provocados por las experiencias vividas.

Un modo de explicar esto, es el símil del tronco del árbol y sus ramas, usado por Carme Timoneda Gallard (2015) para explicar la creación de conexiones neuronales. En el momento del nacimiento el cerebro está formado por troncos de árboles, que representan esa primera estructura neuronal. Es el crecimiento de las ramas lo que permite que haya conexión entre diferentes troncos, lo que hace posible que pueda saltar la ardilla, es decir, que puedan darse las conexiones neuronales. Es la experiencia y el aprendizaje lo que hace que crezcan las ramas, que se den esas conexiones. Y esto ocurre a lo largo de toda la vida (Timoneda Gallard, 2015).

El cerebro funciona siempre con dos finalidades: intentar garantizar la supervivencia y adaptarse al entorno. El cerebro busca ser competente en el entorno en el que vive. Cualquier aprendizaje implica poner al cerebro en un contexto en el que necesite incorporar nuevos funcionamientos para adaptarse a dicho entorno. Esta es la manera de establecer nuevas conexiones, y por tanto, de crear una nueva manera de actuar.

Dado que la vida y el desarrollo humano se dan en un entorno social, el desarrollo y la evolución del cerebro, tiene también un componente relacional importante. Los contextos a los que el cerebro se adapta son fundamentalmente contextos de relación. Crear nuevas conexiones implica crear nuevos modos vinculares (López Mateos, 2017).

El grupo terapéutico, y las escenas creadas a través de las técnicas activas, se convierten en un nuevo contexto al que el cerebro va a intentar adaptarse, generando así nuevas conexiones neuronales; se genera un nuevo camino, un nuevo comportamiento y un nuevo modo vincular. Dicho camino será, en un principio, más difícil de transitar que las autopistas que llevan años funcionando y estableciendo conexiones, pero a través de experiencias similares repetidas, dicho camino se irá convirtiendo en una carretera. En este proceso, la palabra puede ser una manera de consolidar y ensanchar dicho camino, pero no se habrá construido sin la experiencia que genera el grupo en acción. La acción y el cuerpo en el grupo permiten generar una vivencia completa, en el aquí y el ahora, que hace posible la creación de nuevos modos de actuar y de relacionarse.

En el cerebro existen redes cognitivas y redes sensitivas. Cada una tiene un funcionamiento diferente. La emoción es una pulsión sensitiva, es involuntaria, no se puede decidir lo que se siente. Son las redes sensitivas (lo que se puede llamar el cerebro emocional) las que se encargan fundamentalmente de la supervivencia. En concreto, la amígdala, es la que se encarga de registrar aquellas experiencias que nuestro cerebro capta como peligrosas. Su funcionamiento es incluso previo al nacimiento. El funcionamiento de la amígdala permite se reconozcan situaciones potencialmente peligrosas, tanto sensitivamente como emocionalmente, pero no lo hace de manera muy precisa, por eso, puede dar lugar a reacciones emocionales, no del todo adaptadas a la situación concreta (Timoneda Gallard, 2015).

La corteza ventro-medial, en la que existen neuronas sensitivas, en conexión con la amígdala, nos permite ajustar nuestra respuesta. Una buena vía para la modulación de la respuesta a través de la conexión con la corteza ventro-medial es a través de las experiencias. Reviviendo las experiencias que evocan la emoción, es decir la reacción de la amígdala en un contexto de menor riesgo, se permite que el funcionamiento de la corteza ventro-medial busque una respuesta más adaptada.

Se trata de integrar emoción y cognición, lo que implica conectar el cerebro emocional, que tiene su base en la amígdala, y el cerebro cognitivo, cuya “puerta de entrada” es la corteza ventromedial (Timoneda Gallard, 2015).

En este sentido, el psicodrama, es decir, incluir la acción y el cuerpo como

acceso a lo emocional, permite generar unas condiciones muy propicias para la creación de nuevas conexiones neuronales. Además, genera las condiciones para que la corteza ventro-medial se active y de esta manera modular la respuesta emocional.

Cuando la reacción de todo el complejo amigdalino produce una respuesta no adaptada, la parte prefrontal del cerebro, en concreto el dorso-lateral se activará para buscar una justificación consciente a esa respuesta; excusas, culpas fuera, etc... Si la intervención se centra en desmontar estas excusas, de modo racional, se estará reforzando un funcionamiento polarizado: emocional *vs* cognitivo-racional. Sin embargo, a través de las herramientas psicodramáticas que luego se detallarán más adelante, en concreto a través del caldeamiento, entramos en una experiencia que activa el cerebro más emocional. A través del juego se reduce el riesgo y permite al cerebro establecer una conexión que integre la respuesta amigdalina con la modulación que permite la corteza ventro-medial.

A continuación, se toma un ejemplo de un modo vincular que se pone en marcha a través de una experiencia en los primeros momentos de la vida. Se observa cómo las conexiones generadas en ese momento crean un camino que hace que se repita el modo de reaccionar en etapas posteriores. Por último, se explica en qué sentido una terapia grupal activa y corporal, facilita la creación de nuevas conexiones, y por tanto, la incorporación de nuevos modos vinculares.

Un bebé recién nacido siente frío. Se trata de una situación nueva, ante la cual su amígdala reacciona generando un estado de alerta que desencadena una reacción fisiológica de lucha-huida. Esto se traducirá en movimientos de brazos y piernas, llanto y agitación. Si la madre acude ante las demandas del bebé, le coge en brazos y le arroja, el bebé se calmará e incorporará el modo vincular de “pedir ayuda”, que a lo largo del tiempo puede ir transformándose. Pero si por el contrario, ocurre que nadie acude, llegará un momento en que el bebé dejará de llorar, y las conexiones cerebrales que se habrán hecho se corresponden más con un patrón relacional de indefensión aprendida. Esto puede suceder en diferentes grados, siendo un camino más consolidado o menos. A continuación, se ve un posible modo vincular consolidado en el futuro (López Mateos, 2017).

Se encuentra en el grupo una adolescente cuyo motivo de consulta es apatía, sentimientos de soledad, dificultad en la relación con iguales, rebeldía y aislamiento en casa. Trae al grupo una situación en el instituto en la que percibe que sus amigas son indiferentes a ella. “Nadie me llama para hacer planes. Si no estoy cuando los hacen, acabo quedándome sola en casa. Además, si voy, nunca se hace lo que yo quiero y termino quedándome a un lado. Siempre soy la primera en volver a casa. Para qué voy a estar allí”. Se desarrolla a continuación un posible abordaje.

Se observa que en el grupo emerge ese modo vincular. Se reproduce también en las relaciones grupales. En los juegos y ejercicios en los que se dan elecciones para formar parejas o grupos, se queda paralizada, y si se da el caso por número de participantes, suele quedarse sin pareja. Finalmente, a través de un caldeamiento es elegida por el grupo para ser protagonista y traer su propia escena al grupo: la

situación que está viviendo en el instituto. Los miembros del grupo son los yoes auxiliares, que le ayudan a representar su escena convirtiéndose en los compañeros de la clase. A través de las técnicas básicas (que se desarrollan más adelante) introducidas en la escena, la paciente va dándose cuenta de que, de alguna manera, ella no se deja ver; se esconde, desaparece en situaciones de grupo y esto no le permite tener un lugar en él. Los yoes auxiliares le devuelven una percepción de este comportamiento como algo elegido, aunque eso está muy lejos de la realidad. Es la única manera en la que ella puede comportarse. A través de las técnicas, el paciente tiene la oportunidad de probar y ensayar otros modos vinculares. Gracias al caldeamiento, no se pone en marcha toda la justificación del prefrontal, que versa sobre lo malas que son las otras personas: “se creen mejores”; y a pesar del miedo, percibe un espacio suficientemente seguro como para probar. La escena continúa y la protagonista se permite expresar sus deseos, propone quedar y muestra sus sentimientos, que las compañeras representadas por los yoes auxiliares acogen. Se ha abierto un nuevo camino neuronal, nuevas conexiones que permiten nuevos modos de relacionarse. De momento es solo un pequeño camino. La paciente seguirá transitando a menudo, la autopista que había construido durante muchos años y en la que perpetuaba conductas que le llevaban a “escondarse”. En la última etapa, el eco grupal, sus propias palabras y las del grupo permitirán una primera consolidación de este camino, que terminará en convertirse, al menos en carretera, cada vez que pueda verse a sí misma “escondiéndose” en las situaciones reales de su vida y consiga “salir de su escondite”.

El Uso de la Acción y el Cuerpo como Herramientas Terapéuticas

... les hizo coger y pesar un trozo grande de arcilla y, con este en la mano, se dispuso a mostrar cómo se hacía un chawan, ese cuenco que los japoneses utilizan en las ceremonias del té.

Constanza dio forma al trozo de arcilla hasta hacer algo parecido a una esfera; la palmeó para perfeccionar su redondez; estaba fría. Luego hundió el pulgar y, con este dedo dentro de la bola y el resto fuera, comenzó a hacer un movimiento de pinza, al tiempo que la giraba sobre sí misma, para ir abriendo un espacio en su interior. Poco a poco fue tomando la forma de un gran tazón.

Constanza entró en una especie de trance; todos sus músculos, la mandíbula, se relajaron; la tensión de su cuerpo se esfumó.

Comprendió que se requería mucha fuerza y delicadeza a la vez, porque los dedos trabajaban sutilmente, como la gota que horada la piedra al cabo de los siglos, pero esa labor constante necesitaba unas manos fuertes para no cansarse. Sintió la arcilla entre los dedos. Se hundía entre ellos, pero ofrecía una pequeña resistencia. Era fría, húmeda, arenosa, era... Constanza miró asombrada la pieza que había forjado con sus propias manos. De pronto se dió cuenta: había despertado, su cuerpo aletargado se había avivado y

tenía una sed de siglos. (Aguirre Carballeira, 2022, p) Manuscrito en prensa.

Cuando Jacov Leví Moreno introduce el cuerpo y la acción en la psicoterapia lo hace, no sólo como algo que hay que observar, descifrar o interpretar, sino también como una herramienta que se puede manejar, siempre desde el conocimiento de qué se hace y para qué se hace, de modo consciente y voluntario, como parte de la actividad terapéutica.

El uso de técnicas activas permite leer lo que está ocurriendo en el grupo, captar las necesidades de los participantes y del grupo como totalidad. Ayuda a facilitar la cohesión grupal necesaria para generar un espacio de confianza y de crecimiento que permita la exploración, y asumir el riesgo necesario para poder crecer; facilita la comunicación entre los participantes y con uno mismo, en la construcción de puentes de empatía y comprensión entre su cuerpo y su yo (Ciotola, 2005); permite activar y dar forma a los contenidos internos inconscientes, así como la reestructuración de escenas latentes, que hace posible que surjan nuevos roles, y de nuevas escenas.

De esta manera, el cuerpo en acción de los participantes del grupo, del protagonista de la acción y del terapeuta, serán los dedos, las manos fuertes, y el calor que actúa sobre la pieza de barro del que el psicodramatista podrá hacer uso para facilitar el cambio.

A continuación, se exponen algunos de los lugares a los que se pueden llegar con el buen uso de estas herramientas en nuestras manos:

- “Leer” lo que ocurre en el grupo, en los participantes y en el terapeuta. Tener en cuenta el cuerpo como parte de lo que cada uno es en el grupo, aporta una mirada más global e integral de cada participante. El cuerpo es presencia, ocupa un lugar y también expresa lo que cada uno es, a través de él. Se puede captar lo que ocurre en el grupo, no sólo a través de los ojos, de los oídos o la mente, sino a través de la resonancia del cuerpo, también presente en el grupo. A través de los movimientos corporales y la interacción no verbal se establece una vía de comunicación. Es un modo de expresión que construye los vínculos interpersonales más allá de la palabra. Si además introducimos la acción de forma deliberada, a través de las técnicas activas, se puede explorar lo que está ocurriendo en el aquí y ahora del grupo y en cada uno de los participantes, y dejar que esto se exprese, no sólo a través de la palabra que lleva a una dimensión más racional, sino a través del cuerpo y la acción, que remite a un terreno más emocional.
- El juego, el cuerpo presente, el uso de objetos y la acción facilitan la cohesión grupal. Permiten explorar la ambivalencia de los primeros encuentros y ensayar cuál es el lugar desde el que se quiere relacionar cada participante del grupo. Esta facilidad para la comunicación que ofrece el cuerpo potencia la generación de un espacio seguro y confiable, y la generación de una matriz segura donde poder desvelarse ante el resto y

ante sí mismo.

- A través del movimiento físico y mental se facilita la activación de la espontaneidad. Entendemos la espontaneidad no como un mero acto impulsivo, sino como la manifestación orgánica indispensable para vivir y crear. El surgimiento de ésta es lo que permite la creación de algo nuevo, permite la eliminación de los condicionantes que limitan la libertad de la persona (cultura en conserva) y permite, en último término, el verdadero encuentro. (Población, 2019)
- El psicodrama permite jugar, explorar, arriesgar, lanzarse a la búsqueda de nuevas experiencias y modos de estar con los otros, en el mundo y con uno mismo; alejarse, acercarse, presentarse desde un rol u otro, etc. Y siempre se hace desde el terreno del “como si”, ese espacio donde se intenta apuntar a la realidad a través de lo imaginario. (Álvarez Greco et al., 2012). Cuando se actúa “como si fuera la realidad que sólo ocurre en el escenario” se crea un lugar seguro en el que poder explorar.
- La curiosidad innata en el ser humano y la espontaneidad que emerge desde el caldeamiento, le permite a los participantes del grupo probar, explorar y arriesgar, siempre dentro de un contexto seguro.
- Representar el mundo interno de los pacientes, las vivencias y recuerdos a través del cuerpo y la acción, supone un cambio importante de perspectiva. El paciente pasa a ser testigo de lo que le ocurre, esto le permite una visión diferente. Puede percibir que el conflicto representado es propio, pero él mismo es mucho más que dicho conflicto, a pesar de que en un momento dado, emocionalmente parece ocuparlo todo. Además esta externalización, da al paciente la sensación de poder transformarlo. Lo que está fuera le permite un margen de maniobra. El paciente es artesano y es, pieza de barro.
- Además, esta es una labor compartida, en la que cada miembro del grupo es protagonista y también tiene un papel en la transformación de otros miembros. En esta labor de apoyo a la creación del otro, cada miembro del grupo encuentra a su vez una vía para la propia transformación. Ayudando al otro a transformar tu pieza de barro, se incorporan nuevas vías para transformar la propia.

Para poder hacer uso de estas herramientas que nos permiten dar forma al barro, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos en el manejo de las técnicas activas (López-Barberá, 2014):

- El terapeuta hará uso del potencial de la acción del protagonista o del grupo siempre acompañando al protagonista, esto es, siguiéndole, desde el lugar en el que está y en la dirección que quiere ir; no como una forma de manipular, desde la suposición de que el terapeuta “sabe” en realidad lo que le conviene al paciente, independientemente de él.
- También será importante que el terapeuta haga un ejercicio de introspección, de revisión constante de sí mismo, con el fin de poder identificar cuando

antepone lo suyo, sus contenidos personales a las necesidades del paciente, de manera automática y sin ser consciente de ello. Para ello es necesario que el terapeuta haya vivido su propio proceso, que haya experimentado las técnicas activas y el cuerpo en acción en un contexto terapéutico, con el fin de contactar con sus propios contenidos, desvelarnos, darles forma y significado.

- Y por último es necesario conocer en profundidad las técnicas activas, conocer en qué consisten, desde lo teórico y desde lo vivencial, y el para qué de cada propuesta, de modo que puedan ser vehículo de claridad, de crecimiento, de espontaneidad y creatividad, alejados de la confusión y la idealización.

Las Técnicas que Incluyen el Cuerpo y la Acción en el Grupo Terapéutico

Las técnicas activas son aquellas en las que se emplea la acción como representación de una situación o fantasía personal. Esto permite la ampliación del campo de la comunicación, de la experiencia y de la elaboración (Jáñez, 2021).

Un pequeño resumen de las técnicas activas servirá de muestrario para conocer qué se puede hacer.

En una sesión de grupo de Psicodrama, se hace un recorrido por tres fases:

- **La primera fase es el caldeamiento.** Permite entrar en un modo más emocional, reducir las defensas y contactar con el grupo (cohesión) y con los propios contenidos internos. De esta manera, el caldeamiento activa la espontaneidad, lo que va a permitir crear. En esta fase el cuerpo se convierte en vehículo para lograr ese estado de conexión. Son propios de esta fase los juegos o ejercicios propuestos por el facilitador para activar contenidos internos y lograr un estado del grupo y de cada uno de los miembros que permita adentrarse en la siguiente fase.
- **La segunda fase es la dramatización,** en esta fase se elige a un protagonista, que puede ser un miembro del grupo, un pequeño grupo o el grupo entero. Se introducen técnicas como dramatizaciones, esculturas, uso de objetos intermediarios, etc... Dentro de cada una de estas técnicas, se introducen a su vez las técnicas básicas del psicodrama: doble, espejo, cambio de roles y soliloquio.
- **La última fase es el eco grupal,** en el que tanto el/los protagonistas como el resto del grupo comparten la resonancia emocional de lo que se acaba de vivir. Es un tiempo para compartir desde uno mismo y centrado en las emociones, sin entrar en juicios y valoraciones de lo ocurrido.

Cuando hablamos de juegos y ejercicios nos referimos a propuestas activas que permiten el caldeamiento. Los ejercicios son propuestas más sencillas basadas en generar interacción entre los miembros del grupo, facilita la conexión y que afloren las dinámicas grupales. Los juegos son propuestas más complejas, con indicaciones más concretas que generan un escenario compartido para permitir la actuación libre.

La técnica de la dramatización es la creación de una escena real o fantaseada, construida por el protagonista, junto a los yoes auxiliares, con la guía de la facilitadora. La escena empieza a desarrollarse libremente, sin embargo, la facilitadora irá introduciendo las técnicas básicas.

La escultura es una técnica en la que el protagonista, sirviéndose de los cuerpos de los yoes auxiliares, construye una escultura que represente la esencia de una relación. Puede ser una escultura individual, que represente la relación con una misma, una escultura de pareja, que represente la relación entre dos personas, familiar o una escultura grupal. También dentro de la escultura se pueden introducir las técnicas básicas, de las que hablaremos a continuación. Esta técnica permite llegar al núcleo de un modo vincular establecido. Al representar ese modo vincular fuera, hacerlo externo y visible, se facilita la modificación o creación de nuevos modos vinculares, pudiendo experimentarlos.

Las técnicas básicas que pueden introducirse dentro de las técnicas que acabamos de mencionar son: el doble, el espejo, el soliloquio, el cambio de roles y la multiplicación dramática. Cada una de ellas remite a una de las fases evolutivas que describe el Psicodrama y tienen una función en el proceso de incorporar nuevos modos vinculares.

El doble, remite a las fases iniciales de indiferenciación. Se usa cuando el protagonista tiene dificultad para acceder y expresar sus contenidos internos y sus emociones. El terapeuta pone voz a lo que le ocurre; es contactar y expresar por él. Es adecuado sólo en aquellos momentos en los que sentimos una conexión y una sintonía emocional muy plena con el protagonista, y requiere mucho cuidado y delicadeza al hacerlo.

El espejo, se corresponde con la fase del reconocimiento del yo. Permite al sujeto verse representado en su actuación a través del desempeño por parte de un yo-auxiliar de su rol. Le permite “verse reflejado como en un espejo”. En esta técnica es importante tener mucho cuidado con no hacer una caricatura; supone, más bien captar lo esencial del lenguaje no verbal y mostrárselo al protagonista.

El cambio de roles corresponde a la fase evolutiva del reconocimiento del tú, percibir al otro con su propia identidad. Esta técnica, permite diferenciar y percibir al otro tal y como es; supone ponerse en la piel del otro. El facilitador propondrá hacer un cambio de roles al protagonista con alguno de los yoes auxiliares, con el fin de que se perciba a sí mismo desde su rol complementario. De esta manera puede experimentar lo que genera el modo vincular que está siendo representado.

La multiplicación dramática, es la puesta en acción sucesiva de una misma situación por parte de los distintos sujetos presentes. Estará teñida por el mundo interno de cada uno, como una manera de aportar multiplicidad de visiones. El protagonista observa, tratando de captar aquello que pueda aportarle vías para crear en su propia representación, de modo que facilita la creatividad para establecer novedades en sus modos de relación. Una vez que observa la multiplicación, pasa de nuevo por la escena.

Conclusión

En este artículo se ha ido desgranando todos aquellos elementos que le dan valor al cuerpo y la acción en la Terapia de Grupo, como vía para generar experiencias globales, que permitan crear nuevos modos vinculares. El cuerpo y la acción facilitan la conexión con uno mismo y con los demás. Son una vía para el juego, activan la espontaneidad y permiten que los pacientes vean reflejado en el exterior su mundo interior. Esta manera de entender el encuadre grupal rico y transformador, puede servir para psicoterapeutas de otras orientaciones a hacer un mayor uso del cuerpo y la acción en su práctica diaria.

Tras este recorrido cobra sentido afirmar que, una perspectiva biopsicosocial del ser humano lleva necesariamente a un modelo psicoterapéutico desde el que intervenimos a través del cuerpo en acción y de la relación.

Referencias

- Aguirre Carballeira, O. (2022). *Relatos*. [Manuscrito presentado para su publicación].
- Ciotola, L. (2005). The body dialogue: an action intervention to build body empathy [El diálogo corporal: una intervención de acción para construir empatía corporal]. *Journal of Group Psychotherapy Psychodrama & Sociometry*, 59(1), 35-38.
- Fernández de la Vega, S. (2021). Diálogo entre teatro, psicodrama y psicoterapia: aportaciones del teatro posdramático. *Arteterapia*, 16, 47-54. <https://doi.org/10.5209/arte.72605>
- García Quevedo, E. (2011). *Viajes que despertaron mis cinco sentidos*. Viceversa.
- Garrido, E. (1978). *Jacob Levi Moreno: Psicología del encuentro*. Sociedad de Educación.
- Jáñez, M. (2021). Cómo incorporar técnicas activas en los encuadres grupoanalíticos. *Clínica e Investigación Relacional*, 15(1), 187-205. <https://doi.org/10.21110/19882939.2021.150109>
- Menegazzo, C. M., Tomasini, M. A. y Álvarez Greco, D. (2012). Diccionario de psicodrama, procedimientos dramáticos y socionomía. Dunken.
- Moreno, J. L. (1965). *Psicodrama*. Hormé.
- Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Fondo de Cultura Económica.
- López Barberá, E. (2015). Técnicas activas. Más allá de la palabra, más allá de la actuación. *Mosaico: Journal of the Spanish Federation of Family Therapy Associations*, 60, 40-53.
- López Mateos, R. (2017). Neurociencia Vincular: Principios neurobiológicos de la teoría de la escena. *Revista Vínculos*, 7, 33-50.
- Pérez Riobello, A. (2008). Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. *Eikasia. Revista de Filosofía*, 20, 197-220. <http://www.revistadefilosofia.org>
- Población, P. (2019). *Tratado de psicoterapia activa. Un psicodrama actual*. Morata.
- Población, P. y López Barberá E. (1997). *Escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Población, P. López Barberá, E. y González Díaz de la Campa, M. (2016). *El mundo de la escena. Psicodrama en el espacio y el tiempo*. Desclée De Brouwer.
- Ramírez, J. A. (1997). *Psicodrama - teoría y práctica*. Desclée de Brouwer.
- Tauvon, L. (2010). Psychodrama: active group psychotherapy using the body in an intersubjective context. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 5(3), 257-267, <https://doi.org/10.1080/17432979.2010.530058>
- Timoneda Gallard, C. (2015). *Abriendo nuevas sendas en la práctica de la intervención neuropsicopedagógica*. Documenta Universitaria.
- Wood, J. K. (1988). *La existencia humana como unión: el trabajo en grupo según enfoques centrados en la persona*. Psicología Humanística.
- Yalom, I. y Leszcz, M. (2021). *The theory and practice of group psychotherapy [La teoría y la práctica de la psicoterapia de grupo]* (6ª Ed.). Basic Books.

CUIDAR EL PROCESO DE UN GRUPO: COORDENADAS PSICODRAMÁTICAS PARA SU COMPRENSIÓN

TAKE CARE FOR THE PROCESS OF A GROUP: PSYCHODRAMATIC COORDINATES FOR ITS UNDERSTANDING

Natacha Navarro Roldán

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9852-4990>

Psicóloga Sanitaria, Psicoterapeuta (FEAP),

Formadora y Supervisora en Psicodrama (AEP, FEAP, FEPTO).

Directora del Centro Internacional J.L. y Zerka T. Moreno,

Profesora Asociada de la Universidad de Granada hasta 2016. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Navarro, N. (2022). Cuidar el proceso de un grupo: Coordinadas psicodramáticas para su comprensión. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 55-63. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1120>

Resumen

Se pretende poner en el centro de la reflexión el entendimiento del grupo como entramado de vínculos que generan aprendizaje sobre roles, así como su valor como ente y sistema terapéutico cuyo fin último es la salutogénesis a través del propio crecimiento y madurez. El objetivo final es permitir el crecimiento individual y tolerar la incertidumbre de su propio devenir.

Palabras clave: *Psicodrama, Proceso Grupal, Aquí y Ahora Grupal, Rematrización de roles*

Abstract

It is intended to put the understanding of the group as a network of links that generate learning about roles at the center of reflection. As well as an understanding of the value of the Group as a therapeutic entity and system whose ultimate goal is salutogenesis through its own growth and maturity. The ultimate goal is to allow individual growth and tolerate the uncertainty of their own future.

Keywords: *Psychodrama, Group Process, Here and Now group, Rematrization of Roles*



Hay ya mucho escrito sobre el proceso grupal referido a las distintas fases por las que atraviesa un grupo, a los distintos tipos y tamaños de los grupos así como a los tipos de liderazgo grupal. Hablar del concepto de Psicoterapia de Grupo es aludir a quien lo creó, Jacob Levy Moreno, aunque otros le disputaron el término (Slavson, 1943). Actualmente, los distintos encuadres metodológicos y teóricos han ofrecido mucha información sobre cómo atender al camino o proceso de un grupo. Incluso hay numerosas experiencias híbridas en cuanto a mezcla de métodos y sus beneficios. También la atención grupal *online* en la actualidad. Seguramente todos los terapeutas, sea cual sea el modelo que sigan y el tipo de grupo con el que trabajen, coinciden en que siempre tenemos a un grupo de seres humanos en nuestras manos. Dicho esto, me declaro Moreniana o Psicodramatista en la forma de entender al ser humano en su lucha por ser el protagonista de su propia vida y de su propio proceso, y de entender también el valor de los grupos como matriz idónea para poder aprender, ejercitarse y crecer.

¿Qué Puede Ofrecer de Nuevo esta Reflexión?

Comparto con los psicoterapeutas el utilizar a los grupos y sus procesos para poder aprovechar los beneficios que proporciona a sus miembros la experiencia de pertenecer y aprender en ellos. Aquí vamos a hablar, sobretodo, desde el enfoque que nos brinda el método psicodramático, que podemos identificar como humanístico y sistémico y que autores como Gil definen como método perteneciente a “las orientaciones sociométricas” (Gil y Alcover, 1999, p. 392). Sociometría es según la definición del propio Moreno un “conjunto de técnicas para investigar, medir y estudiar los procesos vinculares que se movilizan en los grupos humanos (Menegazzo et al., 2012, p.272). Además, como referentes de grandes corrientes teóricas, podríamos situar al Psicodrama en los métodos humanísticos y sistémicos.

Mi experiencia surge de más de 25 años coordinando grupos de diferentes duraciones (corta, media o larga), de intervenciones por proyectos en contextos educativos y organizacionales, de grupos de terapia, y de grupos en formación para ser psicoterapeutas, que de forma obligatoria necesitan pasar por un proceso de grupo, así como de un proceso individual. Ellos han sido los que realmente me han ayudado a desarrollar la cartografía a través de la que observo y tomo decisiones en la coordinación de un grupo. La experiencia en el cuidado de distintos tipos de grupos y, al mismo tiempo, de UNO, o dicho de otra manera, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS GRUPOS, lleva a tratar de establecer la importancia del cuidado del proceso, la importancia de entender cómo se comportan y cómo pueden llegar a un fin compartido. Acompañar y facilitar que el mismo grupo haga su trabajo, que se convierta cada miembro en un auxiliar del terapeuta o en un facilitador para sus compañeros, es el fin último del entendimiento de cómo liderarlo. El objetivo de este trabajo es ayudar a poner una mirada en esos seres humanos a los que leer y comprender a partir de coordenadas vinculares, contextuales y adaptativas que pueden pertenecer tanto a un grupo de adolescentes comportándose de forma

agresiva, como a un grupo de adultos asociados a TOC.

Los Seres Humanos Somos Seres Dependientes del Contexto

Neurobiología y Contexto Vincular

La Neurobiología se ha encargado de explicar que la emoción y la cognición no están separadas. Quiero referirme a los importantes descubrimientos del neurobiólogo Sapolsky (2017) sobre el origen de los comportamientos y las emociones humanas. Este investigador, entiende que toda nuestra vida tiene un origen social y vincular a la hora de aprender comportamientos, y nos explica que hasta que no tenemos un lóbulo y corteza prefrontal desarrollada no podemos distinguir entre determinadas emociones y experiencias de identidad. Así pues, lo psicológico, lo neurológico y lo contextual van de la mano. Siendo esto así, los que nos dedicamos a la cirugía de la mente psicosocial, necesariamente debemos entender las matrices relacionales en las que se han gestado algunos comportamientos sociales o intrapsíquicos de nuestros pacientes (Sapolsky, 2017).

No cabe pues la crítica fácil hacia los métodos sistémicos y humanistas como el Psicodrama tildándolos de simplemente emocionales, porque necesariamente vamos a encontrar en la lectura del contexto de crecimiento personal y social muchas de las claves que necesitamos, sin dejar de lado explicaciones de origen traumático fisiológico, que también van a dejar huellas emocionales y vinculares, sin ningún tipo de duda, así como de narrativas cognitivas que explican determinadas situaciones y vivencias. Lo que hace necesario abordar simultáneamente lo emocional y lo cognitivo. De nuevo nos acercamos a Sapolsky para romper el mito del poder de los genes en el comportamiento humano. Para el autor, el triunfo es del ambiente, y no solo del mundo fisiológico interno, sino del mundo exterior. “los genes no tienen sentido fuera del contexto del ambiente” (Sapolsky, 2017, p. 355-359), “tales cambios epigenéticos guardan relación con los sucesos, especialmente acaecidos en la infancia, que causan efectos persistentes en el cerebro y en el comportamiento (Sapolsky, 2017, p. 361).

De acuerdo con estos fascinantes descubrimientos, nos podemos preguntar sobre la importancia de los contextos en los que crecemos –siempre grupos o sistemas grupales– lo que lleva a encuadrar la acción terapéutica en la re-creación de esos sistemas en los que se puedan re-aprender o actualizar los comportamientos. La respuesta es que sí, que tiene sentido favorecer ese espacio intrapsíquico a través de las escenas intrapsíquicas que se re-cran en un “como si” (es la realidad espacio temporal en el *aquí y ahora grupal*).

Las Personas Crecen en Matrices Psicosociales

El Psicodrama, a diferencia de otros métodos grupales, ha desarrollado su propia teoría del desarrollo humano, aunque ciertamente incompleta. Lo que explica es que somos seres psicosociales y relacionales y que crecemos en una cadena de

matrices psicosociales que nos permiten crecer y aprender a sobrevivir. Moreno presenta ese mapa a través de los conceptos de *Universo* y de *Matriz*.

El concepto de *Universo* o espacio psicosocial explica que el individuo crece en el vínculo interactivo con sus cuidadores, pasando de una vinculación absolutamente dependiente e indiferenciada con el cuidador y, por lo tanto, de un YO fundido con ellos, a una diferenciación del Yo y no-Yo hacia el Yo-Tú y nosotros- los otros. Dando lugar al *proceso de la propia Identidad*. De cómo se interioriza la idea de uno mismo y (self) en relación con los otros y de los otros. La sociometría en la *Teoría de Roles* entiende un proceso individual diacrónico, en interrelación desde su origen. Este pasa por determinados universos, o constelaciones personales y universales, en cuyo contexto y proceso de interacción con los demás se producen determinados momentos, o ausencia de ellos, que determinan escenas originarias en las que se encuentran las semillas de sus formas no adaptativas de relación y de diferentes trastornos. Esto por supuesto no pretende realizar una visión simplista ni únicamente interactiva y contextual, pero mi visión es que incluso se puede entender a un TOC como un ser enredado en formas vinculares y que las mantiene en relación con su contexto en una idea de supervivencia. Todos y cada uno de los diferentes pacientes con trastornos psiquiátricos, han crecido en una familia, se han vinculado a diadas, sistemas familiares, y grupos, con mayor o menor éxito y se han perdido en el laberinto en una etapa generalmente temprana (Navarro y Orsucci, 2021).

Los Universos que cita Moreno son 3 hasta la fecha. El primero llegaría hasta los 2 años, el segundo hasta la adolescencia y el tercero abarca todo el Mundo social y adulto. Aunque Moreno nunca estableció las edades concretas, sí aportó una valiosa herramienta para, una vez entender en qué Universo y fase está atrapada esa escena, poder utilizarla. De ahí el uso de técnicas como el Doble, el Espejo y el Cambio de Rol.

La tarea concreta y real, desde esta perspectiva del rol cuidador no es más que poner palabras a las necesidades de la persona cuidada, ofrecerle una idea de sí mismo diferenciada de la nuestra y ayudarle a que pueda independizarse e intercambiar su rol con nosotros, los cuidadores.

Muchos de los seguidores de Moreno se han preguntado sobre el desarrollo del tercer Universo, a todas luces demasiado general y difuso para dar mayor explicaciones sobre determinadas etapas interrelacionales del mundo adulto. Actualmente el debate sigue abierto, e incluso se plantea un cuarto Universo que en suma recogería el desarrollo individual y elegido de un adulto, a través de sus experiencias en relaciones sociales, de pareja, familia, profesionales, de trascendencia. Pero al mismo tiempo, hay otra lectura importante y es que, de acuerdo con esta teoría, nuestros pacientes generalmente están de alguna u otra manera atrapados en el primer o segundo Universos (Navarro y Orsucci, 2021) y por ello necesitan la ayuda de un Grupo en el que se puede “rematizar” de una forma metafórica y experiencial. Gracias al grupo y en el grupo, el *como si* psicodramático, recrea y

sana lo que no se pudo obtener. Es absolutamente necesario trabajar las escenas infantiles y entender en dónde estamos atrapados.

Las Personas Crecen en torno a Escenas

Desde la mirada psicodramática, leer escenas y rematizar escenas es nuclear. “El concepto de escena entra por derecho propio a constituirse en un punto nodal de una teoría del hombre y de la práctica de psicoterapia a partir de su uso por Moreno” (Población y López Barberá, 2016, p. 37). Hemos aprendido la vida en escenas, a comunicarnos en escenas, a expresar nuestras emociones en escenas. Según los autores, una escena es un sistema psicosocial (Población y López Barberá, 2016, p. 37).

En todo grupo y en particular en un grupo psicoterapéutico, trabajaremos a través de escenas “tanto de las que surgen en el escenario terapéutico como las que nacen de la relación entre los sujetos presentes en la terapia, terapeutas y resto de los presentes” (Población y López Barberá, 2016, p. 40).

La lectura, complementación y transformación de todos los sistemas de escenas que acontecen a un tiempo de grupo es el objetivo de los grupos encuadrados en la metodología psicodramática. El proceso de transformación en Psicodrama se refiere a “los movimientos de integración y las modificaciones resolutorias que se ponen en juego...en cada grupo y en los individuos que participan de la actividad psicodramática (Menegazzo et al., 2012, p. 216). El Psicodrama permite que cada uno de los integrantes de un grupo y el grupo en su totalidad, se sitúen en una nueva matriz, en un peculiar espacio continente en el que cada uno de los participantes puede lanzarse a tales transformaciones (p. 218).

El objetivo pues a través de la dramatización es la actualización de aquellos roles que se originaron en escenas conflictivas para, en el espacio seguro que se crea, ofrecer nuevas formas vinculares y finalmente crear nuevos roles.

Claves para Entender el Proceso Grupal

Para Moreno, un paciente es un agente terapéutico de otro paciente y un grupo es agente terapéutico de otro grupo. A esto le llama “el principio de la interacción terapéutica” (Vainberg y Lombardo, 2015, p. 209) El grupo terapéutico funciona de dos formas: 1) como familia en miniatura y 2) como sociedad en miniatura (p. 209). Por lo tanto, se puede denominar a estas dos dimensiones: dimensión socio-métrica y dimensión sociátrica.

Para mí pues, todos los componentes de un grupo (sea cual sea su característica, el tipo de grupo, su duración) van a ser esos auxiliares o agentes que finalmente van a permitir que el Universo personal, familiar y social de cada uno de ellos pueda representarse y, lo más importante, que pueda restaurarse o resignificarse, o, cuanto menos, ofrecer aprendizajes nuevos que van a ser la semilla de los cambios individuales.

Esto significa que estamos hablando de las funciones o beneficios de los grupos, usar su propio funcionamiento como “familia” nos ayudará a leer dónde

se han quedado atrapados roles de crecimiento vincular o dónde no ha habido una función contenedora del adulto para un desarrollo sano y adaptativo.

Por lo tanto, ese es el camino:

Dimensión sociométrica, diacrónica y sincrónica: A través de los miembros del grupo, favorecer la lectura y mirada sobre la Familia original, sus vínculos, sus creencias y narrativas, sus roles, para poder atravesar desde la *Familia en miniatura* a la que se refiere Moreno (Vainberg y Lombardo, 2015, p. 209) hasta la *Familia* generadora de salud que es la propia familia del grupo terapéutico. Facilitar ese viaje significa saber leer y entender dónde están los roles en conserva y desadaptativos, cuáles son las narrativas que se han creado en relación con las carencias y de qué roles complementarios básicos ha carecido cada persona para poder establecer un desarrollo sano.

Las formas vinculares que aparecen a través de los miembros del grupo, a través de las relacionadas con el trabajo de los protagonistas y a través de sus proyecciones, son muy reveladoras y ayudarán a la lectura procesual completa.

Dimensión social o sociátrica.- Moreno llamó Sociatría a “los síndromes patológicos de la sociedad normal y de individuos y grupos interrelacionados” (Cukier, 1982, p.2 68). Con cuántos otros grupos nos relacionamos y traemos a nuestro grupo.

Podríamos también entender este aspecto de una sociedad o la representación de la Sociedad en el grupo, en un nivel macrosistema, que siempre hay que tener en cuenta. El lugar, la sociedad y la cultura, el momento en el que están viviendo, también debe ser entendido y comprendido en su profundidad. No es lo mismo un momento de confinamiento de la sociedad a nivel mundial, que momentos anteriores sin confinamiento. No es lo mismo un momento de cambios sociopolíticos que otros de calma política. Además, también se puede entender la cultura grupal y sus patologías o formas en conserva, pero eso es para otro artículo.

Cuidar el Proceso: Mis Coordenadas

Ya se ha dicho que el objetivo es la transformación de las escenas grupales, el cambio personal y el cambio del sistema grupo.

Cualquiera que sea el criterio de etapas o fases grupales estas van desde la identidad y pertenencia a la transformación y el cambio. Y en su mayoría convienen en que el proceso es una hélice o espiral o alternancia entre periodos de conflicto y de transformación del mismo. El crecimiento y la madurez del grupo sobrevienen en un trabajo adecuado. “Cuanto mayor es la madurez del grupo, menos definidas son las etapas de cada ciclo y menos radicales los mecanismos de defensa implicados en el abordaje de los cambios y sus conflictos (...) ya la aparición del conflicto no desata el pánico, sino que activa la búsqueda de soluciones constructivas” (Palacios, 2007, p. 169).

Como a cada uno de nuestros protagonistas, debemos leer el momento grupal de forma sincrónica (*Aquí y Ahora del Grupo*) y diacrónica (fase, etapa, desarrollo

del grupo). Dicho de otra manera, es muy importante saber diferenciar del *Aquí y Ahora Grupal* (historia, recorrido) del *Aquí y Ahora Dramático* (trabajo de un protagonista que exploramos en la escena, en un grupo, y en un *como si* o aquí y ahora imaginario (Menegazzo et al., 2012, p. 75). Uno no se construye sin el otro, por lo que son interdependientes. Las interacciones de los miembros de un grupo representan un micro social o contextual. Pueden mostrar las relaciones familiares, sociales y comunitarias. No hay que descartar nunca el contexto cultural en el que está el grupo, con sus acontecimientos, a la hora de atender al *Aquí y Ahora Grupal*.

El proceso de acompañamiento terapéutico de los protagonistas del grupo pasa por saber leer los roles que estos han recibido, y donde están detenidos, para ayudar a crear sus propios roles, abrir el repertorio. Este proceso de cambio no puede hacerse sin jugar la escena en la interrelación con los otros miembros, que también están en su propio proceso personal. Los demás ofrecen todos los personajes, los roles necesarios para poder traer las escenas a revisar y transformar y, al mismo tiempo, al tomar los roles que nos ofrecen cada uno de los protagonistas, podemos realizar un trabajo personal sobre los nuestros propios. El Grupo pasa de ser un mosaico de roles interdependientes en sistemas individuales a generar en un sistema nuevo el espacio interno y externo necesario para generar nuevos roles. Es igual de importante generar nuevas vinculaciones como un nuevo sistema, primero familiar y luego social, que construya un espacio seguro para crecer.

Las características de este sistema, entre el *Aquí y Ahora Grupal* y el *Aquí y Ahora Dramático*, deben incluir: **generosidad** para tolerar cualquier rol que me provoque, considerar una y otra vez el regalo y la oportunidad de aprender a partir de la dificultad, entender que el otro no significa nada más que el que se ofrece para este juego psicodramático; **la decisión** de abandonar por caducidad existencial los roles en conserva que ya no toca mantener por inadaptables; **la humildad** para aceptar y entender que el objetivo de nuestra supervivencia creativa es la cooperación y no la diferenciación egótica, el bien para todos. Conviene diferenciar entre no perder de vista el abandonar la importancia personal, como forma de crecimiento para todos, con esas formas edulcoradas de evitación de los conflictos o de un pretendido estancamiento de paz que solo explica la negación del aquí y ahora grupal. Este aspecto nos lleva directamente al trabajo de *La Sombra del Grupo*.

La Sombra del Grupo

La Sombra del Grupo tiene que ver con cómo el grupo se alía para proyectar su sombra, para elegir a un chivo expiatorio, para enfadarse contra el líder, para boicotear el propio proceso, para impedir que nadie se diferencie, por ejemplo. Es un falso *nosotros*, que ha podido servir en unos primeros momentos de identidad y cohesión, pero si el grupo se mantiene en esas primeras etapas fusionales con la intención de evitar que los temas difíciles aparezcan, solo beneficia a la evitación de lo que se cree difícil de aceptar en el sumatorio de experiencias grupales primarias de sus miembros. *Siempre tenemos que leer el momento del proceso y no solo la*

etapa o fase. El momento surge de la suma de interrelaciones de roles familiares e individuales y de sus conflictos no resueltos. Son ejemplos de ello, cuando en un grupo de desarrollo personal o de formación no se deja avanzar a alguien que quizás destaque..., por ejemplo, a diferentes niveles de formación siempre se genera la fantasía de hermanos mayores –que saben– y hermanos pequeños y ello puede llevar a conflictos internos que siempre hay que señalar. En un grupo de “pares” puede ser muy común que las iniciativas de alguien sean bloqueadas, aceptando confabuladamente un proceso más lento o diferente. Es importante entender que antes de ese grupo, se ha estado en otros, y que, aunque parezca lo contrario a lo que el imaginario social considera un buen consejo, como ver-callar-oír- se puede y se tiene derecho a avanzar aunque se acabe de entrar. La “edad” de pertenencia no significa el derecho o no a desarrollarse de forma individual. Considero que es nuestro deber estimular tanto el crecimiento individual como el del sistema-grupo, aunque sea complicado y difícil evidenciar los conflictos proyectados o inconscientes.

La Proyección de la propia sombra en el grupo es la gran maestría para poder aceptar la propia sombra, siempre oculta por la percepción de *amenaza de ser excluido y abandonado por un grupo.*

A mí me gusta explicar a los miembros de los grupos que se trata de aceptar lo que hay. Mi frase preferida es *¡y qué más da!* Porque considero fundamental entender que estamos en un juego de interrelaciones para poder aprender lo que aún no sabemos.

Esta dimensión que utiliza formas sociales y culturales es campo abonado cuando no se ha trabajado adecuadamente el sistema familiar y sus roles enquistados. Y el objetivo ha sido ese en un momento, pero no podemos dejar de mirar el gran objetivo: *Co-crear un Grupo para crecer juntos.*

Conclusiones

1. Los grupos deben manifestar sus conflictos para poder aprender a ser constructivos, a co-crear su propio sistema como espacio para crecer juntos.
2. Es absolutamente necesario leer la etapa grupal en un sentido diacrónico, sabiendo que hay momentos de calma y momentos de dificultad, pero no menos importante es no perder la mirada hacia una última etapa, de *Integración y Aceptación* de las diferencias, entendidas estas como la descomposición de la luz que necesita de todos los colores para poder ser blanca.
3. Sin el trabajo de la *Sombra Grupal* no se avanza hacia un grupo maduro.
4. No olvidar las cuestiones sociales contextuales, la cultura en la que vive un grupo y los momentos sociales y políticos en los que está inmerso. Un Grupo no es una burbuja aislada.
5. Considerar siempre al grupo que tengo entre manos como un grupo ***En Proceso.***

Referencias

- Cukier, R. (2005). *Palabras de Jacob Levy Moreno*. Ágora Editorial.
- Gil F. y Alcover, C. M. (1999). *Introducción a la psicología de los grupos*. Pirámide.
- Menegazzo, C. M., Tomasini, M. A. y Álvarez Greco, D. (2012). *Diccionario de psicodrama, procedimientos dramáticos y socionomía*. Dunken.
- Moreno, J. L. (1974). *Psicodrama*. Horné.
- Moreno, J. L. (1977). *Psychodrama VI. [Psicodrama]*. Beacon House.
- Navarro, N. y Orsucci, A. (2021). Atrapados en el primer Universo. Una experiencia de trabajo psicodramático en grupo con personas diagnosticadas de TOC. *La Hoja de Psicodrama. Revista de la AEP*, 72, 8-21.
- Palacios Araus, L. (2007). *El corazón de los grupos*. Rivendel.
- Población, P. (2019). *Tratado de psicoterapia activa. Un psicodrama actual*. Morata.
- Población, P. y López Barberá, E. (2016). *El mundo de la escena*. Desclée de Brouwer.
- Sapolsky, R. (2017). *Compórtate. La biología que hay detrás de nuestros mejores y peores comportamientos 2020*. Capitán Swing.
- Slavson, S. R. (1943). *An Introduction to group therapy [Introducción a la terapia de grupo]*. The Commonwealth Foundation.
- Vainberg, R. y Lombardo, M. (2015). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Octaedro Psicoterapias.



Luis Botella

LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

Terapia Constructivista Integradora
en la Práctica Clínica



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL DEL PSICOANÁLISIS

GROUP PSYCHOTHERAPY FROM THE PERSPECTIVE OF RELATIONAL PSYCHOANALYSIS

Alejandro Ávila Espada

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4821-4211>

Psicólogo Clínico. Catedrático (jubilado en 2020) de Psicoterapia,
Universidades Complutense y Universidad de Salamanca. España

Presidente de Honor del *Instituto de Psicoterapia Relacional* (Madrid). España

Fue fundador y primer presidente de FEAP y de IARPP-España, de las que es miembro de Honor.

Editor de *Clínica e Investigación Relacional*

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ávila-Espada, A. (2022). La psicoterapia de grupo desde la perspectiva relacional del psicoanálisis. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 65-69. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1121>

Resumen

En este trabajo se identifican los principales conceptos relacionales que fundamentan la Psicoterapia de Grupo, así como las principales necesidades humanas que requieren del grupo para ser completadas. Se delimitan los ámbitos relacionales que tienen siempre, a efectos de la intervención en ellos, carácter grupal. Finalmente se aporta una síntesis sobre la psicoterapia de grupo psicoanalítica-relacional.

Palabras clave: psicoterapia de grupo, psicoanálisis relacional, vínculo, campo, intersubjetividad

Abstract

In this work, the main relational concepts that underpin Group Psychotherapy are identified, as well as the main human needs that require from the group to be completed. The relational spheres that always have, for the purposes of the intervention in them, group character are delimited. Finally, a synthesis on psychoanalytic-relational group psychotherapy is provided.

Keywords: group psychotherapy, relational psychoanalysis, bond, field, intersubjectivity

Nota del autor:

No hay conflictos de interés en el contenido y objetivos de este trabajo. Mi agradecimiento al trabajo previo de numerosos autores que han contribuido a sistematizar el pensamiento relacional, y en particular al ingente esfuerzo que han realizado Sebastián León y Bárbara Ortuzar (2020), con su equipo de colaboradores a la hora de aportar precisión a muchos de los términos relacionales.



La reflexión teórica y técnica, y la práctica de la psicoterapia de grupo ha sido contenido y objetivo principal en mi recorrido clínico durante cuarenta años. Con la perspectiva que da una implicación y participación profunda en los presu- puestos y realización de intervenciones grupales, compartiré con el lector algunas de las principales reflexiones y conclusiones que se derivan de mi inmersión en lo grupal. Inicié mis experiencias grupales -clínicas y formativas- en el ámbito de la psicoterapia en 1974 cuando entré en contacto con destacados profesionales que provenían de la cultura grupal bonaerense arraigada en torno a los desarrollos propiciados por Enrique Pichón-Rivière y sus discípulos. He dado cuenta de esas raíces y de la historia grupal recorrida, durante casi cuatro décadas, en un trabajo anterior (Ávila-Espada, 2010) y también he compilado mis principales trabajos sobre el grupo en un e-book (Ávila-Espada, 2020), donde el lector puede revisar una panorámica de mis propias contribuciones. En este breve trabajo identificaré los principales conceptos relacionales que fundamentan la Psicoterapia de Grupo, así como las principales necesidades humanas que requieren del grupo para ser completadas. Delimitaré los ámbitos relacionales que tienen siempre, a efectos de la intervención en ellos, carácter grupal. Finalmente aportaré una síntesis de mi visión acerca de la psicoterapia de grupo psicoanalítica-relacional.

Principales Conceptos Relacionales que Fundamentan la Psicoterapia de Grupo

Vínculo: A partir de la obra de Pichón-Rivière (1985), en el concepto de vínculo se integra un aspecto intrapsíquico (la relación objetal), su manifestación externa (la relación intersubjetiva) y la tensión dialéctica entre ambos. En cada estructura vincular existe interacción (observable e inferible) e interdependencia entre sujeto y objeto, que configura un tercero social significado por el contexto del vínculo. El concepto de vínculo abre claramente el camino que conduce a los conceptos de *Terceridad* (Ogden, 1994; Benjamin, 2004) y de *Intersubjetividad* (Stolorow y Atwood, 1996) y al configurar un objeto de estudio propio (el fenómeno vincular) constituye lo grupal como objeto de conocimiento. Este concepto abrió numerosas dimensiones que han sido desarrolladas en diferentes contextos: la situación analítica como campo dinámico; el vínculo de apego como resultante de necesidades humanas fundamentales, que incluyen al otro significativo, y a lo grupal como escenario constituyente.

Campo: Subrayado especialmente por los Baranger (1961-1962), citado por De León (2009), en el entorno del proceso analítico, este concepto alude en un sentido más amplio a la configuración relacional que se caracteriza por el espacio mental intersubjetivo que se va generando durante la interacción psicoterapéutica. La situación analítica (bipersonal y/o grupal) está estructurada como un campo dinámico compuesto por las conexiones emocionales y de significado (transferencia y contratransferencia) entre los participantes en la situación grupal.

Intersubjetividad: En su concepción originaria, da cuenta de la existencia de un sujeto agente que se constituye como tal en la experiencia del encuentro con otro

(Mitchell y Aron, 1999), un encuentro que es esencialmente grupal, desde el grupo originario familiar a las diferentes estructuras grupales que significan lo individual en el decurso del ciclo vital en una comunidad y cultura, e implica la contextualización grupal continua de los fenómenos y procesos subjetivos individuales.

Matriz Relacional: Concepto formulado por Mitchell (1983/1993) que sintetiza el fenómeno grupal que constituye al ser humano, el ser y estar en relación con otros, lo que provee de soporte y arraigo a la configuración vincular originaria de la subjetividad, constituida por sus participantes, quienes a su vez –y de manera dialéctica– son conformados y determinados por dicha matriz. Todo grupo en el que el individuo participe reproduce o evoca -al menos parcialmente- la matriz relacional constitutiva de cada sujeto.

Pasemos ahora a examinar las necesidades humanas fundamentales para las que el dispositivo grupal ofrece una contribución insustituible.

Las Necesidades Humanas que Facilita el Grupo

Primera y principalmente, el sentimiento de *Pertenencia*, lo que nos une es nuestra semejanza con los otros, a la vez que nuestra identidad se configura en los encuentros/desencuentros, en similitud y diferencia. Toda situación grupal es un potente facilitador de la experiencia de ser observador participante, sientoy vivo con los otros, y la vez percibo desde mi capacidad de singularizarme la diferencia y la convergencia con los otros. Como dijo Sullivan, somos mucho más humanos que otra cosa.

En ese contexto constitutivo relacional, en la configuración de la subjetividad, es esencial el proceso de *Reconocimiento*. No hay reconocimiento sin el otro, y no hay diferenciación sin la presencia del tercero. Para que este proceso tenga lugar el grupo (natural o terapéutico) es imprescindible. Es el contexto necesario para atribuirse o sentirse valioso (Desde lo narcisista a la consideración del otro). No hay posibilidad de avance hacia la identidad madura sin la *Validación / Especularización* que se recibe naturalmente desde el contexto grupal. Por otra parte, un grupo ofrece siempre oportunidades para ser valioso o útil a los demás, y eventualmente recibir feedback por ello. Primero, aprendiendo a reconocer las necesidades de los demás y a respetar su ritmo relacional. Estar con otro requiere una experiencia, que se adquiere desde los primeros vínculos, una experiencia que da soporte tanto la identificación como a la acomodación patológica. Cualquier dispositivo grupal que podamos activar en la clínica es asimismo un facilitador de que se pueda manifestar y tomar conciencia de los procesos de acomodación patológica en los que está instalada la persona, operando como revulsivo para el cambio, en la medida en que el grupo nunca será idóneamente complementario a esa acomodación, y participará en su desvelamiento, promoviendo nuevos ajustes más saludables.

Pensando en otros Ámbitos Relacionales de Carácter Grupal

Aunque estemos reconsiderando estas ideas desde el punto de vista de la psicoterapia de grupo, no podemos obviar ámbitos de intervención que son grupales en esencia, pero que abren escenas de intervención diferenciadas. Me refiero a la pareja, escenario de conflictos, reestructuraciones de identidad y fuente de numerosas demandas clínicas, que han sido objeto de interés de los autores relacionales (Ringstrom, 2018). La intervención con parejas necesita de los conceptos y procesos propios de la psicoterapia de grupo, lo que no quiere decir que el grupo convencional sea el escenario más adecuado para el trabajo con parejas. Algo similar sucede en la intervención con familias, donde reconsiderar la matriz relacional recibida transgeneracionalmente, generada en su propio devenir familiar, y transmitida a los descendientes, pasa a ser una óptica de trabajo necesaria, especialmente en el ámbito del Trauma psíquico grave. Detectar los duelos transgeneracionales no suficientemente resueltos y su reactualización como trauma es esencial para un trabajo eficiente con familias.

Consideremos también como ámbitos grupales, en los que la intervención clínica relacional es necesaria, el de la profilaxis que siempre requiere el grupo de trabajo de los profesionales de la salud, que han de cuidarse y descubrir cómo cuidar a sus compañeros, si quieren mantener un entorno saludable, y evitar el burnout inherente al trabajo en salud mental. Por ello los propios profesionales han de gestionar con las administraciones sanitarias los programas de intervención grupal que les ayuden a sostener su labor. Se necesitan dispositivos grupales para los programas de intervención clínica, pero también, y muy especialmente para los propios profesionales. En ese marco, la institución clínica tiene sus propias necesidades, y ello merecería ser abordada en otro trabajo.

¿Una Psicoterapia de Grupo Psicoanalítica-Relacional?

La tradición de trabajo clínico en psicoterapia de grupo ha estado ampliamente basada en la Teoría del Vínculo, y por ende en la concepción grupal operativa de origen Pichóniano. Ha sido elemento característico de este enfoque, ya recogiendo la tradición bioniana, y en diálogo con las aportaciones de Foulkes y el grupoanálisis. Precisamente ha sido este diálogo con el grupo-análisis, que se viene manteniendo desde los años ochenta del siglo pasado, el que ha hecho más fructífero el desarrollo de una Psicoterapia de grupo basada en la Psicología del Self (e.g., Segalla, 2009), que ha sido siempre concebida como tratamiento combinado (psicoterapia individual + psicoterapia de grupo), y que es un eje directriz de un acercamiento relacional integral a la clínica. No obstante, hay obras grupo-analíticas que han escogido el término relacional para autodefinirse (Billow, 2003).

En consecuencia, la psicoterapia de grupo relacional considera al sujeto un ser grupal por naturaleza, y reconsidera todos sus procesos desde su naturaleza grupal. El dispositivo de intervención grupal es siempre una gran oportunidad, que no sustituye a la ayuda clínica convencionalmente individual, pero que es irrenuncia-

ble en una intervención clínica de calidad, porque el grupo es el escenario natural donde los procesos de cambio se manifiestan y consolidan, a la vez que permite una evaluación del cambio.

El psicoterapeuta de grupo de orientación relacional, lo cual en esencia viene a ser una redundancia terminológica, es un psicoterapeuta que ha incorporado a su concepción teórica y a su bagaje técnico la consideración de la intersubjetividad esencial de lo humano, y la naturaleza grupal de toda la acción terapéutica, sea cual sea el ámbito de intervención concreto en que se desempeñe.

Notas

- ¹ Alejandro Ávila Espada es Psicólogo Clínico. Catedrático (jubilado en 2020) de Psicoterapia, Universidades Complutense y Universidad de Salamanca. Presidente de Honor del *Instituto de Psicoterapia Relacional* (Madrid). Fue fundador y primer presidente de FEAP y de IARPP-España, de las que es miembro de Honor. Editor de *Clínica e Investigación Relacional*. Entre sus obras: *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural del psicoanálisis* (Ágora Relacional, 2013) y *Relational Horizons* (IPBooks, 2018).

Referencias

- Ávila-Espada, A. (2010). Hacia una alternativa relacional en salud mental: orígenes de una concepción grupal operativa de la clínica y la psicoterapia en España. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 1(10), 79-87.
- Ávila-Espada, A. (2020). *Escritos sobre psicoterapia y técnicas de grupo. Contribuciones al pensamiento vincular desde la práctica grupal (1978-2010)*. https://www.academia.edu/attachments/65666190/download_file?s=portfolio
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness [Más allá de hacedor al hecho para: una visión intersubjetiva de la terceridad]. *The Psuchoanalytic Quarterly*, 73(1), 5-46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Billow, R. M. (2003). *Relational group psychotherapy. From basic assumptions to passion [Psicoterapia de grupo relacional. De los supuestos básicos a la pasión]*. Jessica Kingsley Pub.
- De León, B. (2009). Introducción al trabajo de Madeleine y Willy Baranger: La situación analítica campo dinámico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 108, 198-222. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200910810.pdf>
- León, S. y Ortuzar, B. (2020). *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo*. RIL
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración*. Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1983)
- Mitchell, S. y Aron, L. (1999). *Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition [Psicoanálisis relacional: el surgimiento de una tradición]*. The Analytic Press.
- Ogden, T. (1994). The analytic third: working with intersubjective clinical facts [El tercero analítico: trabajando con hechos clínicos intersubjetivos]. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Nueva visión
- Ringstrom, P. A. (2018). La perspectiva psicoanalítica relacional en la Terapia de Pareja. *Clínica e Investigación Relacional*, 12(1), 60-77. <https://doi.org/10.21110/19882939.2018.120105>
- Segalla, R. A. (2009). Influencias de las teorías de Kohut y contemporáneas en el desarrollo de un modelo de tratamiento combinado. *Clínica e Investigación Relacional*, 3(2), 340-351.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1996). The intersubjective perspective [La perspectiva intersubjetiva]. *Psychoanalytic Review*, 83(2), 181-194.

El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica

Ramon Rosal Cortés

editorial
MILENIO

LA COHESIÓN GRUPAL: FACTOR TERAPÉUTICO Y REQUISITO PARA LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TERAPIA

GROUP COHESION: THERAPEUTIC FACTOR AND REQUIREMENT FOR THERAPY GROUP CREATION

Mónica Rodríguez-Zafra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>

Profesora Titular de la Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España

Laura García Galeán

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4260-3662>

Psicoterapeuta Individual y de Grupo, Profesora Colaboradora en la Universidad Pontificia de Comillas, Profesora Colaboradora de Formación Permanente en la UNED. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez-Zafra, M. y García, L. (2022). La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 71-84. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1122>

Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión tanto sobre el valor terapéutico de la cohesión grupal como sobre la importancia de que este factor se favorezca activamente por parte del terapeuta de grupo para que el grupo pueda trabajar con más eficiencia todos los factores terapéuticos descritos por Yalom que tienen lugar en el grupo. La orientación de este trabajo es dinámica relacional, dentro del marco general de la orientación humanista.

Palabras clave: *psicoterapia, psicoterapia de grupos, cohesión grupal, psicoterapia psicodinámica de grupos*

Abstract

The objective of this work is to carry out a review of both the therapeutic value of group cohesion and the importance of this factor being actively worked on by the group therapist so that the group can work more efficiently with all the therapeutic factors described by Yalom that take place in the group. The orientation of this work is relational dynamics, within the general framework of the humanist orientation.

Keywords: *psychotherapy, group psychotherapy, group cohesion, psychodynamic group psychotherapy*



La Importancia del Grupo

La organización en grupos es connatural al ser humano. De hecho, la cooperación humana llevada a cabo a través de los diferentes grupos de pertenencia constituye un pilar básico en la supervivencia física y psicológica de los individuos y por ende de la especie, dado que el psiquismo humano se desarrolla siempre en la urdimbre afectiva (Carballo, 1962) que posibilita la conformación de las capacidades humanas, afectivas, relacionales y cognitivas. Desde la filosofía que fue tomada como pilar de la psicología humanista, Buber (1923/2017), señala que no existe la posibilidad de crecimiento de un “yo” si no es con respecto a un “tú” que representa el “nosotros” del grupo de referencia de cada individuo en su proceso de convertirse en persona (Rogers, 2002). De hecho, en la antigua Grecia, y probablemente en otras culturas, se condenaba al ostracismo a las personas que habían cometido algún delito, como uno de los peores castigos que podían imponerse.

Sin embargo, el hecho de que algunas personas hayan vivido experiencias vitales dolorosas y en muchos casos perjudiciales en sus primeros grupos de pertenencia, (la familia, la escuela, los grupos y pandillas adolescentes) pone de manifiesto que no todos los grupos son facilitadores del crecimiento y de la salud psicológica.

Además, si bien vivir en grupo es algo connatural a la persona ya que sin el amparo físico y psicológico del grupo sería imposible la supervivencia, también hay que tener en cuenta que la persona que ha vivido en sus primeros grupos de referencia experiencias des-estructurantes, puede volver a repetir las en otros grupos que también están desestructurados, enfermos, dogmáticos, rígidos, desinhibidos, sometidos, etc...

Asimismo, cuando los grupos primarios de la persona no han ofrecido el apoyo y la seguridad imprescindibles para el desarrollo, pueden surgir en la persona estrategias defensivas de su angustia miedo y ansiedad, que, si bien le ayudaron a adaptarse a los momentos de carencia y/o peligro en sus años de mayor vulnerabilidad, pueden constituirse en un impedimento para establecer relaciones adecuadas una vez que ha salido de ese entorno. Por lo que su estructuración psíquica puede verse dificultada.

No obstante, estas desregulaciones pueden ser sanadas gracias a la experiencia con otros grupos que reaccionen adecuadamente y que por ello puedan ayudar a la reestructuración de las experiencias infantiles primarias.

Diferentes escuelas psicológicas, sobre todas aquellas enfocadas en la terapia de grupo y en el encuentro interpersonal, han mostrado la posibilidad de que otros grupos de referencia en los que se den las condiciones adecuadas, pueden llegar a paliar, revertir y/o sanar los comportamientos, sentimientos, actitudes y las imágenes de uno mismo y de los demás que se vieron distorsionadas en los primeros grupos de referencia. Incluso la vivencia de la pertenencia a un grupo para una persona que siempre ha vivido en la exclusión familiar, en familias desestructuradas, violentas o sin adultos estables de referencia, constituye una vivencia sanadora de muchas heridas de abandono, desamparo y vergüenza. Según Baumeister y Leary

(1995), citado por Molero y Gaviria (2017), la pertenencia tiene fuertes efectos emocionales y cognitivos.

De modo que es pertinente pensar e investigar sobre qué pertenencias pueden ser dañinas o beneficiosas y sobre qué tipo de organización y estructura grupal ayuda realmente a las personas.

Por ello, se revisará en este trabajo uno de los factores terapéuticos esenciales de la psicoterapia de grupo, la cohesión grupal, que ha sido señalado como un elemento imprescindible para que un grupo pueda llegar a ser terapéutico. Además, la creación de una buena cohesión grupal puede llegar a ser terapéutica por sí misma, ya que para muchas personas el poder relacionarse y sentirse perteneciente a un grupo puede constituir la primera experiencia vital de pertenencia, con todo lo que esta experiencia conlleva. Por ello, se hace importante que los terapeutas de grupo conozcan tanto el valor terapéutico de la cohesión grupal como los modos de favorecerla y potenciarla. Ya que constituye el primer requisito para poder proporcionar los elementos necesarios para que un grupo pueda llegar a ser terapéutico. Del mismo modo que se considera que una buena alianza terapéutica es imprescindible para que la terapia individual pueda ser eficaz, la cohesión grupal es asimismo imprescindible para que un grupo pueda llegar a ser terapéutico. Se finalizará este trabajo con una breve revisión de las últimas investigaciones realizadas sobre esta cuestión.

Se analizarán a continuación, el concepto de cohesión grupal, las fuerzas grupales que potencian la cohesión grupal, las razones por las que se considera que la cohesión grupal constituye un factor terapéutico, la potencia sanadora de la cohesión grupal, por sí misma y como favorecedora de otros factores terapéuticos grupales, la función del terapeuta de grupo en la creación de la cohesión grupal y los elementos necesarios que deben trabajarse en el grupo para crear una cohesión suficientemente sólida.

El Concepto de Cohesión Grupal

López-Yarto (2002) haciendo un breve pero significativo recorrido histórico, se remonta a los primeros autores que señalaron la importancia de la cohesión grupal. Aunque las primeras conceptualizaciones se refirieron a la cohesión social.

En este sentido, el elemento de cohesión social principal que Freud desarrolla en su texto *Psicología de las masas y análisis de yo* (1921), es la identificación con una persona central o líder en el que depositar la sensación de omnipotencia perdida de forma individual. Dado que la renuncia a esta fantasía de omnipotencia individual solo se hace posible en muchas personas si ésta puede depositarse en un “otro idealizado” por razones diferentes, no siempre constructivas. También señaló Freud que cuando en un grupo se da una fuerte cohesión grupal, se da a su vez una disminución de las neurosis individuales, así como, al contrario, es decir, que un sujeto que se ve expulsado de un grupo, tiende a sustituir las formaciones grupales con formaciones neuróticas.

Esta última idea de Freud, que resalta el poder sanador de la cohesión grupal y la función de un líder adecuado que sepa cómo trabajarla, ha dado lugar a diversas investigaciones que intentan contestar a esta cuestión: ¿Qué tiene que ocurrir para que un grupo se convierta en un lugar de sanación por sí mismo?

Como ya se ha señalado, autores relevantes del ámbito de la psicoterapia han estudiado con profundidad tanto los efectos de la cohesión como un factor necesario para que una terapia sea efectiva como el modo en el constituye un factor terapéutico por sí mismo, sugiriendo incluso que constituye uno de los factores terapéuticos más importantes (Corey y Corey, 1992; Evans 1984; Evans y Jarvis, 1980; Yalom, 1975/1986; Yalom y Leszcz, 2005, 2021; Yalom y Vinogradov, 1996). Además, se ha comprobado que existe una interdependencia de este factor con la empatía, la autorrevelación, la aceptación y la confianza (ver para revisión Burlingame et al., 2018; Roark y Sharah, 1989).

En este trabajo, se utilizará la definición de Yalom (1975/1986, p. 63) sobre la cohesión grupal, ya que se considera que es la más comprehensiva. Este autor considera que es el resultado de “todas las fuerzas que actúan en todos los miembros para permanecer en el grupo” y de “la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros”. Se manifiesta en la asistencia, participación, ayuda mutua, defensa de las normas del grupo en el nivel formal y en un sentimiento cada vez más significativo y profundo de los miembros del grupo que llegan a sentirse como “un nosotros”. Por lo que puede decirse que la cohesión se refiere a la atracción que los miembros sienten tanto por el grupo como por los otros miembros del grupo, de modo que los miembros de los grupos cohesivos se aceptan más mutuamente, se apoyan más y se sienten más inclinados a entablar una relación significativa. En este sentido ya Lieberman et al. (1972) definieron la cohesión como “una propiedad grupal que se manifiesta en los individuos en forma de sentimiento de pertenencia y atracción hacia el grupo” y, antes, Festinger et al. (1950) la definieron como “el campo total de fuerzas que actúan sobre los miembros de un grupo para que permanezcan en él”. De alguna manera estas definiciones se centran en la idea de que la cohesión grupal puede operativizarse como la atracción que sienten los miembros de un grupo entre ellos mismos y hacia el grupo. Evans y Jarvis (1980) en un trabajo de revisión sobre el concepto de cohesión concluyen que la definición más frecuente de este concepto se refiere a la atracción que sienten los miembros del grupo hacia el propio grupo, considerando que el grupo como totalidad es más que la suma de sus miembros.

Fuhriman y Barlow (1982) también estudiaron la evolución del concepto de cohesión durante 30 años y propusieron que puede considerarse como el equivalente en el grupo de la relación o alianza terapéutica en la terapia individual. Propusieron, en la misma línea que señalaron Yalom (1975/1986) y Slavson (1964) que se compone de tres tipos de interacciones: las relaciones miembro a miembro del grupo, las relaciones de cada uno de los miembros del grupo con el terapeuta y el conjunto de las interrelaciones grupales. Esta concepción tripartita de la cohesión grupal se

encuentra en consonancia con la idea de que la cohesión representa a la totalidad del grupo y al grupo como totalidad (ver para revisión Drescher et al., 2012).

Recientemente, Rosendahl et al. (2021), han revisado la investigación sobre la eficacia de la terapia de grupo realizada en los últimos 30 años. Los resultados que analizan, además de demostrar la eficacia terapéutica de esta modalidad de psicoterapia, ponen de manifiesto la relación que existe entre la eficacia de la terapia de grupo y la cohesión grupal.

Las Fuerzas Grupales

Para potenciar la cohesión grupal es necesario comprender y trabajar de modo activo las fuerzas intrapsíquicas, interpersonales y grupales que se producen en todo grupo. Las dinámicas intra e interpersonales actúan en todos los grupos e influyen e incluso determinan lo que sucede en el grupo, así como en cómo se sienten y comportan cada uno de sus miembros. Precisamente, la resolución de estos procesos es lo que permite que un conjunto de personas que comparten un espacio físico común con un terapeuta, pasen a *ser* y *sentirse* un grupo.

Cuando una persona entra en un grupo, puede comenzar a sentir, más o menos conscientemente, múltiples conflictos internos, así como “fuerzas”, entendidas como movimientos que le llevan a querer estar en el grupo y a la vez a querer irse del grupo. Estas fuerzas suelen producir un movimiento dinámico y en ocasiones complejo en el que tanto la necesidad de la pertenencia como el miedo a la misma se ponen en interrelación, a veces de modo conflictivo.

Por un lado, las necesidades internas o *intrapersonales* de pertenencia, de comunicación, de intimidad, de necesidad de provocar simpatías y atracciones se dan en cada uno de los miembros de un grupo en sus comienzos, con una intensidad dependiente de los conflictos internos y no resueltos de cada persona. Las preguntas que suelen suscitarse, de modo más o menos consciente, suelen ser: ¿Me van a aceptar en este grupo? ¿Este grupo me gusta? ¿Este grupo es bueno para mí? ¿Me siento en sintonía suficiente con las demás personas para poder sentirme miembro del grupo? ¿Seré interesante para los demás, o, lo serán los demás para mí?

También se ponen en movimiento las necesidades que se despiertan con respecto a los demás miembros del grupo, o fuerzas *interpersonales*. Estas necesidades interpersonales, se producen ante *un otro* y, por ello entre los miembros del grupo, suelen oscilar en el polo de poder - control, en el polo de la dependencia - independencia y en la necesidad de que el grupo posibilite la expresión de la propia individualidad. Las preguntas que suelen suscitarse en los miembros del grupo, en este caso, pueden ser: ¿Qué posición voy a tener en este grupo? ¿Voy a ocupar lugares de poder? ¿Voy a tener que someter mi individualidad para poder ser parte de este grupo?

Y también se ponen en juego movimientos o fuerzas *grupales*. Es necesario tener en cuenta que, si las primeras pertenencias en grupos psíquicamente relevantes pueden dejar diferentes improntas conflictivas y/o ambivalentes en cada persona,

la entrada a un grupo terapéutico puede reavivar todos estos conflictos. De modo que, para cada persona, el mero hecho de estar en un grupo suscita una serie de procesos internos condicionados por estas primeras experiencias. Así que estas fuerzas provocadas por la mera posibilidad de formar parte de un grupo adquieren una relevancia especial. Esto pone claramente de manifiesto la enorme importancia de las primeras sesiones de grupo para trabajar todas las fantasías, miedos y angustias que pueden suscitarse en el grupo. Ya que en estas primeras sesiones cada uno de los miembros del grupo puede tener una experiencia emocional *correctora* de las traumáticas de su infancia.

Estos procesos intrapersonales, interpersonales y grupales deben ser conocidos y abordados por el terapeuta de grupo ya que le permiten conocer los miedos y las necesidades que se producen en un grupo, sobre todo en las primeras fases del mismo y, por ello, conocer las dificultades que es necesario abordar antes de que el grupo pueda sentirse como tal. Comprender y saber trabajar con todos estos movimientos o fuerzas grupales forma parte esencial de la formación de un terapeuta de grupo y permite trabajar sólidamente la cohesión grupal desde una perspectiva terapéutica. Poner de manifiesto estos dilemas y/o dificultades en las primeras sesiones del grupo es importante para que el terapeuta pueda comprender lo no manifiesto que ocurre entre un conjunto de personas que tiene como objetivo convertirse en un grupo terapéutico. Asimismo, guían, a modo de una buena teoría, la mirada, la escucha y las intervenciones del terapeuta. No obstante, es importante tener presente que estas fuerzas o movimientos se dan de formas y profundidades diferentes en todas las personas y en todas las fases del grupo por lo que siempre es necesario que el terapeuta pueda tener una escucha profunda y abierta a los mismos.

Los diferentes encuadres y las diferentes teorizaciones sobre la dinámica que se produce en los grupos suelen dar lugar a diferentes intervenciones terapéuticas, bien sea porque el terapeuta se centra en los procesos intrapsíquicos, lo que le llevará a realizar intervenciones individuales en el grupo, es decir terapia individual en grupo. Bien sea porque se centra en los procesos interpersonales, lo que llevará a poner más atención y trabajo en las dinámicas interpersonales y en las dificultades con los procesos de individuación/fusión de los miembros del grupo, lo que le llevará a realizar intervenciones en las ponga en relación a varios miembros del grupo. O bien sea porque su mirada y sus intervenciones se centran en los procesos grupales, es decir, qué significado inconsciente tiene el grupo en su totalidad y para cada uno de los miembros del mismo, lo que le llevará a realizar intervenciones dirigidas a todo el grupo.

Es importante señalar que estas miradas, o formas de entender lo que ocurre en el grupo y en cada uno de los miembros del mismo, no son excluyentes, sino más bien complementarias. Si el terapeuta puede tener todos estos procesos presentes de modo simultáneo, su comprensión de los procesos que se dan en el grupo supone tener una teoría realmente integradora. No obstante, lo más importante es que el terapeuta sepa cómo, porqué y para qué interviene en el grupo. Que el terapeuta

de grupo aborde directamente las dificultades que generan estos procesos en los miembros del grupo ofrece directamente un ejemplo sobre el estilo, la honestidad y la profundidad del modo de comunicación del grupo.

Para potenciar tanto la cohesión de grupo como su valor terapéutico en las primeras etapas del mismo, el terapeuta debe favorecer el conocimiento de los miembros del grupo, después ayudar a la interrelación y a facilitar la comunicación entre los participantes del grupo y, finalmente favorecer la intimidad y la independencia del grupo del propio terapeuta (Budman et al., 1989; 1993). Aunque, es importante tener en cuenta que este último trabajo y otros estudios ponen de manifiesto la necesidad de trabajar la cohesión grupal durante todas las etapas del grupo (Peteroy, 1983) y no dar por sentado que se refiere únicamente a los primeros momentos de la formación del grupo.

La cohesión del grupo como fuerza y factor terapéutico del grupo es dinámica, se va configurando desde los primeros momentos del grupo hasta el final del mismo. Por lo que se ve caracterizada por factores que van en línea con las distintas fases grupales. En este sentido, Población (2019) se refiere a la utilidad de conocer y reconocer las distintas fases grupales y los contenidos latentes que aparecen en cada momento como determinante para poder garantizar por parte del terapeuta una intervención que contribuya en el proceso de crecimiento y maduración del grupo, lo que favorece tomar conciencia de la complejidad del ser humano y liberarse de la ilusión de que exista una verdad absoluta o un único camino que conlleva a la cohesión del grupo.

Al iniciarse el grupo, no existe grupo como tal, sino un conglomerado de personas con una estructura caótica. La cohesión grupal es lo que contribuye a que se configure como sistema en relación. Los primeros momentos del grupo serán determinantes en su construcción, como lo son las primeras experiencias vinculantes en la identidad de la persona. La escena primigenia del grupo (Población et al., 2016), como primer momento de estructuración de cualquier sistema, marca el desarrollo del grupo. Esta puede ser principalmente amorosa o de rechazo o de indiferencia. Si este primer momento es mayoritariamente amoroso, de confianza, el grupo se irá configurando como un lugar en el que la persona se puede ir mostrando tal y como es, se sentirá acogida por parte del grupo, será una matriz de confianza en que podrá desenvolverse con seguridad, y podrá ir ajustando sus demandas a lo que el propio grupo le pueda ir ofreciendo, se hará un buen ajuste entre lo que necesita y lo que demanda. Si la manera de vincularse ha sido agresiva, o ha existido un vacío afectivo, entonces se hablará de una escena primigenia de rechazo o de indiferencia, donde la desconfianza se hará hueco y existirán dificultades para poder generar relaciones de intimidad.

La Cohesión Grupal como Factor Terapéutico

Cuando Yalom (1975/1986), Yalom y Vinogradov (1996), y Yalom y Leszcz (2005, 2021), se preguntaron cómo ayuda la terapia de grupo a los pacientes, comenzó

un exhaustivo trabajo de investigación e identificó once *Factores Curativos* de la psicoterapia de grupo que tienen efecto en todos los grupos terapéuticos independientemente de su orientación teórica. Estos son: 1) Infundir esperanza; 2) Poner de manifiesto la universalidad de la condición humana; 3) Ofrecer información; 4) Poder desarrollar y potenciar el altruismo; 5) Tener la oportunidad de realizar una recapitulación correctiva del grupo familiar primario; 6) Poder aprender y desarrollar técnicas de socialización; 7) Tener la oportunidad de imitar comportamientos que la persona quiere aprender; 8) El aprendizaje interpersonal; 9) La vivencia de la cohesión de grupo; 10) La oportunidad para tener momentos catárticos y, 11) Poder expresar y trabajar los factores existenciales que comparten todos los seres humanos (ver para revisión actualizada Yalom y Leszcz, 2005, 2021).

Aunque todos los factores son igualmente importantes y se desarrollan de modo interdependiente, la cohesión grupal, una vez instaurada en un grupo facilita y potencia el que los demás factores terapéuticos puedan desarrollarse con mayor profundidad y eficacia. Si las personas del grupo sienten al grupo como un lugar seguro, en el que van a poder analizar y elaborar sus dificultades personales internas, de relación y los miedos que les causa la mera pertenencia a un grupo, podrán hacerlo con más implicación e intimidad. Lo que posibilitará que el grupo pueda ser con una mayor potencia un lugar en el que vivir y experimentar, en un lugar seguro, nuevas experiencias de relación consigo mismo y con los demás. Por lo que podrá ser también un lugar en el que sanar, o al menos comprender, procesar, elaborar y reformular, las heridas relacionales gestadas en las pertenencias a otros grupos, de tal modo que esas heridas no se conviertan en obstáculos incapacitantes.

En esta línea argumental, se podrían hacer equivalentes la alianza terapéutica y la cohesión grupal, en el sentido en el que son condiciones necesarias para el trabajo terapéutico y a la vez proporcionan una experiencia emocional que en muchos casos re-estructura y/o corrige experiencias vinculares insanas y dolorosas de la infancia. Aunque, como señala Yalom (1975/1986), y Yalom y Leszcz (2005, 2021), la relación en la terapia de grupo es más amplia porque abarca la relación con el paciente, con su terapeuta de grupo, con los otros miembros del grupo, y con el grupo como un todo; y todas estas relaciones van conformando la cohesión de grupo. De aquí la importancia de la formación de los terapeutas de grupo que será abordada en otros capítulos de este monográfico.

Los primeros trabajos del NTL *Learnig Resources*. (NTL, 1972) pusieron de manifiesto que la aceptación de los demás facilita la autoaceptación y que la apertura de los miembros del grupo facilita el que puedan relacionarse más profundamente y favorece la autorrevelación, la expresión de sentimientos, la retroalimentación constructiva, la expresión constructiva del enfado en el grupo, la aceptación de la intimidad y, por ello, la comprensión de las vivencias de intimidad de los demás miembros del grupo. Asimismo, el deseo de superar los modos inadecuados de comunicación forma parte de la vida del grupo así como del aprendizaje de cómo resolver los conflictos del propio grupo. Enfrentarse a analizar y resolver el conflicto

es una experiencia que requiere sentir una gran confianza en el grupo.

Si bien, la mayoría de los terapeutas de grupo afirman que la cohesión es uno de los factores terapéuticos más importantes, algunos investigadores también lo han puesto de manifiesto experimentalmente. Por ejemplo, Roak y Sarah (1989) encontraron que la cohesión grupal, a la que definieron como “la atracción de los miembros hacia el grupo” está positivamente relacionada con la empatía, la aceptación de los valores, sentimientos y problemas y con la confianza hacia los otros miembros del grupo, concluyendo que la confianza es la variable que mejor precedía la cohesión grupal.

Fundamentándose en la investigación experimental, parece haber un acuerdo entre los investigadores y expertos en grupos terapéuticos en que la cohesión es uno de los factores terapéuticos más importantes (Roak y Sarah, 1989, citado por Molero y Gaviria, 2017; Maaß, Kühne, Hahn, y Weck, 2021).

Burlingame et al. (2011) señalaron que la cohesión grupal está asociada con la eficacia del grupo con respecto a la reducción de síntomas, estrés, y mejora en el funcionamiento interpersonal en pacientes con diferentes diagnósticos. Asimismo, mostraron que se encuentra estrechamente unida con grupos de orientación interpersonal, psicodinámica o cognitivo-conductual, es decir que de alguna manera su eficacia es independiente de la orientación psicoterapéutica. De modo que los terapeutas que promueven la interacción entre los miembros obtienen mejor cohesión grupal. También señalaron que explica la mejora a pesar del tiempo de terapia, aunque es mejor si hay al menos 12 sesiones y entre 5 y 9 miembros, que los miembros jóvenes de un grupo se benefician más si se integran en un grupo cohesionado y que beneficia tanto en ambientes externos como institucionalizados e independientemente de la patología del paciente.

Estos mismos autores en un meta-análisis, realizado en 2018, mostraron que la cohesión está asociada con los resultados terapéuticos positivos y que está involucrada en la mejora de los pacientes en orientaciones psicodinámicas, eclécticas, interpersonales, cognitivo-conductuales y de grupos de apoyo. Y que es más potente cuando el terapeuta enfatiza la interacción entre los miembros, promueve un afecto positivo en todas las interacciones miembro a miembro, miembro a líder y miembro a todo el grupo.

Recapitulando, puede decirse que la cohesión grupal parece ser un factor significativo en los resultados positivos en la terapia del grupo dado que en condiciones de aceptación y comprensión los pacientes se sentirán más inclinados a expresarse y explorarse para llegar a tener más conciencia de sí mismos. Este clima de aceptación y de comprensión facilitará el que cada persona pueda ir integrando diferentes aspectos de cada uno y de cada una.

Los grupos muy cohesionados son más estables ya que sus miembros asisten más a las reuniones y hay menos deserciones y esta estabilidad es vital para que la terapia sea más efectiva. Además, el grupo cohesionado influye mucho en la estima propia ya que tiende a aceptar a cada miembro tal y como es. Asimismo, se

convierte en un espacio especialmente significativo para las personas muy dañadas que provienen de hogares sin aceptación o sin afecto. Para algunas personas el grupo puede ser el único lugar en el que pueden tener un contacto humano profundo, un refugio y una fuente de fortaleza. Sentirse miembro del grupo, sintiendo la aceptación y aprobación del mismo tiene una relevancia especial para las personas que nunca han tenido la vivencia de la pertenencia y de sentirse valiosas para los demás; para ellas la experiencia de grupo es ya sanadora, porque la persona se puede volver a sentir, o sentir por primera vez cómo es sin tener que aparentar y ser alguien significativo para los demás.

Los grupos cohesionados también son más capaces de expresar discrepancias o frustraciones hacia el líder. Una expresión necesaria y natural que siempre se da, porque nunca un jefe satisface todas las fantasías de omnipotencia que se proyectan sobre él. Cuando el grupo puede expresar sus sentimientos con franqueza puede realizarse un contraste con la realidad, realmente sanador. Poder expresar el enfado o la frustración ante el terapeuta de grupo, que puedan elaborarse con su ayuda y constatar que después no ocurre ninguna desgracia irreparable es realmente útil para el grupo sirve para aumentar aún más la cohesión, para aumentar la profundidad de la comunicación y para disminuir el miedo a expresarse dentro del propio grupo. Para ello, el terapeuta debe conocer los procesos grupales e individuales que se manifiestan en estas circunstancias y saber trabajarlos terapéuticamente.

La Función del Terapeuta de Grupo en la Creación de la Cohesión Grupal

En la terapia individual parece que los terapeutas eficaces en el establecimiento de una buena relación con sus pacientes tienen altos niveles de empatía, un afecto sincero y no posesivo, y que los pacientes que han recibido afecto de sus terapeutas sienten más posibilidades de aliviarse en la terapia (Parlof, 1961; Seeman, 1954; Truax et al., 1965). Extrapolando las conclusiones de estos autores a la terapia de grupo, Yalom se plantea que la relación entre los participantes del grupo y la relación de éstos con el terapeuta de grupo influye del mismo modo en la psicoterapia grupal.

Los terapeutas de grupo deben trabajar la cohesión de forma activa (Cooper, 2015) y mantener un estilo de liderazgo apropiado para ello en el que se facilite el establecimiento de un encuadre adecuado que facilite la autorrevelación de los participantes del grupo (Stokes et al., 1983).

El NTL señala la función fundamental que tiene el líder/terapeuta del grupo en esta construcción. Este debe facilitar el aprendizaje, desarrollar un clima de confianza que disminuya la ansiedad y que facilite la apertura personal, se debe comunicar de forma sencilla, directa y concreta, de tal modo, que sea realmente un ejemplo a la vez que facilitador de la comunicación.

De estas capacidades del líder/terapeuta del grupo se deriva un determinado estilo de liderazgo en el que se parte de los supuestos de que sus principales instrumentos son su propia personalidad y su comportamiento hacia los demás. De lo

que se deduce la necesidad de que el terapeuta haya podido trabajar personalmente estas capacidades y no se haya limitado a una formación teórica, necesaria, por supuesto, pero también limitada.

Las tareas que debe realizar el terapeuta para favorecer y fomentar la creación de la cohesión grupal se fundamentan en el conocimiento de los factores que hacen que una persona se sienta lo suficientemente bien en un grupo de terapia para no abandonar y poder trabajar en él los conflictos personales que la preocupan, de las acciones e intervenciones que favorecen la construcción del grupo y el desarrollo de grupos cohesionados.

Los presupuestos teóricos que deben guiar las intervenciones y los ejercicios prácticos en el grupo para favorecer la creación de un grupo cohesionado son: - Hablar de sentimientos.

- Hablar de cosas personales (como el trabajo, etc.)
- Centrarse en el presente (el aquí y ahora).
- Engendrar confianza, o constatar que para alguien es difícil tenerla.
- Ayudar a la apertura mutua.
- Ayudar a proporcionar una situación de feedback.

Y también, proporcionar situaciones en las que se experimentan el reconocimiento, la gratitud, el compartir, el aprender a comunicarse y a regular el espacio personal y, por ende, la relación personal y humana. Todas estas vivencias permiten y facilitan que se den los factores terapéuticos del grupo.

Por supuesto, es necesario tener en cuenta que estas indicaciones, tanto para el grupo como para el terapeuta, deben estar presentes, real y figuradamente, a lo largo de todo el proceso del grupo, ya que constituyen un proceso de aprendizaje paulatino. Dado que la cohesión grupal no es algo que se consigue definitivamente en los primeros momentos del grupo, sino que, si bien, un mínimo de cohesión es necesario para que el grupo empiece a funcionar como tal, ésta se va construyendo, afirmando, profundizando... a lo largo de toda la vida del grupo. Budman et al. (1993) mostraron que las conductas relacionadas con la cohesión grupal pasaban por fases diferentes dependiendo del momento grupal, lo que pone de manifiesto que es un proceso dinámico, lo que probablemente implique que debe trabajarse constantemente por parte del terapeuta de grupo.

Un ejercicio especialmente significativo en esta línea, y que es un ejemplo muy ilustrativo de los ejercicios que favorece la creación de cohesión grupal, a la vez que facilita la comprensión de los fenómenos subyacentes en la construcción de un grupo, es el ejercicio *Team Building* o *Construcción de Equipo* del NTL. Este ejercicio, tiene utilidad tanto para el trabajo con un grupo en sus primeras fases como para complementar el proceso formativo de los terapeutas de grupo ya que tiene como objetivo proporcionar a los sujetos una experiencia breve y condensada del proceso de creación de un grupo y de los elementos necesarios para la creación del mismo. Asimismo, también proporciona elementos de trabajo y análisis sobre los procesos que subyacen a la cohesión grupal.

En este ejercicio de grupo las personas se reúnen en grupos pequeños de 3, 4 a 5, 6 personas y se les ofrecen una serie de frases incompletas para que puedan ir compartiendo entre ellos. Cada participante en estos pequeños grupos responde individualmente a las preguntas planteadas y el resto de los miembros participan comentando las impresiones y efectos -tanto emocionales como cognitivos- que les despiertan las intervenciones de los demás miembros del grupo. Es muy importante que el ejercicio se realice con tiempo suficiente para que todos los participantes puedan expresarse sin prisa, e incluso para que tomen estas frases incompletas para hablar de otros aspectos significativos de su vida, es decir, que su objetivo fundamental es favorecer la comunicación y el conocimiento mutuo. Es importante clarificar que las frases tienen una clara intencionalidad y que se basan en lo que este grupo de investigación considera que es importante para que pueda formarse un grupo.

Al final del ejercicio los participantes en el mismo entienden claramente “lo que se necesita para hacer nacer la sensación de ser un grupo”, ya que las frases incompletas están pensadas para hablar de sentimientos, hablar de cosas personales, centrarse en el presente, engendrar confianza, o ayudar al que le resulta difícil tenerla (lo que facilita expresar una verdad honesta sobre uno mismo/a), ayudar a la apertura mutua y proporcionar una situación de retroalimentación constructiva *feedback* constructivo.

La finalidad de este ejercicio es poder entender qué tiene que pasar en un grupo para que pase “de ser un grupo de personas a ser un grupo” y, en este sentido, no tienen tanta relevancia las frases concretas como la finalidad que se persigue con ellas, por lo que serán más acertadas si se logran los objetivos descritos anteriormente. Y es que la propia realización del ejercicio conlleva que los integrantes se sientan, después de la realización del mismo, mucho más cercanos unos a otros y, por ello, más cohesionados.

Conclusiones y Reflexiones Finales

Un grupo cohesionado se convierte en un lugar en el que sentirse seguro, con el grupo y con el terapeuta. Un lugar en el que poder expresar los momentos más difíciles de la propia vida, las inseguridades más profundas, las ambivalencias y las propias incongruencias.

Con el soporte del grupo cohesionado la persona puede expresarse con la seguridad de que el grupo no va a volver a dañarlas, esa es una de las grandes cualidades de la cohesión grupal y de un buen líder/terapeuta que sepa sostenerla. Un lugar que ayuda a romper la soledad no deseada, que a veces protege de las ambivalencias y miedos que generan las relaciones humanas.

También, un grupo cohesionado puede ofrecer y recibir retroalimentación del grupo, ya que solo los demás pueden expresar el efecto que causa en ellos el propio comportamiento. Siempre con las ambivalencias que produce el grupo, ya que pone de manifiesto que hay otro modo de estar en el mundo, de manejar las situaciones difíciles, de comprenderlas y de comprenderse a uno mismo. La re-

troalimentación que ofrece el grupo impele al auto-cuestionamiento comprensivo y que ayuda a pensar y actuar nuevas respuestas con respecto a uno mismo. Este aprendizaje grupal, no exento de momentos complicados, cuestionadores, difíciles, es también liberador y creador de esperanza. Una retroalimentación que valida el dolor y que, a su vez, ve a cada persona más allá de su dolor, no se trata de minimizar, relativizar ni minusvalorar, sino de poder ir comprendiendo el lugar que ocupa en la vida y el que no anula todas las fortalezas y capacidades de la persona. Este tipo de retroalimentación proporciona una oportunidad, a cada miembro del grupo para poder cuidar, escuchar, atender a las necesidades de otra persona necesitada, poder seguir sintiendo compasión y poder seguir acercándose a los demás desde su humanidad, desde sus imperfecciones y sus incapacidades.

Por ello también cada participante del grupo se convierte para los demás en agentes de cambio, de esperanza, de comprensión, de modelo, de oportunidad para ayudar... con todo lo que ello representa. Para los participantes en los grupos de terapia el sentir y vivir que pueden ser de ayuda a los demás miembros es una experiencia terapéutica muy potente y relevante, a la vez que aumenta de modo significativo su autoestima.

Es importante tener en cuenta que la cohesión grupal es un proceso dinámico, que se inicia con una esperanza de confianza, y que ésta va aumentando cual espiral que se adentra cada vez en lo más profundo individual y grupal, y constituye un proceso que el terapeuta de grupo debe ir escuchando, comprendiendo y facilitando.

Por último, es importante señalar que para que este proceso pueda darse en toda su profundidad es imprescindible el trabajo personal del terapeuta, que sepa ver más allá de sí todo lo que el grupo y cada uno de sus miembros proyecta sobre él, que sepa interpretar y comprender que él es un instrumento, en el más profundo sentido del término, del crecimiento del grupo y de cada una y cada uno de sus participantes.

Referencias

- Buber, M. (2017). *Yo y tú*. Herder. (Trabajo original publicado en 1923)
- Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T. y Davis, M. S. (1989). Cohesion, alliance and outcome in group psychotherapy [Cohesión, alianza y resultado en psicoterapia de grupo]. *Psychiatry*, 52(3), 339-350. <https://doi.org/10.1080/00332747.1989.11024456>
- Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Davis, M. y Merry, J. (1993). What is Cohesiveness? An Empirical Examination [¿Qué es Cohesión? Un examen empírico]. *Small Group Research*, 24(2), 199-216. <https://doi.org/10.1177/1046496493242003>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T. y Alonso, J. (2011). Cohesión en terapia de grupo. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42. <https://doi.org/10.1037/a0022063>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. Th. y Yang, Ch. (2018). Cohesion in group therapy: a meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384-398. <https://doi.org/10.1037/pst0000173>
- Carballo, J. R. (1962). Urdimbre afectiva, percepción sensoriomotriz y sociedad. *Revista de Filosofía*, 21(80), 83.
- Cooper, L. (2015). Group Cohesiveness [Cohesión del grupo]. En S. Harvey y R. S. Peterson (Coords.), *Wiley Encyclopedia of Management*. John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom110052>
- Corey, M. y Corey, G. (1992). *Groups: process and practice [Groups: process and practice]*. Pacific Grove.

- Drescher, S., Burlingame, G. y Fuhrman, A. (2012). Cohesion: An odyssey in empirical understanding [Cohesión: una odisea en la comprensión empírica]. *Small Group Research*, 43(6), 662-689. <https://doi.org/10.1177/1046496412468073>
- Evans, N. J. (1984). The relationship of interpersonal attraction and attraction to group in a growth group setting [La relación de la atracción interpersonal y la atracción al grupo en un entorno de grupo de crecimiento]. *The Journal for Specialists in Group Work*, 9(4), 172-178. <https://doi.org/10.1080/01933928408412525>
- Evans, N. J. y Jarvis, P. A. (1980). Group cohesion: a review and reevaluation [Cohesión grupal: revisión y reevaluación]. *Small Group Research*, 11(4), 359-370. <https://doi.org/10.1177/104649648001100401>
- Festinger, L., Schachter, S. y Back, K. (1950). *Social pressures in informal groups; a study of human factors in housing* [Presiones sociales en grupos informales; un estudio de los factores humanos en la vivienda]. Stanford University Press.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Amorrortu.
- Fuhrman, A. y Barlow, S. H. (1982). Cohesion: relationship ingroup therapy [Cohesión: terapia de relación de endogrupo]. En M. J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and Patient Relationships*. Dorsey.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D. y Miles, M. B. (1972). The impact of encounter groups on participants: Some preliminary findings [El impacto de los grupos de encuentro en los participantes: algunos hallazgos preliminares]. *Journal of Applied Behavioral Science*, 8(1), 29-50. <https://doi.org/10.1177/2F002188637200800102>
- López-Yarto, L. (2002). ¿Terapia en grupo o terapia de grupo? *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 60(116), 199-215.
- Maaß, U., Kühne, F., Hahn, D. y Weck, F. (2021). Group cohesion in group-based personal practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 50(1), 28-39. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000369>
- Molero, F. y Gaviria, E. (2017). Formación y cohesión grupales. En F. Molero, D. Lois, C. García-Ael y A. Gómez (Eds.), *Psicología de los grupos* (pp. 85-114). UNED.
- NTL Learning Resources. (1972). "Twenty exercises for training" ["Veinte ejercicios para entrenar"]. Washington.
- Parloff, M. B. (1961). Therapist-patient relationships and outcome of psychotherapy [Relaciones terapeuta-paciente y resultado de la Psicoterapia]. *Journal of Consulting Psychology*, 25(1), 29. <https://doi.org/10.1037/h0045121>
- Peteroy, E. T. (1983). Cohesiveness development in an ongoing therapy group: An exploratory study [Desarrollo de la cohesión en un grupo de terapia en curso: un estudio exploratorio]. *Small Group Behavior*, 14(2), 269-272. <https://doi.org/10.1177/104649648301400210>
- Población, P. (2019). *Tratado de psicoterapia activa. Un psicodrama actual*. Morata.
- Población, P., López Barberá, E. y González, M. (2016). *El mundo de la escena. Psicodrama en el espacio y el tiempo*. Desclee De Brouwer.
- Roark, A. y Sarah, H. S. (1989). Factors related to group Cohesiveness [Factores relacionados con la cohesión del grupo]. *Small Group Behavior*, 20(1), 62-69. <https://doi.org/10.1177/2F104649648902000105>
- Rogers, C. (2002). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Rosendahl, J., Cameron, T., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M. y Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research [Avances recientes en la investigación de la psicoterapia de grupo]. *The American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52-59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Seeman, J. (1954). Counselor judgments of therapeutic process and outcome [Juicios del consejero sobre el proceso terapéutico y el resultado]. En C. R. Rogers y R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change* (pp. 99-108). University of Chicago Press.
- Slavson, S. R. (1964). *A textbook in analytic group psychotherapy* [Un libro de texto en psicoterapia analítica de grupo]. International University Press.
- Stokes, J. P., Fuehrer, A. y Childs, L. (1983). Group members' self-disclosures: Relation to perceived cohesion [Autorrevelaciones de los miembros del grupo: relación con la cohesión percibida]. *Small Group Behavior*, 14(1), 63-76. <https://doi.org/10.1177/104649648301400106>
- Truax, C. B., Carkhuff, R. R. y Kodman, F. (1965). Relationships between therapist-offered conditions and patient change in group psychotherapy [Relaciones entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta y el cambio del paciente en la psicoterapia de grupo]. *Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 327-329. <https://doi.org/10.1002/1097-4679>
- Yalom, I. D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1975)
- Yalom, I. y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* [La teoría y la práctica de la psicoterapia de grupo] (5ªed.). Basic Books.
- Yalom, I. y Leszcz, M. (2021). *The theory and practice of group psychotherapy* [La teoría y la práctica de la psicoterapia de grupo] (6ªed.). Basic Books.
- Yalom, I. y Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.

LA ÉTICA DEL ENCUENTRO: REFLEXIONES ÉTICAS PARA EL SIGLO XXI EN EL CONTEXTO DE GRUPOS

THE ETHICS OF THE ENCOUNTER: ETHICAL REFLECTIONS FOR THE 21ST CENTURY IN THE CONTEXT OF GROUPS

Laura García Galeán

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4260-3662>

Psicoterapeuta Individual y de Grupo. Pertenece a la Asociación Española de Psicodrama.
Miembro del Comité Ético de la Asociación Española de Psicodrama. España

Mónica González Díaz de la Campa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0375-5161>

Psicoterapeuta Individual y de Grupo. Pertenece a la Asociación Española de Psicodrama.
Miembro del Comité Ético de la Asociación Española de Psicodrama. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García, L. y González, M. (2022). La ética del encuentro: Reflexiones éticas para el siglo XXI en el contexto de grupos. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 85-100. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1124>

Resumen

El artículo propone una reflexión sobre la dimensión ética en el siglo XXI y su aplicación en el proceso psicoterapéutico grupal. Se parte de una revisión de los distintos enfoques de acercamiento a la cuestión ética, incidiendo en la comprensión de los conceptos de ética y moral, para desarrollar después lo que hemos denominado “ética del encuentro”. Esta ética está muy vinculada al proceso evolutivo del grupo y el desarrollo moral en el ser humano. Finalmente se incide en el concepto de interdependencia como respuesta al complejo binomio dependencia libertad, base de la ética que defiende este trabajo y punto central de cualquier proceso terapéutico grupal, inseparable del contexto social del siglo XXI.

Palabras clave: *ética, psicoterapia de grupo, encuentro, siglo xxi, interdependencia*

Abstract

The article proposes a reflection on the ethical dimension in the 21st century and its application in the group psychotherapeutic process. We start reviewing the different approaches to the ethical question, being focus on the conceptual understanding of the ethics and morality concepts. Then we develop what we have called “ethics of encounter”. This ethics is closely linked to the evolutionary process of the group and the moral development in the human being. We emphasize the concept of interdependence as a response to this complex binomial dependence-freedom. This is the basis of the ethics we defend as a central point of any group therapeutic process which is inseparable from the social context of the 21st century.

Keywords: *ethics, group psychotherapy, encounter, xxi century, interdependence*

Fecha de recepción: 5 de enero de 2022 Fecha de aceptación: 16 de enero de 2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lauragalean@hotmail.com; monicaglez@gmail.com

© 2022 Revista de Psicoterapia



Con este trabajo proponemos un texto reflexivo, abierto, que posibilite compartir el interés que ha surgido y cristalizado en nosotras desde hace unos años, a partir de nuestra participación como miembros del Comité de Ética de Asociación Española de Psicodrama (AEP) y de la creación de un espacio grupal que denominamos de co-construcción, en relación a la ética y a su expresión en los grupos, tanto grupos de formación como grupos psicoterapéuticos, en este marco complejo e inédito que representa el siglo XXI.

Las opciones de acercamiento a la cuestión ética son varias. Las más habituales, y a las que también recurriremos parcialmente a lo largo del texto son, por una parte, las aproximaciones que revisan el concepto de ética desde la tradición filosófica, un segundo acercamiento relativo al abordaje concreto de los dilemas morales y la delimitación de actuaciones formales desde una perspectiva aplicada o deontológica y una última aproximación que podríamos situar a medio camino entre ambas, vinculada a las políticas sociales y al desarrollo de los derechos humanos.

En la primera encontramos un bello recorrido circular desde la ética aristotélica y su concepto de virtud -aquello que los griegos llamaban *areté*!- y que trataba de cultivar una posición virtuosa que condujera al *buen vivir*, pasando después a una teología moral que imperó durante muchos siglos hasta la ilustración, y de vuelta en la filosofía contemporánea a una concepción teleológica, centrada de nuevo en los fines de la vida humana, como en la filosofía narrativa de Macintyre (1987). Se trataría de una ética reflexiva.

La segunda, la más abundante en la literatura actual, plantea una ética pragmática, aplicada a los distintos actores y ámbitos de la vida, que se concreta en una serie de normas y reglas de conducta avaladas por alguna institución que se convierte en garante de ciertos preceptos. En el ámbito profesional, se ejerce a través de los denominados códigos deontológicos de las distintas disciplinas, en un intento de aproximación a derecho de los planteamientos éticos. Sería una ética normativa.

La última, situada en un lugar intermedio entre la reflexión filosófica y el intento de sistematizar y garantizar un comportamiento ético de los distintos actores sociales, constituye una ética de principios que encuentra su expresión en las grandes cartas de derechos iniciadas en Francia y Reino Unido. A partir de la segunda mitad del siglo XX, muy especialmente desde la declaración universal de derechos humanos (1948) se han ido creando con mayor o menor acuerdo y reconocimiento numerosos textos en esta línea, cartas de intenciones que han surgido en parte como respuesta a la necesidad de reparación de un daño colectivo y que, desde una voluntad común de proteger los derechos y libertades de las personas, han tratado de establecer los ideales orientativos para la humanidad de nuestro tiempo. Sería una ética de principios comunes.

La generación nacida en los albores de la transición democrática en España se ha conformado en esta misma ilusión que podríamos expresar más o menos así: “si está escrito, entonces es importante y alguien velará por cumplirlo”. Si bien, el panorama actual exige, a nuestro modo de ver, un nuevo planteamiento del tema,

puesto que las palabras parecen resultar poco eficaces a la hora de incidir sobre una realidad difícilmente gobernable.

En el ámbito específico de la psicología, la mayoría de los textos sobre ética se centran en la regulación de la práctica profesional, siguiendo la estela dibujada por la *American Psychological Association* (APA) que aprobó su primer código ético en 1953 y desde entonces ha ido concretando cada vez con más detalle las actuaciones propias de cada campo de intervención a través de diversas actualizaciones hasta su revisión más reciente (American Psychological Association, 2010).

Esta tendencia a crear códigos de conducta se ha extendido a todas las instituciones y áreas de la psicología a lo largo del siglo XX, de modo que el número de textos o códigos que tratan de velar por el cumplimiento del buen hacer diario de los psicólogos y psicoterapeutas en la actividad profesional se multiplica. En el área de la psicoterapia de grupos se pueden señalar, sin hacer una revisión exhaustiva, al menos seis códigos deontológicos que la regulan, entre ellos, el correspondiente al Colegio Oficial de la Psicología (COP), como psicodramatistas el código ético de la Asociación Española de Psicodrama (AEP), como psicoterapeutas el de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) y, pasando al ámbito internacional, el correspondiente a la Federación de Asociaciones de Psicólogos Europeos (EFPA) o más específica dentro del trabajo con grupos las pautas éticas de la Asociación Internacional para la Psicoterapia de Grupo y Procesos Grupales (IAGP).

Es decir, también desde la psicología, que paradójicamente surge y se desarrolla en las facultades de filosofía, se mantiene por parte de sus profesionales esta tendencia a tratar de sistematizar y regular el funcionamiento ético, o limitarlo al cumplimiento de una ética mínima, recogida y normativizada en los principios y garantías que ofrecen las instituciones. Esta función que se cumple a través de las comisiones deontológicas es sin duda necesaria como expresión de un deseo de autorregulación de la profesión y es fundamental a la hora de guiar determinados dilemas o resolver consultas o reclamaciones si se percibe alguna irregularidad en el ejercicio de la actividad, pero es importante señalar que no se puede delimitar la ética en un ámbito de trabajo tan comprometido con los aspectos más vulnerables y sutiles de las personas, a esta perspectiva. Es urgente pasar de un enfoque regulador y sancionador, que en el peor de los casos puede alimentar una posición evitativa del riesgo en la intervención, a la compleja tarea de convertir el espacio terapéutico en un espacio creado y sostenido por la ética.

Son muchos los psicólogos que reivindican el papel de la ética en nuestra profesión y fruto de esta inquietud se elaboró “La Declaración Universal de Principios Éticos para psicólogos y psicólogos”²² adoptada por la Asamblea de la Unión Internacional de Ciencia Psicológica (IUPsyS) en Berlín en el año 2008. También se van extendiendo a todos los campos de las ciencias de la salud los principios de la bioética inicialmente enunciados por Beauchamp y Childress (1979): autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, e incluso se va generalizando el concepto

de psicoética en su aplicación concreta a la salud mental de las personas.

Sin embargo, como apuntamos anteriormente, las declaraciones de intenciones y las cartas de principios, que están a medio camino entre la norma y la vivencia de una verdadera creación ética en el encuentro, a menudo quedan olvidadas, incluso desconocidas por la mayoría de profesionales.

De hecho, una de las primeras consideraciones que hicimos al integrarnos al Comité de Ética de la AEP giraba en torno a la percepción de un vacío epistemológico en los psicoterapeutas en este terreno dado que, a pesar de la relevancia del tema, la ética representa un verdadero océano al que sólo parece posible aproximarse desde la propia curiosidad e inquietud. Esto lleva a una primera realidad, habitualmente denunciada pero realmente estática a pesar de ello, y es la inmensa laguna que existe en la formación de psicólogos y psicólogas en el ámbito de la ética, que apenas se convierte en una cuestión transversal en la mayoría de los planes de estudio de psicología.

Sin la intención de cubrir todas estas lagunas, tarea que excede con creces los límites de este artículo, sí queremos aportar algunas nociones de base que nos sirvan de caldeo para ver cómo ha sido y puede ser reflexionada la ética.

Ética y Moral: Dos Realidades Relacionadas

Ética y moral son dos realidades relacionadas. La primera procede del griego *êthos* y la segunda del latín *mos o moris*, ambas relativas a la misma idea: las costumbres, los caracteres, las maneras de vivir y de actuar (Compte-Sponville, 2005). Además, tienen el significado de morada, refugio y guarida. En este sentido, Boff (2003) se refiere a la morada como el “conjunto de las relaciones entre el medio físico y las personas” y a la organización de ambos espacios (el físico y el relacional) de acuerdo, por un lado, con una serie de valores o principios, que sería lo que “da carácter a la casa y a las personas”, y es lo que el autor denomina como “ética y carácter ético de las personas”; y por el otro, a las costumbres, hábitos, que es lo que denomina como “moral y postura moral de una persona”.

Compte-Sponville en su *Diccionario filosófico* (2005) define la moral como “el discurso normativo e imperativo que resulta de las oposiciones del bien y el mal, considerados como valores absolutos trascendentes. Está formado por obligaciones y prohibiciones (realidad que podría referirse a todos los códigos de conducta existentes en las distintas disciplinas): es el conjunto de nuestros deberes. La moral responde a la pregunta ¿Qué debo hacer?” Se pretende una y universal”. Se puede decir que son “juicios relativos al bien y al mal”, que dirigen la conducta de los seres humanos. Estos juicios se concretan en las normas de comportamiento que regulan los actos de un individuo en su quehacer diario.

La moral está al servicio de la ética, serían aquellas costumbres, reglas y valores que rigen la ética. Como consideran Cortina y Martínez (1996, p. 22), se trata de niveles de reflexión diferentes de pensamiento y lenguaje.

Por otra parte, la ética es:

un discurso normativo pero no imperativo, que resulta de la oposición entre lo bueno y lo malo, considerados simplemente como valores relativos (...)

Una ética responde a la pregunta “¿Cómo vivir?” Siempre es relativa a un individuo o a un grupo. Es un arte de vivir que tiende la mayoría de las veces hacia la felicidad y culmina en la sabiduría. (Compte-Sponville, 2005, p.)

Hace referencia a lo que necesitamos para crecer, para vivir en libertad, felicidad... y con otros. El compromiso con uno mismo y de uno mismo con los otros.

Al retomar la pregunta del párrafo anterior y vincularla con el objeto de este artículo, es decir, ¿cómo vivir como psicoterapeutas?, se hace necesario añadir al “cómo vivir” el “cómo queremos hacerlo”, poniendo peso en el acto volitivo y de responsabilidad que se pone en juego en la práctica psicoterapéutica y que incorpora, por tanto, la reflexión sobre la posición existencial que tenemos como terapeutas. ¿Qué visión del ser humano tenemos? Con este acto (entendido como un moverse hacia delante) reflexivo, se rompe el posicionamiento rígido que muchas veces está implícito en todo lo normativo y se da espacio a una posición de mayor libertad y también de responsabilidad, asumiendo que cada decisión que tomamos nos compromete con cómo miramos y entendemos al otro, y, desde luego, cómo nos relacionamos con ese otro.

Ya que somos seres sociales y necesitamos del otro para nuestro desarrollo y crecimiento, no podemos dejar de tener en cuenta que es necesario partir de un principio de respeto y de crecimiento conjunto. Y es que la ética es un acto de voluntad del ser humano en libertad (Otálora, 2017) y “fruto de la convivencia”.

Favorecer la mirada ética en la psicoterapia, es incorporar “el camino reflexionado del vivir”. Lo que “implica una atención presente y un discernimiento constante para orientar cada una de nuestras interacciones en la dirección del cuidado personal, social y comunitario” (Moreno y Casillas, 2015. pág. 194). Un camino que va en línea con una serie de valores que determinan que no solo no valga todo, sino, fundamentalmente, que no valga de cualquier manera, ni desde cualquier lugar. Esto es, que esté comprometida con la verdad: una actitud coherente, congruente, de aceptación incondicional y que vibra ante la realidad de los otros. En definitiva, una posición amorosa del terapeuta hacia el grupo y cada uno de los integrantes del mismo.

Ética del Encuentro

Si aceptamos partir de una mirada amplia, podemos señalar que la finalidad última de un proceso de psicoterapia grupal es promover un encuentro, con uno mismo y con los demás, que acerque a la persona y al grupo hacia una libertad creadora, fundante de una nueva escena vincular más sana y productiva.

Para lograr abrir este camino son necesarios algunos ingredientes. Como base se ha insistido en la necesidad de que el terapeuta, coordinador o coordinadora del grupo, cuente con una formación adecuada, conozca la naturaleza del grupo, su desarrollo evolutivo, sus fortalezas y sus dificultades, y tenga la habilidad de

saber desplegar las herramientas y métodos de intervención de forma adecuada, acorde a ese tiempo vivencial y sutil que J. L. Moreno, creador del psicodrama, denominó *Momento*.

Por supuesto, compartimos la creencia de que una buena formación del terapeuta es un elemento clave para favorecer un proceso exitoso de grupo y que su preparación constituye uno de los elementos centrales de su compromiso ético. Como señalan Escribar et al. (2004) junto a otros muchos autores “La ética profesional, como ética aplicada, tiene el objetivo de guiar la acción de manera que la profesión sea desempeñada por personas técnicamente capaces y moralmente íntegras.”

Pero mucho más allá de un conocimiento técnico, como cualquier proceso de desarrollo humano, el grupo requiere de un espacio vincular que se constituya en matriz de crecimiento y de un desarrollo procesual que permita su evolución en el tiempo. J. L. Moreno (1961/1993) denominó a estos elementos necesarios *locus*, que hace referencia al lugar físico concreto donde tiene lugar la acción, *matriz*, el entorno vincular que acoge el proceso y *status nascendi*, su progresión dinámica.

Si volvemos sobre la idea inicial de promover el desarrollo de una libertad creadora, es necesario que surja en ese espacio vincular la presencia de un elemento “alquímico”, una suerte de magia que permita la transformación del grupo, más allá de su adecuación y eficacia, y lo transforme en un espacio de vida capaz de engendrar una realidad nueva. Este elemento es lo que denominamos “encuentro”.

Del encuentro nace la vida nueva, del mismo modo que en los albores de nuestra civilización surgió la cultura, el *nomos*, frente a la *physis*, lo natural, como una naturaleza nueva que el ser humano creó para sí. Como defiende Lledó (2018) es la educación, la transmisión de la cultura, la que, a través del lenguaje, la memoria, los afectos, va creando valores como la justicia, la verdad, la belleza.

El encuentro nace a partir de un reconocimiento profundo del otro y abre camino a una nueva posibilidad de existencia, que trasciende la realidad vincular previa de los participantes.

Sin embargo, el encuentro es un hecho difícil. Requiere de un proceso de maduración que permita un reconocimiento vivo, abierto y bidireccional de esa desconcertante realidad existencial que denominamos otredad. El encuentro es una necesidad plena del otro, no puede hacerlo el terapeuta sin el grupo ni el grupo sin el terapeuta, no puede hacerlo un hijo sin un padre ni un padre sin un hijo, es interdependiente y requiere de la construcción conjunta de un entorno vincular que incorpora todos los elementos del sistema y los unifica en una nueva experiencia compartida. Retomando la cita de Boff (2003), en el texto ya citado señala cómo en el encuentro se expresa la profundidad de la dimensión ética, puesto que no es un acto concreto, es un ambiente que “da carácter a la casa y a las personas”. Aspecto que se relaciona profundamente con el concepto de cohesión grupal.

La comprensión psicodramática del proceso evolutivo de un ser humano, -también vale cualquier otra que contemple su desarrollo dinámico-, describe cómo este atraviesa una serie de matrices, desde un primer espacio de fusión madre-

hijo, denominada matriz de identidad indiferenciada, a un progresivo proceso de diferenciación que va permitiendo la adquisición de un cierto sentido de identidad propia hasta hacer posible la aparición en escena de aquel otro, “tú” diferenciado y nutritivo, que será reconocido y presente, siempre y cuando se haya podido completar con éxito este proceso evolutivo.

La mayoría de las veces, este acto de maduración permanece como un proceso en marcha, siempre inacabado, y lo mismo ocurre en un grupo que atravesará distintas fases hacia su estructuración social, como se describirá más adelante.

Esto nos sitúa ante un dilema inevitable, puesto que la ética del encuentro requiere admitir que el terapeuta no es ese ser maduro de carácter ético. Como cantaba Goytisolo a su hija en el poema *Palabras para Julia* (1980), requiere admitir que “yo aún estoy en el camino”

Uno de los factores terapéuticos de grupo que señala Yalom es la universalidad, es decir, el enorme alivio que las personas experimentan al ver que comparten las dificultades con otros. Entonces, si nos acogemos de forma rígida a los principios éticos en el marco de lo escrito y normativizado y el terapeuta se muestra como alguien “intachable”, ¿a qué distancia se sitúa del grupo?

Decía Rogers:

Cuando me veo como parte de un proceso, advierto que no puede haber un sistema cerrado de creencias ni un conjunto de principios inamovibles a los cuales atenerse. La vida es orientada por una comprensión e interpretación de mi experiencia constantemente cambiante. Siempre se encuentra en un proceso de llegar a ser. (1972/1994, p.35)

El punto de partida entonces es admitir que el terapeuta, como elemento de ese sistema, está también inmerso en el *llegar a ser*, y que la construcción ética del grupo nunca puede ser unidireccional, exige la presencia de un proceso intersubjetivo y dinámico, acorde al movimiento del sistema terapéutico. El camino de definir qué coordenadas debemos considerar queda abierto, pero como principio podemos apuntar a los factores verbales y muy especialmente los no verbales de la interacción: topología, proxemia, mirada, contacto físico, prosodia, etc.

Estos factores fueron cobrando relevancia a partir de los desarrollos de la escuela de Palo Alto y sus aportaciones a la teoría de la comunicación humana (Watzlawick, 1967/1997) y su interés ha continuado en auge con la incorporación cada vez más extendida de las técnicas activas tanto en el ámbito de la psicoterapia como en otras intervenciones con grupos.

De modo más reciente, la Teoría Polivagal de Porges publicada por primera vez en 1995, ofrece un modelo neurobiológico que contempla el sistema nervioso autónomo como un sistema relacional, que ofrece señales de seguridad o de peligro en la comunicación con otros sistemas nerviosos del entorno que activan o desactivan nuestro sistema de conexión social “En la práctica, un cambio en el estado cambiará el acceso a diferentes estructuras en el cerebro y favorecerá, ya sea la comunicación social, o los comportamientos defensivos de luchar o huir, o

la paralización” (Porges y Dana, 2019, p.95).

Desde esta aportación, vemos cómo la perspectiva neurobiológica de la comunicación tiene también su propia dimensión ética, que apunta a la importancia de la co-regulación para el bienestar y la salud de las personas y su desarrollo vincular “Las señales de seguridad (por ejemplo, vocalizaciones prosódicas, expresiones faciales positivas y gestos) necesitan estar disponibles y ser detectadas (...) para reaccionar ante la «intención» de estos movimientos.” Cuando el sistema nervioso autónomo detecta una gran amenaza, el organismo entra en un estado de parálisis o desconexión, por vía de la activación del nervio vago dorsal, nuestro último y más antiguo sistema de supervivencia.

Contextualizando estas ideas en la época actual, el siglo XXI, se pueden interpretar algunas de las realidades que vivimos como el resultado de esta desconexión, en función de la percepción de un peligro que es abstracto, incierto, pero que “sobrevuela” la experiencia humana, como el hecho de no ser considerado valioso, poder ser atacado, criticado ante todos, etc. Como señala Valcárcel (2015), la desafección es uno de los grandes peligros del siglo XXI, reflexión que compartimos, con dolor y también con la esperanza de aportar entre todos vías de reconexión y crecimiento.

El Momento Presente, Siglo XXI

El momento presente se desarrolla en el marco de un mundo complejo en el que conviven realidades económicas, políticas, sociales, culturales y medioambientales variadas y con distintos niveles de dificultad. En el que prácticamente todas las personas experimentan situaciones ambivalentes, y pueden vivir su día a día con una sensación de vacío y soledad a la vez que están conectados con cientos de personas de la otra punta del planeta. Los acontecimientos de los últimos tiempos nos llevan a conectar con nuestra parte más vulnerable, con nuestras limitaciones y con nuestra posibilidad de superarnos y evolucionar gracias a los grandes avances médicos, tecnológicos, donde hemos venido superando muchas dificultades con las que nos hemos encontrado a lo largo de los siglos, hasta el punto de que somos capaces de salir del mundo y vernos a distancia.

Estos años del siglo XXI están suponiendo un cambio en nuestra manera de estar en el mundo. “La época que vivimos parece requerirnos aprender a vivir con la incertidumbre, con flexibilidad, movilidad en nuestros planes y acciones con una visión a mediano y corto plazo, más que a largo plazo. Nos plantea también retos relacionados con la predicción y el control respecto de un mundo llamado objetivo... un mundo muy alejado de la experiencia humana... un mundo inventado por un sujeto que se piensa a sí mismo como “observador neutro” (Najmanovich, 2001/2003, p.12., citado por Moreno y Casillas, 2015, p.191).

Un contexto que rompe la homeostasis del ser humano, y le obliga a tener que adaptarse a situaciones que escapan de su control: pandemia mundial, catástrofes medioambientales... y es que estamos en un mundo interconectado donde la mayoría

de las cuestiones que nos afectan son globales y donde las soluciones, no queda otra, tienen que ser, por tanto, también globales. En este sentido, en 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 y su articulación a través de los Objetivos del Desarrollo Sostenible como propuesta de solución global que pretende “no dejar a nadie atrás”. Esta agenda abarca 5 dimensiones claves para el desarrollo sostenible: personas, planeta, prosperidad, paz y alianzas. Este acuerdo asumido por la comunidad internacional se convierte en un compromiso para que todas las personas alcancen su pleno desarrollo.

El escenario de estos últimos años tambalea nuestra forma de estar en el mundo, con el otro y con nosotros mismos. Creíamos que teníamos el poder de crear y de destruir (el siglo XX nos devolvió la cara más hermosa y cruel del ser humano, guerras mundiales, grandes inventos, salto cualitativo y cuantitativo en el desarrollo) y nos adentramos en un siglo que nos ha abofeteado en este sentido y ha puesto encima de la mesa nuestra capacidad limitada, somos finitos. Y más a partir de la pandemia de la COVID-19 que ha puesto el mundo en jaque, y está suponiendo una situación paradójica, ya que más que nunca necesitamos del otro para poder salir adelante y más que nunca el otro es una amenaza.

Lo bueno y lo malo de vivir en sociedad, como no podía ser de otra manera, van de la mano. Estar cerca es peligroso, estar lejos es dañino. Todo esto tiene una clara repercusión en nuestra salud mental, ejemplo claro de esto, es la repercusión que está teniendo en la población adolescente, momento de socialización por excelencia, donde el confinamiento ha impedido relacionarse presencialmente con otros, con el consecuente efecto para su salud mental (ansiedad, depresión, conductas autolíticas, comportamientos obsesivos, trastornos de alimentación). Sí, el miedo se ha disparado.

Estamos en un momento en el que se hace necesario cuestionarnos éticamente el mundo, lo que afecta a los distintos ámbitos y saberes de la vida.

La psicoterapia grupal, objeto de este artículo, no es por tanto ajena a esta reflexión. ¿Cómo se puede favorecer una mirada ética, entendida como una ética del encuentro, saludable, sincera y amorosa en la relación con los grupos (tanto naturales como artificiales)?

Hay un diálogo vivo y necesario entre psicoterapia y ética que tiene como destino el encuentro de ambas; en donde se ponen en juego todos (desde su rol) los participantes en este sistema complejo, desde una visión crítica y comprometida. En definitiva, se trata de repensar y co-crear una cultura de la ética psicoterapéutica del siglo XXI.

Como señala Camps (2003) “Las razones por las que una determinada teoría ética nos parece irrealizable, o poco motivadora, tienen que ver con problemas específicos de cada momento histórico”. Es decir, su realización requiere trascender las limitaciones o dificultades que impone un contexto determinado, tomándolo en cuenta, en un camino de integración que puede resultar muy similar a un proceso de psicoterapia.

Dicho esto, ¿cómo es posible cultivar una posición ética en el volátil y vertiginoso contexto del siglo XXI? Abad y Orón (2015) señalan que “es la continuidad de la experiencia la que otorgaba profundidad y sentido a las nociones de tiempo y de espacio” y añaden “la digitalización ha significado para la sociedad la aceleración de sus ritmos vitales. La impaciencia se ha convertido en un mal crónico de la sociedad red y en cierto modo nos hemos vuelto intolerantes a la espera. Nos hemos acostumbrado a la inmediatez de las relaciones comunicativas y a la fugacidad con la que se procesan los órdenes en la red”. Este sentido de lo inmediato y su exigencia de productividad parece que tiene mucho que ver con el apremio de resolver las cuestiones morales a través de una ética normativa. “La juridificación de todos los discursos, incluido el moral, es un peligro de nuestro tiempo contra el que hay que defenderse” (Camps, 2003).

Como se ha tratado de transmitir a lo largo del texto, nos parece que el único camino es recuperar un sentido de proceso que nos permita a todos los actores sociales evolucionar juntos. Si tomamos el grupo como microcosmos social, y aplicamos lo que sabemos de su desarrollo, sus fases de creación y evolución, y también los procesos que lo vuelven regresivo -como ha ocurrido a nivel social con la situación de pandemia- quizá encontremos una orientación útil para una transformación social más amplia.

El Proceso Evolutivo del Grupo

Los grupos, como sistemas dinámicos, están en constante cambio y se desarrollan atravesando una serie de fases que han sido sistematizadas por diversos autores. Como señala Población (2019, p. 189):

La utilidad de conocer este modelo de evolución, que se repite casi matemáticamente, es útil para el práctico porque en función, no de los contenidos, sino de la latencia que aparece en el fondo de lo que ocurre en cada momento, puede situarse para reconocer la fase evolutiva correspondiente, pudiendo así intervenir para ayudar al grupo a seguir su proceso de maduración.

Un proceso que contribuya a que el propio grupo se convierta en fuente de crecimiento y “sanación”.

Del mismo modo, se han señalado distintas etapas en la conformación de una dimensión ética en el desarrollo individual. Tal y como apunta Villegas (2014, p. 28):

La moral es una neoestructura que tiene que seguir un proceso de formación de neoestructuras, no previstas por la naturaleza, que sigue un proceso de regulación evolutivo bajo el principio de la mejor adaptación al medio, lo cual da lugar a un desarrollo por fases que arrancan ya en la primera infancia.

Para hablar del proceso de construcción ética del grupo vamos a tomar como referencia ambos desarrollos que están estrechamente ligados, puesto que, en la medida en que la identidad de grupo aún no exista y predomine un posicionamiento egocéntrico de los participantes, más difícil será, por no decir imposible, que la dimensión ética impere en él. Como señala Villegas (2014), la adquisición de una

posición ética implica poder salir de la mirada sobre uno mismo, poder ver al otro, como un ser con necesidades diferentes.

Como señala Schutz (1958) toda persona que se integra en un grupo trae consigo una serie de necesidades fundamentales que van a estar presentes en el primer momento de conformación de cualquier sistema o grupo: escena primigenia (momento inicial). Es una primera fase “caótica”, donde la confusión impera y aún no existe el grupo, sino un conglomerado de elementos. El otro -la otredad- todavía no tiene cabida, no existe, y cada miembro responde de acuerdo a sus necesidades. El grupo busca y depende de una “madre” (una madre simbólica) que le resuelva, que le nutra y le facilite marcando el horizonte hacia donde dirigirse. La resolución de este primer momento va a marcar el desarrollo del grupo. Como señala Población (2019) en el caso de que el coordinador caiga en la tentación de responder de manera indiscriminada a todas las demandas del grupo, se establecerá una estructura sociométrica en estrella, que va a tener una repercusión negativa en el proceso grupal.

Se puede decir, de acuerdo a la clasificación de Villegas sobre el desarrollo de la ética en las personas, que el grupo, como le pasaría a un persona desde que nace hasta los dos años, está en una fase prenómica, donde no hay una vinculación ética, ya que no existe el otro, y este es únicamente reflejo de sus necesidades, carencias, temores, riesgo a sentirse excluido... El objetivo de cada uno de los miembros del grupo es la supervivencia y no hay grupo. En este momento, cada uno es una isla a la deriva, y en función de los movimientos que facilite el terapeuta, cada isla comenzará a acercarse a otras islas, a probar, con el objetivo primero de configurarse como archipiélago para poco a poco ir configurándose como una península.

A medida que los participantes se van conociendo, van intercambiando datos, el grupo empieza a cohesionarse. Comienzan las primeras atracciones hacia unos y rechazos hacia otros. Se empiezan a establecer los pilares del grupo y a configurarse, por tanto, el grupo como sistema. Comienza a darse un reconocimiento mutuo, ya que se pasa del Yo al no-Yo, un yo diferenciado, hay un inicio de relación, aunque todavía cada participante se centra en sus deseos, no puede todavía utilizar fácilmente la perspectiva ajena. Existe mucho miedo al rechazo, a no ser válido, lo que lleva a buscar la aprobación en la mirada del líder y el apoyo incondicional del grupo. Se va desde el deseo de ser parte hasta el profundo miedo a la pérdida de libertad. Sigue imperando una estructura asimétrica, en torno al rol del líder, el grupo se coloca en una posición dependiente. Para que el grupo pueda ser un espacio de crecimiento, necesita que el coordinador suelte esta posición y devuelva a cada uno de los miembros la confianza y responsabilidad en ellos mismos, de manera que puedan ir poco a poco haciéndose con el funcionamiento del grupo y se vaya transformando en una organización democrática.

Posteriormente, y de acuerdo a las fases establecidas por Población (2019), el grupo atraviesa una fase en el que destaca el interés por las relaciones familiares, las primeras vinculaciones establecidas (Fase Familiar). Es un momento de des-

centramiento. Se recrean los modos de relacionarse de las primeras vinculaciones (familiares, sociales...). Se ponen en juego los roles que han sido adquiridos a lo largo de la biografía, así como los personajes -roles de supervivencia- que han necesitado ir construyendo para protegerse. En el grupo, además, se asume que hay unas normas, hay que aceptar el mundo exterior y sus reglas. Esta fase, que ocupa una gran parte de la vida del grupo, cuenta con un inicio en el que hay aceptación y no cuestionamiento de la autoridad. “Ha llegado a entender que puede aprender más y conseguir mejor sus objetivos si acepta el mundo exterior y sus reglas” (Villegas, 2014). En este sentido el coordinador del grupo, desde una actitud de aceptación y escucha, acompañará a que el grupo pueda ir desvelando la escena que late, ayudando a eliminar de forma progresiva el componente transferencial y favoreciendo el encuentro con el otro, tal y como es. Esta función requiere del terapeuta una mirada sistémica y flexible que le permita liberarse de la ilusión de contar con una verdad absoluta o un único camino que pueda conducir a la cohesión y crecimiento del grupo.

Desde la confianza que se va generando en el espacio grupal, empezarán a experimentar que se pueden relacionar de una manera más profunda a como lo suelen hacer y pueden vivenciar que en el grupo pasan cosas más allá de la intervención del terapeuta.

Llega un momento en el que en el grupo aparece el conflicto, de contradependencia. Es cuando aparecen, generalmente de una manera más manifiesta, luchas de poder, rechazo y rebeldía frente a las figuras de autoridad. “No se lucha por la libertad sino que se demanda la libertad” (Población y López Barberá, 2016, p.67). Ahora se pone en juego lo normativo, hay un deseo, con miedo, de transgredir la norma. Se hace necesario replantearse la manera de estar con el otro, como autoridad. Se quiere acabar con lo que tiene que ser, salto necesario hacia la asunción de la responsabilidad. El terapeuta debe mantener su postura, sin dejarse arrastrar por los ataques del grupo. Será el respetar al grupo, el permitir el conflicto, el ayudarle a tomar conciencia y fundamentalmente a no entrar en las luchas de poder

Poco a poco el grupo es capaz de autoafirmarse sin luchas de poder. Hay una búsqueda de la propia identidad. Finalmente, el grupo llegará a una fase de interdependencia, en la que cada participante conecta con la necesidad del otro y, por otra parte, es capaz de diferenciarse. Ahora se constituye como un “ente micro social entendida como una estructuración relacional y con unos objetivos presentes o potenciales” (Población, 2016 p. 63). El grupo cuenta con sus propias leyes y su lenguaje interno. El terapeuta parece sobrar o es integrado como uno más.

En este momento el grupo se vuelve autónomo y como señala Villegas (2008) al referirse a la construcción de la moral en la persona, este es “el resultado de un largo proceso de socialización” (Villegas, 2008, p. 210) en donde “se integran los diversos niveles morales, el desarrollo de un criterio propio” “la persona autónoma puede experimentar placer en dar desinteresadamente a los demás o en cumplir sus obligaciones como ciudadano”. No es únicamente la capacidad de escoger o

de querer, sino la de decidir.

Este proceso evolutivo del grupo se repite y se puede observar -y celebrar- siempre y cuando tenga lugar un desarrollo “sano” del grupo, es decir, que se produzca un avance en espiral que permita ir integrando y atravesando los distintos obstáculos que puedan surgir, tanto a nivel relacional, como otras eventualidades, tales como pérdidas, interrupciones, o disrupciones de cualquier tipo, incluidas las que sucedan en el contexto virtual, que pueden poner en jaque al grupo, detenerlo o hacerlo regresar a posturas defensivas y vivencias propias de fases más tempranas.

Al trasladar esta idea evolutiva del grupo al contexto social del siglo XXI, muy especialmente en el marco de la pandemia, vemos cómo estos procesos regresivos generan una gran dificultad de progreso, puesto que nos sitúan ante un gran dilema para la ética del encuentro, que surge en contextos de miedo, fragilidad e incertidumbre; aceptar la vulnerabilidad o desplegar nuestras defensas. Un dilema que pone en juego diversos pares de opuestos, la verdad frente la mentira, la ética frente a la cosmética.

Verdad y Mentira. Ética y Cosmética

En el proceso psicoterapéutico a menudo se denomina metafóricamente “máscaras” o “ropajes” a aquellos aspectos defensivos contruados por la persona como vías de supervivencia que ofrecen un cierto sentido de protección y, sin embargo, son fuente de malestar y sufrimiento, puesto que limitan su libertad y su desarrollo creativo. Desprendernos de estos roles, supone dejar al descubierto lo que más temor nos da, nuestro yo verdadero, que en algún momento de nuestra biografía hemos entendido que no era válido o suficiente. Supone mostrarnos “desnudos” tal y como somos, con el riesgo que esto implica, mostrar nuestra vulnerabilidad, y la consecuente creencia de que podremos ser más fácilmente dañados; a la vez esta es, la de desenmascarnos, la única vía para poder sanar nuestras heridas. Es un salto cualitativo, de la mentira a la verdad, de una posición reactiva a una proactiva, de la cosmética a la ética. Es un acto de confianza que inevitablemente es vivido como un salto al vacío, puesto que la angustia es inherente a todo proceso de transformación.

El valor, en el sentido de virtud, está íntimamente relacionado con la idea de verdad. ¿Podemos pertenecer si no estamos de verdad? ¿Podemos sentirnos parte si fingimos en nuestra manera de relacionarnos? Una posición ética implica aceptar el camino de un encuentro sin máscaras, al descubierto, sin maquillaje, comprometido con los otros y con nosotros mismos, de una manera coherente con nuestro sentir más íntimo. A este recorrido se refiere Cortina (2013) cuando señala que “la cosmética sería cosa de maquillajes que mejoran el aspecto de las personas durante un tiempo, pero no las transforman por dentro, mientras que la ética se refería a una transformación interna” (2013, p.45) que no es otro que el fin que se persigue en cualquier proceso terapéutico.

Para ello es necesario escapar de los juegos de poder (partiendo de la visión

de Población), abandonar la manipulación del otro para alcanzar un objetivo propio. Supone salir de posiciones egocéntricas, como terapeuta o como participante del grupo, donde lo que predomina no es el deseo de crecimiento sino el deseo de mirar el reflejo de uno mismo en el grupo, podríamos decir que el deseo de que el grupo sea a mi imagen y semejanza, lo que lleva a que pierda en libertad y dignidad, virtudes propias de una posición ética.

Incorporar la ética de la verdad implica una apertura a la incertidumbre, al dolor, pero también a la libertad, la responsabilidad y el crecimiento... Sólo desde una mirada amorosa, se abre la posibilidad de que emerja la verdad de los participantes en el grupo y del propio grupo. Como hemos señalado en otro trabajo “se dejan a un lado los aspectos adquiridos, fruto de la cultura en conserva, las prácticas y conductas adquiridas, el discurso intelectual, y lleva a la persona a que se “desnude” y a conectar con su yo verdadero –integrado e incompleto- (...)” (García y González Díaz, 2018).

Conclusiones

El artículo propone una ética de carácter teleológico, donde se define el encuentro como finalidad de la vida humana. Para el siglo XXI tenemos el reto de integrar una ética que requiere ser construida a través de un proceso compartido en un contexto siempre cambiante y relacionamente complejo.

Pueden señalarse las siguientes ideas clave:

La ética se mantiene en ese proceso dinámico de *llegar a ser* y es una construcción intersubjetiva.

Se entiende la ética en general y en la psicoterapia en particular, como un proceso de decisión: reflexión, conocimiento, compromiso, acto volitivo... en todos los miembros del sistema terapéutico.

Es necesario incidir en el valor de reforzar y resignificar la ética dentro de los programas formativos de la terapia de grupo. Favorecer la reflexión, la mirada crítica y el compromiso, como señala Bascuñán (2016), con una determinada “postura ético-terapéutica” que se fundamenta en el modelo psicoterapéutico al que cada uno se adscribe, su revisión como terapeuta y la mirada comprensiva que tenga sobre el grupo.

Hay que considerar que la ética del encuentro parte de la escucha y del principio de realidad, de un abordaje no evitativo ni confrontativo de los conflictos, sino creativo, lo que es posible gracias a la simbolización, no solo a través del lenguaje, sino de todas las vías activas, explícitas o implícitas.

Por último, es importante destacar que la interdependencia, la construcción ética en el encuentro, ofrece una vía integradora como respuesta a la dificultad que surge en las relaciones humanas en torno al binomio dependencia-libertad.

Notas

- 1 Areté (en griego antiguo, ἀρετή areté ‘excelencia’)
- 2 Menciona cuatro principios éticos: Respeto por la dignidad de las personas y los pueblos, Cuidado competente del bienestar de los otros, Integridad, Responsabilidades profesionales y científicas con la sociedad (De Andrea, N. y Prat, R., 2012; IUPsy, 2008).

Referencias

- Abad, G. L. y Orón, L. C. (2015). Espacio y tiempo en el siglo XXI: velocidad, instantaneidad y su repercusión en la comunicación humana. *Revista ComHumanitas*, 6(1), 219-233.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct [Principios éticos de los psicólogos y código de conducta]*. <https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>.
- Bascuñán, M. L. (2016). Desafíos éticos en psicoterapia. Perspectiva de terapeutas y pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 203-215. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.58>
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics [Principios de la ética biomédica]* (1ª ed.). Oxford University Press.
- Boff, L. (2003). *Ética y moral. La búsqueda de los fundamentos* (5ª ed.). Sal Terrae.
- Camps, V. (2003). Teoría y práctica de la ética en el siglo XXI (Undécimas Conferencias Aranguren, 2002). *Isegoría*, 28, 115-142. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2003.i28.509>
- Compte-Sponville, A. (2005). *Diccionario filosófico*. Paidós.
- Cortina, A. (2013). *¿Para qué sirve realmente...? La Ética*. Paidós.
- Cortina, A. y Martínez, E. (1996). *Ética*. Akal.
- De Andrea, N. y Prat, R. (2012). Análisis comparativo entre el “Protocolo de Acuerdo Marco de principios éticos para el ejercicio profesional de los psicólogos en el Mercocur y Países Asociados” y la “Declaración Universal de principios éticos para psicólogas y psicólogos”. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX, Jornadas de Investigación VIII, Encuentro de investigadores en Psicología*. Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.
- Escribar, A., Pérez, M. y Villaroel, R. (2004). *Bioética: fundamentos y dimensión práctica*. Mediterráneo.
- García, L. y González Díaz, M. (2018). Reflexiones: De la integración al vacío. *Revista La Hoja de Psicodrama*, 67, 22-30.
- Goytisolo, J. A. (1980). *Palabras para Julia y otras canciones*. Laia.
- Lledó, E. (2018). *Sobre la educación: la necesidad de la literatura y la vigencia de la filosofía*. Taurus.
- MacIntyre, A. (1987). *Tras la virtud*. Crítica.
- Medina Vicent, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (67), 83-98. <https://doi.org/10.6018/199701>
- Moreno, J. L. (1993). *Psicodrama*. Hormé. (Trabajo original publicado en 1961)
- Moreno, S. y Casillas E. (2015). Psicoterapia y bienestar personal en la vida cotidiana. En R. Enríquez-Rosas, E. N. Gómez- Gómez y T. Zohn-Muldoon (Coords.), *La psicoterapia frente al bienestar y al malestar* (pp.). ITESO.
- Otálora, S. (2017). Una mirada ética de la dignidad humana desde Viktor Frankl. *Revista Temas: Departamento de Humanidades Universidad Santo Tomás Bucaramanga*, 3(11), 165-181.
- Población, P., López Barberá, E. y González Díaz, M. (2016). *El mundo de la escena. Psicodrama en el espacio y el tiempo*. Desclée De Brouwer.
- Población, P. (2019). *Tratado de psicoterapia activa. Un psicodrama actual*. Morata.
- Porges, S. W. y Dana, D. (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal: el nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal*. Editorial Eleftheria.
- Rodríguez, M. L. B. (2016). Desafíos Éticos en Psicoterapia. Perspectiva de Terapeutas y Pacientes. *Revista de psicoterapia*, 27(104), 203-215.
- Rogers, C. (1994). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1972)
- Valcárcel, A. (12 de octubre 2015). *Construyendo el humanismo del siglo XXI* [Seminario]. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Cortesía de la Cátedra Alfonso Reyes. <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc0876898>

-
- Villegas, M. (2008). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 199-228.
- Villegas, M. (2014). Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 25-40. <https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/89>
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. D. (1997). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Herder. (Trabajo original publicado 1967)

LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO. EL NECESARIO CAMBIO DE LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES Y DE FORMACIÓN

TRAINING IN GROUP PSYCHOTHERAPY. THE NEED FOR CHANGE IN CARE AND TRAINING PROGRAMMES

Rosa Gómez Esteban

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4655-1532>

Doctora en Psiquiatría, Médico-Psiquiatra, Psicoanalista y Psicoterapeuta de grupo. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez Esteban, R. (2022). La formación en psicoterapia de grupo, El necesario cambio de los programas asistenciales y de formación. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 101-122. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1125>



Resumen

La Psicoterapia es una disciplina, no una técnica, y ha de ser el tratamiento de elección en todas las psicopatologías. La Psicoterapia de grupo será de elección en trastornos leves y moderados, y combinada con psicofármacos en trastornos graves.

Los Programas de Formación de los futuros especialistas y los de Formación Continuada han de revisarse y actualizarse para incluir un "Área de capacitación en Psicoterapia", en sus diversas modalidades, y poder cumplir con la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud (SNS). La capacitación en Psicoterapia ha de ser un objetivo prioritario en los Programas de Formación de los médicos y psicólogos residentes (MIR y PIR), y en la Formación Continuada.

La formación en Psicoterapia ha de estar íntimamente ligada a la asistencia, a las prácticas en grupos terapéuticos y familiares en los servicios públicos. Han de revisarse los Programas de Psicoterapia Asistenciales para lograr las horas de acreditación, y lograr al final de la residencia el título de psicoterapeuta. Con voluntad política se pueden organizar las horas teóricas y prácticas a lo largo de los cuatro años de residencia. En la organización del equipo, de la asistencia, docencia e investigación en el campo de la Salud Mental, las metodologías grupales en la formación son de gran eficacia.

Palabras clave: psicoterapia de grupo, programas de formación de las comisiones nacionales de psiquiatría y psicología y de formación continuada, área de capacitación en psicoterapia, título de psicoterapeuta grupal

Abstract

Psychotherapy, as it is a discipline and not a technique, must be the treatment of choice in all psychopathologies. Group psychotherapy will be the choice in mild and moderate disorders combined with psychotropic drugs in severe disorders.

The Training Programs for future specialists, and those for Continuing Training, should be reviewed and updated to include a "Psychotherapy Training Area", in its various modalities so it is able to comply with the portfolio of services of the SNS. Training in Psychotherapy must be a priority objective in the MIR and PIR Training Programs as well as in Continuing Education.

Training in Psychotherapy must be closely linked to care, to practices in therapeutic and family groups in the public service. The Assistance Psychotherapy Programs have to be reviewed in order to achieve the accreditation hours and the title of psychotherapist at the end of the residency. With political will, the theoretical and practical hours can be organized throughout the four years of residence.

Group methodologies in training are very effective applied to organization of the team, care, teaching and research in the field of Mental Health.

Keywords: group psychotherapy, training programs of the national commissions of psychiatry and psychology, continuing training programs, training area in psychotherapy, title of psychotherapist of group

“El hombre es como una palabra a medias..., se vuelve inteligible con el otro y por el otro”.

--Hans-Georg Gadamer, Verdad y Método

“El pensamiento surge en la relación intersubjetiva”.

--René Kaës, La palabra y el vínculo, procesos asociativos en los grupos

En este texto continuaremos la reflexión sobre la formación del psicoterapeuta grupal en los Servicios de Salud Mental (SSM) después de dos recientes artículos, “*Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales*” (Gómez Esteban, 2020), y “*La formación del psicoterapeuta grupal*” (Gómez Esteban, 2019). Este trabajo es el fruto de años de reflexión acerca del lugar que ha de ocupar la psicoterapia de grupo en los SSM, en la formación de los especialistas de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y en la formación universitaria de médicos y psicólogos.

Se da la paradoja de que la cartera de servicios ofrece tratamientos en diversas modalidades de psicoterapia grupal, grupos terapéuticos, pareja, y familia, una exigencia que no va pareja con la formación propuesta en los programas de formación de las Comisiones Nacionales (CNEP). La formación en psicoterapia de grupo de los futuros psiquiatras y psicólogos del SNS en España tiene significativas carencias, por ellos deseamos plantear algunos interrogantes:

- ¿Cuáles son los pilares teórico-técnicos fundamentales en la psicoterapia de grupo para comprender los procesos de subjetivación, los síntomas, la psicopatología, el diagnóstico, y la intervención en los procesos terapéuticos?
- ¿La psicoterapia es una técnica más dentro de los instrumentos terapéuticos en SM, o ha de ser la estrategia terapéutica de elección para todas las psicopatologías, desde las más leves a las más graves?
- ¿Es posible ofrecer psicoterapias grupales en el SNS sin la formación teórico-técnica pertinente, y sin la observación y coordinación de grupos terapéuticos supervisados durante el período de la residencia?
- Si los adjuntos docentes no están acreditados en psicoterapia, ¿se puede garantizar una mínima calidad de las psicoterapias de pareja, grupo y familia en los SSM?
- Si los MIR y PIR no participan en espacios grupales, como los “Grupos Balint” o los “Grupos Operativos”, ¿cómo se aprehende la influencia de las variables institucionales, grupales, y subjetivas (del paciente y del terapeuta) implicadas en el vínculo terapéutico con el paciente?

Los programas de formación actuales

Los programas de formación de las Comisiones Nacionales de la Especialidad (CNEP) para los MIR y PIR de Psiquiatría y Psicología han de ser evaluados y repensados en base a las últimas recomendaciones de las Asociaciones de profe-

sionales. Desde hace más de una década recomiendan que las psicoterapias sean de elección en la mayoría de los denominados trastornos mentales, y proponen terapias grupales, de familia y multifamiliares, al haberse mostrado fundamentales en los trastornos graves. En este caso, combinadas con psicofármacos en las menores dosis posibles (ver referencias Gómez Esteban, 2019, 2020).

En los programas de formación de las CNEP se requiere regular la formación en psicoterapia de grupo, pareja y familia a lo largo de los cuatro años de la residencia de los MIR Y PIR. Es preciso modificar los programas en el Área de la Psicoterapia, incluyendo los imprescindibles contenidos teórico-técnicos y garantizando las prácticas psicoterapéuticas grupales en sus diversas modalidades; sólo de este modo, los profesionales podrán responsabilizarse de las intervenciones psicoterapéuticas de pareja, grupos, familia y multifamiliares ofrecidas en la cartera de servicios por el SNS.

Los futuros especialistas en Psiquiatría y Psicología han de apoyarse en la buena formación de los adjuntos en estas estrategias psicoterapéuticas. En la actualidad, la formación continuada está muy fragmentada, depende de la voluntariedad de los profesionales. Es urgente mejorar la formación psicoterapéutica de los tutores para que puedan transmitirla a los residentes, y avanzar en la acreditación y reconocimiento de la psicoterapia a los tutores docentes para que se responsabilicen en la formación en psicoterapia de los residentes.

Los programas de formación de las CNEP y de las Comisiones de Formación continuada han de constituirse en función de las necesidades y demandas de los pacientes. El eje central en la terapia es “el vínculo terapéutico”, un vínculo transaccional que se ha evidenciado es el instrumento más eficaz en el tratamiento; por ello es imprescindible dar los pasos necesarios para formar buenos psicoterapeutas. La relación terapéutica es lo fundamental, pero los contratos a los profesionales son cada vez más precarios, y esta precarización genera efectos de fragilización en los encuadres haciendo inviables los procesos terapéuticos. Las instituciones sociales y sanitarias deberían responsabilizarse en ubicar al vínculo profesional-paciente en la posición relevante que le corresponde en SM, teniendo en cuenta los graves efectos en la salud de la población. Si no es de este modo, seguiremos asistiendo a la cronificación de las psicopatologías y al colapso de los SSM, dos variables que se implican en una interacción recíproca.

En resumen, la formación de los futuros psiquiatras y psicólogos de los SSM depende de los Programas de Formación que elaboran las Comisiones Nacionales de la Especialidad (CNE) del Servicio Nacional de Salud (SNS). Los programas de formación de las CNEP y de las Comisiones de Formación Continuada (CFC) han de ofrecer a los tutores y futuros especialistas los conocimientos, teorías, técnicas, y métodos de tratamiento que posibiliten comprender y tratar la complejidad del padecer humano. En la formación y en la clínica se han de ofrecer y transmitir estrategias psicoterapéuticas que alivien los síntomas de los pacientes y, si es posible, que posibiliten transformaciones subjetivas.

Los Programas Asistenciales y de Formación, claves para la Formación del Psicoterapeuta Grupal en los SSM

La carencia de metodologías grupales en la organización del equipo y en la asistencia terapéutica en los dispositivos de Salud y, más aún, en los de Salud Mental y Atención Primaria es preocupante. Las carencias en el trabajo en equipo generan muchas deficiencias en la organización, formación y asistencia. Segura del Pozo (2014), constató que las instituciones sanitarias, al utilizar el modelo clínico, basado en la relación individual, no había registrado nunca las actividades grupales. El paradigma individual en la clínica y en la formación es responsable de que sólo se contabilicen las psicoterapias individuales, hasta hace poco, no se registraban las psicoterapias grupales en las agendas de los profesionales en los Centros de Salud Mental. Actualmente parece que se registran, pero se siguen sin tener en cuenta en la distribución y reparto del trabajo de cada profesional. El criterio que prima es el número de pacientes a evaluar en una primera entrevista, no se investiga lo que sucede en los tratamientos, ni se priorizan aquellas estrategias terapéuticas que posibilitan aliviar mejor el sufrimiento subjetivo.

La situación de la Psicoterapia es paradójica, sigue sin ofrecerse una formación reglada en la Universidad y en los SSM, a pesar de haberse evidenciado su gran eficacia y eficiencia por las Asociaciones mundiales de profesionales. Por otro lado, el modelo predominante ha sido el modelo cognitivo- conductual, el paradigma de la Universidad de Psicología donde se forman los psicólogos de nuestro país.

Las psicoterapias fueron relegadas y negadas a lo largo del siglo XX, en gran parte por los intereses económicos de las grandes empresas farmacéuticas, que con discursos aparentemente científicos impusieron los tratamientos químicos. En estas últimas décadas se planteó un falso dilema entre tratamiento psicológico *vs* psicofarmacológico. Hoy en día no se entraría en ese debate periclitado, la reflexión sería acerca de las indicaciones y limitaciones de ambos tratamientos. Las investigaciones de las Asociaciones Mundiales han evidenciado que el uso de psicofármacos en la mayor parte de las psicopatologías leves y moderadas es inadecuado (el grueso de las problemáticas en SM). Y, por otro lado, que la psicoterapia es eficaz en todas las psicopatologías, combinada con psicofármacos en aquellos casos que sea pertinente.

Sabemos por la experiencia clínica y la literatura científica que los fármacos alivian, pero que no permiten la elaboración de los conflictos subjetivos latentes en estas psicopatologías. Y, asimismo, que la falta de significación de los conflictos humanos (las pérdidas, la muerte, la agresividad, la sexualidad, y las pasiones) afecta a la salud mental del sujeto. A su vez, la falta de elaboración y significación de los síntomas y crisis de los sujetos deriva en una mala evolución de los procesos generando cronicidad y facilitando su transmisión a las futuras generaciones.

Una vez evidenciada la eficacia de la psicoterapia, las Asociaciones de profesionales deberían luchar activamente para que las psicoterapias sean el tratamiento de elección en los SSM. Se insta a las instituciones responsables a transformar los Programas de formación MIR y PIR, y los programas asistenciales de los SSM

para promover la formación y asistencia en aquellas estrategias psicoterapéuticas que hayan evidenciado su eficacia y eficiencia.

Las Asociaciones de Profesionales más potentes en nuestro país, como la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental (AEN), y sus Secciones, entre ellas, la de Psicoanálisis y la de Psicoterapia de grupo (a las que tuve el honor de impulsar y fundar, la de Psicoanálisis, junto a Armando Ingala y Jose Jaime Melendo, a finales de los 80, y la de Psicoterapia de Grupo, con un grupo de trabajo en 2012, aunque se constituyera en 2015). Desde entonces y hasta la fecha, ambas Secciones han ido creciendo en número de socios, y la Sección de Psicoterapia de Grupo ha realizado numerosas actividades para que las psicoterapias individuales y las de grupo tuvieran un lugar relevante en los SSM.

Es éticamente cuestionable, teniendo en cuenta las evidencias científicas, que los SSM sigan ofreciendo tratamientos psicofarmacológicos en la mayoría de las psicopatologías, realizándolo incluso en las más leves. No es por azar, que estando en la época de la pandemia, la prensa médica presente a los antidepresivos como una novedad para el tratamiento de los síntomas depresivos en Atención Primaria; a pesar de que el abuso de los psicofármacos, ocasionado por la presión asistencial, haya sido denunciado por numerosas Asociaciones Científicas de todo el mundo y, en nuestro país, por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Si se siguen ofreciendo terapias grupales en la cartera de servicios del SNS se ha de resolver con urgencia las carencias en la formación teórico-técnica y clínica de los MIR y PIR, para que realmente puedan realizar estas estrategias psicoterapéuticas (grupos terapéuticos, psicoterapias de pareja, familia y multifamiliar).

Es urgente resolver esta situación, más aún con los efectos de la pandemia, que ha incrementado las problemáticas en salud mental y el número de suicidios en la población. Las deficiencias en la formación privan a mucha gente dolorida, angustiada, y deprimida de estos eficaces instrumentos terapéuticos. Insistimos en que la complejidad de los tratamientos y, por otro lado, el colapso asistencial en SM obliga a los responsables de la asistencia a potenciar la psicoterapia grupal, y a las CNEP a incluir con mayor presencia estas estrategias psicoterapéuticas en los programas de formación de los residentes.

Propuesta de un Área de Capacitación en Psicoterapia

Las causas psíquicas y sociales están en el origen de la mayoría de las problemáticas que se atienden en los CSM y en otros dispositivos de SM. Estas causas quedan veladas si no se ofrecen encuadres psicoterapéuticos en los SSM. Es evidente que, si no se introduce la Psicoterapia en la asistencia y en la formación, se está contribuyendo al silencio, a la ocultación del sufrimiento de los pacientes, a la cronicidad de las psicopatologías, a la incapacidad psíquica y social, al padecimiento familiar, y a la transmisión de estas problemáticas a lo largo de las generaciones.

Las carencias en la Formación en Psicoterapias ya fueron denunciadas hace años en los Cuadernos Técnicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

(AEN). En estos años hemos constatado en nuestra práctica y en la literatura científica que los grupos terapéuticos mejoran indicadores fundamentales: la evolución a la cronicidad, las listas de espera, la prescripción de psicofármacos, el número de asistencias y urgencias en CSM, Atención primaria, y hospitalaria (número y días de ingreso), así como los días de baja, pérdidas laborales, la independización de los servicios y, por tanto, la autonomía de los pacientes. El grupo terapéutico, en los trastornos graves, alivia el sufrimiento subjetivo y mejora el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, y tiene una función de apoyo importante en la toma de la medicación.

En el texto, *“Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales”* (Gómez Esteban, 2020) proponía que las Comisiones incluyeran un “Área de capacitación en psicoterapias”, cuyo núcleo central fuera -la psicoterapia de grupo y la familiar-. Esta “Área de capacitación en psicoterapia” en los Programas de formación tendría que organizar y garantizar las horas necesarias prácticas y teóricas en las diversas modalidades de psicoterapia individual y grupal. Esta formación en psicoterapia, a su vez, requiere la organización de un “Programa de Psicoterapia en los dispositivos asistenciales” que incluya la Psicoterapia grupal, subárea que ha de integrar la familiar y multifamiliar. Es decir, en el CSM, el Programa de Psicoterapia ha de estar nucleado por las psicoterapias de grupo y, entre ellas, se incluirán las psicoterapias familiares por sus buenos resultados, como plantea Scherzer, (1994) .

Los CSM coordinarán las experiencias psicoterapéuticas en el conjunto de dispositivos (CSM, Hospital de día, UHB, etc.) de su territorio, organizando estas estrategias. El buen funcionamiento posibilitará la formación de observadores, coordinadores e investigadores de los grupos terapéuticos y familiares a lo largo de la residencia. La interrelación entre la formación y la asistencia también será responsabilidad de los Programas de Formación Continuada.

Propuesta de Acreditación a los MIR y PIR como Psicoterapeuta

En la mayoría de los países europeos, la titulación en psicoterapia está lejos de ser resuelta; la última tendencia es incluir esta “disciplina” como curso de postgrado en la Universidad. En Bélgica, se ha iniciado un postgrado universitario de 4 años en psicoterapia de adultos y niños, desde la perspectiva freudo-lacaniana. Esta decisión es importante para aquellos profesionales que no pueden especializarse en el SNS. La cuestión problemática es que sin otras resoluciones quedará como una formación teórica desligada de la práctica clínica.

En España algunas Asociaciones acreditan la formación en psicoterapia (AEN y FEAP) con requisitos de solicitud bastante duros. Oficialmente a nivel público no existe esta titulación, a pesar de la que la función como psicoterapeutas sea la más relevante en la clínica de los psiquiatras y psicólogos, como se constata en las sesiones finales de evaluación, y he compartido en diversos trabajos publicados sobre la formación de los residentes con metodologías grupales en el SNS (Gómez

Esteban, 1993, 2019, 2020; Gómez Esteban et al., 1994). A pesar de los cuatro años de la residencia, de los numerosos seminarios y prácticas, los MIR y PIR no obtienen la titulación oficial de psicoterapeutas.

He participado a lo largo de mi actividad profesional en la docencia a los residentes, básicamente en el hospital de Móstoles y en el HPJG de Leganés, junto a Jose Jaime Melendo, Emilio Gamo, Ana Mena e Irene Briso de Montiano. En estos grupos un emergente central y reiterado era: -la psicoterapia es la principal función de los psiquiatras y psicólogos-. Por ello, como la psicoterapia es la función principal de psiquiatras y psicólogos, se propone que la función como psicoterapeuta sea acreditada al finalizar la residencia y reconocida en la titulación de especialista. Queremos que en nuestro país se ofrezca una capacitación de calidad en psicoterapia, el objetivo es obtener la misma titulación que los psiquiatras y psicólogos alemanes y suizos, a los que se les reconoce “el título de psicoterapeutas” al terminar la especialidad. Esta titulación exigiría modificaciones en los Programas de docencia y asistenciales en nuestro país, por ello se insta a que estas transformaciones se implementen. En estos programas, la psicoterapia de grupo junto a la psicoterapia del grupo familiar y multifamiliar ha de tener un lugar privilegiado tanto en la asistencia y docencia como en la investigación y, por supuesto, en el tratamiento de los trastornos mentales graves.

La titulación exige una buena coordinación entre las Comisiones de Formación y las Asistenciales. Se precisa una buena integración de la teoría y las prácticas en psicoterapia individual, grupal y familiar, que han de ser supervisadas a lo largo de los cuatro años de la residencia. Una buena organización posibilitará la obtención del título de psicoterapeuta, tan esencial para psiquiatras y psicólogos. El logro de estos objetivos requiere que las CNEP mejoren su coordinación con las ORSM, las Unidades y Comisiones Docentes, y las de Formación Continuada. De esta coordinación interinstitucional dependerá que las psicoterapias, especialmente las de grupo, ocupen el lugar relevante que les corresponde en el campo de la Salud mental.

Para el logro del título de “Especialista en Psiquiatría/Psicología clínica y Psicoterapia”, como en Alemania y Suiza, los Programas de formación de las CNEP han de asegurar las horas para la acreditación de la psicoterapia, tanto teórica como práctica. Los requisitos teóricos de las actuales entidades acreditadoras, AEN y FEAP, 500 y 600 horas teóricas) podrían cumplirse en los cuatro años de la residencia con tres horas semanales de teoría en psicoterapia. Y, las horas prácticas con la documentación de 1 psicoterapia semanal de un paciente, una familia y un grupo al año. En la psicoterapia grupal, al inicio, como observadores, recogiendo el material grupal en forma de crónica, para después realizar lecturas y análisis de los emergentes grupales. Por otro lado, los requisitos para la supervisión (260 horas) se lograrían con supervisiones quincenales de las psicoterapias realizadas. Y finalmente, respecto al trabajo personal, con la introducción de “Grupos operativos” o Balint (1986), con una frecuencia mensual y duración de hora y media, como los que ya realizamos en algunos hospitales docentes, se obtendrían 66 horas, que

superan las 50 horas solicitadas por la AEN y la FEAP.

En resumen, la formación y supervisión de residentes evidencia que - la función principal del psicólogo y del psiquiatra es la psicoterapia-, por ello, los programas formativos de las CNE de Psiquiatría y Psicología han de centrarse en este núcleo fundamental que es la Psicoterapia. Se ha de lograr, al finalizar la especialidad, el logro del título de psicoterapeuta para los MIR y PIR, pero ello exige que el SNS ofrezca una formación y asistencia en psicoterapia de mayor calidad. La nueva titulación exige la reorganización de los programas de formación y asistenciales; es éstos la implementación de un buen “Programa de psicoterapia”, que incluya como núcleo central la Psicoterapia de grupo en sus diversas modalidades.

¿Nuevos Paradigmas para el Campo de la Salud Mental?

Los paradigmas biológicos predominantes, la prevalencia de los tratamientos psicofarmacológicos, las carencias en la formación psicoterapéutica, y la pobre calidad de las psicoterapias en estos años han tenido como efecto la cronificación de las psicopatologías. La reforma psiquiátrica en nuestro país hace más de 35 años apostó claramente por un “modelo comunitario”, en oposición al paradigma hospitalario biologicista, que excluía al sujeto. Hoy de nuevo y más que nunca, con las vivencias de la pandemia, se precisa volver al modelo comunitario, que investiga al “hombre en situación”, es decir, en el marco de la vida comunitaria, a su vez, atravesada por la historia socio – económica. Afirmamos que sólo desde el “paradigma psicosocial”, que incluye las variables psicológicas y sociales, se podrá comprender el padecimiento subjetivo. Por ello, nuestro objetivo es situar en un lugar relevante a aquellos modelos, a aquellos paradigmas que privilegien la investigación del sujeto, que lo piensen como sujeto del inconsciente, de los vínculos, de los grupos, y de las instituciones. Es decir, es preciso reivindicar aquellas teorías y metodologías que piensen la posición subjetiva y la psicopatología en el marco de la vida cotidiana y de sus relaciones significativas y sociales.

Nos interesa la clínica que incorpore las necesidades y demandas de los pacientes, pero también los deseos y “goces” para comprender lo enigmático del sujeto (el placer en el sufrimiento). Hemos de repensar la clínica, una clínica que incluya el concepto de “pulsión de muerte”, que fue relevante para los tres grandes maestros de la teoría psicoanalítica, Freud, Klein y Lacan. Una pulsión presente en el sujeto, en los grupos, en las instituciones y en lo social. En la clínica subjetiva se evidencia en numerosas problemáticas y psicopatologías, por ejemplo, en la transferencia negativa, en la psicósomática, en los trastornos postraumáticos, en la clínica obsesiva, y en la melancólica.

En resumen, La formación MIR y PIR exige sustituir el paradigma biológico predominante por el “paradigma biopsicosocial”, más complejo y acorde para el campo de la Salud Mental. Es preciso un cambio de paradigma que deleve la influencia de la ideología en el pensamiento, la organización y la atención en salud mental. En los procesos de formación y en la clínica, íntimamente relacionados,

se ha de transitar desde los paradigmas individuales del enfermar y de la “cura” a los “paradigmas grupales”. Es decir, realizar el pasaje desde las teorías centradas en la clínica individual a las teorías grupales, que amplían la comprensión del caso “individual”, y permiten incluir el análisis de los procesos vinculares y grupales. Insistimos en que, la complejidad de la condición humana exige la introducción del sujeto, de sus relaciones y de sus vínculos, por ello, la primera pregunta en la clínica debería ser: ¿qué le pasa a esta persona que ha venido a consultarnos?

La Clínica Grupal Operativa

El paradigma psicosocial de la “Clínica Grupal Operativa”, de base psicoanalítica, es de gran interés, prioriza lo psicológico y social en el campo de la Salud Mental, destierra el término “enfermedad mental”, y sienta las bases etiológicas y psicoterapéuticas para subvertir el paradigma biológico. La Clínica Grupal Operativa es también una metodología grupal que se basa en la Concepción Operativa de Grupo.

Para pensar este nuevo paradigma en la clínica, dos autores son centrales, Freud y Pichón-Rivière. Freud, hace más de un siglo, planteó que -toda psicología individual es social- en “Psicología de las masas y análisis de yo”, 1920; y Pichón-Rivière, 1974, desarrolló e invirtió esta fórmula, afirmando que: -toda psicología es social-. Es una nueva teoría de la subjetividad que tiene en cuenta las interacciones recíprocas entre lo social y lo individual, un planteamiento enriquecido también por la teoría de Lacan, contemporáneo de Pichón-Rivière; al parecer, ambos estuvieron unidos por una amistad personal y profesional.

Pichón-Rivière es el referente en la Clínica Grupal Operativa, en su propuesta: -el paciente, emergente y portavoz del grupo familiar-, se evidencia la relación entre psicopatología individual y familiar/grupal. Un planteamiento que, en el momento actual, Scherzer (2019), matiza: -el paciente es emergente del disfuncionamiento del grupo familiar-. El concepto de “emergente” es central para la Concepción Operativa de Grupo (COG), y por ello lo hemos desarrollado junto a otros autores de la Clínica Grupal Operativa (Balello y Fischetti, 2014; Gómez Esteban, 2014; Scherzer, 2019).

La “Clínica Grupal Operativa” pretende ser “Otro paradigma” para los SSM, una nueva teoría grupal acerca de los procesos de salud-enfermedad-tratamiento, de base psicoanalítica, y que fue creada por Pichón-Rivière (1975). Una teoría que estudia al hombre en situación, que investiga al sujeto en sus vínculos y relaciones, que observa lo intrapsíquico, pero también lo que está más allá, es decir, lo vincular, lo grupal, lo institucional y lo social, instancias que afectan al sujeto y están presentes en el síntoma. Es un nuevo paradigma que propone una nueva metodología en la formación, el dispositivo grupal operativo, una metodología grupal que facilita el pensamiento grupal, el pensamiento entre todos, el “co-pensar” que propusiera Pichón-Rivière, psiquiatra, grupalista y psicoanalista que fundó la Asociación psicoanalítica Argentina.

La Clínica Grupal Operativa plantea que los síntomas son subjetivos, pero también emergentes de las relaciones de pareja, familia, trabajo, es decir, de los vínculos que se establecen con los otros, de los vínculos sociales. Los padecimientos actuales de la población requieren una comprensión más grupal de estas problemáticas, y requieren realizar intervenciones que faciliten la transformación de los vínculos y relaciones del sujeto. Para mejorar la calidad de la atención en los SSM y posibilitar cambios subjetivos en los pacientes, es preciso una formación teórica, métodos y estrategias psicoterapéuticas que posibilitan al profesional posicionarse activamente en la dirección del tratamiento. Los profesionales en su período de formación han de acercarse a la complejidad de los problemas psicopatológicos y dotarse de instrumentos que les sirvan para analizar los diferentes niveles implicados. Es decir, reflexionar y profundizar en las variables intrapsíquicas, intersubjetivas, grupales, familiares y comunitarias implícitas en los procesos del enfermar y de la curación.

La Clínica Grupal Operativa, como la individual, requiere formularse hipótesis sucesivas, que si se confirman, serán una orientación a lo largo del tratamiento. De este modo, el equipo en el proceso terapéutico se irá planteando las hipótesis pertinentes singulares, y las correspondientes hipótesis respecto al grupo y a la multiplicidad de vínculos. La Clínica Grupal Operativa es un proceso de investigación acerca de la grupalidad y de las diferentes subjetividades; que requiere investigar las diversas estructuras psíquicas y los modos de vinculación con los otros. Estos procesos requieren acompañar y sostener a los pacientes, investigar el sentido de los síntomas y la modalidad de relación transferencial que establecen, teniendo en cuenta también las transferencias subjetivas y recíprocas del profesional. Una lectura que requiere necesariamente otras, el análisis de lo familiar, escolar, laboral y lo referente al campo socio-económico, entre ellas, la referente al género.

En síntesis, el necesario cambio de la formación y asistencia psiquiátrica y psicológica en nuestro país requiere “Otro paradigma” en el campo de la clínica, la formación y la investigación. La formación ha de transmitir una clínica que aúne la práctica y la teoría, una teoría que se base en una psiquiatría y psicología vincular, grupal y social, es decir, en una praxis fundamentada en las interacciones recíprocas entre lo social, lo grupal, lo vincular y lo subjetivo. En este punto planteamos la hipótesis, basada en la clínica pichoniana: - *“la psicología y la psicopatología del sujeto se genera en interacciones recíprocas entre lo “vincular-familiar-grupal” y lo “social-institucional”*.

¿Los Terapeutas Grupales han de Aprender en Grupo?

Los especialistas, al terminar la residencia, no se animan a iniciar grupos terapéuticos en los SSM por dos causas: la falta de experiencia en prácticas grupales, y las carencias teórico-técnicas derivadas de los programas de formación de las CNEP. Los temores y miedos personales se incrementan por las dificultades de las psicopatologías, y las deficiencias institucionales, básicamente la falta de un trabajo en equipo que apoye estas tareas terapéuticas. Es preciso trabajar en estos obstáculos

epistemológicos, epistemofílicos y epistemoprácticos, éstos últimos nombrados por Fabris (2004), para que no se genere inhibición en los profesionales y se evite poner en marcha grupos terapéuticos, que tan necesarios son en nuestros SSM.

Las carencias formativas derivadas de la situación y relación terapeuta-paciente, sobre todo, lo referente a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales son causa de angustia más o menos intensa entre los profesionales. En la revisión de la literatura científica y las investigaciones realizadas desde 1990 con profesionales médicos (Gómez Esteban, 1993, 2000, 2003, 2014, 2017, 2018, 2019 y 2020) se constataron dos hechos muy importantes: el primero, *“las carencias en la formación generan temores y angustias en los profesionales, además de producir efectos negativos en su salud mental y física”*. Y segundo, *“los índices de ansiedad, depresión, suicidio, y enfermedades orgánicas eran más altos en los médicos que en profesionales de similares características, y más aún en mujeres que en hombres”*.

Se requieren investigaciones rigurosas sobre los síntomas psicopatológicos y las enfermedades orgánicas que se derivan del ejercicio profesional, evaluar los riesgos de la práctica clínica en la salud de los profesionales (Gómez Esteban, 2003). Se han de implementar o desarrollar programas de prevención y tratamiento de estas problemáticas, para evitar problemas graves, como la depresión o el abuso de alcohol, derivados con frecuencia de situaciones difíciles institucionales que afectan a nuestros profesionales. Es preciso invertir en la Formación para que los profesionales mejoren sus instrumentos para abordar las variables psicosociales presentes en los procesos de enfermedad y evitar los efectos sobre su salud, más importantes aún en los profesionales de nuestro campo.

En resumen, nuestra propuesta es “aprender en grupo” porque se posibilita el intercambio de experiencias, el conocimiento de los otros y de uno mismo, la integración entre pensamiento/afecto y acción, la articulación entre teoría-práctica y clínica y, por tanto, la mejor adquisición de los conceptos e instrumentos clínicos.

En el Grupo se Genera un Deseo Común de Saber y el Pensamiento “Convergente”

“¿Cómo realizar la formación de los psiquiatras y psicólogos?”, teniendo en cuenta que no se trata de enseñar un saber teórico-práctico, sino de transmitir “un deseo de saber”. En los grupos, el deseo de saber del terapeuta se potencia con los deseos de cada sujeto, integrante del grupo, y se genera un deseo más potente.

El pensamiento siempre precisa del otro, afirmó Bion: *“la mente humana necesita de otra para pensar, el pensamiento no emerge de la reflexión individual, requiere al menos de dos personas”*. Kaës (2005) lo dirá de otra manera: “el pensamiento surge en la relación intersubjetiva”. Y Lacan, en otros términos: “en la relación entre dos saberes inconscientes”. Esta idea central también define la función del coordinador grupal como co-pensador que describiera Pichón-Rivière (1974). Es una función que se orienta en el objetivo de que “el grupo aprenda a pensar en común”. En el grupo se organiza un “pensamiento estratégico- conectivo- conjuntivo” como

lo denomina Scherzer (2008), un pensamiento que se genera en la interacción e interrelación grupal.

Personalmente he constatado también en los grupos de formación, realizados desde hace años, que, “en los grupos emerge un pensamiento común, que es emergente del pensamiento entre varios”. Cito algunos emergentes centrales: “*el grupo es pensar entre todos*”, “*el grupo es pensar y pensarse en el grupo*”, “*el grupo es pensar en común junto a los otros*”. Estos emergentes muestran “cómo” en nuestros grupos de formación-aprendizaje-terapéuticos se organiza y construye un co-pensamiento entre varios, un pensamiento que se comparte y hace común logrando un “pensamiento convergente”, como prefiero denominarlo, en determinados momentos del proceso.

El interés de aprender en grupo es porque se posibilita un aprendizaje teórico-práctico-afectivo, con el conocimiento de la implicación subjetiva en la clínica y sus correspondientes efectos terapéuticos. En el grupo, a través de las lecturas de emergentes, escucharán y aprenderán cómo se construye el “discurso grupal”. Este discurso es una producción grupal organizado por el terapeuta grupal, a partir del diálogo entre varios, y que es el emergente grupal principal y da cuenta del “sujeto grupal”. El co-pensamiento que emerge en el diálogo se hará convergente, y será transmitido por el coordinador en las lecturas de emergentes correspondientes. Este concepto, en el que llevo trabajando varios años, ha sido pensado a través de las lecturas de autores psicoanalíticos y grupalistas, entre ellos, Bion (1990, 2003), Pichón-Rivière (1975), Lacan (1947), Foulkes (2005), Kaës (2005), Bauleo (1974) y Scherzer (2019). Un concepto que es de gran interés para la “Clínica Grupal Operativa”, y para transmitir en la formación.

Privilegiamos la formación grupal en la psicoterapia de grupo, porque en los grupos, por un lado, se genera “un pensamiento común” y, por otro, se promueve “un pensamiento singular”, que se desarrolla en la confrontación con las diferencias. El primero es “el pensamiento convergente”, colectivo, que es fundamental para abordar los fenómenos y objetos complejos que encontramos en la clínica: la subjetividad, los vínculos, lo grupal, la psicopatología, y los procesos psicoterapéuticos. En este punto nos interesa plantear cuatro hipótesis:

1. *En la formación y aprendizaje grupal de la psicoterapia se genera “un deseo común de saber” que potencia los procesos de significación teóricos y afectivos.*
2. *El pensamiento se construye con el otro, junto a los otros, para generar en el grupo un co-pensamiento entre varios que podría denominarse “pensamiento convergente grupal”.*
3. *En el grupo (constituido por el encuadre, la mutua representación interna, y la tarea compartida) se producen procesos de significación sucesivos y la construcción de un ECRO compartido.*
4. *El saber teórico-técnico no es suficiente, “el terapeuta ha de conocer la subjetividad de los pacientes y la propia, de otro modo, los fenómenos*

transferenciales grupales inconscientes dificultarán los vínculos terapéuticos”.

¿Qué Metodologías Grupales para la Formación?

Las transformaciones de la asistencia y de la formación también precisa otro cambio en las metodologías de aprendizaje. Las actuales se han basado en modelos individualistas y memorización de contenidos.

Para la formación-aprendizaje de los terapeutas grupales, se propone las metodologías grupales psicoanalíticas, y en concreto, las “Balint” (1986), y las “Operativas” de Pichón-Rivière (1975), porque, junto a las psicodramáticas, son instrumentos privilegiados. Las “teorías grupales psicoanalíticas” se priorizan para la formación en psicoterapia de grupo, porque ofrecen instrumentos para dar cuenta de los procesos subjetivos y vinculares implicados en los procesos de salud y enfermedad. Se sabe que, la clínica psicoanalítica es una clínica a través de la palabra que, a diferencia de otros tratamientos, da un sentido al síntoma y al sufrimiento subjetivo. La teoría psicoanalítica interpreta los síntomas como un conflicto del sujeto, entre el deseo y la defensa; y también efecto de la fijación pulsional y del goce. Freud describió “el inconsciente”, como lo reprimido, lo pulsional, mientras que Lacan lo define de diversas maneras: “el inconsciente es discursivo, está estructurado como un lenguaje, es el discurso del Otro, es la política...”. Nos interesan especialmente aquellos conceptos psicoanalíticos que nos ayuden a comprender mejor lo grupal, la idea de que el grupo funciona como un espacio transicional la he tomado de Winnicott (1982, 1999), funciona como un espacio intermedio “entre lo interior y lo exterior”, un adentro que se despliega en el afuera y, a la vez, un afuera que se va internalizando a lo largo del proceso.

Personalmente, dentro de las metodologías grupales psicoanalíticas se propone la “Concepción Operativa de Grupo” porque es un instrumento no sólo de formación, genera también efectos de aprendizaje-terapéuticos-y de supervisión. Esta didáctica, a diferencia de otras metodologías grupales, aporta el “plus” de facilitar y promover discursos grupales, además de los subjetivos, favoreciendo las articulaciones e integraciones sucesivas entre subjetividad y grupalidad, entre teoría-técnica-práctica y clínica; y entre pensamiento-afecto y acción.

La teoría psicoanalítica es la base epistemológica nuclear para la “Clínica Grupal Operativa”, Bauleo (2005) es contundente en uno de sus últimos libros: “sin un pensamiento psicoanalítico no se puede dar cuenta de lo colectivo, ni tampoco de la producción social de la subjetividad”; sin esta teoría no puede comprenderse el sujeto, ni los vínculos, los grupos e instituciones. El modelo operativo es psicoanalítico y grupal, lo que posibilita el abordaje de otros objetos de conocimiento además de lo intrapsíquico, a diferencia del grupo psicoanalítico, que se centra en lo intrapsíquico como único objeto. La metodología grupal operativa, a diferencia de la psicoanalítica grupal, evita las transferencias radiales de los integrantes al coordinador y promueve las laterales. De este modo, el diálogo con los otros, y

las diferentes intervenciones/interpretaciones permiten potenciar los procesos de significación y subjetivación, logrando intervenciones más operativas, y la eficacia terapéutica de estos procesos.

La metodología grupal operativa permite analizar “lo inconsciente subjetivo”, “lo vincular” (referido a aquellas comunicaciones interinconscientes producidas en las interacciones con los otros), y lo “latente grupal” que emerge a través del discurso grupal, y se construye por las asociaciones y encadenamientos de ideas y discursos entre unos y otros. La “didáctica operativa” es una de las metodologías de elección porque a través de la multiplicidad de procesos asociativos facilita las articulaciones entre subjetividad/vincularidad/grupalidad, las integraciones entre teoría y práctica, y el pensamiento/afecto/acción.

En la metodología grupal operativa, el grupo es sujeto de enunciación, objeto libidinal e instrumento para la formación, de gran utilidad porque permite observar la complejidad de los diferentes niveles implícitos en los grupos terapéuticos. Posibilita pensar la grupalidad en la singularidad y la singularidad en la grupalidad e investigar la interrelación entre ambas. El coordinador, al trabajar junto a otros alrededor de la tarea grupal, transmite la función de coordinación a través del encuadre grupal y de la regla fundamental, denominada “discusión libre flotante” por Foulkes (2005), “asociación libre” por Kaës (2005), y que para la Concepción Operativa de grupo (COG) se propone “asociación en el diálogo grupal”, hasta que se encuentre otro más pertinente.

La formación con metodología grupal operativa no tiene sólo el objetivo de enseñar una teoría, una técnica, lo que pretende es la transmisión de un “deseo de saber”, de aprender, y conocerse a sí mismo y a los otros. El coordinador, en sus intervenciones, ha de causar y promover el “deseo de aprender con otros”, y potenciar los procesos asociativos grupales para mejorar la capacidad de pensar singular y colectivamente. Es una metodología que facilita la mayor implicación personal del terapeuta, lo que posibilita la puesta en juego de la subjetividad del profesional en su quehacer clínico. Esta temática es central porque en el corazón del vínculo terapéutico está la transferencia del paciente y la “contratransferencia subjetiva y recíproca” del terapeuta. Es decir, es un vínculo marcado por la subjetividad de ambos que, al ser inconsciente, precisa ser develado.

El coordinador de la formación ha de transmitir que el terapeuta grupal no puede posicionarse como líder del grupo porque, de ese modo, boicotaría la tarea. En el proceso formativo, gracias a los múltiples procesos identificatorios, y en la identificación con la tarea y no con el coordinador, se irá construyendo la identidad como terapeuta grupal. Es decir, el coordinador se vincula con el grupo siempre a través de la tarea, ésta es la variable que cohesiona y posibilita la construcción del grupo, es la líder del grupo. Las intervenciones e interpretaciones del coordinador se orientarán por la producción del grupo, por el discurso grupal y, en ese objetivo logrará que las intervenciones sean más eficaces y “operativas”. El liderazgo de la tarea en la teoría grupal operativa, siguiendo a Klein y Jasiner (2017), implica que

el coordinador se deje coordinar por el grupo. Dicho con mis propias palabras, “el psicoterapeuta de grupo ha de guiarse por la producción grupal, por el discurso del grupo”, un concepto que se ha de investigar y desarrollar porque es un factor terapéutico grupal central en los grupos terapéuticos. Podemos decir que, la función principal de la coordinación y observación en la metodología operativa es promover y sostener los procesos asociativos entre los pensamientos y diálogos de los integrantes.

La relevancia de la identificación con el objeto de conocimiento es subrayada también por Jaitin (2021), quien señala que, “la transmisión denominada -aprendizaje grupal- requiere el grupo operativo y la libre asociación apoyada en una representación fin, que es el curso teórico”. Señala que se trata de procesos de mutuo reconocimiento, de vínculos entre sujetos y áreas de conocimiento que suponen la transmisión de un sistema de pensamiento, y de modelos de subjetivación del sujeto en el grupo”.

Por otro lado, esta didáctica grupal tiene un “plus”, como señalara Bauleo (1988), los efectos terapéuticos, que se muestran en el emergente de nuestros grupos: “*paramí, el grupo ha sido terapéutico*”. Se trata de un aprendizaje-terapéutico, como es nombrado por Vico e Irazábal (1998). La didáctica de los grupos operativos, a diferencia de otros modelos, se caracteriza por un “plus”, la didáctica operativa es un proceso de “enseñaje” en el que se dan procesos de subjetivación que generan efectos terapéuticos y cambios subjetivos en los integrantes. Las similitudes entre procesos de terapia y aprendizaje fueron señaladas por Pichón-Rivière (1975), y en la propuesta de Bauleo (1988). A su vez, la relevancia de la formación de los coordinadores es señalada por Fischetti (2013, 2016): “el proceso terapéutico de los pacientes está en función del aprendizaje del equipo de operadores”.

La experiencia de estar en grupo es fundamental en esta didáctica, de acuerdo con Montecchi (2014 a, 2014 b), quien considera que, “el grupo operativo posibilita la reconstrucción del aparato para pensar los pensamientos, la recombinación de pensamientos y emociones y, a su vez, la producción de conceptos y esquemas operativos específicos para la práctica”. Afirma que la relación entre “experiencia grupal” y “concepto de grupo” es recíproca, una experiencia de grupo que se transforma en concepto, y viceversa.

En resumen, la Metodología Grupal Operativa en sus programas de formación tiene el objetivo de posibilitar la teorización de la práctica clínica, y la mejor articulación entre la práctica y los conocimientos teórico-técnicos. La idea de esta metodología grupal es que “*la teoría sirva para modificar la práctica, y la práctica para repensar la teoría*”. Para la formación del terapeuta grupal se proponen las metodologías grupales, el trabajo en “grupo”, porque es en el “trabajo común” como se logra profundizar en el conocimiento de los padecimientos subjetivos, mal denominados “mentales”, y que históricamente han obviado la relación del “padeciente” con el mundo que le rodea.

La Angustia en la Clínica

En los grupos de formación es central “la angustia del profesional” ante la relación con el paciente, y su sufrimiento, y también con la institución. Mostramos a continuación un proceso de formación, en el que se observa la dinámica de preguntas y respuestas, y que culminó con la pregunta acerca del deseo subjetivo:

- *“Tenemos angustia porque trabajamos con el sufrimiento”*
- *“Es una sumatoria de sufrimientos, que nos provoca angustia”*
- *“Me siento tan angustiado que he decidido dejar la residencia”*
- *“En los primeros años me angustiaba, no desconectaba, me llevaba los pacientes a casa después del trabajo”*
- *¿Cómo afrontar lo institucional para no quemarse?*
- *¿Cuánto implicarse personalmente?*
- *¿Por qué he elegido esta especialidad?*
- *¿Cuál es mi lugar como residente?*
- *¿Por qué he elegido especializarme en psiquiatría/psicología?*
- *¿Qué es lo que quiero?*
- *¿Qué deseo hacer, después de haber elegido ser médico/psicólogo?*
- *“Hice psiquiatría porque quería ser terapeuta y escuchar a las personas más vulnerables”*
- *“Yo hice psicología porque tenía el deseo de ayudar a las personas que padecen”*

Estos interrogantes-emergentes muestran los afectos dolorosos del profesional, sobre todo, la angustia, que es el afecto central que no engaña, como dijera Lacan. El proceso grupal posibilitó la significación y elaboración de los afectos, sobre todo, la angustia y la culpa, lo que posibilitó la emergencia de los deseos subjetivos. La angustia es más significativa en los momentos de pre- tarea, previos a los de tarea y proyecto, que denominara Pichón-Rivière (1975) y Bauleo (1974).

En el desarrollo de la tarea grupal podrán aprender la autoobservación, la percepción de sí mismos, y la de los otros, progresivamente aprenderán a formularse preguntas en relación con la experiencia grupal y la teoría, se cuestionarán aprendizajes previos, y se interrogarán sobre sí mismos y los otros. Se trata de un proceso de búsqueda en el que cada uno encontrará sus propias respuestas a las problemáticas surgidas en el acontecer grupal. En este proceso aprenderán a investigar, proponer hipótesis y conjeturas, para después poderlas afirmar o negar. El objetivo como formadores es que *“a través de la participación en el grupo, aprendan lo que es un grupo”*.

Sabemos que los mecanismos de identificación, que muestran el lazo afectivo con el otro, son esenciales en la estructuración psíquica subjetiva, y en los procesos grupales de formación y terapéuticos. En los grupos es fundamental observar los mecanismos de identificación, las identificaciones proyectivas, y la organización de las tramas vinculares y grupales que se van construyendo y, por otro lado, observar la relevancia de las redes institucionales y grupales en los procesos de subjetivación,

y su incidencia en los vínculos terapéuticos. Es decir, las vicisitudes de la clínica grupal. El coordinador facilitará los procesos de identificación o desidentificación, estos últimos más avanzado el proceso, para que puedan tomar conciencia de las identificaciones alienantes incorporadas en el grupo familiar y en los diferentes grupos de pertenencia del sujeto.

La transmisión de la función del equipo terapéutico es central, función que apprehenden en la observación de los señalamientos, preguntas, puntuaciones de las contradicciones, paradojas, confrontaciones, y en otras intervenciones más elaboradas como son las lecturas de emergentes e interpretaciones. Las intervenciones del equipo coordinador facilitarán los movimientos y pasajes de la grupalidad a la singularidad y viceversa. Se trata de transmitir la multiplicidad, la diversidad y la complejidad de los diferentes campos y niveles implicados. En estos movimientos dialécticos del proceso de formación, las tensiones intragrupalas disminuirán, y los terapeutas grupales lograrán una mayor discriminación de los otros, un mejor conocimiento de sí mismos, con el reconocimiento y la integración de las diferencias.

En resumen, nuestra metodología grupal es operativa y psicoanalítica, y se caracteriza por ser un “aprendizaje-terapéutico-operativo”, siguiendo a Vico e Irazábal (1998). Es un aprendizaje que requiere conocer los límites del saber, con intervenciones de la coordinación desde un lugar de “no saber”, una posición que transforma la impotencia frente al síntoma en un “saber operar”. Por otro lado, cuando se den situaciones grupales difíciles, si el coordinador realiza una “escucha atenta” del grupo, de las diferentes subjetividades y de la propia, logrará salir de la inhibición y parálisis.

La Observación e Interrogación como Método

En la didáctica operativa es central la “observación e interrogación como método”. La escucha y lectura del “discurso grupal” en las lecturas de emergentes posibilitará la emergencia de las preguntas pertinentes para su clínica cotidiana. En el proceso grupal se producirán interrogantes, algunos de ellos emergentes grupales privilegiados, puntos de inflexión y cambio para el grupo, como hemos mostrado en el proceso grupal previo. En el diálogo grupal se producen preguntas y respuestas que generan una mayor implicación subjetiva y la mejor la articulación entre los conceptos y la práctica clínica.

Pensando la relevancia de la interrogación como método en la didáctica operativa, me acordé de un trabajo de hace 45 años de Bauleo (1977). El título del artículo era coincidente: “*La interrogación como método en el aprendizaje del psiquiatra y del psicólogo*”, afirmaba que: “la subjetividad emerge en la grupalidad, y en un momento histórico determinado”, lo que posibilitaba repensar la psicopatología y la clínica. Pero, a pesar de la coincidencia del título, su objetivo era diferente, en ese texto estudiaba los intercambios entre estructura social y la organización psíquica de los sujetos en el grupo operativo.

La metodología operativa en la formación, en la clínica, y en el trabajo ins-

titucional en España es impulsada por Bauleo desde mediados de los años 70. A inicios de los 80, con él y Susana Amilivia iniciamos grupos de formación en la Concepción Operativa de Grupo. Ahora seguimos transmitiendo esta didáctica en la Escuela de la Asociación de Área 3. Desde entonces y a lo largo de estos años seguimos preguntándonos acerca del proceso de aprendizaje en la Clínica Grupal Operativa. Nos preguntamos, ¿cómo se facilita el cambio del paradigma individual al psicosocial, al grupal, y cómo se realiza la transmisión de la función del equipo terapéutico de manera más pertinente?

Procuramos integrar la enseñanza y el aprendizaje, como nos enseñara Bleger (1980) en su concepto de “enseñaje”, un neologismo que es emergente de la relación recíproca entre ambos; un autor que ha sido minuciosamente trabajado por nuestro compañero Fischetti (2013). Nos interesan las palabras de Stagnaro (2018): “el acto de enseñar y aprender se identifica con el de indagar e investigar”, nos sirve para subrayar la interacción entre enseñar y aprender. La unidad “enseñar/aprender” se caracteriza por una dialéctica continua de aprendizaje en espiral, donde en interacción, aprendemos y nos enseñamos.

En el proceso de formación, la guía que nos orienta es “la observación e interrogación como método”, al posibilitar el pasaje del sentido común al sentido crítico. La cadena de preguntas y respuestas emergerán en el proceso y darán lugar a la formulación de nuevas preguntas e hipótesis. A punto de finalizar el texto me encontré con un artículo de Lorenzo (2008) en homenaje a nuestro común maestro Bauleo, después de su muerte, que se titulaba: “La interrogación como método”. La autora se centraba en la inserción del psicoanálisis en la teoría grupal operativa, y subrayaba la imposibilidad de pensar los grupos y las instituciones sin la teoría psicoanalítica.

En la didáctica operativa, la formación y la clínica están íntimamente relacionadas. Es preciso repensar seriamente las bases epistemológicas psicoanalíticas de la Concepción Operativa de Grupo para lograr mejores articulaciones e integraciones entre formación y clínica. Se han de incorporar a la COG aquellos conceptos freudianos, lacanianos, kleinianos, winnicottianos, millerianos, entre otros autores psicoanalíticos, y aquellos conceptos de otras teorías que faciliten el desarrollo de la “Clínica Grupal Operativa” y el trabajo con grupos terapéuticos. Se trata de dialogar con los diferentes autores, teorías, disciplinas, para establecer los necesarios “puentes”, en palabras de Klein, y crear un Proyecto de “la cura grupal”, como lo denominara Bauleo (1997) en “Psicoanálisis y grupalidad”. En este libro, al finalizar el capítulo sobre “la contratransferencia” señala: “buscamos armar un proyecto analítico clínico de la cura grupal, que no ha de estar alejado de un proyecto de formación. Este deseo lo reformularía con mis propias palabras: *“crear el Proyecto de una Clínica Grupal Operativa”*, proyecto que ya ha sido nuestro desde hace varios años.

En resumen, el terapeuta grupal ha de aprender a interrogarse y a formular hipótesis para que los procesos de formación sean de aprendizaje. Saber interrogarse

acerca de los problemas y conflictos que surgen en la vida cotidiana y en las relaciones intersubjetivas del sujeto. “Saber interrogarse” es el método de análisis, que será de gran utilidad para intervenir y “operar” con los padecimientos de los pacientes. Interrogarse para abordar la complejidad de la vida y de la condición humana que está en la base de las nefastamente denominadas “enfermedades mentales”.

Antes de concluir afirmamos las cuatro hipótesis iniciales y planteamos cuatro hipótesis para trabajar en el futuro:

Hipótesis 1^a: *“La formación operativa es un aprendizaje-terapéutico porque produce efectos de subjetivación”.*

Hipótesis 2^a: *“Los grupos de formación posibilitan la emergencia del deseo de ser terapeuta grupal que, al hacerse común, se potencia con el deseo de los otros; un deseo que es central para que emerja el deseo de los pacientes en el grupo terapéutico”.*

Hipótesis 3^a: *“Si en los grupos de formación se transmite un método de observación e interrogación se producirá una identificación con la tarea, y no con el coordinador; el coordinador, de ese modo, profundizará en su función como terapeuta grupal”.*

Hipótesis 4^a: *“la observación e interrogación como método posibilita un saber colectivo, una producción grupal, un discurso grupal que será develado por el coordinador a través de la red interdiscursiva de los sujetos”.*

Para Concluir

- Es preciso cumplir las recomendaciones del BOE acerca de la especialidad de Psiquiatría y Psicología en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los Programas de Formación de los futuros especialistas y los de Formación Continuada han de revisarse y actualizarse para incluir un “Área de capacitación en Psicoterapia”, en sus diversas modalidades, para poder cumplir con la cartera de servicios del SNS.
- La Psicoterapia es una disciplina, no una técnica, y ha de ser el tratamiento de elección en todas las psicopatologías. La capacitación en Psicoterapia ha de ser un objetivo prioritario en los Programas de Formación MIR y PIR, y en la Formación Continuada. Para lograr las horas de acreditación, y lograr el título de psicoterapeuta, al final de la residencia, es preciso repensar los Programas de formación.
- La formación en Psicoterapia está íntimamente ligada a la asistencia, a las prácticas en grupos terapéuticos y familiares en los servicios públicos. Si se tiene voluntad política, las horas teóricas y prácticas a lo largo de los cuatro años de residencia serán de fácil cumplimiento. Con la psicoterapia supervisada de un paciente, una familia y un grupo al año se cumpliría con los requisitos de la acreditación.
- La psicoterapia ha de establecer sus indicaciones, encuadres, problemáticas, prioridades, y pacientes a los que va dirigida. La Psicoterapia de grupo

será de elección en trastornos leves y moderados, y combinada con psicofármacos en trastornos graves. Las metodologías grupales en la formación en psicoterapia son también muy eficaces para pensar la organización del equipo, de la asistencia, docencia e investigación en Salud Mental; por tanto, fundamentales en la organización y funcionamiento de los SSM.

- Se precisan procesos de evaluación de las teorías y prácticas psicoterapéuticas grupales, con el objetivo de apoyar las más eficaces. Se proponen las terapias grupales psicoanalíticas, si son aceptadas por el paciente, porque han evidenciado efectos beneficiosos a largo plazo. Al descubrir el sentido y función de los síntomas se evita la cronicidad y la transmisión a las siguientes generaciones.

Referencias

- Balello, L. y Fischetti, R. (2014). La noción de emergente. Dialéctica del uno y de la multiplicidad, *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 18. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-18-nociondeemergenteLBalello-RFischetti.pdf>
- Balint, M. (1986). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros Básicos.
- Bauleo, A. (1988). Sugerencias para quien le interesen los grupos. *Boletín del Centro Internacional de Investigación en Psicología social y Grupal*, 12, 73-79.
- Bauleo, A. (1974). *Ideología, grupo y familia*. Kargieman.
- Bauleo, A. (1977). La interrogación como método. *Revista de Clínica y Análisis grupal*, 2, 86-94.
- Bauleo, A. (1997). *Psicoanálisis y grupalidad*. Paidós.
- Bauleo, A. (2005). Un grupo. En A. Bauleo, A. Montserrat y F. Suarez (Eds.), *Psicoanálisis operativo, a propósito de la grupalidad* (pp. 13-29). Atuel.
- Bion, W. (1990). *Experiencia en grupos*. Paidós.
- Bion, W. (2003). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Bleger, J. (1980). *Temas de psicología*. Paidós.
- Fabris, F. (2004). *Psicología clínica pichoniana. Una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad*. Cinco.
- Fischetti, R. (2013). Psicoanálisis e psiquiatría dinámica [Psicoanálisis y psiquiatría dinámica]. En J. Bleger (Ed.), *Glosario Blegeriano, un introduzione ragionata al pensier*. Armando Editore.
- Fischetti, R. (2016). Formación e supervisión en las instituciones [Capacitación y supervisión en las instituciones]. *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 20.
- Foulkes, S. H. (2005). *Introducción a la psicoterapia grupal*. Cegaop.
- Freud, S. (1920). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Amorrortu editores.
- Gómez Esteban, R. (1993). Acerca de la formación de los residentes en psiquiatría y de su proceso de aprendizaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13(2), 7-13.
- Gómez Esteban, R. (2000). *El médico como persona*. Fundamentos.
- Gómez Esteban, R. (2003). La relación médico-paciente, efectos sobre la salud del médico. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*, 24(2), 4-16.
- Gómez Esteban, R. (2014). Clínica grupal psicoanalítica/operativa y "emergente". *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 18. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-18-clinicagrupalRGomez.pdf>
- Gómez Esteban, R. (2017). Formación en Psicoterapia de Grupo Psicoanalítica. *Siso Saúde*, 60-61, 113-141.
- Gómez Esteban, R. (2018). El «discurso grupal», factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo. En M. J. de Castro, R. Gómez Esteban y A. de la Hoz Martínez (Eds.), *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental* (pp. 10-20). AEN. https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-JORNADAS_compressed.pdf#page=10
- Gómez Esteban, R. (2019). La formación del psicoterapeuta grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 121-146. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000200006>

- Gómez Esteban, R. (2020). Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137), 131-154. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020008>
- Gómez Esteban, R., Gómez, E., González, M., del Álamo, C. y de la Mata, I. (1994). El grupo terapéutico como espacio docente para el psiquiatra y el psicólogo en formación. *Clínica y Análisis Grupal*, 16(3), 363-382.
- Jaitin, R. (2021). *Aprender a escuchar la filiación. Clínica y técnica en terapia familiar psicoanalítica*. Lugar Ed.
- Kaës, R. (2005). *La palabra y el vínculo, procesos asociativos en los grupos*. Amorrortu.
- Klein, R. y Jasiner, G. (2017). El trabajo del coordinador sobre sí mismo. *Conversatorio*. En R. Klein (Ed.), *Grupo Operativo, coordinación, clínica, formación* (pp. 57-84). Lugar Editorial.
- Lacan, J. (1986). La psiquiatría inglesa y la guerra (V. Palomera Trad.). *Revista L'Evolution psychiatrique*, 1. http://www.elseminario.com.ar/Biblioteca/Lacan_La_psiquiatria_inglesa_y_la_guerra.pdf (Trabajo original publicado en 1947)
- Lorenzo, L. (2008). La interrogación como método. *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 12(2).
- Montecchi, L. (6 de noviembre 2014a). El grupo operativo como productor del orden simbólico. http://milnovecientosessentayochoblogspot.com/2014/11/el-grupo-operativo-como-productor-del_83.html
- Montecchi, L. (2014b). Transmisión y formación, *Revista Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*; 18.
- Pichón-Rivière, E. (1975). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Nueva Visión.
- Segura del Pozo, J. (2014). ¿Por qué es tan difícil organizar grupos en las instituciones? En E. Irazábal (Ed.), *Situaciones grupales difíciles en Salud Mental* (pp: 125-147). Grupo 5.
- Scherzer, A. (1994). *La familia, grupo familiar e instituciones desde la práctica, hacia la salud*. Ediciones la Banda Oriental.
- Scherzer, A. (2008). La zona común. Lo mutuo. *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 12(2).
- Scherzer, A. (2019). ¿El tratamiento de los grupos familiares de Pichón-Rivière es terapia familiar psicoanalítica? ¿Quién aporta a quién? *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 23.
- Stagnaro, M. (2018). La observación en grupos de formación en modalidad a distancia. *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 3.
- Vico, D. e Irazábal, E. (1998). Aprender en grupo operativo. *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 6.
- Winnicott D. (1982). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Winnicott D. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós.

GESTALT APPLICATIONS TO GROUP WORK

APLICACIONES DE LA GESTALT AL TRABAJO EN GRUPO

Jude Austin, Ph.D., LPC, LMFT

Assistant Professor, CMHC Program Coordinator, Professional Counseling Program Mayborn College of Health Sciences. University of Mary Hardin-Baylor. Texas, EEUU

Julius A. Austin, Ph.D., LPC, NCC

Full-Time Online Faculty Member - Counseling Program at Grand Canyon University; Adjunct Professor at Southeastern Louisiana University. Louisiana, EEUU

How to reference this article:

Austin, J., & Austin, J. A. (2022). Gestalt applications to group work. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), pp. 123-138. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1126>

Abstract

Gestalt group work is a dynamic and powerful approach aimed at increasing awareness and self-regulation. Group facilitators promote dialogue, curiosity, and genuine relationships between group members. The Gestalt approach asks facilitators to appreciate each group members' perception of reality and to trust that all group members are continually in the process of becoming, remaking, and rediscovering themselves. This chapter operationalizes the Gestalt approach so that group leaders can apply Gestalt theory to their work.

Keywords: *gestalt, group, here-and-now, dialogue, awareness*

Resumen

El trabajo grupal Gestalt constituye un enfoque dinámico y poderoso destinado a aumentar la conciencia y la autorregulación. Los facilitadores de grupo promueven el diálogo, la curiosidad y las relaciones genuinas entre los miembros del grupo. El enfoque Gestalt requiere que los facilitadores aprecien la percepción de la realidad de cada miembro del grupo y que confíen en que todos los miembros del grupo están continuamente en el proceso de convertirse, rehacerse y redescubrirse a sí mismos. Este artículo pone en práctica el enfoque de la Gestalt para que los líderes de grupo puedan aplicar la teoría de la Gestalt a su trabajo.

Palabras clave: *gestalt, grupo, aquí y ahora, diálogo, conciencia*



Gestalt therapy focuses on what and how an individual experiences themselves and the world around them from moment to moment. Gestalt group facilitators are authentic and active when promoting dialogue, curiosity, and genuine relationships between group members. The Gestalt approach asks facilitators to appreciate each group members' perception of reality and to trust that all group members are continually in the process of becoming, remaking, and rediscovering themselves. Throughout this chapter, we plan to breakdown the Gestalt theory and its application to group work.

Orientation to Gestalt Therapy

Gestalt Defined

When we think of Gestalt, we think of the physical, biological, or symbolic elements of a client that are so well-integrated together as a whole that they can't be identified by summarizing their parts. Gestalt theory, as Max Wertheimer (1938) said when he talked about how people see movement, sees the whole thing or client, not just the sum of their parts. We are focused on how people think and act as a whole. Gestalt psychology says that when we try to make sense of the world around us, we should not just look at each small piece. Instead, try to think of things as part of a bigger whole and as parts of more complicated systems. Clients' pain does not happen in isolation. It is connected to an event, or another's pain, or their family dynamics.

Gestalt therapy was developed in the 1940s by Fredrick S. Perls and others who were influenced by Gestalt psychology. It is an approach that attends to the whole person and looks at what blocks the whole person from working well in the moment. When we think about the past or imagine the future, we don't live fully. The Gestalt approach says that life happens now, not in the past or the future, and that when we think about the past or dream about the future, we don't live fully. In the present, we can take responsibility for our responses and actions because we live in the now. Our excitement, energy, and courage grow when we are fully present in the moment, so we can live our lives in a more direct way.

Traditional and Contemporary Gestalt Approaches

While there is not what some might call a turf war between Gestalt institutes, there are variations within the training and styles of Gestalt therapists. Traditional Gestalt therapists use movement and other expressions to help clients become aware of and remove resistances to contact in the flow of figure formation. Contemporary Gestalt therapists (CGT) prioritizes the quality of interactions between client and therapist. Contemporary Gestalt therapists rely on the I/Thou relationship between the client and counselor. Relationship between the therapist and client is one in which both learn about themselves and each other in the context of the therapeutic process. Therapeutic relationships and working together in a search for understand-

ding are emphasized by contemporary Gestalt therapy (Wheeler & Axelsson, 2015; Yontef & Schulz, 2013). Laura Perls and the “Cleveland school,” which included Erving and Miriam Polster and Joseph Zinker as faculty members in the 1960s and 1970s, are cited as inspiration for this paradigm shift, which emphasizes more support and compassion in treatment opposed to Fritz Perls’ confrontational and dramatic approach (Yontef, 1999).

Therapeutic Goals

Gestalt therapy’s fundamental premise is that individuals can self-regulate, particularly when they are fully aware of their internal and external environments. Thus, as one might imagine, the primary purpose of Gestalt therapy is to heighten awareness of what is occurring within and around clients. Certain Gestalt therapists feel that consciousness, in and of itself, is therapeutic or growth-promoting. Growth and change are paradoxical in that they typically occur when we become conscious of what, how, and how we are, rather than attempting to become something we are not.

The group therapist’s challenge is not to alter participants directly, but to engage them and aid them in building their own knowledge of how they are in the present moment. Inviting and fostering a process by which group members can become more of who they are and less of who they are not assists the group in progressing through the stages of change discussed later. Group therapists aim to focus equal attention on both the process and content of a session. They get out of the way so group members can share their stories and others can listen and be affected and changed by the stories. The interpersonal dimension of group magnifies a single member’s work in group. Members can increase their awareness of how they function within the context of a relationship.

Individual objectives may include the following:

- Integrating polarities within oneself
- Enriching and broadening awareness
- Establishing communication with one's self and others
- Clearly delineating one's boundaries
- Developing the ability to support oneself rather than relying on others

Group Goals Include:

- Developing the ability to ask simply and openly for what they want or need
- Developing skills for efficiently resolving interpersonal disagreements
- Identifying strategies to push members to grow while still honoring their needs and important work
- Developing the ability to assist and energize one another
- Developing the ability to refrain from giving other members advice

Principles

The Gestalt approach is based on several foundational principles described in this section: awareness, holism, field theory, the figure-formation process, and organismic self-regulation. Regarding awareness, both the therapist and client grow by being actively present, or aware, and engaged in the therapy sessions (Yontef, 1993) “Awareness is relational” (p. 32).

Awareness

Awareness is a critical component of Gestalt Therapy since it is viewed as a “mark of a healthy individual and a therapy objective” (Seligman, 2006). Individuals that are “conscious” of their environment are able to self-regulate. There are two primary reasons for someone to be unaware: Their fixation on one’s history, fantasies, shortcomings, and strengths is so intense that they lose sight of the big picture and develop low self-esteem. Through treatment, clients can acquire awareness in three ways:

1. Environmental contact: This includes looking, listening, touching, speaking, moving, smelling, and tasting. This permits the individual to adapt and change in their environment.
2. Here and now: This will be discussed in greater depth later. The individual who lives in the present moment and is cognizant of it, rather than dwelling on the past or the future.
3. Responsibility: This refers to the individual accepting responsibility for his or her own actions rather than blaming others.

Through their interactions with other members, individuals get a greater awareness of the “what” and “how” of experience in group therapy. By being in the moment-to-moment flow of experiencing, group members get an understanding of how they function in the world. They receive real-time input on how they are perceived by others. The therapist’s objective is to assist members in answering questions such as:

- What are you experiencing right now?
- What is going on within you?
- How are you physically experiencing your symptom (i.e., Anxiety, Depression)?
- From what are you currently attempting to retreat, and how are you avoiding contact with negative feelings?

Responding to these questions is beneficial, as does focusing on observed behaviors. Concentrating on the movements, postures, linguistic patterns, voices, gestures, and interactions of the group member promotes awareness.

Holism

Both traditional Gestalt therapy and relational Gestalt therapy adhere to this paradigm. Contact is holistic in relational Gestalt therapy, covering the client’s

thoughts, feelings, behaviors, body, and dreams. The term “wholeness” refers to a person’s or an individual’s mind and body functioning as a unit rather than as distinct components (Seligman, 2006). The term “integration” refers to the way these components fit together and the way an individual fits into his or her surroundings. Oftentimes, people who seek therapy do not have these components fit together in their environment. Gestalt Therapy is about assisting clients in integrating themselves as entire beings and assisting in reestablishing equilibrium in their environment.

Field Theory

According to field theory, forces pull a person in a particular direction. While individuals may share a common purpose, the fields through which they must cross are all distinct. Neither does each individual’s field remain consistent; rather, it is dynamic and continually changing. Field shifts can have an effect on the individual both now and in the future. Yontef and Jacobs (2005) observe that a client’s life story cannot tell you what happened in the past, but it can tell you how the client experiences his or her history in the present moment. That account of the past is formed to some extent by the field or environmental conditions at the time. Thus, field theory effectively rejects the concept that anyone, including a therapist, may have an objective view of reality. A client’s perception of their past becomes their reality and impacts who and how they are in the here-and-now.

Figure-Formation Process

The figure-formation process shows how a particular component of the environmental field becomes “figural” or significant for a group member from moment to moment. This figure will emerge from the sea of conceivable figures and “capture” the viewer’s attention and interest. This is essentially a process of establishing a new focal point of attention. If a client expresses their feelings about someone or an incident and a new feeling emerges that the client has never noticed before, it is the counselor’s task to assist the client in focusing their attention on the new feeling rather than pushing it away (Corey, 2016).

Organismic Self-Regulation

This is our inherent capacity for creative change in response to our needs. For instance, when our bodies want water, we experience thirst; as a result, we drink water. We govern ourselves in response to our circumstances. Organismic need is a spontaneous impulse that originates from the entirety of our being. Often, these urges will conflict with one another or will be impossible to fulfill simultaneously, forcing us to make trade-offs based on our values and environmental responsibility. This process is frequently affected by parenting, education, societal influences, and hostile or unsupportive settings (Corey, 2016).

For instance, if a client is tired but am told that they cannot sleep because they are at school and required to pay attention. Maybe a client needs to use the

restroom, but they're afraid their employer will be unhappy if they leave the meeting early. In conjunction with figure formation, the therapist assists the group in exploring these needs, rather than allowing members to push unpleasant feelings aside in order to avoid feeling them.

Key Concepts

The Here-and-Now

Gestalt therapy places considerable emphasis on developing an ability to fully comprehend and experience the present moment. Concentrating on the here-and-now encompasses the past and contributes to the shaping of the future. The Gestalt group process gives several possibilities to apply present-centeredness to raise group members' awareness and effect change in their lives. Through their present-centered interactions, the group process increases the likelihood of members uncovering unfinished business. The therapist encourages members to "be here now" and uses tactics that enable members to speak about past events that may be influencing them in the present. Being present in the here and now is not a choice. Group facilitators must be skilled at connecting discussions about the past and future to how they affect the present moment and interactions in the room.

Unfinished Business

These are unspoken thoughts, events, and memories that linger in the background, clamoring to be expressed and brought to a close. These conditions will interfere with present-centered awareness and successful functioning if they are not acknowledged and dealt with immediately. Therapists facilitate the expression of emotions that have never been articulated directly before. During a group session in which a person relates their frightening experience, the therapist may notice expressions of astonishment or recognition from the other members. It is beneficial to have other group members discuss their worries in both their daily lives and in the group environment. It is important for members to stay with their uncomfortable feelings, and they may even be encouraged to exaggerate them in order to properly understand the depth of those feelings. Unfinished business accumulates in the lives of group members like debris. Consider the scenario in which group members arrive at a meeting with small garbage cans packed with balled-up paper. The first thing they do as the session starts is throw the contents of their bins on the floor. A member's life experience may unintentionally provoke the urge to process in another member if they accidentally stir up debris or unfinished business.

Contact and Disturbances

Contact is established by sight, sound, scent, touch, and movement. Effective interaction entails thoroughly engaging with nature and other people while maintaining one's sense of self-identity. Effective touch necessitates heightened

awareness, abundant energy, and the capacity to express oneself. Contact is vital to growth. Disturbances to contact include:

Introjections. Introjection is the proclivity to accept others' opinions and standards without assimilation in order to make them consistent with our own. We remain alien to these introjects because we have not studied and restructured them. When we introject, we passively accept what the world delivers rather than articulating our desires or needs. If we remain in this stage, our energy is invested in accepting things as they are and trusting that authorities know what is best for us, rather than pursuing our goals independently (Corey, 2016).

Projection. The opposite of introjection is projection. By associating certain characteristics of ourselves with the environment, we disavow them. Those aspects of our personality that conflict with our self-image are disowned and projected upon, assigned to, and perceived in other individuals, so blaming others for a large portion of our issues. By recognizing in others the very characteristics that we refuse to recognize in ourselves, we absolve ourselves of responsibility for our own sentiments and identity, rendering us unable to effect change. Individuals who engage in projection as a tendency frequently feel victimized by their surroundings and assume that others' words contain hidden meanings (Corey, 2016).

Retroreflection. Retroreflection entails returning to ourselves what we wish to do to another or doing to ourselves what we wish someone else would do to or for us. This process is primarily a stoppage of the action phase of the experience cycle and is frequently accompanied with considerable worry. Individuals who rely on retroreflection frequently refrain from action out of fear of embarrassment, guilt, and resentment. Self-mutilators and self-injurers, for example, frequently channel their aggression inward out of dread of channeling it toward others. Depression and psychosomatic problems are frequently the result of retroactive thinking. Typically, these maladaptive modes of functioning are acquired unconsciously; a goal of Gestalt therapy is to assist us in developing a self-regulation system that enables us to cope realistically with the world (Yontef, 1993).

Confluence. Confluence entails dissolving the line between self and environment. As we seek to blend in and get along with everyone, the line between internal experience and exterior reality becomes increasingly blurred. Confluence in relationships entails the lack of conflict, a measured response to anger, and a sense that other partners share our feelings and views. This form of communication is typical of customers who have a strong need to be accepted and liked, and hence find enmeshment to be comforting. Genuine contact is incredibly difficult to establish as a result of this disease. A therapist may aid clients who utilize this mode of resistance by asking, "What are you doing now?" "How are you feeling right now?" "What are your immediate desires?"

Deflection. Deflection is the act of diverting attention or veering away, making prolonged contact impossible. We strive to diffuse or defuse conflict by overusing humor, broad generalizations, and questions rather than declarative pronouncements

(Frew, 1986). When we deflect, we speak for and on behalf of others, avoiding direct communication and engaging the environment on an inconsistent and insignificant basis, resulting in emotional depletion.

Energy and Blocks to Energy

Unexpressed emotions can cause an obstruction in the body, manifesting as physical feelings or issues. Tension in the neck and shoulders, as well as shortness of breath, are frequently observed symptoms of obstruction. Non-verbal communication and closed-off body language are also ways to communicate that we are obstructing something. The group therapist's role is to assist group members in identifying the ways in which they are sabotaging their energy and assisting them in repurposing the sabotaged energy into more adaptive behaviors. Members are able to discern how their own and other members' energy is expressed or confined within their bodies (Frew, 1986). Additionally, group therapists dive deeply into tensions rather than focusing exclusively on physical symptoms. If a member of the group is seated in a closed position, the leader can invite them to uncross and experience the sensation, before crossing them again.

Roles and Functions of a Group Leader

The leaders of Gestalt groups place a premium on conscious awareness, contact, and experimentation. Leaders participate in active communication with group members and may use self-disclosure to strengthen bonds and foster a sense of mutuality within the group. By revealing his or her own awareness and experience, the therapist demonstrates the process of beneficial relationships. They must be exceptionally highly trained in order to deal with any concerns that arise during sessions (Bowman, 2019). These concerns frequently arise spontaneously as a result of members' unfinished business. The group benefits when the leader expresses their personal reactions to what is occurring in the group, including how they are affected by what they are hearing and watching. A leader's role is to foster an environment and structure conducive to the group's own creativity and inventions. Clients are frequently invited to participate in experiments that result in new emotional experiences and insights (Bowman, 2019). Additionally, they must establish and foster a loving environment inside the group, as well as assist clients in taking responsibility for this environment.

Stages of Gestalt Therapy

First Stage: Identity and Dependence

The purpose of this first stage in a group is to encourage individuals to take personal responsibility (Ginger et al., 2019). The group leader assists the participants in exploring any questions they may have regarding their own identity within the group. The activities that the group leader facilitates are intended to foster trust

among the participants. This trust will encourage group members to take risks, be vulnerable, and form bonds with one another.

Second Stage: Influence and Counter-dependence

During this stage, the group is grappling with concerns of influence, authority, and control, among other things. The group's leader must seek to increase differentiation, divergence, and the role of flexibility among the members of the group in order to achieve success (Ginger et al., 2019). Members may begin to challenge whatever social standards are in place by interrupting and expressing negative reactions to one another or to what is taking place in the group environment.

Third Stage: Intimacy and Interdependence

The final stage is where members of the group come into direct contact with one another. They have a strong sense of being able to rely on one another for support, understanding, and challenge. The connections are based on mutual benefit. Members are prepared to engage in more in-depth work, both individually and as a group, when they have addressed the issues of influence, power, and authority among themselves and among the group members. If the group's cohesion is great, individuals are more likely to make a shift by participating in experiments for the sake of new learning and creating major discoveries (Ginger et al., 2019).

Promoting and Maintaining Change

While there are groups phases of change, individuals within that group also go through different phases of change. This five phases of change is also termed as five levels of neurosis. Whatever the terminology, it describes a process by which a client goes through when lasting and cathartic change happens (Mann, 2020).

Phase 1: Fixation

At this stage, the client exhibits a rigidity, a sense of being imprisoned in thoughts, conclusions, habits, and routines, and a sense of being trapped, in other words, desperation. Typically, the rationale for treatment explains this ailment. The client is trapped in roles and routines that are no longer beneficial to him. It contributes to his everyday stress and strife. Frequently, the client is likewise unaware of this point in terms of what he really requires, since these demands are forgotten or consigned to the unconscious. This sense of "stuckness" in repeated cycles has been ingrained in his way of life, and he is unable of seeing life any other way. He is, however, badly impacted by it at the moment (Nevis, 2014).

Phase 2: Distinction

With the experience of wants (as in the preceding example), or with worry, avoidance impulses. The client's focus on the current moment is diverted by previous recollections or future aspirations. He withdraws into thought chains and

concepts, engaging in arguments and intellectualization. This circuitous thinking process and decision-making is indicative of unfinished business that the client is unable to resolve because there is too much worry, fear of suffering, involved in confronting the unfinished circumstance. The therapist's role at this stage is to assist the client in remaining present. Providing a safe atmosphere in which to confront anxiety — to remember conflicts, the tension between what he or she requires, emotions, urges to act and its resistance, the impediments to act. When the client recognizes his polarities, he may accept responsibility for the path in which he chooses to travel (Nevis, 2014).

Phase 3: Diffusion

This is an acceptance phase. Acceptance of the circumstance without attempting to escape the problems. The client's current condition is no longer satisfactory, but alternatives are elusive. Typically, when clients choose treatment, they are receptive to this period. This is the acceptance phase. The client takes responsibility for the problem and recognizes that they possess the resources necessary to resolve it. This often occurs after the establishment of a therapeutic partnership (Nevis, 2014).

Phase 4: Vacuum

At this point, the client is perplexed as to how to proceed. This stage is often referred to as impasse. At this point, it would be counter-productive for the therapist to intervene and give analysis of the scenario — even if the solutions are self-evident. The therapist is encouraged to take a step back and allow the client to process this pretty unpleasant period. Any early instruction from the therapist would jeopardize the clients' recovery process. The therapist's involvement may cause the client to get obsessed on the polar opposite of the issue (Nevis, 2014).

Phase 5: Integration

A person who is capable of being in the temporary condition of emptiness in a vacuum, in bewilderment, in not knowing which direction to turn, finally achieves a "ah-ha" moment. Fritz Perls (1976) makes frequent reference to this in his publications. The majority of the time, the issue is that we are terrified of this vacuum. Almost invariably, we escape by devising solutions, diverting our attention away from the circumstance, forgetting, being oblivious, or numbing our experiences. During the treatment session, a secure setting is created for the client to sit in the nothingness for an extended period of time in order to obtain crucial "ah-ha" insights, knowledge, and experiences. The biggest challenge is to avoid intellectualizing and making sense of what is happening while in this condition of "stuckness." This demands the client's faith (Nevis, 2014). Typically, when the client is kept in a place of emptiness by the therapist, the client does not employ their previous habits of avoiding the difficulties. This is a chance for the client to dig into unresolved previous events and experience the associated needs and sensations. This is the point at which enlightenment occurs.

Therapeutic Techniques and Procedures

Experiments

From the outside looking in, or after watching videos of Fritz, Gestalt experiments can be characterized as random, spontaneous actions that are imposed on the client. In reality, they are a byproduct of the therapeutic encounters that take place in groups. They are merely exercises or procedures that are frequently employed to elicit activity or interaction, sometimes with a predetermined end, in order to achieve a desired result. An effective experiment feeds into the group's decision-making procedure. These groups are phenomenologically based, which means that they develop as a result of what is happening within a person or group of members in the present moment, and the outcome is unpredictable and cannot be predicted. They increase the members' awareness and comprehension by exposing them to new situations. They can provide a safe environment for members to raise their consciousness and experiment with new ways of thinking and behaving with one another in a supportive environment. Some tests may involve dramatizing a terrible experience, picturing a frightening encounter, or taking on the role of one's own parent, among other things. No matter how innovative the experiment, it must be carried out in a supportive environment in it to be effective (Corey, 2016).

Attention to Language

Gestalt therapy emphasizes the relationship between language and patterns and personality. As stated before, group therapists focus equally on the content and process of a session. When doing so they look and listen for the verbal and non-verbal ways members communicate. Our speech patterns are often expressions of our feelings, thoughts, and attitudes; by focusing on our overt speaking habits, we can increase our self-awareness. Gestalt therapists are alert to when members do these things:

- Turn "It" talk to "I" means that a member is taking responsibility
- Switch "You" to "I" statements
- When members use qualifiers and disclaimers when sharing their experiences
- Transitioning can't statements to I won't which indicated choice
- Making demanding statements like "Should" and "Oughts", especially when it impedes self-regulation

Perhaps Gestalt therapists are most known for paying attention to non-verbal language. When watching videos, it might be noticed that Fritz and other therapist ask about things they notice a client doing; clenching a fist, taking a deep breath, tearing up. There may be discrepancies between non-verbal cues and what the member is verbally stating. It is critical to pay attention to the tone, pitch, and loudness of the voice, as well as the posture of the members (Corey, 2016).

Making the Rounds

Making the rounds is a Gestalt exercise in which a member of a group is asked to approach and speak with or do something with each member. The objective is to confront, to take risks, to reveal oneself, to experiment with new behaviors, and to grow and change. This can be experimented with when group leaders sense that a participant wants to address a theme in their life or current experience. For instance, a group member may state, "I never felt like anyone accepted me." A group leader might then respond by asking the member to go around the room and share with each member the level to which they feel accepted or rejected by that member. They could also be asked to identify one or two individuals that make them feel rejected (Corey, 2016).

Numerous activities could be devised to assist group members in being involved and deciding to work on the issues that keep them stuck in their feelings. Other examples and illustrations that are relevant for making-the-rounds are reflected in group member responses such: "I'd like to communicate with individuals more frequently." "No one in here appears to care about me." "I'd like to connect with you but am terrified of rejection." "I have a difficult time accepting compliments; I constantly ignore positive things people say about me." Group therapists can take responses like this to move into the intervention and bring members into deeper contact with their emotional experience.

Internal Dialogues

As mentioned before, the goal of Gestalt therapy is to achieve integrated function and acceptance of the aspects of group members' personalities that have been discovered and denied. Therapists pay close attention to splits and polarities in personality function which can reveal themselves through group dialogue (Corey, 2016). The internal dialogue exercise involves the outward expression of an inner conflict. Imagine that a client feels conflicted about a new relationship. Group therapists can use empty chairs to help that client process both sides of the conflict. Group members can provide feedback to help the client resolve the internal conflict. This intervention is meant to promote awareness of internal splits and eventual personality integration. We uncritically take in aspects of other people, especially parents, and incorporate them into our personality. The danger is that it can prevent personality integration. Group dynamics can help us process the internal dialogue and separate a member's voice from someone else's voice.

Fantasy Approaches

In Gestalt Therapy, fantasy is utilized to raise clients' self-awareness of their ideas and feelings and to put unfinished business to a close (Seligman, 2006). Situations such as what they would do in a particular circumstance, or by imagining themselves in various roles can be processed in group. Experimenting with a variety of different types of fantasy in a group setting can result in tremendous growth. Fa-

Facilitators of groups might have members practice assertiveness and receive feedback from the group. Additionally, it is beneficial in dealing with negative expectations.

Rehearsal

This intervention is used when members say out loud what they are thinking internally. This is not intended to elicit strong feelings in members, but to bring to light a procedure that is generally carried out subconsciously. Facilitators must have a keen eye to detect whether a member is concealing something. Inviting them to share can help strengthen the group's bond (Corey, 2016).

Exaggeration Technique

This technique is used to help group members become more aware of the subtle signals and cues we send through body language. The individual in group is urged to repeat and exaggerate a specific action or expression, such as frowning or bouncing a leg, in order to increase their awareness of the emotions associated with the activity (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018).

Dream Work

The Gestalt approach is not concerned with dream interpretation or analysis. Rather than that, the goal is to bring dreams to life and experience them as if they were happening right now. The dream is performed out in the present moment, and the dreamer becomes an integral part of it. The recommended strategy for working with dreams is to create a list of all the facts of the dream, recall each person, incident, and emotion, and then convert oneself into each of these parts by transforming oneself, acting fully, and improvising dialogue. Each segment of the dream is supposed to be a projection of the self, and the client writes scripts for interactions between the various characters or segments (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018). Each component of a dream is a manifestation of the client's contradictory and inconsistent sides, and by dialoguing with these competing sides, the client eventually becomes more conscious of the spectrum of his or her own emotions.

Perls asserts that dreams can depict an unresolved problem, but each dream also contains an existential message about the dreamer and his or her current struggle. Everything may be discovered in dreams if all the components are comprehended and absorbed; dreams are a good tool for identifying personality voids by showing missing components and clients' avoidance strategies (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018). Perls says that through appropriately working with dreams, the existential message becomes more evident. If individuals cannot recall their dreams, they may be avoiding confronting what is wrong with their lives. At the absolute least, the Gestalt counselor will invite clients to communicate with their unfulfilled dreams.

Multicultural Application

The Gestalt approach to group counseling takes a holistic view of clients and their contexts. Instead of placing one rigid perspective about the world, Gestalt group leaders pay attention to how clients view their world (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018). Because of this approach's phenomenological attitude, therapists are less likely to impose their own values and cultural standards on group members. In short, group leaders take the client's context into account. Sessions begin from a not-knowing position. This means group leaders avoid making assumptions about clients. Effective group counselors acknowledge the client's ethnicity, background, and demographics when working with them. This approach is also tailored to group members' interpretations of their cultural identities. These identities can be explored further through dialogue about views and potential biases. This approach is particularly helpful when clients are faced with internal conflicts like bicultural identity issues. It is also a strong approach with group members whose cultural backgrounds that indirect speech

Strengths and Limitations

Strengths

One of Gestalt therapy's strengths is its emphasis on the client as a distinct individual human being (Clarkson & Cavicchia, 2013). Gestalt therapy is founded on the notion of holism, which asserts that a person must be seen holistically, stressing that the whole is greater than the sum of its parts (Tan, 2011). According to the premise, no aspect of a client's experience is more important than any other. The Gestalt therapist views the client's "feelings, actions, ideas, physical sensations, dreams, and other experiences" (Tan, 2011) as equally significant. This technique has been demonstrated to be as effective as or more effective than other treatments in the treatment of a range of psychiatric illnesses. Additionally, it has favorable benefits for those who suffer from personality disorders, drug abuse, and psychosomatic disorders. Finally, in follow-up studies conducted 1-3 years following therapy, the results are often persistent (Yontef & Jacobs, 2011).

Limitations

The majority of my objections of Gestalt therapy are directed at the classic form, or the style developed by Fritz Perls, which stressed confrontation and downplayed personality cognitive elements. This school of Gestalt therapy put a greater emphasis on confronting clients and causing them to experience their emotions. Contemporary Gestalt treatment has advanced significantly, with more emphasis on theoretical training, theoretical exposition, and cognitive elements in general (Yontef, 1993). Other limitations include the possibility of group members abusing their influence. Additionally, group members may develop an aversion to the leader taking the initiative, and hence may be unwilling to take the initiative in developing their own experiments or experiences.

Last Conclusions

Due to its field theory-based therapeutic viewpoint, Gestalt therapy is well-suited for group settings. The major purpose of the Gestalt group is to develop members' awareness and self-regulation via their interactions with one another and with the group as a whole (Conyne, 2015). Gestalt therapy places a premium on direct experience and action above exclusive discussion of problems, difficulties, and emotions. If members have concerns about a future event, they may take action now. This in-the-moment approach animates the group and encourages members to examine their issues passionately. Often, group experiments are used to facilitate the shift from debate to action.

Gestalt therapy employs a number of techniques to magnify group members' present-moment experiences with the objective of enhancing awareness. Gestalt group therapists are interested in verbal and nonverbal communication, postures, voice, and interpersonal relationships, with a focus on group processes (Conyne, 2015). When a single individual is the major focus of work, other individuals may be enlisted to assist that individual. The connecting skill of the group leader allows him or her to involve a large number of members in the examination of a subject. Gestalt group therapy's participatory method appeals to certain leaders because it incorporates an interpersonal component that boosts the group's therapeutic efficacy.

In terms of intervention and experiment design, a group environment stimulates significant innovation. These experiments must be tailored to the specific needs of each group member and completed on time; they must also take place in an atmosphere that balances support and risk. Experiments at their finest come from the dynamics between individual members and the group's present condition. While Gestalt group leaders encourage members to expand their awareness and pay attention to their interpersonal communication style, they also take an active part in devising experiments to aid members in accessing their resources. Gestalt leaders are highly connected with their followers and regularly disclose personal information in order to establish ties and create a feeling of mutuality among the group. Gestalt instructors emphasize the importance of awareness, touch, and investigation (Yontef and Schulz, 2013).

If members regard the group as a safe zone, they will be more inclined to address their anxieties and journey into the unknown. To increase the possibility that members will benefit from Gestalt tactics, group leaders must first define the intervention's overarching goal and create an experimental atmosphere. Leaders are not seeking to enforce an agenda; rather, members are free to experiment and decide for themselves the conclusion of an experiment.

References

- Bowman, C. (2019). New directions in gestalt group therapy: relational ground, authentic self. *Gestalt Review*, 23(2), 187-190. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.23.2.0187>
- Clarkson, P., & Cavicchia, S. (2013). *Gestalt counselling in action*. Sage.
- Conyne, R. K. (2015). *Counseling for wellness and prevention: Helping people become empowered in systems and settings*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315813844>
- Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, Enhanced*. Cengage Learning.
- Frew, J. E. (1986). The functions and patterns of occurrence of individual contact styles during the developmental phases of the Gestalt group. *Gestalt Journal*, 9(1), 55-70.
- Ginger, S., Spargo, S., & Reeder, S. (2019). *Gestalt therapy. The art of contact*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429475283>
- Mann, D. (2020). *Gestalt therapy: 100 key points and techniques*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315158495>
- Nevis, E. C. (2014). *Gestalt therapy: Perspectives and applications*. CRC Press.
- Perls, F. (1976). *The gestalt approach and therapy witnesses*. Bantam Books
- Seligman, L. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies, and skills* (2nd ed.). Pearson Education.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques*. John Wiley & Sons.
- Tan, S. Y. (2011). *Counseling and psychotherapy: A christian perspective*. Baker Academic.
- Wertheimer, M. (1938). *Gestalt psychology. Source book of Gestalt psychology*. Harcourt, Brace and Co.
- Wheeler, G., & Axelsson, L. (2015). Gestalt therapy. *Cahiers de Gestalt-Thérapie*, 35, 137-140.
- Yontef, G. M. (1993). *Awareness, dialogue & process: Essays on Gestalt therapy*. The Gestalt Journal Press.
- Yontef, G. M. (1999). Awareness, dialogue and process: Preface to the 1998 German edition. *The Gestalt Journal*, 22(1), 9-20.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2005). Gestalt Therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Gestalt Therapy Current Psychotherapies* (pp. 299-336). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2011). *Current psychotherapies*. Brooks/Cole.
- Yontef, G., & Schulz, F. (2013). Dialogic relationship and creative techniques: Are they on the same team? *Pacific Gestalt Institute*. <https://paperzz.com/doc/7637862/dialogic-relationship-and-creative-techniques>

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

REVIEW OF THE EVIDENCE ON EFFECTIVENESS OF GROUP PSYCHOTHERAPY

Guillermo Gil Escudero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2950-4379>

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta Individual y de Grupos. España

Mónica Rodríguez-Zafra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>

Profesora Titular de la Facultad de Psicología. UNED. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gil Escudero, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>

Resumen

Este trabajo expone las ideas y los datos básicos sobre la evidencia de la eficacia de la psicoterapia de grupo. Tras resumir las ideas principales que se manejan en este campo, se enumeran seis ámbitos en los que existe suficiente evidencia sobre la eficacia de la psicoterapia de grupo: los trastornos de personalidad, la depresión y el duelo, los trastornos de la alimentación, la violencia juvenil, los pacientes aquejados de cáncer o SIDA y las adicciones. A continuación se examina el tema de la evidencia diferencial de la eficacia de la psicoterapia psicodinámica de grupo, destacando las dificultades que hacen difícil la obtención de evidencia sobre los efectos de las diferentes psicoterapias. No obstante, la revisión de las investigaciones y revisiones previas analizadas ponen de manifiesto la eficacia de la psicoterapia de grupo como método de tratamiento de muy diferentes problemáticas, pacientes y situaciones, aunque, en general, no se encuentran diferencias significativas en función del tipo de enfoque teórico-psicoterapéutico grupal empleado.

Palabras clave: psicoterapia, psicoterapia de grupo, eficacia de la psicoterapia, eficiencia de la psicoterapia

Abstract

This work presents the basic ideas and data on the evidence for the efficacy of group psychotherapy. After summarizing the main ideas that are handled in this field, six areas are listed in which there is sufficient evidence on the efficacy of group psychotherapy: personality disorders, depression and grief, eating disorders, violence youth, cancer or AIDS patients and addictions. Next, the issue of differential evidence of the efficacy of psychodynamic group psychotherapy is examined, highlighting the difficulties that make it difficult to obtain evidence on the effects of different psychotherapies. However, the review of research and previous reviews analyzed show the efficacy of group psychotherapy as a method of treating very different problems, patients and situations, although, in general, no significant differences are found depending on the type of patient or group theoretical-psychotherapeutic approach used.

Keywords: psychotherapy, group psychotherapy, psychotherapy effectiveness, psychotherapy efficiency

Fecha de recepción: 30 de diciembre de 2021. Fecha de aceptación: 3 enero de 2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mrodriguez@psi.uned.es

Dirección postal: Facultad de Psicología. UNED. c/ Juan del Rosal, 10. 28040. Madrid. España

© 2022 Revista de Psicoterapia



La Evidencia sobre la Efectividad de la Psicoterapia de Grupo

Durante los últimos treinta años, numerosas investigaciones han demostrado los crecientes beneficios de la psicoterapia de grupo en diferentes áreas de la vida para afrontar los retos que éstas plantean (Fuhriman y Burlingame, 1994; Lorentzen, 2000; McRoberts et al., 1998b; Tschuschke, 1999).

Gracias a los grupos de terapia las personas encuentran un foro de apoyo por parte de sus compañeros y un entorno que facilita la recuperación de su fortaleza psicológica según comparten, a lo largo del tiempo, sus sentimientos, pensamientos y experiencias con otras personas que se enfrentan a diversas dificultades vitales. Algunas personas recuperan su fortaleza psicológica al observar la capacidad de recurrir a los propios recursos personales de los que se encuentran en situaciones similares a la suya. Asimismo, otras personas renuevan y refuerzan su autoconcepto y su autoestima al darse cuenta de que son capaces de ayudar a otros.

A lo largo del proceso terapéutico en el grupo, las personas desarrollan una red de apoyo gracias a la interacción con cada uno de sus miembros, dejando de sentirse aisladas por su estado psicológico y logrando una mayor sensación de normalidad. En personas que se encuentran en determinadas condiciones médicas, la psicoterapia de grupo puede contribuir a una mejora general de su funcionamiento psicológico y social. También, las investigaciones han demostrado que, en algunos casos y con la psicoterapia adecuada, las tasas de supervivencia de los enfermos se incrementan notablemente.

Asimismo, las investigaciones han demostrado que diversas formas de psicoterapia de grupo son igualmente beneficiosas encontrándose resultados positivos en las muy diferentes variedades de desórdenes psicológicos tanto leves como agudos. Además, diversos estudios han puesto de manifiesto la equivalencia de la eficacia de la psicoterapia de grupo y la psicoterapia individual (McRoberts et al., 1998a; Leichsenring, 2009) así como la eficacia de la psicoterapia psicodinámica (Connolly Gibbons et al., 2008; Shedler, 2010). Shedler resume la evidencia investigadora afirmando que los resultados empíricos demuestran la eficacia de la psicoterapia psicodinámica, siendo su efecto tan grande como el de otros enfoques terapéuticos reconocidos como basados en la evidencia. Adicionalmente, la evidencia disponible indica que los pacientes que han sido tratados con psicoterapia psicodinámica mantienen a lo largo del tiempo sus ganancias terapéuticas y parece que logran tener la capacidad de mejorar una vez que han terminado su tratamiento. Por otro lado, Shedler señala que es posible que otras terapias, que no se consideran psicodinámicas, sean eficaces porque los psicoterapeutas más diestros utilizan técnicas e intervenciones que han sido desde siempre elementos esenciales de la teoría y la práctica psicodinámica. Por todo ello, se concluye que la idea de que la psicoterapia psicodinámica carece de soporte empírico no se corresponde con la evidencia científica disponible (Shedler, 2010).

Por otro lado, la terapia de grupo tiene una excelente relación entre costes y beneficios en comparación con la psicoterapia individual. Cuando el tiempo de un

psicoterapeuta se dedica a un grupo completo, en vez de individualmente a una persona, se reduce significativamente el gasto para cada individuo a la vez que se mantienen los beneficios psicoterapéuticos y, en algunos casos, se ha demostrado que estos beneficios son aún mayores. Revisiones recientes de la literatura sobre la psicoterapia de grupo han indicado que el tratamiento de grupo es un formato beneficioso y eficiente en cuanto a su costo (Burlingame, et al., 2003; 2004; Burlingame y Krogel, 2005).

Ámbitos en los que hay Evidencia de la Eficacia de la Psicoterapia de Grupo

Además de los beneficios generales que ofrece la psicoterapia de grupo en cuanto a la mejora de las relaciones interpersonales y de la relación con uno mismo para la gran mayoría de las personas, las investigaciones han demostrado su notable eficacia en seis ámbitos en los que la psicoterapia es especialmente necesaria: los trastornos de personalidad, la depresión y el duelo, los trastornos de la alimentación, la violencia juvenil, los pacientes aquejados de cáncer o SIDA y las adicciones.

Trastornos de la Personalidad

Las sesiones profundas de psicoterapia de grupo producen resultados significativamente positivos para los pacientes con trastornos de la personalidad. Según los pacientes van mejorando sus habilidades interpersonales, su control de los estados de ánimo y su autoestima, suelen disminuir sus niveles de funcionamiento inadecuado en las situaciones sociales y familiares junto con la severidad de sus alteraciones, lo que conduce a una mejora general de la satisfacción con su vida. La psicoterapia de grupo, en algunos tipos de trastorno de la personalidad, ha contribuido a reducir los estados de depresión y las tendencias suicidas. Se ha demostrado tal mejora en diferentes tipos de grupos y distintas situaciones, proporcionando a los pacientes la oportunidad de trabajar con una cantidad grande de compañeros y profesionales. En tales circunstancias, los pacientes han mostrado mejoría exclusivamente a partir de la terapia de grupo, sin tratamiento individual simultáneo. Además, una vez que los pacientes están implicados en la terapia pueden tener más posibilidades de experimentar una reducción de los síntomas específicos asociados a su trastorno (Burlingame et al., 2003; Piper y Ogrodniczuk, 2004, 2005, 2009). La terapia de grupo también se ha mostrado eficaz para los pacientes con trastorno límite de la personalidad (Munroe-Blum y Marziali, 1995), con estrés post-traumático (Levi et al., 2017; Schwartze et al., 2019) y con trastornos de fobia social (Knijnik et al., 2004, 2008).

Depresión y Duelo

La psicoterapia de grupo se utiliza habitualmente con éxito para tratar a personas con depresión (Murphy, 1997; Piper, 2006; Piper et al., 2009; Steuer et al., 1984; Yalom y Lezcz, 2021) incluyendo el enfoque psicodinámico de psicoterapia de grupo (Driessen et al., 2010). Por ejemplo, en el caso de madres que han sufrido

la pérdida de un hijo la psicoterapia de grupo contribuye significativamente a paliar la intensidad de su dolor, así como los síntomas del estrés post-traumático asociado. Rodearse de un grupo de compañeros y compañeras que viven circunstancias similares ayuda a las madres y padres a sanar y a recobrar la sensación de esperanza. Del mismo modo, en el caso de madres solas con depresión, el tratamiento en grupo con el apoyo adecuado puede contribuir a incrementar su autoestima y funcionar mejor en su entorno familiar. Asimismo, se ha evidenciado la eficacia de la psicoterapia psicodinámica de grupo para el tratamiento de la depresión geriátrica (Steuer et al., 1984) y el trabajo terapéutico en general con pacientes mayores (Lynch et al., 2012; Payne y Marcus, 2008).

Las revisiones de la evidencia sobre la eficacia de la psicoterapia de grupo han puesto de manifiesto que la intervención grupal es tanto eficaz a corto como a largo plazo y que los resultados se mantienen en el tiempo tras una terapia de grupo exitosa (Vandervoort y Fuhriman, 1991).

Trastornos de la Alimentación

Los trastornos de alimentación también se tratan habitualmente en grupo. En el caso de la bulimia algunos participantes en terapia de grupos han sido capaces de reducir la cantidad de ingestas excesivas y vómitos provocados con aún mayores beneficios que con otras intervenciones previas y terapia individual intensiva. En términos generales, la mejoría está asociada con tratamientos a largo plazo (McKisak y Waller, 1997; O'Neil, y White, 1987) y mejoran las conductas de ingestión de alimentos a la vez que se reducen la ansiedad y la depresión (Burlingame et al., 2003, 2004).

Violencia Juvenil

El incremento de la violencia en las escuelas ha llevado a buscar métodos de prevención que eviten que los jóvenes desarrollen esta conducta perjudicial. Por ejemplo, a través de la implantación de variaciones de la terapia de grupo en las clases se enseña a los estudiantes cómo eludir la conducta agresiva y sus consecuencias. En investigaciones en las que jóvenes que previamente habían estado implicados en actos de violencia participaban en terapia de grupos se observó una reducción significativa de su agresividad y una disminución del número de detenciones posteriores, junto con una mejoría de su rendimiento académico. Gracias a la intervención temprana y a la participación activa en el diálogo sobre la violencia muchos estudiantes pueden aprender a cómo refrenar las tendencias violentas y a interactuar de modos más adecuados con las demás personas (Aronson y Schamess, 1999).

Pacientes Aquejados de Cáncer o SIDA

Muchos pacientes que sufren cáncer han experimentado en sí mismos los resultados positivos que logra la psicoterapia de grupo. La terapia de grupo ayuda

de múltiples maneras a los pacientes que se encuentran en las primeras etapas de la enfermedad a afrontar su enfermedad. Al disminuir su malestar emocional se incrementa su actividad social, su capacidad para afrontar problemas y su autoestima. Los pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad, no solamente logran tener un mayor sentido de los objetivos de la vida sino que consiguen sentir como menos problemáticos el dolor y la fatiga. Cuando las personas que no reconocen o niegan su enfermedad participan en terapia disminuye su deterioro a la vez que se incrementa la mejoría de los que son conscientes de su situación. A las personas que carecen de muchos recursos sociales y personales la psicoterapia de grupo puede proporcionarles aún mayores beneficios.

De manera aún más convincente, las investigaciones confirman el valor de los grupos interactivos a largo plazo para los casos en los que la enfermedad se ha extendido. Por ejemplo, en el caso de cáncer de mama, las pacientes que asistían a un grupo de psicoterapia sobrevivieron significativamente más tiempo que las pacientes que se tomaron como grupo de control sin psicoterapia de grupo. Además, los miembros de grupos de apoyo a pacientes con cáncer redujeron el número de problemas físicos dolorosos y relacionados con el estrés.

Los pacientes de SIDA/VIH que participan en terapia de grupo han mostrado menores niveles de estrés y agotamiento, así como notables mejoras de su condición física y una mayor sensación de eficacia, eficiencia y resistencia. En los adolescentes, la terapia de grupo incrementa su autoestima a la vez que disminuye los problemas de conducta, el malestar y las situaciones estresantes con sus familias. Los pacientes que participaron en grupos cognitivo-conductuales de manejo del estrés disminuyeron su depresión, su ansiedad y las visitas a los médicos (Leszcz y Goodwin, 1998; Sherman et al., 1995, 2004; Simonton y Sherman, 2000; Spiegel et al., 1989).

Adicciones

Durante los últimos veinte años ha surgido un consenso general en torno a la convicción de que el tratamiento en grupo proporciona a las personas adictas una gran cantidad de oportunidades de aprender sobre sí mismos y modificar su adicción.

Las ventajas más evidentes de la psicoterapia de grupo, en el caso de las adicciones, son:

- La identificación y aceptación mutuas entre los miembros del grupo que se enfrentan a problemas similares a la vez que se dan cuenta de que no están aislados ni su problema es único al estar todos los miembros del grupo enfrentándose a su utilización compulsiva del alcohol o drogas.
- El apoyo positivo de los compañeros del grupo en relación con la abstinencia o la reducción de la adicción.
- La acentuación del establecimiento de roles que sirven como modelos de abstinencia o de reducción de la utilización de alcohol y drogas debido a que el adicto tiene la oportunidad de comprender mejor sus propias actitudes sobre el uso de las drogas y el alcohol, así como sus defensas

contra el abandono o la reducción de la adicción al confrontarse con las defensas y actitudes similares de otras personas.

- La afiliación al grupo, la cohesión del grupo y el apoyo social.
- La posibilidad de aprender a identificar y a comunicar los propios sentimientos de modo más directo.
- La estructuración del grupo, la disciplina y el establecimiento de límites en el grupo.
- La posibilidad del aprendizaje a través de la experiencia
- El intercambio de información fáctica sobre la recuperación de la adicción y la utilización inadecuada del alcohol y las drogas.
- La infusión de esperanza y estímulo para el futuro, así como la búsqueda de objetivos e ideas compartidos.

La confirmación de la psicoterapia de grupo como un elemento esencial de los tratamientos de las adicciones por parte de la investigación es inequívoco y abrumador, de tal modo que es raro encontrar un programa de tratamiento que no utilice la terapia de grupo. Tanto las guías de práctica clínica de los expertos como la evidencia proporcionada por las mejores investigaciones indican que es vital que la terapia de grupo sea un ingrediente básico de los tratamientos de las adicciones. Al mismo tiempo que la eficacia terapéutica y la relación costo-eficacia juegan un papel importante en la utilización de la psicoterapia de grupo como el mejor tratamiento posible para estas personas (Brook, 2008; Brook y Spitz, 2002; Flores, 2007; Roth, 2004; Sandahl et al., 1998; Washton, 2004; Weiss et al., 2004; White, 2008).

Evidencia Diferencial de la Eficacia de la Psicoterapia Psicodinámica de Grupo

Obtener evidencia sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica de grupo (a veces denominada Análisis Grupal –*Group Analysis*–) o Psicoterapia Analítica –*Analytic Psychotherapy*– o Psicoterapia Dinámica –*Dynamic Psychotherapy*–) es especialmente difícil.

Las principales razones que subyacen a esta dificultad son de muy diversa índole. Por un lado, los psicoterapeutas de grupo –al igual que la mayoría de los psicoterapeutas en general– están fundamentalmente orientados a la eficacia clínica de su actividad y, secundariamente, pueden estar orientados hacia la demostración empírica de dicha eficacia. En segundo lugar, las diferentes terminologías, definiciones y métodos utilizados en psicoterapia hacen difícil la clasificación y diferenciación de unos métodos y otros. En tercer lugar, la heterogeneidad de los tipos de grupos y pacientes, problemáticas, variables que se consideran relevantes y resultados que se tienen en cuenta para determinar si un tratamiento es eficaz, es tan grande y variado que es altamente problemático obtener conclusiones precisas.

No obstante, existen revisiones globales recientes de las investigaciones realizadas en las últimas décadas sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica y sobre los factores que influyen en la misma (Blackmore et al., 2009, 2012; Rosendahl et al., 2021).

Estas revisiones recientes concluyen que:

- Las investigaciones y revisiones previas analizadas ponen de manifiesto la eficacia de la psicoterapia de grupo como método de tratamiento de muy diferentes problemáticas, pacientes y situaciones, aunque, en general, no se encuentran diferencias significativas en función del tipo de enfoque teórico-psicoterapéutico grupal empleado (psicoterapia psicodinámica, cognitivo-conductual, etc...).
- Por otro lado, todos los enfoques de la psicoterapia de grupo se muestran más eficaces que la falta de tratamiento (Blay et al., 2002; Lanza et al., 2002; Lau y Kristensen, 2007; Piper et al., 2001; Tasca et al., 2006).
- La edad, el sexo, el autoconcepto, la capacidad analítica y auto-analítica de los pacientes, así como la calidad del patrón de relaciones interpersonales a lo largo de la vida son factores determinantes del éxito de la psicoterapia de grupo. Los pacientes con una calidad alta del patrón de relaciones interpersonales a lo largo de la vida parecen beneficiarse más de las psicoterapias de grupo “interpretativas” mientras que los pacientes con baja calidad de las relaciones interpersonales a lo largo de la vida parecen beneficiarse más de las psicoterapias “no interpretativas” o de apoyo.
- Los meta-análisis realizados tomando como base un número muy relevante de investigaciones llevadas a cabo durante los últimos 30 años apoyan de modo muy significativo la utilización de la psicoterapia de grupo cuyos resultados son equiparables a los de la psicoterapia individual. Adicionalmente la eficacia de los grupos depende también de la capacidad de proporcionar retroalimentación a los pacientes, del grado de cohesión grupal y de la calidad de la alianza terapéutica entre pacientes y psicoterapeuta (Rosendahl et al., 2021).

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco señalan los estudios incluidos en la revisión.

Aronson, S. y Schamess, G. (1999). *The role of group psychotherapeutic interventions in youth violence reduction and primary prevention: A white paper* [El papel de las intervenciones psicoterapéuticas grupales en la reducción de la violencia juvenil y la prevención primaria: un libro blanco]. The American Group Psychotherapy Association.

*Blackmore, C., Beecroft, C., Parry, G., Booth, A., Tantam, D. Chambers, E. Simpson, E, Roberts, E. y Saxon, D. (2009). *A systematic review of the efficacy and clinical effectiveness of group analysis and analytic/dynamic group psychotherapy* [Una revisión sistemática de la eficacia y la efectividad clínica del análisis de grupo y la psicoterapia de grupo analítica/dinámica]. Sheffield, Centre for Psychological Services Research, School of Health and Related Research, University of Sheffield.

*Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G. y Chambers, E. (2012). Report on a systematic review of the efficacy and clinical effectiveness of group analysis and analytic/dynamic group psychotherapy [Informe sobre una revisión sistemática de la eficacia y la efectividad clínica del análisis de grupo y la psicoterapia de grupo analítica/dinámica]. *Group Analysis*, 45(1), 46-69. <https://doi.org/10.1177/0533316411424356>

- *Blay, S. L., Vel Fucks, J. S., Barruzi, M., Di Pietro, M. C., Gastal, F. L., Neto, A. M., De Souza, M. P., Glausiusz, L. R. y Dewey, M. (2002). Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders: randomised controlled trial evaluating immediate vs. long-term effects [Eficacia de la psicoterapia de tiempo limitado para trastornos psiquiátricos menores: ensayo controlado aleatorio que evalúa los efectos inmediatos frente a los de largo plazo]. *British Journal of Psychiatry*, 180(2), 416-422. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.416>
- Brook, D. W. (2008). Group therapy [Terapia de grupo]. En M. Galanter y H. D. Kleber (Eds.), *The american psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment* (4ª ed., pp. 463-478). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- *Brook, D. W. y Spitz, H. I. (2002). *The group therapy of substance abuse [La terapia de grupo del abuso de sustancias]*. Haworth Medical Press.
- *Burlingame, G. M., Fuhriman, A. y Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective [La eficacia diferencial de la psicoterapia de grupo: una perspectiva meta-analítica]. *Group dynamics: Theory, research, and group dynamics: Theory, research, and practice*, 7(1), 3-12. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.3>
- *Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. y Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change [Tratamiento en grupos pequeños: Evidencia de efectividad y mecanismos de cambio]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 647-696). Wiley.
- *Burlingame, G. M. y Krogel, J. A. (2005). Relative efficacy of individual versus group psychotherapy [Eficacia relativa de la psicoterapia individual versus grupal]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(4), 607-611. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2005.55.4.607>
- *Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P. y Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies [El estado empírico de las terapias psicodinámicas]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 93-108. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141252>
- *Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F. y Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis [La eficacia de la psicoterapia psicodinámica a corto plazo para la depresión: un metanálisis]. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- *Flores, P. J. (2007). *Group psychotherapy with group populations: An integration of 12 Step and psychodynamic theory* [Psicoterapia de grupo con poblaciones grupales: una integración de los 12 pasos y la teoría psicodinámica] (3ª ed.). Haworth Medical Press.
- *Fuhriman, A. y Burlingame, G. M. (1994). Group psychotherapy: research and practice [Psicoterapia de grupo: investigación y práctica]. En A. Fuhriman y G. M. Burlingame (Eds.) *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis* (pp. 3-40). Wiley.
- Knijnik, D., Blanco, C., Salum, A., Moraes, G., Mombach, C., Almeida, E., Pereira, M., Strapasson, A., Manfro G. G. y Eizirik, C. (2008). A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder [Un estudio piloto de clonazepam versus terapia grupal psicodinámica más clonazepam en el tratamiento del trastorno de ansiedad social generalizada]. *European Psychiatry*, 23(8), 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.05.004>
- *Knijnik, D., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margis, R. y Eizirik, C. (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(2), 77-81. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000200003>
- *Lanza, M. L., Anderson, J., Boisvert, C. M., LeBlanc, A., Fardy, M. y Steel, B. (2002). Assaultive behavior intervention in the Veterans Administration: psychodynamic group psychotherapy compared to cognitive behavior therapy [Intervención conductual agresiva en la Administración de Veteranos: psicoterapia grupal psicodinámica en comparación con la terapia cognitiva conductual]. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(3), 89-97. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2002.tb00662.x>
- *Lau, M. y Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study [Resultado de la psicoterapia de grupo analítica y sistémica para mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual infantil intrafamiliar: un estudio controlado aleatorizado]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 96-104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00977.x>
- *Leichsenring F. (2009). Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies [Psicoterapia psicodinámica: una revisión de los estudios de eficacia y efectividad]. En R. A. Levy y J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Current clinical psychiatry* (pp. 3-27). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_1

- *Leszcz. M. y Goodwin, P. J. (1998). The rationale and foundations of group psychotherapy for women with metastatic breast cancer [La justificación y los fundamentos de la psicoterapia de grupo para mujeres con cáncer de mama metastásico]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(2), 245-273. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491538>
- *Levi, O., Shoval-Zuckerman, Y., Fruchter, E., Bibi, A., Bar-Haim, Y. e Ilan Wald, I. (2017). Benefits of a psychodynamic group therapy (PGT) model for treating veterans with PTSD [Beneficios de un modelo de terapia de grupo psicodinámica (PGT) para el tratamiento de veteranos con PTSD]. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1247-1258. <https://doi.org/10.1002/jclp.22443>
- *Lorentzen, S. (2000). Assessment of change after long-term psychoanalytic group treatment [Evaluación del cambio después de un tratamiento grupal psicoanalítico a largo plazo]. *Group Analysis*, 33(3), 373-396. <https://doi.org/10.1177/05333160022077407>
- Lynch, T. R., Epstein, D. E. y Smoski, M. J. (2012). Individual and group psychotherapy [Psicoterapia individual y de grupo]. En D. G. Blazer y D. C. Steffens (Eds.), *Essentials of geriatric psychiatry* (pp. 319-336). American Psychiatric Publishing.
- *McKisak, C. y Waller, G. (1997). Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa [Factores que influyen en el resultado de la psicoterapia de grupo para la bulimia nerviosa]. *International Journal of Eating Disorder*, 22(1), 1-13. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199707\)22:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-L)
- *McRoberts, C., Burlingame, G. M. y Hoag, M. J. (1998a). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective [Eficacia comparativa de la psicoterapia individual y de grupo: una perspectiva metaanalítica]. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101-117. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- *McRoberts, C., Burlingame, G. M. y McCleary, L. (1998b). *Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective* [Eficacia comparativa de la psicoterapia individual y grupal: una perspectiva metaanalítica]. Brigham Young University.
- *Munroe-Blum, H. y Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder [Un ensayo controlado de tratamiento grupal a corto plazo para el trastorno límite de la personalidad]. *Journal of Personal Disorder*, 9(3), 190-198. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.3.190>
- *Murphy, S. A. (1997). A bereavement intervention for parents following the sudden, violent deaths of their 12-28-year-old children: description and applications to clinical practice [Una intervención de duelo para padres tras la muerte súbita y violenta de sus hijos de 12 a 28 años: descripción y aplicaciones a la práctica clínica]. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 29(4), 51-72.
- *O'Neil, M. K. y White, P. (1987). Psychodynamic group treatment of young adult bulimic women: preliminary positive results [Tratamiento grupal psicodinámico de mujeres bulímicas adultas jóvenes: resultados positivos preliminares]. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 32(2), 153-155. <https://doi.org/10.1177/070674378703200215>
- *Payne, K. T. y Marcus, D. K. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: A meta-analysis [La eficacia de la psicoterapia de grupo para clientes adultos mayores: un metanálisis]. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 12(4), 268-278. <https://doi.org/10.1037/a0013519>
- *Piper, W. E. (2006). Short-term group therapy for complicated grief [Terapia de grupo a corto plazo para el duelo complicado]. *Directions in Psychiatry*, 26(1), 69-78.
- *Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S. y Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief [Personalidad del paciente y psicoterapia grupal de tiempo limitado para el duelo complicado]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(4), 525-552. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.4.525.51307>
- Piper, W. E. y Ogrodniczuk, J. S. (2004). Brief group therapy [Terapia breve de grupo]. En J. Delucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kolodner y M. T. Riva (Eds.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (pp. 641-650). Sage Publications.
- *Piper, W. E. y Ogrodniczuk, J. S. (2005). Group treatment for personality disorders [Tratamiento grupal de los trastornos de personalidad]. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders* (pp. 347-357). American Psychiatric Press.
- *Piper, W. E. y Ogrodniczuk, J. (2009). Group treatment for personality disorders. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *Essentials of personality disorders* (pp. 253-267). American Psychiatric Publishing.
- *Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S. y Weideman, R. (2009). Follow-up outcome in short-term group therapy for complicated grief [Resultado del seguimiento en la terapia de grupo a corto plazo para el duelo complicado]. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 13(1), 46-58. <https://doi.org/10.1037/a0013830>

- *Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M. y Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research [Avances recientes en la investigación de la psicoterapia de grupo]. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52-59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- *Roth, J. (2004). *Group psychotherapy and recovery from addiction: Carrying the message [Psicoterapia de grupo y recuperación de la adicción: llevar el mensaje]*. Haworth Press. <https://doi.org/10.4324/9781315809007>
- *Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G. y Rönnerberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial [Psicoterapia grupal de tiempo limitado para pacientes con dependencia moderada del alcohol: un ensayo clínico controlado aleatorio]. *Psychotherapy Research*, 8(4), 361-378. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332467>
- *Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy [La eficacia de la psicoterapia psicodinámica]. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- *Sherman, A.C., Burlingame, G.M., Cleary, T., Strauss, B., Latif, U., Mosier, J., Ulman, K.H., Simonton, S., Hazelton L. y Leszcz, M. (1995). *Group interventions for patients with cancer and HIV disease: part I. Efficacy at different phases of illness [Intervenciones grupales para pacientes con cáncer y enfermedad del VIH: parte I. Eficacia en diferentes fases de la enfermedad]*. American Group Psychotherapy Association.
- *Sherman, A. C., Mosier, J., Leszcz, M., Burlingame, G. M., Ulman, K. H., Cleary, T., Simonton, S., Latif, U., Hazelton, L. y Strauss, B. (2004). Group interventions for patients with cancer and HIV disease: Part I: Effects on psychosocial and functional outcomes at different phases of illness [Intervenciones grupales para pacientes con cáncer y enfermedad por VIH: Parte I: Efectos sobre los resultados psicosociales y funcionales en diferentes fases de la enfermedad]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(1), 29-82. <https://doi.org/10.1521/ijgp.54.1.29.40376>
- Simonton, S. y Sherman, A. (2000). An integrated model of group treatment for cancer patients [Un modelo integrado de tratamiento grupal para pacientes con cáncer]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50(4), 487-506. <https://doi.org/10.1080/00207284.2000.11491026>
- *Spiegel, D. Bloom, J. R. Kraemer, H. C. y Gotthel, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer [Efecto del tratamiento psicosocial en la supervivencia de pacientes con cáncer de mama metastásico]. *Lancet*, 334(8668), 888-891. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(89\)91551-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(89)91551-1)
- *Steuer, J. L., Mintz, J. Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T., Motoike, P. y Rosen, R. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression [Psicoterapia de grupo cognitivo-conductual y psicodinámica en el tratamiento de la depresión geriátrica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 180-192. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.52.2.180>
- *Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C. y Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [Eficacia de la psicoterapia de grupo para el trastorno de estrés postraumático: revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios]. *Psychotherapy Research*, 29(4), 415-431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Daigle, V. y Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction [Las escalas de apego predicen el resultado en un ensayo controlado aleatorio de dos terapias grupales para el trastorno por atracón: una aptitud por interacción del tratamiento]. *Psychotherapy Research*, 16(3), 106-121. <https://doi.org/10.1080/10503300500090928>
- Tschuschke, V. (1999). Gruppentherapie Versus Einzeltherapie: Gleich wirksam? [Terapia de grupo versus terapia individual: ¿Igualmente efectiva?]. *Gruppenpsychother Gruppennetz*, 35, 257-274.
- *Vandervoort, D. J. y Fuhrman, A. (1991). The efficacy of group therapy for depression: a review of the literature [La eficacia de la terapia de grupo para la depresión: una revisión de la literatura]. *Small Group Research*, 22(3), 320-338. <https://doi.org/10.1177/1046496491223003>
- *White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care: scientific rationale and promising practices [Gestión de la recuperación y sistemas de atención orientados a la recuperación: justificación científica y prácticas prometedoras]*. Center for Substance Abuse Treatment.
- *Washon, A. M. (2004). Group therapy with outpatients [Terapia de grupo con pacientes ambulatorios]. En J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4ª ed, pp. 671-679). Lippincott Williams and Wilkens.
- *Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P. y Cogley, C.B. (2004). Group therapy for substance use disorders: What do we know? [Terapia grupal para trastornos por uso de sustancias: ¿Qué sabemos?]. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 339-350. <https://doi.org/10.1080/10673220490905723>
- Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2021). *The theory and practice of group psychotherapy [La teoría y la práctica de la psicoterapia de grupo]* (6ª ed.). Basic books.

LOS GRUPOS DE CRECIMIENTO PERSONAL: ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS

PERSONAL DEVELOPMENT GROUPS: ORIGIN AND CHARACTERISTICS

Guillermo Gil-Escudero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2950-4379>

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta Individual y de Grupos. España

Mónica Rodríguez-Zafra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>

Profesora Titular de la Facultad de Psicología. UNED. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gil-Escudero, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2022). Los Grupos de Crecimiento Personal: Origen y Características. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 149-156. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1128>

Resumen

Se analiza el origen de los grupos de crecimiento personal (GCP) que tuvo su fundamento en las ideas y técnicas de intervención de cuatro fuentes principales: las aportaciones del trabajo del National Training Laboratory (NTL), de la psicología humanista, de los “grupos maratón” y de los grupos de “encuentro abierto”. Asimismo, se exponen las características de los GCP que básicamente consisten en la realización de un conjunto planificado de actividades en grupo, en un entorno relajado y seguro, que incluyen ejercicios y reuniones en grupos pequeños que combinan de modo equilibrado la comunicación interpersonal, la experiencia emocional y la reflexión. Tienen básicamente un carácter vivencial y no académico. El hecho de que los grupos se lleven a cabo de modo intensivo y en un entorno aislado facilita la toma de distancia temporal de los problemas personales e interpersonales, así como el aislamiento de las influencias del entorno que dificultan la concentración en el análisis y la reflexión. Los GCP proporcionan la oportunidad de establecer nuevas relaciones personales y la oportunidad de analizar, con la ayuda del resto de participantes, el origen y circunstancias de los problemas personales y de relación, lo que habitualmente produce un aumento y mejora de las relaciones interpersonales y de la consciencia intrapersonal.

Palabras clave: grupos de crecimiento personal, psicoterapia, historia de la psicoterapia, psicoterapia de grupo

Abstract

The origin of the personal growth groups (PDG) is analyzed, which had its foundation in the ideas and intervention techniques of four main sources: the contributions of the work of the National Training Laboratory (NTL), of the humanistic psychology, of the “groups marathon” and “of the open meeting” groups. Likewise, the characteristics of the PDG’s are exposed, which basically consist of carrying out a planned set of group activities, in a relaxed and safe environment, which include exercises and meetings in small groups that combine interpersonal communication, emotional experience and reflection. They basically have an experiential and non-academic character. The fact that the groups are carried out intensively and in an isolated environment facilitates the temporary distancing of personal and interpersonal problems, as well as the isolation from environmental influences that hinder concentration in analysis and reflection. PDG’s provide the opportunity to establish new personal relationships and the opportunity to analyze, with the help of the rest of the participants, the origin and circumstances of personal and relationship problems, which usually produces an increase and improvement in interpersonal relationships and intrapersonal consciousness.

Keywords: personal development groups, psychotherapy, history of psychotherapy, group psychotherapy

Fecha de recepción: 30 de diciembre de 2021. Fecha de aceptación: 3 enero de 2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mrodriguez@psi.uned.es

Dirección postal: Facultad de Psicología. UNED. c/ Juan del Rosal, 10. 28040. Madrid. España

© 2022 Revista de Psicoterapia



Los Grupos de Crecimiento Personal

Origen

Los GCP tienen su origen en los diversos tipos de grupos y actividades de grupo que se iniciaron y desarrollaron durante las décadas de 1950 y 1960, bajo múltiples nombres, formas y orientaciones. Los Grupos de Entrenamiento de Habilidades Básicas, los Grupos de (Adiestramiento en) Relaciones Humanas, los Grupos-T (*Training groups*), los Laboratorios de Relaciones Humanas, las Dinámicas de Grupo, los Grupos de Encuentro, los Grupos de Encuentro Básico, los Grupos de Encuentro Abierto, los Grupos de Potencial Humano, las Experiencias Intensivas de Grupo, los Grupos de Desarrollo Personal, los Grupos de Experiencia, los Grupos de Consciencia Sensorial, los Grupos de Entrenamiento de la Sensibilidad (*Sensitivity training groups*), los Grupos Gestalt y los Grupos Maratón, entre otros, fueron los precursores de los GCP que han incorporado muchos de los conocimientos y experiencias adquiridos en estas variedades del trabajo personal intensivo en grupo. Para un conocimiento más detallado de las características y desarrollo de los antecedentes de los GCP ver Bradford et al., 1964; Back, 1972; Egan, 1976; Gottschalk et al., 1971; Gibb, 1970; Lakin, 1971; Lieberman et al., 1973; Peters, 1966; Rogers, 1970/2006; Schutz, 1971, 1973; Shaffer y Galinsky, 1974; Stevens, 1971/1976; Stoller, 1968b; Yalom, 1975/1986.

Se puede considerar que los GCP actuales se han conformado fundamentalmente incorporando las ideas centrales, objetivos y métodos de cuatro fuentes principales:

En primer lugar, la aportación del trabajo del *National Training Laboratory* (NTL) que fue la institución pionera en el trabajo intensivo con grupos y alrededor de la cual se desarrolló el trabajo y la investigación con los grupos-T. En 1947, organizó el primer grupo formal y planificado de entrenamiento en habilidades básicas –con 30 personas divididas en tres grupos coordinados por tres instructores (Bradford, Benne y Lippit) y con tres observadores–. Este primer “laboratorio” o grupo se planificó con actividades para el grupo completo y con reuniones en grupos pequeños en las que se combinaba la vivencia y observación directa con la reflexión sobre la propia conducta y sus efectos sobre los otros, con el análisis de los estilos interpersonales y de las reacciones de los otros, y con el análisis del desarrollo del grupo en su conjunto. La idea central que subyacía a los primeros grupos del NTL era la de que los métodos para cambiar las actitudes solamente son eficaces si los interesados tienen la oportunidad de descubrir los efectos dañinos que causa su conducta habitual –tanto a sí mismos como a los otros–, por lo que, a partir de entonces, un objetivo especialmente importante del trabajo en grupos es el de ayudar a los individuos a observar cómo lo perciben los otros.

A lo largo de los años de desarrollo del trabajo del NTL se fue diferenciando dentro de la propia organización entre dos orientaciones: por un lado, los “laboratorios” –más unidos a las tareas de entrenamiento (grupos-T) y de investigación en psicología social sobre la dinámica de los grupos– y, por otro lado, los “grupos de

desarrollo personal” –que fueron conformándose según se fue poniendo de manifiesto el enorme potencial de los grupos intensivos de relaciones humanas para el desarrollo personal individual– que estaban más centrados en las profundas experiencias de cambio que se producían en los individuos facilitadas por las relaciones de confianza, estima y estímulo que se creaban entre ellos. La gran extensión de grupos-T y de sus múltiples derivaciones que surgieron durante la década de los años 60 llevó a la necesidad de clarificar sus distintos tipos, sus características, posibilidades de utilización y sus potenciales riesgos (Faith et al., 1995; Gottschalk et al., 1971; Smith, 1975).

En segundo lugar, la aportación de la psicología humanista, especialmente a través de la influencia de Carl Rogers y su enfoque psicoterapéutico centrado en la persona. A partir de 1946, Rogers organizó cursos breves para la formación de consejeros psicológicos que, en realidad eran experiencias breves e intensivas de grupo con una orientación terapéutica y de desarrollo personal. Estos cursos iniciales fueron el origen de los “grupos de encuentro básico” que incorporaron los principios de la psicoterapia centrada en la persona y que hicieron especial énfasis en el incremento y mejoramiento de la comunicación –especialmente a través de la escucha empática y la aceptación incondicional– y de las relaciones personales (Rogers, 1970/2006). Los grupos de encuentro no pueden reducirse a una única modalidad porque crecieron y se diversificaron enormemente aprovechando su enfoque ecléctico de la teoría, los métodos de intervención y de su sistematización (Burns, 1983). Su proliferación y desarrollo llevaron asimismo al estudio y al análisis de sus diferentes variedades y su efectividad terapéutica (Howes, 1981).

En tercer lugar, la aportación de los “grupos maratón”. Estos grupos tuvieron su origen en el campo de la psicología clínica como una forma peculiar de la psicoterapia de grupo que se caracterizaba por la duración continua y extendida de las sesiones, que producía una disminución de las defensas psicológicas y un aumento de la intensidad de las relaciones interpersonales, lo que facilitaba y aceleraba los procesos terapéuticos (Bach, 1954, 1966, 1967a, 1967b, 1967c; Mintz, 1967, 1971; Stoller, 1967, 1968a, 1968b).

Por último, la aportación más relevante para los GCP actuales fue la de William Schutz (1963, 1967, 1971, 1973, 1979, 1984, 1989, 1994) que organizó de modo sistemático “grupos de encuentro abierto”, la mayoría en Esalen –el centro pionero del desarrollo personal en los años 60 y 70 en Big Sur, California–. Los grupos organizados por Schutz incluían ya las aportaciones de la psicología humanista, de los grupos del NTL, de los grupos de encuentro básico de Rogers y de los grupos maratón, a los que les añadió un componente corporal muy significativo –mediante técnicas terapéuticas de carácter físico, tanto occidentales como orientales, tales como la bioenergética, el rolfling, los masajes, el tai-chi, etc.–, así como elementos de orígenes muy diversos –meditación, psicodrama, teatro, música y arte, etc.– junto con algún añadido lúdico, de los que carecían las aportaciones previas. Además, por influencia de la psicoterapia gestalt, estos grupos de encuentro abierto incorpora-

ron una orientación centrada en “el aquí y el ahora” e incluyeron gran parte de los principios, técnicas y estilo de esta orientación psicoterapéutica. La capacidad de integración y síntesis que mostró Schutz para incorporar enfoques muy distintos estuvo facilitada por el hecho de que fue compañero de Abraham Maslow y Carl Rogers en el *University of Chicago's Counseling Center* y de Fritz Perls en *Esalen*, y de que hubiese sido también instructor de los grupos del NTL. El enfoque de Schutz se caracterizó por su continua flexibilidad, experimentación e innovación.

Características

Actualmente, los GCP consisten en la realización de un conjunto planificado de actividades en grupo –en un entorno relajado y seguro– que incluyen ejercicios estructurados de sensibilización y comunicación, así como reuniones en grupos pequeños en los que se combinan de modo equilibrado la comunicación entre las personas, la experiencia emocional y la reflexión. De ese modo proporcionan un conjunto de experiencias en un contexto adecuado que ayuda a los participantes a incrementar su conocimiento de sí mismos y de sus estilos de relación.

Tienen básicamente un carácter vivencial y no académico; los participantes constituyen el núcleo y la razón de ser de la experiencia, mientras que los psicólogos responsables del desarrollo de la experiencia de grupo adoptan un rol de acompañamiento, de supervisión y de facilitación de los procesos de evolución grupal y de desarrollo personal.

Las actividades de grupo se llevan a cabo bien en el grupo completo formado por todas las personas que participan en el encuentro –normalmente entre 14 y 50 participantes–, o bien en grupos pequeños –habitualmente de entre 8 y 12 personas–, de tal modo que los grupos son lo suficientemente grandes para alentar la interacción de persona a persona, a la vez que los grupos pequeños permiten que todos sus miembros interactúen significativamente.

La duración de estas experiencias intensivas de grupo suele estar limitada a alrededor de cinco días –aunque puede variar habitualmente entre dos días y una semana– en las que los participantes conviven en régimen de internado en un entorno propicio para la interacción interpersonal. El hecho de que los grupos se lleven a cabo de modo intensivo, en régimen de internado y en un entorno aislado facilita la toma de distancia temporal de los problemas personales e interpersonales en los que están inmersos los participantes en ese momento concreto de sus vidas, así como el aislamiento de las influencias del entorno que dificultan la concentración en el análisis y la reflexión.

Los GCP proporcionan la oportunidad de establecer nuevas relaciones personales con personas en principio desconocidas –y que no tienen una percepción condicionada por circunstancias familiares, laborales o de relación previa– y analizarlas en busca de claves que ayuden a comprender las dificultades interpersonales de los participantes. A lo largo de la experiencia estos grupos actúan como una réplica –en pequeña escala– del entramado social en el que viven las personas, por lo que

constituyen un escenario privilegiado para ensayar nuevos comportamientos, modos de actuación y actitudes que pueden ser extrapolados más adelante al contexto de la vida cotidiana de los participantes. Por otro lado, en estas experiencias intensivas se tiene la oportunidad de analizar, con la ayuda del resto de participantes, el origen y circunstancias de los problemas personales y de relación a los que se enfrentan, lo que habitualmente produce un aumento y mejora de las relaciones interpersonales y de la consciencia intrapersonal.

Los GCP están dirigidos fundamentalmente a las personas interesadas en el propio crecimiento personal y en la mejora de sus relaciones personales, y son especialmente eficaces con personas que tienen problemas vitales normales en algún área de su vida, especialmente en el ámbito de las relaciones humanas, bien de pareja, familiares o paterno-filiales, o en el ámbito social y laboral.

Asimismo, los GCP son de especial interés para los profesionales que trabajan en entornos grupales, especialmente los que trabajan en las áreas de la educación, de la intervención social y de la salud mental, así como para los psicólogos y los psicoterapeutas interesados en el trabajo con grupos como un elemento de su formación en el campo de la psicoterapia, ya que participar en estos encuentros les proporciona la oportunidad de tener un conocimiento experiencial de esta metodología de trabajo con grupos, gracias a la “participación observante” que se produce al participar en estas experiencias en las que se combinan participación y observación. Los GCP son un elemento característico de muchas formaciones en psicoterapia y consejo psicológico que consideran que el desarrollo personal es un elemento vital para la formación de psicoterapeutas competentes (Brison et al., 2015; Ieva et al., 2009; Lennie, 2007; McMahon y Rodillas, 2020; Mearns, 1997; Moller y Rance, 2013; Payne, 1999, 2001; Robson, 2009; Rose, 2008).

La participación en GCP supone e implica la intervención activa de cada uno de los miembros de los grupos mediante la que colaboran con el resto de los participantes para ayudarles a experimentar, analizar, comprender y –en su caso– a cambiar su conducta, a la vez que cada participante recibe retroalimentación y ayuda del resto de los miembros del grupo. Los participantes en los GCP no son unos participantes pasivos que esperan seguir unas instrucciones, recomendaciones o consejos, sino que se implican activamente en el trabajo de crecimiento personal que se desarrolla en el grupo.

Los GCP no son una forma de psicoterapia o de terapia propiamente dicha. No obstante, se fundamentan en la utilización de principios teóricos y técnicas aplicadas, que tienen su origen en diversas escuelas y orientaciones psicoterapéuticas, con el objetivo de facilitar el desarrollo y crecimiento de personas “normales”, es decir, de personas que tienen dificultades y/o problemas comunes y habituales en un grado “normal”, cuya intensidad no les inhabilita de modo grave para su funcionamiento personal y social, aunque les limita notoriamente y condiciona su calidad de vida psicológica y social. Los GCP se basan en la idea de que no es necesario estar “enfermo” o presentar algún tipo de patología para mejorar; de hecho a los

miembros de los grupos se les suele denominar “participantes” y no “pacientes”.

Aunque pueda parecer paradójico, el enfoque del crecimiento personal en grupo facilita el logro de metas de cambio individuales al aunar las experiencias emocionales con la reflexión cognitiva en un ambiente enriquecido de interacción y comunicación interpersonal, en el que las personas del grupo aportan información, comprensión y apoyo a cada uno de los participantes (Hartman, 1979).

Actualmente se siguen utilizando los grupos de crecimiento personal en múltiples ámbitos, además de su empleo habitual en el entrenamiento de psicoterapeutas y consejeros profesionales, y están también abiertos al público general (NTL, 2021; Person-Centred Encounter Events, 2021).

Referencias

- Bach, G. R. (1954). *Intensive group psychotherapy [Psicoterapia de grupo intensiva]*. Ronald Press.
- Bach, G. R. (1966). The marathon group: Intensive practice of intimate interaction [El grupo maratón: práctica intensiva de interacción íntima]. *Psychological Reports*, 18(3), 995-1002. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1966.18.3.995>
- Bach, G. R. (1967a). Marathon group dynamics: I. Some functions of the professional group facilitator [Dinámica de grupo maratón: I. Algunas funciones del facilitador de grupo profesional]. *Psychological Reports*, 20(3), 995-999. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1967.20.3.995>
- Bach, G. R. (1967b). Marathon group dynamics: II. Dimensions of helpfulness: Therapeutic aggression [Dinámica de grupos de maratón: II. Dimensiones de la utilidad: agresión terapéutica]. *Psychological Reports*, 20(3), 1147-1158. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1967.20.3c.1147>
- Bach, G. R. (1967c). Marathon group dynamics: III. Dimensions of disjunctive contact [Dinámica de grupos de maratón: III. Dimensiones del contacto disyuntivo]. *Psychological Reports*, 20(3), 1163-1172. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1967.20.3c.1147>
- Back, K.W. (1972). *Beyond words: The story of sensitivity training and the encounter movement* [Más allá de las palabras: la historia del entrenamiento de la sensibilidad y el movimiento de encuentro]. Russell Sage.
- Bradford, L. P., Gibb, J. R. y Benne, K. D. (1964). *T-group theory and laboratory method [Teoría de grupos T y método de laboratorio]*. Wiley.
- Brisson, C., Zech, E., Jaeken, M., Priels, J. M., Verhofstadt, L., Van Broeck, N. y Mikolajczak, M. (2015). Encounter groups: do they foster psychology students' psychological development and therapeutic attitudes? [Grupos de encuentro: ¿fomentan el desarrollo psicológico y las actitudes terapéuticas de los estudiantes de psicología?]. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(1), 83-99. <https://doi.org/10.1080/14779757.2014.991937>
- Burns R. B. (1983). Encounter groups [Grupos de encuentro]. En R. B. Burns (Ed.), *Counseling and therapy* (pp. 170-175). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-011-7721-4_15
- Egan, G. (1976). *El laboratorio de relaciones interpersonales: Teoría y práctica del sensitivity training*. Paidós.
- Faith, M. S., Wong, F. Y. y Carpenter, K. M. (1995). Group sensitivity training: Update, meta-analysis, and recommendations [Entrenamiento de sensibilidad grupal: actualización, metanálisis y recomendaciones]. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 390-399. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.390>
- Gibb, J. R. (1970). The effects of human relations training. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 2114-2176). Wiley.
- Gottschalk, L. A., Pattison, E. M. y Schaffer, D.W. (1971). Training groups, encounter groups, sensitivity groups and group psychotherapy [Grupos de formación, grupos de encuentro, grupos de sensibilidad y psicoterapia de grupo]. *The Western Journal of Medicine*, 115(2), 87-93.
- Hartman, J. J. (1979). Small group methods of personal change [Métodos de cambio personal en grupos pequeños]. *Annual Review of Psychology*, 30, 453-476. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.30.020179.002321>
- Howes, R. J. (1981). Encounter groups: Comparisons and ethical considerations [Grupos de encuentro: comparaciones y consideraciones éticas]. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18(2), 229-239. <https://doi.org/10.1037/h0086084>

- Ieva, K. P., Ohrt, J. H., Swank, J. M. y Young, T. (2009). The impact of experiential groups on master students' counselor and personal development: a qualitative investigation [El impacto de los grupos experienciales en el desarrollo personal y orientador de los estudiantes de maestría: una investigación cualitativa]. *The Journal for Specialists in Group Work*, 34(4), 351-368. <https://doi.org/10.1080/01933920903219078>
- Lakin, M. (1971). *Interpersonal encounter: Theory and practice in sensitivity training [Encuentro interpersonal: Teoría y práctica en el entrenamiento de la sensibilidad]*. McGraw Hill.
- Lennie, C. (2007). The role of personal development groups in counsellor training: understanding factors contributing to self-awareness in the personal development group [El papel de los grupos de desarrollo personal en la formación de consejeros: comprensión de los factores que contribuyen a la autoconciencia en el grupo de desarrollo personal]. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 115-129. <https://doi.org/10.1080/03069880601106849>
- Lieberman, M. A., Yalom, I. y Miles, M. (1973). *Encounter groups: first facts [Grupos de encuentro: primeros datos]*. Basic Books.
- McMahon, A. y Rodillas, R. R. (2020). Personal development groups during psychotherapy training: Irish students' expectations and experiences of vulnerability, safety and growth [Grupos de desarrollo personal durante la formación en psicoterapia: expectativas y experiencias de vulnerabilidad, seguridad y crecimiento de estudiantes irlandeses]. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(2), 163-186. <https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1502159>
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training [Capacitación en consejería centrada en la persona]*. Sage.
- Mintz, E. E. (1967). Time-extended marathon groups [Grupos de maratón de tiempo extendido]. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4(2), 65-70. <https://doi.org/10.1037/h0087939>
- Mintz, E. E. (1971). *Marathon groups: Reality and symbol [Grupos de maratón: Realidad y símbolo]*. Appleton-Century-Crofts.
- Moller, N. P. y Rance, N. (2013). The good, the bad and the uncertainty: Trainees' perceptions of the personal development group [Lo bueno, lo malo y la incertidumbre: percepciones de los alumnos sobre el grupo de desarrollo personal]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 282-289. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.754482>
- National Training Institute (2021). *Human interaction laboratory [Laboratorio de interacción humana]*. <https://www.ntl.org/human-interaction/human-interaction-laboratory/>
- Payne, H. (1999). Personal development groups in the training of counsellors and therapists: A review of the research [Grupos de desarrollo personal en la formación de consejeros y terapeutas: Una revisión de la investigación]. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 2(1), 55-68. <https://doi.org/10.1080/13642539908400806>
- Payne, H. (2001). Student experiences in a personal development group: the question of safety [Experiencias de estudiantes en un grupo de desarrollo personal: la cuestión de la seguridad]. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 4(2), 267-292. <https://doi.org/10.1080/13642530110086983>
- Person-Centred Encounter Events (2021). *Person-Centred encounter events [Eventos de encuentro centrados en la persona]*. <https://encounterevents.uk>
- Peters, D. R. (1966). *Identification and personal change in laboratory training groups [Identificación y cambio de personal en grupos de formación de laboratorio]* [Tesis doctoral, Universidad Tecnológica de Massachusetts, MIT].
- Robson, M. y Robson, J. (2008). Explorations of participants' experiences of a personal development group held as part of a counselling psychology training group: Is it safe in here? [Exploraciones de las experiencias de los participantes de un grupo de desarrollo personal realizado como parte de un grupo de capacitación en psicología de consejería: ¿Es seguro aquí?]. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(4), 371-382. <https://doi.org/10.1080/09515070802602153>
- Rogers, C. R. (1970/2006). *On encounter groups [Grupos de encuentro]*. Harper and Row.
- Rose, C. (2008). *The personal development group: The student's guide [El grupo de desarrollo personal: La guía del estudiante]*. London.
- Schutz, W.C. (1963). *An approach to the development of human potential [Una aproximación al desarrollo del potencial humano]*. National Training Laboratories.
- Schutz, W.C. (1967). *Joy: Expanding human awareness [Alegria: Expandiendo la conciencia humana]*. Grove Press.
- Schutz, W.C. (1971). *Here comes everybody: Bodymind and encounter culture [Todos Somos Uno: La cultura de los encuentros]*. Harper and Row.
- Schutz, W. C. (1973). *Elements of encounter: A guide to human awareness [Elementos del encuentro: una guía para la conciencia humana]*. Joy Press.
- Schutz, W. C. (1979). *Profound simplicity [Profunda sencillez]*. Bantam.
- Schutz, W. C. (1984). *The truth option [La opción de la verdad]*. Ten Speed Press.

- Schutz, W. C. (1989). *Joy: Twenty years later [Alegría: Veinte años después]*. Ten Speed Press.
- Schutz, W. C. (1994). *The human element: Productivity, self-esteem and the bottom-line [El elemento humano: productividad, autoestima y el resultado final]*. Jossey-Bass.
- Shaffer, J. B. y Galinsky, M. D. (1974). *Models of group therapy and sensitivity training [Modelos de terapia de grupo y entrenamiento de la sensibilidad]*. Prentice-Hall.
- Smith, P. B. (1975). Controlled studies of the outcome of sensitivity training [Estudios controlados del resultado del entrenamiento de sensibilidad]. *Psychological Bulletin*, 82(4), 597–622. <https://doi.org/10.1037/h0076841>
- Stevens, J. O. (1976). *El darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar*. Cuatro Vientos. (Trabajo original publicado en 1971)
- Stoller, F. H. (1967). The long weekend [El fin de semana largo]. *Psychology Today*, 1, 28-33.
- Stoller, F. H. (1968a). Accelerated interaction: A time-limited approach based on the brief, intensive group [Interacción acelerada: un enfoque de tiempo limitado basado en el grupo breve e intensive]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 18(2), 220-258. <https://doi.org/10.1080/00207284.1968.11508358>
- Stoller, F.H. (1968b). Marathon group therapy [Terapia de grupo maratón]. En G. Gazda (Ed.), *Innovations to group psychotherapy* (pp. 42-95). Springfield.
- Yalom, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1975)

VARIAZIONE DEL SETTING NELLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO DOVUTE ALLA PANDEMIA DA COVID19

CAMBIO DE ESCENARIO EN PSICOTERAPIA DE GRUPO DEBIDO A LA PANDEMIA DEL COVID19

CHANGE IN SETTING IN GROUP PSYCHOTHERAPY DUE TO THE COVID19 PANDEMIC

Leonardo Montecchi

Psiquiatra y psicoterapeuta. Director de la Escuela de Prevención “José Bleger”,
con sede en Rímmini. Italia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Montecchi, L. (2022). Cambio de escenario en psicoterapia de grupo debido a la pandemia del COVID19. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 157-172. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1129>



Riepilogo

Questo articolo si concentra sugli effetti prodotti dalla pandemia/ sindemia sul setting dei gruppi psicoterapeutici. Dopo avere descritto il concetto di gruppo e di gruppalità intesa come stato di coscienza modificato e come vissuto intenzionale e non intenzionale, si sofferma sulle condizioni di passaggio dalla situazione di aggruppamento in cui la gruppalità non è cosciente di se, al gruppo in cui la gruppalità prende coscienza. In oltre si mostrano le variabili indipendenti che favoriscono questo passaggio cioè il compito, lo spazio, il tempo e i ruoli/funzioni. In conclusione vengono descritti gli effetti di cambiamento del setting dovuti alla pandemia, soprattutto in relazione allo spazio, in tre gruppi. Il primo si svolge nel Centro Osservazione e Diagnosi della comunità di Vallecchio, in provincia di Rimini. Il secondo è un gruppo di apprendimento. Il terzo è un gruppo di psicoterapia.

Parole chiave: gruppo, consapevolezza del gruppo, scenario pandemico covid-19

Resumen

Este artículo se centra en los efectos producidos por la pandemia/sindemia en el escenario de los grupos psicoterapéuticos. Después de haber descrito el concepto de grupo y la grupalidad entendida como un estado modificado de conciencia y como una experiencia intencional y no intencional, se detiene en las condiciones de transición de la situación de agrupación en la que la grupalidad no es consciente de sí misma, al grupo en lo que es grupalidad 'toma conciencia'. Además, se muestran las variables independientes que favorecen este pasaje, es decir, la tarea, el espacio, el tiempo y los roles/funciones. En conclusión, los efectos del cambio de escenario debido a la pandemia, especialmente en relación al espacio, se describen en tres grupos. El primero tiene lugar en el Centro de Observación y Diagnóstico de la comunidad de Vallecchio, en la provincia de Rimini. El segundo es un grupo de aprendizaje. El tercero es un grupo de psicoterapia.

Palabras Clave: grupo, grupalidad, toma de conciencia de la grupalidad, escenario pandemia covid-19

Abstract

This article focuses on the effects produced by the pandemic / syndemic on the setting of psychotherapeutic groups. After having described the concept of group and groupality understood as a modified state of consciousness and as an intentional and unintentional experience, he dwells on the conditions of transition from the situation of grouping in which the groupality is not conscious of itself, to the group in which it is groupality 'becomes aware. In addition, the independent variables that favor this passage are shown, in the task, space, time and roles /functions. In conclusion, the effects of setting change due to the pandemic, especially in relation to space, are described in three groups. The first takes place in the Observation and Diagnosis Center of the Vallecchio community, in the province of Rimini. The second is a learning group. The third is a psychotherapy group.

Keywords: group, awareness of the group, covid-19 pandemic scenario

Questo lavoro si concentra sugli effetti di cambiamento radicale che si sono verificati da quando è iniziata la pandemia da covid19 che più correttamente deve essere definita sindemia cioè l'insieme di problemi di salute, ambientali, sociali, psicologici ed economici prodotti dall'interazione sinergica di malattie trasmissibili e non trasmissibili, caratterizzata da pesanti ripercussioni, in particolare sulle fasce di popolazione svantaggiata. Una visione proposta ancora negli anni, 90 da Merrill Singer (2009). Non è questa la sede per esporre le differenti concezioni fra sindemia e pandemia, basti solo la considerazione che un approccio basato esclusivamente sulla vaccinazione non è in grado di risolvere il problema perché l'affronta solamente da un unico punto di vista, mentre la sindemia impone di affrontarlo con la complessità di cui è composto.

In particolare, gli effetti psicosociali sembrano essere imponenti, forse permanenti ed in grado di condizionare la forma della soggettività delle generazioni a venire. Certamente l'aspetto più importante riguarda il vincolo con l'altro che, come dice Freud (2013):

“Nella vita psichica del singolo è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore e come nemico” questa considerazione, come è noto lo porta ad affermare che la psicologia individuale è fin dall'inizio psicologia sociale. La possibile presenza del virus trasforma l'altro in un inconsapevole nemico per questo si è modificata radicalmente la prossemica che come è noto si caratterizza per lo studio delle distanze tra le persone, per questo si parla di zona intima (fino a 50 cm) zona personale (fino a 120 cm) ed altre distanze che non interessano in questo studio. Come si può notare la distanza consigliata/imposta dalle regole igieniche (150 cm) annulla la zona intima ed anche quella personale. Non è chiaro, ancora se con lo scomparire della zona intima scompare anche la comunicazione intima o se questa riesca a permanere sotto altre forme. E' certo che la psicoterapia necessita di una comunicazione che sia almeno personale meglio se riesce ad essere intima. Un gruppo di psicoterapia nel lavorare sul proprio compito sviluppa diverse forme di comunicazione e costruisce la propria intimità differenziando un dentro ed un fuori. Il dentro ed il fuori è anche in relazione al sentimento di appartenenza: ad un certo punto del processo gli integranti percepiscono la gruppalità non solo come un fatto cognitivo, un pensiero, ma come un vissuto intenzionale: *erlebnis*, come avrebbe detto Husserl (2015), cioè una coscienza di essere gruppo che si presenta come uno dei molteplici stati che la coscienza può assumere.

Questo vissuto necessita del corpo perché è una passione allegra che si alimenta nell'intimità e nella circolazione libidica di quel corpo senza organi che è un gruppo.

La gruppalità autocosciente non emerge direttamente da un semplice aggruppamento come le persone nella sala d'attesa di una stazione o in viaggio in treno o in metropolitana o in tante altre situazioni di socialità sincretica, come sostiene José Bleger (2010, 2018).

In questi casi non c'è intenzionalità nel vissuto che accade, ci si trova in un tessuto molteplice di vincoli che travalicano i confini di una identità personale per

confondersi nella moltitudine che segue comportamenti definibili come quelli di uno stormo di uccelli o uno sciame di api. Giorgio Parisi (2021) ha studiato la dinamica del caos negli stormi di uccelli cercando di individuare i passaggi da forme disordinate e casuali a figure con un ordine transitorio e mutevole, in particolare, ciò che ci interessa in questo lavoro è ipotizzare quali siano delle variabili indipendenti che possano favorire la trasformazione di un aggruppamento in gruppo.

A questo punto dobbiamo riferirci al concetto di campo. Il concetto di campo in fisica supera la meccanica e ci porta dalla elettromagnetica nella relatività e nel mondo dei quanti.

È curioso come lo studio sul magnetismo abbia portato da una parte alle equazioni del campo di James Maxwell e da un'altra, a partire dal concetto di "magnetismo animale" di Mesmer, di cui il suo allievo Puysegur ipotizzò l'aspetto psichico e Braid chiamò ipnosi, di lì, tramite Charcot arriviamo a Freud ed alla psicoanalisi e al campo analitico teorizzato dai coniugi Baranger (Baranger e Baranger, 1990).

Dunque, si tratta del influenzamento reciproco tra soggetti/oggetti che genera un campo.

Il campo, seguendo José Bleger, possiamo distinguerlo in un campo ambientale, un campo psicologico ed un campo di coscienza.

A questo punto, ritorniamo al nostro interrogativo: quali sono le variabili indipendenti che permettono la trasformazione di una moltitudine o di un aggruppamento in un gruppo?

Il Compito

Mi servirò di un esempio.

Tempo fa mi trovavo a Roma nella stazione della metropolitana in attesa del treno. Era sera ed una moltitudine di persone aspettava l'arrivo delle vetture. Un leggero brusio di sottofondo mi accompagnava assieme ad una inquietudine derivante dal luogo sotterraneo e dalla quantità di persone ammassate.

Passa il tempo in questa serie in cui mi trovo, ma non arriva nessun convoglio. Poi dall'altoparlante una voce femminile comunica che a causa di uno sciopero il servizio era sospeso. Poi non dice altro.

A questo punto la massa amorfa e silenziosa che ero anche io comincia ad animarsi. C'è chi insulta il comune, chi se la prende con Dio, chi cerca di guadagnare l'uscita. Qualcuno, he sembra essere informato dice: "quando succede così poi mandano degli autobus, andiamo a vedere". Usciti in superficie comincia una interazione fra le persone, qualcuno chiede informazioni, qualcun altro cerca chi sia disposto a condividere un taxi e così via. Per tornare a Bleger, la socialità sincretica in attesa silenziosa si è trasformata in socialità per interazione, il vincolo implicito si trasforma in esplicito perché tutti condividiamo uno stesso scopo: raggiungere la nostra destinazione con altri mezzi.

Lo scopo, il compito, più chiaramente, ha funzionato da fondatore di una pluralità di gruppi che hanno cercato, in vario modo di attivarsi per risolvere il

problema. Il compito ha funzionato come un attrattore stano in una dinamica caotica.

Se prima si poteva aspettare passivamente lo spostamento fino a destinazione, ora, l'assenza del treno, ci stava costringendo al movimento ed alla interlocuzione con l'altro che ha portato ad un apprendimento, necessario alla soluzione del problema.

In fondo si tratta, più o meno, dello stesso problema che cercò di risolvere Pichón-Riviere (1982) quando si trovò a dovere gestire l'ospedale psichiatrico di fronte allo sciopero degli infermieri.

Come è noto quella situazione di necessità diede origine ad un compito: "gestire l'ospedale" che convocò gruppi di degenti che, informati da coloro che stavano meglio, autogestirono l'ospedale.

Se vogliamo risalire nel tempo, anche durante l'occupazione delle fabbriche che avvenne in Italia nel 1920 i consigli di fabbrica, si posero il compito di mantenere la produzione e dimostrarono che poteva essere autogestita.

Possiamo dunque affermare che una variabile indipendente che genera un campo gruppale è il compito. Dobbiamo anche dire che il concetto di compito come chiave di volta del gruppo è specifico della teoria dei gruppi operativi ed è stato precisato nel 1964 dal classico articolo di Pichón-Riviere in collaborazione con Armando Bauleo: "La notion de tarea in psiquiatria", articolo che è diventato un capitolo del Processo Grupal.

Lo Spazio

Ma il compito è una delle variabili indipendenti. Dobbiamo considerare che il campo ambientale è una variabile che si riferisce ad uno spazio liscio, illimitato, quello che Deleuze e Guattari (2002) chiamano piano di consistenza ma di cui è necessario definire l'ampiezza per circoscrivere le interazioni che vi avvengono e la produzione di emergenti che caratterizzano il lavoro sul compito.

Dunque lo spazio è una delle variabili indipendenti che è necessario considerare perché un aggruppamento si trasformi in un gruppo. Naturalmente lo spazio che consideriamo ha l'ampiezza dell'ambito gruppale e deve necessariamente avere le capacità per contenerlo e, come si è detto sopra, è importante che le distanze siano tali da generare uno spazio intimo/personale. Come abbiamo visto sopra, questo è uno dei problemi che si sono posti con la pandemia da covid19.

Lo spazio deve avere caratteri costanti, questo perché la "mutua rappresentazione interna" che Pichon dice essere una delle peculiarità di un gruppo operativo ha caratteristiche ecologiche, cioè l'oggetto non viene mutualmente rappresentato isolato, come se fosse un quadrato, un triangolo astratto, ma un oggetto con i vincoli con gli altri oggetti, una rete di relazioni che si organizza in una gestalt percettiva che non è una rappresentazione in assenza dell'oggetto che l'ha prodotta, ma la matrice attiva di quel gruppo specifico che include lo specifico campo ambientale in cui è contenuto: il colore delle pareti, gli infissi delle finestre, il pavimento ed il soffitto, i rumori di sottofondo, mobili e soprammobili, odori, sapori e così via e che si mette in azione quando il gruppo si ri/trova. In questo senso la costanza

dello spazio favorisce lo sviluppo della mutua rappresentazione interna, mutua perché ciascun integrante del gruppo ha la sua che non è sovrapponibile a quella di un altro ma è certamente l'effetto delle interazioni del gruppo nel suo lavorare sul compito. Ognuno è parte del tutto in una certa misura come sostiene la logica fuzzy, e la dialettica materialista.

L'aspetto interno fa sì che ciascun integrante appartenga al gruppo, alla sua produzione, così come avviene nella esecuzione di un concerto, là dove i musicisti producono la musica, o in un qualsiasi gioco prodotto dai giocatori e non da un singolo, ma senza quel singolo non ci sarebbe quel gioco. Forse l'esempio più calzante è dato da una Jam session di musicisti che si trovano per improvvisare (compito) uno di loro apre con un tema e gli altri lo modificano lo torcono lo trasformano e poi ritornano al tema come un flusso frattale tendenzialmente infinito e spiraleforme.

Spazio e compito non sono sufficienti per la trasformazione, dobbiamo fissare la variabile tempo.

Il Tempo

Qual'è il tempo che va fissato? Prima abbiamo parlato dello spazio come se si potesse prescindere dal tempo nella nostra epoca Einsteniana. In oltre di che tempo stiamo parlando, stiamo parlando del tempo esterno lineare, quello che i Greci chiamavano Kronos. Insomma il tempo dell'inizio e della fine, il tempo del cronometro e se vogliamo anche il tempo istituito dagli orologi delle chiese e poi nelle fabbriche.

Ma al di là delle considerazioni sulla parcellizzazione della vita quotidiana questo tipo di tempo, quello lineare a che vedere sia con l'inizio ma soprattutto con la fine della esperienza gruppale, non della mutua rappresentazione interna, ma del gruppo hic et nunc, qui ed ora con me. Il tempo definisce l'inizio e la fine di un incontro di gruppo, sia di una singola sessione che di un ciclo di sessioni.

La classica problematica dell'analisi terminabile e interminabile si estende anche all'ambito gruppale per questo motivo ci sono gruppi aperti e gruppi chiusi. Nei gruppi chiusi il tempo è finito, e così la fine retroagisce costituendo la prospettiva ultima. Questa chiusura provoca effetti claustrofobici, il compito appare come un oggetto temuto da evitare, vengono percepite le forze centrifughe che spingono ad uscire dalla situazione in cui ci si trova, ma contemporaneamente può manifestarsi la claustrofilia, di cui parlava Elio Facchinelli (1983) cioè: "un'area caratterizzata, a livello inconscio, da indistinzioni nel rapporto madre-figlio e dal collegamento con quell'immagine di terrore e fascinazione chiamata scena primaria. In quest'area le differenze proprie della vita adulta, tra madre e bambino, gravidanza e vita extrauterina, nascita e parto, si sciolgono in un continuum bivalente... Ciò che mi sembra essenziale è una condizione che coinvolge insieme, e allo stesso livello, madre e bambino".

Come si può vedere questa definizione si avvicina a quello che José Bleger chiama nucleo agglutinato che però esce dalla dimensione duale, di cui parla

Facchinelli, per immergersi nel piano della molteplicità. Successivamente Bleger chiama questo nucleo agglutinato/ ambiguo, nucleo glisco- carico (dal greco: nucleo viscoso) e scrive: “mi è impossibile, per ora, precisare l’estensione e il predominio nel tempo, sia che si tratti della vita intrauterina che di quella extrauterina” (Simbiosi e ambiguità).

Come è noto Bleger identifica questo nucleo come la parte psicotica della personalità, che, a mio parere corrisponde alla gruppalità cioè ad uno stato di coscienza modificato che si ri/attiva durante il passaggio fra aggruppamento e gruppo. La ripresa di contatto con questo stato, come si è detto può spaventare l’io che teme di perdersi e non ritrovarsi. Qui il tempo, che segnala il termine della esperienza, funziona come contenitore della paura che si deposita anche sullo spazio.

Nei gruppi aperti gli integranti possono entrare e fare l’esperienza nel gruppo che è iniziato prima dell’ingresso di un singolo integrante e continuerà dopo la sua uscita. All’interno di questi gruppi il tempo non è uguale per tutti, alcuni sono veterani, altri entrati quando già il lavoro era cominciato altri ancora sono nuovi. Nei gruppi aperti il tempo può essere un ostacolo al lavoro sul compito perché può lo può frammentare in diversi sotto gruppi, ma l’apertura, per certi aspetti facilita la claustrofilia e l’ingresso nella gruppalità nella misura in cui il lavoro sul compito cerca di elaborare la paura dell’individuo di perdersi nel gruppo.

Ma il tempo nella psicoterapia di gruppo non ha solo l’aspetto cronologico, non è solamente Saturno che divora i suoi figli, o se vogliamo il tempo del capitale che estende alla vita quotidiana la scansione dei tempi della fabbrica cioè il tempo lineare la cui freccia va in una sola direzione. In questo tempo non si può tornare indietro. Al contrario i greci avevano diversi termini per indicare il tempo, oltre a Konos c’è Aion, il tempo circolare il tempo del l’eterno ritorno. Dice lo Zaratustra di Nietzsche (2013): “Ma il groviglio di cause in cui sono implicato ritornerà, — e mi riprodurrà! Io stesso sono una delle cause dell’eterno ritorno”.

Io ritornerò con questo sole, con questa terra, con quest’aquila, con questo serpente — non a una nuova vita o a una vita migliore o simile: — io ritornerò eternamente a questa stessa identica vita, nel grande come nel piccolo, a insegnare di nuovo l’eterno ritorno di tutte le cose”.

Questa è il tempo del sogno e del mito, è il tempo a cui si accede nello stato di coscienza gruppale, spesso si ha la sensazione che una configurazione del gruppo si stia ripetendo oppure che il presente si estenda all’infinito senza un prima ed un dopo. Un momento così come lo definisce Henri Lefebvre (1977): ¿Il momento? È una festa individuale e liberamente celebrata, festa tragica e dunque festa vera. Lo scopo non è di sopprimere le feste o di lasciarle cadere in desuetudine nella prosa del mondo. È di unire la festa alla vita quotidiana” Critica della vita quotidiana.

Questo è il tempo che si vive nell’esperienza di gruppo al suo interno, cioè quando il il compito, lo spazio e il tempo lineare sono fissati.

I Ruoli/Funzioni

Ma è ancora necessario precisare quali sono i ruoli/ funzioni perché la situazione gruppale sia definita. In un gruppo appena formato da un compito i ruoli e le funzioni sono indiscriminati la confusione è dominante emergono come ostacoli a proseguire il lavoro sul compito le varie appartenenze istituzionali, gli integranti tendono a presentarsi per quello che fanno: sono medico, ingegnere, farmacista, operaio, carrozziere, commerciante ecc o nei gruppi di psicoterapia possono presentarsi con le diagnosi: sono bipolare, sono borderline, sono depressa, sono schizofrenico ecc. Queste identità istituzionali sia ricercate e attribuite dalle istituzioni scolastiche o imprenditoriali o non ricercate e attribuite dalle istituzioni psichiatriche funzionano come ostacoli a fare entrare il gruppo nel compito. Stiamo parlando di identità “come se”.

Sono aspetti specifici del pre-compito, come dicono Pichón- Riviere e Bauleo nell’articolo citato:”la pretarea aparece... como campo en el cual el proyecto y la resistencia al cambio serían las exigencias con signo opuesto y de creación de tensión; la búsqueda de salidas a esta tensión se logra a través de una figura transaccional, resolución transitoria de la lucha: aparece el «como si» o la impostura de la tarea. Se hace «como si» se efectuara la labor especificada (o la conducta necesaria)”.

In questa situazione solo una funzione di interpretazione è in grado di rendere il gruppo consapevole della situazione in cui si trova. Non è questo il luogo per approfondire la funzione della interpretazione nel gruppo, ci basti pensare che, come dice Pichón-Riviere, l’esistente, ossia il piano manifesto che configura la situazione specifica nel “qui ed ora”, è attraversato da un intervento/evento che non è solamente linguistico, possiamo usare per questo intervento il concetto elaborato da Habermas (1981) di atto comunicativo, perché l’atto è in grado di produrre nuovi emergenti. Cioè l’interpretazione ridefinisce la situazione e struttura nuove identità indessicali cioè riferite alla situazione nel qui ed ora.

In concreto, per esempio, se in un gruppo che si è riunito da poco tempo, attorno ad compito di apprendimento gli integranti continuano a presentarsi ed a comportarsi come se, in quel gruppo fossero medici, ingegneri, farmacisti ecc... qualcuno dice: “¿ma vi rendete conto che qui siamo tutti allievi?”

Questa interpretazione definisce la situazione che prima si era configurata come una sorta di “fiera della vanità” in cui ciascun integrante parlava ad un pubblico indistinto”come se” stesse facendo una conferenza o una lezione, in un gruppo costituito da quegli integranti specifici che faticano a capire l’informazione che hanno appena avuto e cercano di aiutarsi, l’uno con l’altro per capirla meglio. Questa trasformazione è in funzione di quel atto comunicativo che definiamo interpretazione.

È evidente come l’interpretazione che rende esplicito l’implicito possa essere non intenzionale, effetto di scambi comunicativi caotici e presentarsi casualmente per trasformare un aggruppamento in un gruppo oppure essere intenzionale e diventare uno strumento di quella funzione specifica che chiamiamo coordinazione. È qui torniamo al punto. Preferiamo parlare di funzione di coordinazione piuttosto

che di ruolo del coordinatore. Soprattutto nei gruppi terapeutici il coordinatore, che viene identificato come terapeuta, è oggetto di un transfert gruppale intensissimo. Il gruppo deposita su di lui l'onnipotenza taumaturgica e, per così dire, lo mette al posto di Dio. È necessario avere una formazione "ben fatta" per non agire il deposito e per riportare, con un dosaggio adeguato, la funzione terapeutica al gruppo che ne è titolare. Per questo il coordinatore deve sentire di stare interpretando un ruolo transitorio che consiste nel pensare con il gruppo non per il gruppo.

Dunque il ruolo del coordinatore deve essere fissato nella funzione che esercita, non è il padrone del gruppo, gli può essere assegnato, da parte del gruppo, come si è detto, il ruolo del "soggetto supposto sapere" ma la sua funzione assumendo il ruolo assegnato, parte dalla consapevolezza di sapere di non sapere quello che il gruppo sa di se stesso ma di poterne favorire la progressiva presa di coscienza attraverso le segnalazioni o le interpretazioni degli ostacoli cognitivi ed emotivi che il gruppo incontra nel suo lavoro sul compito.

Dunque la trasformazione da aggruppamento a gruppo avviene tramite un dispositivo induttore costituito da quattro variabili indipendenti che funzionano come costanti per ritagliare e circoscrivere la cornice (frame) o se si vuole il contesto (setting) che istituisce il gruppo. La definizione del setting appartiene ad un aspetto istituyente che istituendosi ogni volta genera un nuovo istituyente. La dinamica fra setting istituyente e setting istituito è l'istituzione del setting, in perenne tensione e su cui si depositano le ansie derivanti dalla rottura degli stereotipi che il lavoro del gruppo produce.

Come è noto si tratta di ansie depressive (paura di perdere vecchie certezze) paranoidee (paura di essere attaccati dalla novità) e confusionali (l'interno e l'esterno si confondono).

Nella misura in cui il setting (compito, spazio, tempo, ruoli/funzioni) tiene e resiste agli attacchi che tendono a distruggerlo, si sviluppa il processo gruppale attorno al compito.

Armando Bauleo (1978, 2000) ha raffigurato questo processo come un triangolo i cui vertici sono rappresentanti dal coordinamento, dal gruppo, e dal compito. A questi possiamo aggiungere l'osservazione che fa parte della équipe di coordinamento. I flussi percettivi, comunicativi, elaborativi all'interno di questo dispositivo disegnano forme caotiche, spezzate, ma tendono ad organizzarsi nella forma frattale della spirale.

Dunque, quando parliamo di un gruppo sappiamo che si troverà in un campo ambientale, un campo psicologico ed un campo di coscienza, questo ultimo campo è l'effetto del dispositivo induttore di cui abbiamo parlato sopra. È possibile che in circostanze molto particolari il passaggio dall'aggruppamento, dalla socialità sincretica, come dice Bleger o dalla serie come dice Sartre (1982) in critica della ragione dialettica, al campo di coscienza avvenga per il calore della situazione in cui ci si trova.

Sartre cita il grido "c'è da prendere la Bastiglia" che istituisce al momento,

quello che lui chiama “gruppo in fusione” che si distingue dalla serie come una figura che si staglia sullo sfondo. Ma in generale è il frutto di una sorta di “reazione chimica” o forse alchemica di cui il setting è l’induttore o se continuiamo a seguire la metafora alchemica, l’atanor.

Ma il gruppo, qualsiasi gruppo, non si svolge nell’iperuranio, come si è detto non stiamo parlando di geometria euclidea, dobbiamo collocare il gruppo nell’ambito istituzionale e comunitario specifico. Recentemente, ai quattro ambiti previsti da José Bleger (psicosociale, gruppale, istituzionale, comunitario) ho proposto un quinto ambito: l’ambito globale.

Gli ambiti, come è noto premono sul setting e contribuiscono alla formazione degli emergenti. In questo lavoro parleremo solamente di come la pressione derivante da un emergente del quinto ambito e cioè la pandemia/sindemia abbia rotto il setting e dissolto i gruppi ma anche di come si sia cercato di ricostruire il setting o variarlo tramite mezzi digitali e cosa questo abbia comportato.

Descriverò brevemente la situazione di tre gruppi.

Il Primo Gruppo

È un gruppo terapeutico che si tiene ogni settimana nel Centro di Osservazione e Diagnosi (COD) della comunità terapeutica di Vallecchio in provincia di Rimini. Il compito del gruppo è di parlare del motivo per cui si trovano nel COD e di qualsiasi altra cosa vogliono parlare. Lo spazio è costituito da una stanza le cui pareti sono decorate da due pannelli realizzati in passato da integranti del gruppo, uno è una rielaborazione di un quadro di Mondrian e l’altro contiene le parole della canzone “ Un senso” di Vasco Rossi. Il tempo condiste in sedute della durata di 1 ora e mezza a frequenza settimanale. Si tratta di un gruppo aperto cui sono invitati gli ospiti del COD. Il tempo medio di permanenza nel COD è di circa 3 mesi. Nella struttura vi sono altre attività terapeutiche, lavorative espressive e comunicative, che in questo lavoro non verranno descritte.

Il gruppo è formato in media da 10/15 integranti, maschi e femmine di età compresa fra i 20 e i 50 anni. Il gruppo è cocordinato dal dott. Michele Maurizio D’Alessio e da me. Tal ora è presente un osservatore muto.

La pandemia da Covid 19 ha colpito duramente il COD e la comunità terapeutica di Vallecchio. Nella primavera 2020 durante la quarantena tutte le attività che mantenevano contatti con l’esterno sono state sospese. La seduta di gruppo è stata sospesa. La comunità tutta e l’equipe terapeutica ha subito un grave lutto, il dott. Maurizio Bertaccini, il medico di base della comunità si è infettato ed è morto.

In questa situazione drammatica l’equipe terapeutica ha deciso di riprendere le sedute di gruppo assumendo le precauzioni necessarie. Il gruppo si riuniva all’aperto con i dispositivi di protezione necessari (mascherine ecc) e la distanza prescritta.

Le sedute di gruppo, con il setting mutato per una variabile, si tenevano in un prato primaverile nelle colline del riminese, dove è sita la comunità, al sole che in aprile e poi in maggio era particolarmente intenso.

La mancanza di ombra ha portato ad un nuovo spostamento. La seduta si svolgeva sotto il portico della casa del COD. Questi cambiamenti di spazio, come è evidente hanno reso difficile il mantenimento della intimità del gruppo, era come se i confini che istituiscono un dentro ed un fuori, quello che possiamo chiamare “pelle del gruppo” si fosse lesionata ed il segreto indispensabile per percepire l'appartenenza al gruppo, fosse costantemente violato da orecchie esterne.

In questa situazione, dopo molte sedute tenute sotto il portico un integrante del gruppo rende esplicito l'implicito: “ma io non mi fido a parlare di me in questa situazione, dobbiamo trovare un luogo più riparato” e gli altri partecipanti concordano.

Gli integranti si attivano e entrano in un momento istituzionale. Il setting del gruppo aperto che era in funzione da circa 20 anni non era mai stato deciso dagli integranti. Era stata l'equipe degli operatori a proporre gli spazi i tempi, i ruoli/ funzioni, il compito, come compito terapeutico aveva convocato non solo il gruppo ma tutta la istituzione.

Per la prima volta, in seguito allo sconvolgimento planetario dovuto alla pandemia gli integranti di quel gruppo, caratterizzati dalla dipendenza e dalla passività diventavano attivi e proponevano un diverso spazio per continuare il compito. Avevano individuato nello spazio inadeguato un ostacolo al compito.

L'equipe discute la proposta del gruppo terapeutico assieme ad altre, venne accettata per la singolarità e per la qualità di forza istituzionale che non ammetteva repliche se non con una affermazione del potere.

Il gruppo cominciò a tenersi in un nuovo spazio che garantiva la riservatezza. Il nuovo setting si era istituito grazie ad una forza istituzionale che era stata in grado di modificare l'istituto precedente ed aveva evidenziato la dinamica istituzionale cioè la capacità di cambiamento di fronte a cambiamenti globali.

Una piccola modifica che tuttavia andava a modificare coscientemente ed inconsciamente tutta l'istituzione e ne mostrava la vitalità.

Il Secondo Gruppo

È un gruppo di apprendimento il cui compito è discutere l'informazione e qualsiasi altra cosa di cui vogliono parlare. Le sedute erano di 2 ore con una frequenza circa quindicinale. L'informazione era portata a turno da un membro del gruppo che si si teneva prima in un bar e poi in una libreria. Il coordinatore è il dott. Lorenzo Sartini, io sono il supervisore. Il processo gruppale si è caratterizzato soprattutto per sviluppare un senso di appartenenza legato allo spazio. Più volte si sono definiti come il gruppo del bar **** anche quando hanno cambiato luogo di riunione.

Con l'arrivo della pandemia il gruppo ha cercato di riunirsi in spazi aperti, come il gruppo precedente, poi di fronte alla difficoltà dello spazio aperto hanno deciso di trasferirsi on line. In questo caso siamo di fronte ad una mutazione radicale, lo spazio di cui parliamo non è più lo spazio materiale caratterizzato da corpi concreti e distanze con tempi di percorrenza. In questo spazio, lo spazio del mondo della vita (lebenswelt) un integrante raggiunge il luogo preciso dove è convocato

il gruppo percorrendo una traiettoria nello spazio da un punto A al punto B in cui incontra gli altri integranti che al tempo t_0 entrano nel momento gruppale fino al tempo t_n quando il momento finisce e gli integranti si disperdono per i loro percorsi.

Come si è detto, lo spazio, assieme al tempo, ai ruoli/funzioni ed al compito che funziona da attrattore strano in un sistema dinamico caotico, costituisce il setting, che permette lo sviluppo del processo gruppale, di quel gruppo specifico, che accede alla coscienza della gruppalità, cioè alla coscienza di essere gruppo che si esprime quando qualcuno pronuncia il pronome “noi” riferito al gruppo in cui si trova, quell’ “ essernoi” esprime la coscienza di quella specifica gruppalità’.

Ora, come si è detto, in questo gruppo l’ “essernoi” era particolarmente legato allo spazio che aveva contenuto l’embrione di quel gruppo. Era il ricordo di un utero che caratterizzava quella pelle psichica di cui abbiamo parlato sopra li conteneva e forniva loro l’identità gruppale, il nome con cui si chiamavano, scherzosamente ma neanche tanto. Siamo il gruppo del bar ****.

Il trasferimento on line ha prodotto un forte trauma, lo spazio virtuale è illimitato, le distanze sono annullate, non si raggiunge più il luogo della convocazione ma il tempo del collegamento. Gli integranti rimangono nello spazio fisico dove si trova il dispositivo che permette il loro ingresso nel cyberspace, lo spazio digitale in cui si incontrano gli avatar, cioè le immagini dei singoli e del loro ambiente, catturate dalla telecamera della macchina e trasformate in formati compatibili per la connessione.

Ma questa trasformazione, nel caso del gruppo di cui stiamo parlando non si presenta come una metamorfosi cioè come dice Alessandro Sarti (comunicazione personale 2021) in una comunicazione personale la metamorfosi strutturale è ad esempio il divenire del bruco in farfalla. “la forma della farfalla è già inscritta nello spazio dei possibili del bruco, in quella che chiamiamo spazio delle fasi. Il divenire farfalla è una traiettoria controllata nello spazio delle possibilità del bruco. Cioè è una possibile biforcazione della dinamica che è già inscritta nelle possibilità genetiche. Su questo divenire strutturale i lavori di Rene’ Thom (1980) sono tra i più importanti. Ma un bruco non diventerà mai un lupo o una pozza d’acqua”

Discutevamo su questo temi con Alessandro Sarti (comunicazione personale 2021) a proposito della trasformazione in diversi stati di coscienza e cioè se queste trasformazioni siano metamorfosi o eterogenesi differenziate, il concetto proposto da Sarti (comunicazione personale 2021) e che mi sembra convincente per comprendere l’essernoi che caratterizza lo stato di coscienza gruppale. Il gruppo di cui stiamo parlando costituisce un ottimo esempio di eterogenesi differenziale. Nella seduta del 19 febbraio 2021 6 integranti (2 femmine e 4 maschi) e il coordinatore si connettono tramite Skype.

Il primo emergente segnala la necessità di organizzare uno spazio che non è quello di prima e non si sa cosa sia ma l’emergente centrale segnala l’eterogenesi differenziale del gruppo. Non sono più il gruppo del bar **** ma come segnala l’emergente centrale:

“È come se fossi una pozza d’acqua: non ho lo spessore, una fine, non ho un contorno preciso, non mi sento una persona umana”:

Questo emergente segnala una trasformazione dello stato di coscienza del gruppo che non era assolutamente contenuta nello spazio delle possibilità del gruppo che si incontra nello spazio materiale e si pone come interrogativo inquietante per qualsiasi gruppo virtuale.

Il gruppo ha continuato con difficoltà le sedute virtuali concludendo regolarmente il proprio percorso.

Il Terzo Gruppo

È un gruppo aperto di psicoterapia che ha come compito parlare degli ostacoli e delle difficoltà che impediscono la realizzazione dei progetti dei desideri, dei sogni e di qualsiasi altra cosa di cui si vuole parlare. Lo spazio è la sede della scuola Bleger a Rimini dalle 17.30 alle 19 con frequenza settimanale, io sono il coordinatore, la dottoressa Annalisa Valeri l’osservatrice con lettura di emergenti. Il gruppo è iniziato nel 2007, come si è detto è un gruppo aperto cioè gli integranti entrano e frequentano il gruppo per un periodo variabile da un anno in avanti. Con l’arrivo della pandemia il gruppo è stato sospeso poi è ripreso durante l’estate 2020 con gli accorgimenti prescritti: mascherine, distanziamento ecc. Con l’approssimarsi dell’inverno il gruppo è stato di nuovo sospeso ma questa volta c’è stata la proposta di utilizzare la possibilità di utilizzare le riunioni on line proposte da zoom.

Le perplessità iniziali erano legate soprattutto a difficoltà tecniche di apprendimento dell’uso della applicazione: come scaricarla, come farla funzionare ecc. Questi ostacoli sono stati superati in un tempo relativamente breve e questa fase ha aumentato la curiosità ed il desiderio di continuare il gruppo in un altro spazio.

Le sedute si sono succedute con regolarità, l’ingresso nel cyberspazio non è stato così traumatico come nel gruppo che ho descritto precedentemente. Anzi, molti degli integranti apprezzavano la possibilità di collegarsi senza doversi muovere da casa. In oltre la visione dell’immagine nel riquadro fornito dal programma, ampliava la conoscenza dei singoli al loro ambiente quotidiano, apparivano i mobili e soprammobili, i quadri alle pareti, le macchine del caffè o gli scolapiatti, gli strumenti musicali, le piante da appartamento e in particolare gli animali domestici che aprivano alla conoscenza reciproca gli oggetti quotidiani del mondo della vita di ciascuno.

La coordinazione, in questa situazione ha subito alcune modifiche e si è concentrata soprattutto sull’apprendimento dei turni di parola nella comunicazione digitale.

Come è noto i turni di parola sono fondamentali per apprendere l’ascolto dell’altro, ed ogni gruppo costruisce attivamente il proprio codice per rispettarli. Questo codice entra a far parte del più complesso schema concettuale di riferimento e operativo, l’ECRO che è il modo con cui il gruppo affronta il proprio compito.

I turni di parola sono particolarmente complicati perché non dipendono solamente dalla comunicazione verbale manifesta ma dalla comunicazione analogica,

latente: gli sguardi, i toni, il ritmo delle parole e dei movimenti degli arti, la lunghezza delle pause ecc.

La comunicazione digitale perde la finezza necessaria per il rispetto dei turni, è necessario che la coordinazione eserciti in primo luogo la funzione di moderazione e permetta la presa di parola di tutti gli integranti. Questa funzione rende più attivo il ruolo di coordinatore di un gruppo terapeutico on line e ne riduce la funzione interpretativa che tuttavia viene assunta in modo più significativo dall'osservatore la cui lettura degli emergenti diviene una ipotesi interpretativa dell'accadere grupppale quella seduta specifica.

In oltre, la funzione della chat prevista da zoom può permettere una comunicazione diretta fra osservatore e coordinatore durante la seduta e fra gli integranti stessi, fra tutti loro o anche fra l'uno e l'altro senza che tutti siano a conoscenza di quello che si dicono.

Il gruppo di psicoterapia on line di cui sto parlando nel corso del tempo ha comportato nuovi ingressi. Alcuni lontano da Rimini, da altre regioni, altri addirittura da paesi lontani 2000 chilometri. Il gruppo così formato e' andato avanti per oltre un anno. Per il Natale del 2020 un integrante ha suonato per tutti il pianoforte che si vedeva sempre nella sua cella zoom. In corrispondenza delle feste 2021 è nata la proposta di vedersi in presenza cioè di dare corpo, materia a quella dimensione un po' angelica in cui si era trasferita la libido grupppale.

L'ostacolo alla realizzazione del compito del gruppo era la dimensione virtuale. Il gruppo digitale desiderava incarnarsi, manifestarsi a se stesso nello spazio della terra. È stata prenotata con anticipo una stanza più grande che potesse garantire le distanze, ed il giovedì 23 dicembre 2021 il gruppo ha avuto la sua epifania. Sono presenti 9 persone di cui 6 maschi e 3 femmine. Manca **** che non è venuta per paura del Covid (e non solo). Arrivano alcuni in orario, altri in ritardo, in relazione alla provenienza e al posto che non conoscono. Alcuni non si sono mai visti fra di loro, altri sì, prima dell'introduzione del gruppo virtuale per la pandemia. Molti portano cose da mangiare e se le offrono, alcuni nonostante il Covid si abbracciano. Tutti tengono le mascherine.

Si sente molta emozione nell'aria.

Emergente iniziale: La sua fatica a stare con me... mi mette alla prova... smuove delle mie fragilità...

Emergente centrale: venire qui è terribilmente fastidioso. Molto emozionata... siamo tridimensionali, non abbiamo lo schermo come protezione Anche a me, non c'è paragone con gli incontri in video La presenza mi piace di più Nel frattempo mi sono ammalato

Emergente finale: Grande dipendenza dal sesso. Esigenze, vuoto che devo colmare con vicinanza dei corpi, calore Non dovevo materializzarmi, non mi ha toccato Devo stare attento alle malattie Penso molto al sesso, ma non agisco... se uno agisce vai incontro a dei problemi... Se ci sono dei problemi testa dura e tiri giù.

(Il mio commento è stato che quello che mi balzava agli occhi era la presenza,

il peso dei corpi nella loro bellezza ma anche nella loro precarietà, con la paura di ammalarsi, contagiarsi, ecc. Il sesso era l'opposto della malattia, un desiderio di contatto che però fa anche paura. Annalisa Valeri)

Come si evince dagli emergenti e dal commento il desiderio del gruppo ha prodotto il piacere di stare assieme di percepire il calore fisico della grupalità assieme al contagio dell'emozione dell'esserci incarnato ed al rischio di essere contagiati dal covid.

Questo passaggio dal reale al virtuale significa il passaggio dalla forma congiuntiva del vincolo che si caratterizza per aggiustamenti progressivi ed una ambiguità di fondo alla forma connettiva che non ammette ambiguità e richiede un formato specifico per connettersi in una comunicazione binaria: 0-1. Che l'era della pandemia/ sindemia abbia accelerato la transizione dalla comunicazione congiuntiva a quella connettiva e' l'ipotesi di Franco Bifo Berardi (2021), d'altra parte, io sono convinto che i vincoli connettivi non siano alternativi ai vincoli congiuntivi ma complementari.

Penso infatti che il passaggio da un gruppo reale ad uno virtuale e poi di nuovo ad uno reale costituisca la dinamica del setting in questa pandemia/sindemia, una dinamica che credo produrrà nuove ricerche e nuove forme dell'avvenire dei gruppi operativi.

Ringrazio il dott. Michele Maurizio D'Alessio il dott. Lorenzo Sartini e la dottoressa Annalisa Valeri che hanno reso possibile questo lavoro assieme agli integranti dei tre gruppi che ho citato.

Riferimenti

- Baranger, W. e Baranger, M. (1990). *La situazione analitica come campo bipersonale [La situación analítica como campo bipersonal]*. Cortina.
- Bauleo, A. (1978). *Ideologia, gruppo e famiglia [Ideología, grupo y familia]*. Feltrinelli.
- Bauleo, A. (2000). *Psicoanalisi e grupalità [Psicoanálisis y grupalidad]*. Borla.
- Bifo Berardi, F. (2021). *La congiunzione [La conjunción]*. Produzioni Nero.
- Bleger, J. (2010). *Simbiosi e ambiguità [Simbiosis y ambigüedad]*. Armando.
- Bleger, J. (2018). *Psicologia della condotta [Psicología de la conducta]*. Armando.
- Deleuze, G. e Guattari, F. (2002). *Che cosa è la filosofia [Qué es la filosofía]*. Einaudi.
- Facchinelli, E. (1983). *Claustrofobia [Claustrofobia]*. Adelphi.
- Freud, S. (2013). *Psicologia delle masse e analisi dell'io [Psicología de las masas y análisis del yo]*. Opere Bollati Boringhieri.
- Habermas, J. (1981). *Teoria dell'agire comunicativo [Teoría de la acción comunicativa]*. Il mulino.
- Husserl, E. (2015). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale [La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental]*. Il Saggiatore.
- Julienn, F. (2014). *Sull'Intimità [Sobre la intimidad]*. Cortina.
- Lefebvre, H. (1977). *Critica della vita quotidiana [Crítica de la vida cotidiana]*. Dedalo.
- Montecchi, L. (2021). *L'ombra dell'Angelo [La sombra del Ángel]*. Sensibili alle foglie.
- Nietzsche, F. (2013). *Così parlò Zarathustra [Así habló Zaratrustra]*. Adelphi.
- Parisi, G. (2021). *In un volo di storni [En un vuelo de estorninos]*. Rizzoli.
- Pichón-Rivière, E. (1982). *Il processo grupale [El proceso de grupo]*. Lauretana.
- Sartre, J. P. (1982). *Critica della ragione dialettica [Crítica de la razón dialéctica]*. Il Saggiatore.

Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health* [Introducción a la sindemia: un enfoque de sistemas críticos para la salud pública y comunitaria]. John Wiley & Sons.

Thom, R. (1980). *Stabilità strutturale e morfogenesi* [Estabilidad estructural y morfogénesis]. Einaudi.

UNA EXPERIENCIA DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO EN EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA APLICADA DE LA UNED

A TRAINING EXPERIENCE IN GROUP PSYCHOTHERAPY AT THE APPLIED PSYCHOLOGY SERVICE OF THE UNED

Paloma Salamanca Iniesta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2444-4653>

Terapeuta del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. UNED. España

Clara Alonso Sánchez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5300-0405>

Terapeuta del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. UNED. España

Carlos Otero Ortega

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9630-9779>

Terapeuta del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. UNED. España

M^a del Rosario Málaga Castilla

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0622-2475>

Terapeuta del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. UNED. España

Nazaret Sánchez Rivera

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3443-9500>

Alumna en prácticas en el Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. UNED. España

Mónica Rodríguez-Zafra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2609-0609>

Profesora Titular de la Facultad de Psicología. UNED. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Salamanca, P., Alonso Sánchez, C., Otero, C., Málaga Castilla, M. R., Sánchez Rivera, N. y Rodríguez-Zafra, M. (2022). Una experiencia de formación en psicoterapia de grupo en el Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 173-185. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1130>



Resumen

En este trabajo se describe una experiencia de formación en Psicoterapia de Grupo, impartida en el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Se ofrece este modelo con el objeto de que pueda ser útil como referencia de formación para otros grupos de formación y/o en otras modalidades y circunstancias económico/sociales. La formación comenzó en marzo de 2021 y fue completamente online dado que las restricciones de los aforos en la docencia, por las medidas sanitarias de aquel momento, dificultaban que fuese presencial. Además, uno de los objetivos más importantes fue poder tener la posibilidad de ofrecer apoyo psicoterapéutico grupal de forma inmediata con el objeto de atender a las necesidades de los usuarios y usuarias del SPA de la UNED, que se encontraban tanto en diferentes ciudades de España como en el extranjero. El trabajo realizado, tanto de formación como de terapia, pone claramente de manifiesto la eficacia del modelo formativo que se ha descrito en este trabajo, así como su capacidad para responder de forma prácticamente inmediata a una modalidad psicoterapéutica demandada, eficaz y necesaria.

Palabras clave: psicoterapia de grupo, formación, psicoterapia personal del terapeuta, formación y terapia de grupo online

Abstract

This paper describes a training experience in Group Psychotherapy, taught at the Applied Psychology Service (SPA) of the National University of Distance Education (UNED). This model is offered in order that it can be useful as a training reference for other training groups and / or in other modalities and economic / social circumstances. The training began in March 2021 and was completely online given that the restrictions on teaching capacities, due to the health measures at that time, made it difficult for it to be in person. In addition, one of the most important objectives was to be able to offer group psychotherapeutic support immediately in order to meet the needs of the users of the UNED SPA, who were both in different cities of Spain and abroad. The work carried out, both in training and in therapy, clearly shows the effectiveness of the training model that has been described in this work, as well as its ability to respond practically immediately to a demanded, effective and necessary psychotherapeutic modality

Keywords: group psychotherapy, training, personal psychotherapy of the therapist, training and group therapy online

En este trabajo se describe una experiencia de formación en Psicoterapia de Grupo, impartida en el Servicio de Psicología Aplicada (SPA) de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Se ofrece este modelo con el objeto de que pueda ser útil como referencia de formación para otros grupos de formación y/o en otras modalidades y circunstancias económico/sociales.

La formación comenzó en marzo de 2021 y fue completamente *online* dado que las restricciones de los aforos en la docencia, por las medidas sanitarias de aquel momento, dificultaban que fuese presencial. Además, uno de los objetivos más importantes fue poder tener la posibilidad de ofrecer apoyo psicoterapéutico grupal de forma inmediata con el objeto de atender a las necesidades de los usuarios y usuarias del SPA de la UNED, que se encontraban tanto en diferentes ciudades de España como en el extranjero. De este modo, todas las fases de la formación a los terapeutas del SPA y la terapia de grupo ofrecida a los usuarios y usuarias del SPA fueron *online*.

Las personas que formaron parte del proceso fueron 4 terapeutas, una alumna en prácticas y la formadora.

Iniciativa

En febrero de 2021 se realizó, por parte de los terapeutas del SPA de la UNED, una propuesta para ofrecer Psicoterapia de Grupo a las usuarias y los usuarios del SPA de la UNED. La propuesta fue acogida con gran interés y se planteó llevarla a cabo comenzando por un plan de formación teórico/práctica con los y las terapeutas del SPA.

Proceso y Fases de la Formación

La formación teórica consistió en 16 horas teórico-prácticas. La formación, encuadrada dentro del modelo Humanista, se basa en la comprensión de las fuerzas y fases grupales, la importancia de la cohesión grupal, los Factores Terapéuticos del Grupo propuestos por Yalom, el análisis y estudio de la Intervenciones Terapéuticas que favorecen los Factores terapéuticos referidos anteriormente y la explicitación de un determinado estilo y actitud del terapeuta (Yalom 1975, 1995; Yalom y Leszcz, 2005). Esta formación utiliza como metodología de aprendizaje la propia experiencia y el análisis del proceso.

Los temas tratados, entendiendo que son fundamentales para la comprensión de la dinámica grupal, fueron:

1. Concepto, historia y objetivos de la Psicoterapia de Grupo.
2. Fuerzas que se dan en el Grupo.
3. Concepto y relevancia de la Cohesión Grupal.
4. Fases grupales.
5. Grupos de apoyo/ grupos de terapia.
6. Factores terapéuticos del grupo.
7. Intervenciones terapéuticas que potencian los factores terapéuticos del

- grupo. Modelos y ejemplos de intervenciones.
8. Actitud del terapeuta.
 9. La finalización de la Terapia de Grupo.

Encuadre del Modelo de Formación

Este plan de formación se completó con un trabajo grupal en el que los terapeutas continuaron su experiencia formativa siendo pacientes de esta modalidad psicoterapéutica durante 5 meses, de modo que la formación se complementó con la experiencia grupal que comprendía tanto la participación de los terapeutas como pacientes del grupo de terapia como las posteriores sesiones clínicas realizadas con ellos sobre sus propias sesiones.

En estas sesiones clínicas la terapeuta/formadora del grupo describía y explicaba el sentido terapéutico de cada una de sus intervenciones, de las razones que le habían llevado a realizarlas y de lo que había visto en cada uno de los miembros del grupo. Se completaba la explicación con la interpretación del momento grupal, de la contratransferencia de la formadora y del modo en el que la había manejado. Después daba la posibilidad de que le hiciesen todo tipo de preguntas sobre cualquier parte del proceso y, con el objeto de ayudar al grupo a reflexionar sobre su propio proceso, la formadora preguntaba por el feedback sobre alguna intervención suya que hubiese faltado versus sobrado.

Este momento de reflexión del grupo sobre el propio grupo posibilitó profundizar tanto en los procesos personales como en los grupales, ofreciendo a los terapeutas un nivel de meta-reflexión muy importante en su formación, ya que la formación teórica ofrecida inicialmente se complementó con las reflexiones y explicaciones en las sesiones clínicas que se tenían después de cada sesión de terapia. Este proceso de reflexión del grupo sobre sí mismo y su dinámica tiene su origen en las experiencias desarrolladas por el National Training Laboratory (NTL) durante los años 60 (Bradford et al., 1964).

De este modo, la parte experiencial, además de ofrecer el entrenamiento en los roles de psicoterapeutas y de observadores, también consistió en el entrenamiento en la capacidad de reflexión sobre lo que acontece en el grupo en cada una de las sesiones, es decir, en la reflexión del grupo sobre el propio grupo. Esto permitió a los terapeutas un aprendizaje directo sobre la reflexión de lo que acontece en los grupos de terapia, tanto como terapeutas de grupo, como observadores y como pacientes.

De forma simultánea a esta última fase de la formación se comenzó a trabajar en un Grupo de Terapia con las usuarias y usuarios del SPA. La posibilidad de participar en un grupo de terapia se ofreció a través de la web del SPA y a las usuarias y usuarios del SPA cuyos terapeutas consideraron que podían beneficiarse de esta modalidad terapéutica.

En un primer momento el grupo de terapia con las pacientes del SPA (ocho mujeres de diferentes edades) fue dirigido en la modalidad de co-terapia por la profesora formadora en Psicoterapia de Grupo y por una de las terapeutas del SPA.

Los demás terapeutas y una alumna de prácticas formaron parte del equipo terapéutico como observadores y participantes de las sesiones clínicas. Estas sesiones tuvieron la función de servir de modelaje para los terapeutas observadores, que pronto asumieron el rol de terapeutas, supervisados por la profesora/formadora, que asumió el rol de observadora en los grupos de terapia.

Tras las sesiones de terapia todo el equipo de terapeutas participaba en la sesión clínica. Así, todo el equipo terapéutico se entrenó en los roles de terapeuta y de observador, aprendiendo los límites y las posibilidades de los encuadres de cada uno de estos roles.

Tras la sesión de terapia con las usuarias y usuarios del SPA, tenía lugar una sesión clínica, realizada con los terapeutas y la alumna en prácticas. Esta sesión se centraba en el análisis y reflexión sobre cada una de las intervenciones realizadas, el propósito de las mismas y el efecto que habían tenido en el grupo, así como en la lectura del momento grupal que daba significado y profundidad a las intervenciones terapéuticas y a sus efectos sobre el grupo.

Estas diferentes fases hicieron posible el entrenamiento de los terapeutas en diferentes niveles tanto desde el punto de vista teórico como experiencial.

Como ejemplificación de lo que este modelo supuso para los terapeutas participantes y la alumna en prácticas, se transcribe a continuación su experiencia, quedando agrupada en cuatro apartados.

La Experiencia de los Terapeutas

El Sentido de la Formación en Psicoterapia de Grupos en la Universidad

Los terapeutas refieren que en su experiencia formativa, tanto durante el grado universitario como en diferentes postgrados, la terapia de grupo ha sido una modalidad terapéutica bastante ignorada y que cuando se ha trabajado en el currículo ha sido de forma teórica y superficial sin considerar la parte humana y emocional que sucede dentro del sistema grupal, como sistema en continuo movimiento. Así, lo grupal aparece únicamente como una forma de ahorrar recursos, ofreciendo un programa a varias personas a la vez, pero eliminando por completo el componente interpersonal.

Después de la experiencia, es unánime la idea de que este tipo de formación no se ofrece en el Grado de Psicología, ni siquiera en la oferta de asignaturas optativas. Esto es especialmente significativo, dado que al buscar otras vías de capacitación como terapeutas de grupo, se han encontrado con formaciones muy largas y algo complejas de entender en su estructura y contenido, por lo que no se adecuaban a sus necesidades.

Después de esta experiencia formativa en el SPA, experiencial y de intervención, señalan que no se ha sabido encontrar aún una forma adecuada de presentar la Terapia de Grupo en la universidad, que haga justicia a su potencial transformador. Es por ello que consideran, como terapeutas, que es necesario que se les dé

acceso a este tipo de experiencias que plantean el espacio de aprendizaje como un espacio seguro, como ensayo de la realidad en el que experimentar la relación con uno mismo y con los demás. Este tipo de experiencias pueden ser en determinadas ocasiones más completas y enriquecedoras que el proceso terapéutico individualizado, debido a que el terapeuta puede percibir a su paciente en un contexto diferente que enriquece su comprensión del mismo. También los pacientes pueden ver su experiencia enriquecida, dado que la experiencia grupal permite y facilita el modelado y la imitación del comportamiento de otros, las experiencias correctivas y la creación o mejora de una red de apoyo entre los miembros, entre otros factores.

Los participantes en la formación señalan que la principal ventaja en el programa aplicado en el SPA es su acercamiento no solo sustentado en lo teórico, sino en el contacto con la praxis desde 3 visiones:

- Como paciente inmerso en el proceso terapéutico (en lo experiencial)
- Como terapeuta reflexivo sobre el proceso terapéutico grupal propio (en lo analítico)
- Como terapeuta observador y reflexivo del proceso terapéutico de las usuarias de la terapia de grupo del SPA.

La dupla paciente-terapeuta reflexiva (experiencial-analítico) se incluye en diversos enfoques psicoterapéuticos como algo imprescindible; supone en este caso un despliegue mayor de destrezas que van más allá de las meras habilidades terapéuticas, no tanto como un entrenamiento, sino más vinculado a la capacitación de la persona que ejerce terapia.

Asimismo, señalan la importancia formativa de la propia experiencia vivencial en los diferentes roles y encuadres que se dan en terapia de grupo, dado que dota a los futuros terapeutas de mayores destrezas y competencias para el ejercicio de su profesión.

Compaginando el Trabajo Personal y el Trabajo con las Usuarias del SPA, Transitando por Diferentes Roles y Encuadres

Parece que uno de los aspectos más enriquecedores de esta experiencia ha sido la gestión interna de los diferentes roles: discente, paciente, terapeuta y coterapeuta y observador, cada uno de ellos con sus propias posibilidades y limitaciones.

A continuación, se transcriben literalmente las experiencias de los terapeutas del SPA, que dan cuenta de las implicaciones que ha tenido para cada uno de ellos este tránsito por diferentes roles.

Testimonio de los terapeutas:

“La mayoría de las pacientes de la terapia grupal eran, en ese mismo momento, también pacientes mías a nivel individual. Por lo tanto, lo que allí sucedía para mí tenía una trascendencia especial, pudiendo enmarcar las intervenciones o los silencios de las participantes en un proceso más amplio, sin que eso se pudiera poner de manifiesto por mi parte. De la misma manera, en las sesiones individuales contábamos con más material para trabajar, lo cual produjo en un número signi-

ficativo de casos avances importantes en su proceso, especialmente en aquellos donde había “heridas” de tipo relacional (como en casi todos nosotros hay). Esta dinámica de ida y vuelta (de la grupal a la individual y viceversa) produjo dinámicas muy productivas en ambos encuadres, y para mí ha sido de especial interés como profesional observarlos y entenderlos.

Respecto al trabajo personal realizado en paralelo, me facilitaba contar con un encuadre propio como paciente. Así, contaba con información de primera mano sobre qué fuerzas se podían poner en juego ante determinadas situaciones, qué dinámicas podían esperarse, qué surgía en mí ante algunos temas o actitudes, cómo viví yo momentos parecidos... Con la dificultad de no contaminar ninguno de los dos encuadres, me permitió estar en contacto conmigo y mi experiencia a la vez que disponible para otros y la suya, un dentro-afuera constante que sin saber bien por qué fluía de manera armónica.

En definitiva, tengo que reconocer que tanto desde mi “yo paciente” como desde mi “yo terapeuta” he vivido este proceso de manera experiencial, en una forma muy personal e íntima, y que la he disfrutado profundamente”.

Testimonio de los terapeutas:

Además, señala otro terapeuta “el proceso experiencial y metarreflexivo en el propio proceso terapéutico, me ha permitido poder ser más consciente de los procesos, las resistencias o dificultades que se ponen en juego en el trabajo como terapeuta. Todas ellas derivadas del proceso propio proceso terapéutico: mi posición en el grupo, los aspectos que más me interpelan (ej: muerte), la forma de contacto o interacción en el grupo (ej: “sacar hierro al asunto”, el humor...).

Todo ello para poner un poco de luz en ese entramado relacional que se constituye en la alianza del proceso terapéutico; haciéndome, además de lo comentado en el párrafo anterior, más consciente también de la flexibilidad en la praxis al trabajar desde el momento experiencial. Es decir, trabajar más desde el aquí y ahora relacional, proporcionando entre otros aspectos experiencias correctivas. Pudiendo todo ello liberarme un poco más del encorsetado enfoque en el que me muevo y suponer un rico aporte en mi experiencia profesional y formativa.

Una cura de humildad y realidad, así como un acercamiento a otras posiciones aparentemente antagónicas, pero que mucho nos dicen e interpelan en nuestro trabajo como terapeuta y persona”.

Testimonio de los terapeutas:

“Para mí, el tránsito entre diferentes encuadres ha sido el punto clave de esta formación, lo que la ha diferenciado de cualquier otra que hubiera experimentado previamente.

Entre todos los tránsitos de encuadre, destacaría el que me ha parecido más difícil y a la vez más relevante: el de realizar una sesión clínica sobre nuestro propio proceso tras la sesión de terapia.

Las sesiones formativas iniciales nos habían proporcionado esquemas para procesar la información, para ponerle nombre a lo que ocurría a nivel grupal e

individual en cada momento y en cada sesión y poder analizarlo. El extremo opuesto para mí fueron las sesiones de terapia, en las que el proceso sucedía “de abajo hacia arriba”: colocando la atención en qué emociones y sensaciones corporales se iban suscitando en mí durante la sesión, centrada principalmente en la vivencia. Tras las sesiones de terapia, cambiar el foco de atención hacia el proceso grupal y su análisis me resultaba muy dificultoso. Y sin embargo, considero que este espacio meta-reflexivo ha sido el punto más fuerte de esta experiencia de aprendizaje, ya que ha supuesto la integración de los aprendizajes arriba-abajo de las sesiones formativas y de los aprendizajes abajo-arriba de las sesiones terapéuticas.

Poder identificar los distintos elementos que forman parte de la terapia de grupo, las fases o los factores terapéuticos inmediatamente después de haberlos experimentado no sólo ha contribuido a fijar el conocimiento, sino también a generar nuevas preguntas y, por tanto, nuevos aprendizajes”.

Este Modelo de Formación ¿Qué Ventajas ha Tenido? ¿Qué Dificultades?

Una de las terapeutas expone: “Desde su comienzo se pensó como un espacio en el que fuesen tenidas en cuenta todas las necesidades de los participantes. Desde el principio estaba enfocado a la intervención a corto plazo como terapeutas. La flexibilidad: El hecho de que después se constituyese como grupo terapéutico en sí, fue algo imprevisto y complementario, pero redondo como experiencia formativa y de vida”.

Testimonio de los terapeutas:

Asimismo, citaron las siguientes las ventajas:

- *El componente experiencial ha estado presente incluso desde las sesiones formativas iniciales. La posibilidad de vivenciar genera curiosidad, y esto hace que el conocimiento nuevo esté desde un inicio contextualizado y sea un conocimiento buscado, no impuesto.*
- *El componente experiencial conlleva así mismo una mayor emocionalidad, lo que contribuye a fijar los conocimientos.*
- *La integración de procesos arriba-abajo y abajo-arriba que se produce en el espacio meta-reflexivo de la sesión clínica da lugar a un conocimiento encarnado. Facilita poder reconocer procesos grupales basándose no solamente en un análisis de la información, sino en las propias sensaciones corporales. Esto a su vez facilita la lectura de los procesos individuales y grupales de los pacientes.*
- *La explicación recibida durante las sesiones clínicas en relación a la lectura grupal y a las intervenciones y decisiones al respecto facilita la adquisición de competencias metodológicas. No sólo aprendemos qué hacer, sino cuándo, cómo y por qué.*
- *La aplicación del conocimiento ha sido inmediatamente posterior a su generación. Esto no solo contribuye a fijarlo, sino que lo enriquece con nuevas preguntas.*

- *Los diferentes encuadres generan retroalimentación entre sí. Por ejemplo, participar como observadora en el grupo de pacientes y efectuar el análisis de lo ocurrido en cada sesión terapéutica durante las sesiones clínicas es un facilitador de cara a poder reflexionar sobre los procesos en nuestro propio grupo.*

Asimismo, este espacio de formación en terapia de grupos teórico-práctica y de carácter vivencial, ha permitido que los terapeutas se aproximen al sufrimiento humano desde una perspectiva mucho más amplia y completa, nutriéndose de las experiencias y vivencias personales de los compañeros.

Por otro lado, las cuestiones planteadas por la terapeuta/formadora del grupo han favorecido reconocer la universalidad de las preocupaciones, miedos e inquietudes que acontecen de forma natural al ser humano. El que el grupo haya sido el sostén de todos, el lugar en el que había permiso y validación de todos los estados emocionales, ha permitido que éste sea un “lugar seguro” en el que poder expresar con libertad, honestidad y sinceridad, a la vez que todos aprendían el encuadre necesario para crear estos “lugares seguros” imprescindibles para que un grupo pueda ser terapéutico. La experiencia vivencial y el contacto con aquello que remueve y conmueve a todas las personas obviando el autoanálisis racionalizado como terapeuta, ha permitido llegar al fondo de aquello que nos interpela. Algo que permite no solo poder mejorar, sino conocer esas resistencias u obstáculos que muchas veces pueden estar incidiendo tanto en la vida personal del terapeuta como en la práctica terapéutica.

Con respecto a las dificultades, algunos terapeutas han vivido con dificultad el que cada persona se haya implicado de modo diferente. El hecho de que cada persona viva esta experiencia de forma personal y diferente dependiendo de las circunstancias externas y de su historia previa, tiene como consecuencia el que no todos los miembros estén predispuestos a abrir lo más íntimo, lo más emocional de su historia. No obstante, y a pesar de estar en un grupo, es importante respetar los tiempos de cada miembro de forma individual, por lo que esta aparente dificultad también se convierte en una ventaja, ya que ocurre en la realidad terapéutica.

Una última dificultad a la que es necesario prestar especial atención es la facilidad de los terapeutas para intelectualizar/racionalizar sus propias vivencias, por lo que la persona formadora/terapeuta debe tener especial atención a estos procesos.

Con respecto al formato online, se han encontrado tanto ventajas como dificultades. Por un lado, el formato online de la terapia con las pacientes de la UNED ha permitido que pudieran conectarse desde diferentes ciudades e incluso países. Y que más de un observador pudiera estar presente en el proceso; situación probablemente inviable en el formato presencial.

Por otro lado, entre las dificultades de la no presencialidad, señalan que dificulta la conexión emocional de la presencia. Además de las dificultades técnicas inevitables que surgen prácticamente en todas las sesiones y la reducción de algunas posibilidades, tanto de observación como de interacción, derivadas de que fuera

una formación en formato online.

¿Cómo ha Repercutido sobre los Pacientes tanto la Formación como la Experiencia Personal?

Algunos de los terapeutas de grupo discentes en la formación de terapia de grupo trabajaban a nivel individual con las pacientes que conformaban el grupo terapéutico, de tal modo que estas pacientes participaban como pacientes de ambas modalidades terapéuticas.

Los terapeutas señalan que la experiencia vivida como paciente de un grupo ha estado siempre presente como terapeuta de grupo, detectando paralelismos entre los dos grupos, comparando situaciones y/o recordando experiencias similares. Señalan que esto les permitió ser más precisos en la percepción de lo que estaba ocurriendo, más intuitivos, captando lo sutil con mayor facilidad, a la vez que seguían pudiendo captar las diferencias. Una de las terapeutas resume: *“Creo que mi experiencia personal ha posibilitado que hiciera un trabajo de mayor calidad”*.

En alguno de los terapeutas la formación no ha estado tan presente en el momento del quehacer terapéutico de modo que la interconexión y mutuos enriquecimientos entre la teoría y la práctica no se han potenciado todo lo deseable. No obstante, también señalan que los diferentes elementos de esta formación facilitan en gran medida la lectura de los procesos individuales y grupales de los pacientes, y las explicaciones recibidas durante las sesiones clínicas que tienen lugar tras cada sesión de terapia redundan en intervenciones y decisiones más acertadas como terapeutas grupales.

Experiencia como Paciente

Los terapeutas refieren que la experiencia como paciente les ha facilitado una mayor conexión intrapersonal, así como una mayor consciencia sobre sus heridas emocionales y sobre sus modos de vinculación. También les ha dado la oportunidad de poder hablar sobre temas, como la muerte, que en otros contextos están tabuizados.

Si bien todas estas experiencias han sido emocionalmente difíciles y han requerido de una enorme implicación personal, también han facilitado el crecimiento personal con el que todo terapeuta debe estar comprometido.

También ha facilitado comprender la intencionalidad práctica de ciertas intervenciones terapéuticas, aunque haya habido dificultades en el proceso de familiarización con ciertos conocimientos técnicos o conceptos teóricos nuevos.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que este proceso de aprendizaje experiencial comenzó dos meses antes del trabajo con el grupo de pacientes del SPA y que han transcurrido, en el momento de escribir estas páginas, siete meses desde el inicio del proceso de formación, es destacable la competencia que han desarrollado todos los terapeutas. Si bien todos ellos tienen un excelente currículum formativo, capacidades terapéuticas

reconocidas en sus respectivas formaciones y experiencia en terapia individual, es importante tener en cuenta que éste ha sido su primer encuentro con la terapia de grupo. Esto pone claramente de manifiesto la eficacia del modelo formativo que se ha descrito en este trabajo, así como su capacidad para responder de forma prácticamente inmediata a una modalidad psicoterapéutica demandada, eficaz y necesaria (Shay, 2021; Whittingham et al., 2021).

La eficacia de este tipo de formación también ha sido propuesta por otros autores, por ejemplo, cuando se ha trabajado activamente por el líder del grupo la cohesión grupal de los discentes (Bennett-Levy, 2019; Bennett-Levy y Finlay-Jones, 2018; Maaß et al., 2021). Asimismo, la participación en un grupo autorreflexivo se ha mostrado como una parte integral de la educación de los psicoterapeutas de grupo (Bennett-Levy y Finlay-Jones, 2018), y es recomendado por las asociaciones profesionales correspondientes, como la Asociación de Especialistas en Trabajo en Grupo (McCarthy et al., 2014; Zhu, 2018).

En general, las encuestas y las entrevistas realizadas a los pacientes de grupos han revelado que los participantes del grupo tienen expectativas positivas antes (Moller y Rance, 2013) y después de la experiencia grupal real. Por lo general, los discentes indican que haber pasado por una experiencia grupal real, tiene efectos positivos en su autoconciencia, su estilo de comunicación, su comportamiento interpersonal, su autoaceptación, la aceptación de los demás, su grado de empatía, su comprensión de la teoría de la mente, su sensibilidad personal, sus conocimientos sobre sus fortalezas y sus áreas de crecimiento y aprenden una conexión más profunda entre la teoría estudiada y la práctica de la Psicoterapia de grupo (Bennett-Levy, 2019; Chigwedere et al., 2021; Ieva et al., 2009; Kline et al., 1997; Schneider y Rees, 2012).

El hecho de que el grupo de terapeutas discentes en esta primera formación siguiese trabajando desde el rol de pacientes de grupo fue algo coyuntural. Sin embargo, dada la riqueza formativa de esta experiencia tanto a nivel personal como a nivel profesional, se propone que forme parte de la formación, tanto por la experiencia que se presenta en este trabajo como por los datos de otras investigaciones que avalan lo que se ha encontrado en esta experiencia.

Se proponen como mejoras en el proceso formativo de los terapeutas en esta modalidad terapéutica:

- Que los terapeutas se comprometan con su formación tanto intelectual como personalmente, reflejando este compromiso en su grado de participación en la formación.
- Que se realicen sesiones en las que se refresquen los contenidos teóricos inter-conectándolos con lo vivido en las sesiones de terapia.
- Que los terapeutas y profesores se comprometan con su trabajo personal como parte de su formación como terapeutas y profesores, por lo que se recomienda en futuras ediciones de esta formación que ésta se complemente con al menos un curso académico de trabajo grupal personal.

- Que se deriven al grupo de terapia a los pacientes con los que trabajen en terapia individual y que puedan beneficiarse de la combinación de las dos modalidades terapéuticas.
- Que los terapeutas asuman el compromiso de ser observadores y terapeutas de grupo en el SPA al menos durante un año académico, de modo que el grupo terapéutico de los pacientes del SPA siempre cuente con un equipo terapéutico formado al menos por dos co-terapeutas y dos observadores que asuman tras su año de observación el rol de terapeutas de grupo.

Con respecto a la implicación de la Universidad, en concreto del SPA, en la formación de sus terapeutas, se recomienda que la formación en psicoterapia de grupos forme parte de los compromisos formativos de la institución.

Referencias

- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development [Por qué los terapeutas deben predicar con el ejemplo: el caso teórico y empírico de la práctica personal en la formación y el desarrollo profesional del terapeuta]. *Journal of Behavioral and Experimental Psychiatry*, 62, 133 - 145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Bennett-Levy, J. y Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: a model to guide therapists, educators, supervisors and researchers [El papel de la práctica personal en el desarrollo de habilidades del terapeuta: un modelo para guiar a los terapeutas, educadores, supervisores e investigadores]. *Behavioral and Cognitive Therapy*, 47(3), 185 - 205. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1434678>
- Bradford, L.P., Gibb, J.R. y Benne, K.D. (1964). *T-group theory and laboratory method [Teoría de grupos T y método de laboratorio]*. Wiley.
- Chigwedere, C., Bennett-Levy, J., Fitzmaurice, B. y Donohoe, G. (2021). Personal practice in counselling and CBT trainees: the self-perceived impact of personal therapy and self-practice/self-reflection on personal and professional development [Práctica personal en orientación y aprendices de TCC: el impacto autopercibido de la terapia personal y la autopráctica / autorreflexión en el desarrollo personal y profesional]. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(5), 422-433 <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1846608>
- Ieva, K. P., Ohrt, J. H., Swank, J. M. y Young, T. (2009). The impact of experiential groups on master students' counselor and personal development: A qualitative investigation [El impacto de los grupos experienciales en la orientación y el desarrollo personal de los estudiantes de maestría: una investigación cualitativa]. *The Journal for Specialists in Group Work*, 34(4), 351-368. <https://doi.org/10.1080/01933920903219078>
- Kline, W. B., Falbaum, D. F., Pope, V. T., Hargraves, G. A. y Hundley, S. F. (1997). The significance of the group experience for students in counselor education: A preliminary naturalistic inquiry [La importancia de la experiencia grupal para los estudiantes en la educación de consejeros: una investigación naturalista preliminar]. *Journal for Specialists in Group Work*, 22(3), 157-166. <https://doi.org/10.1080/01933929708414377>
- Maaß, U., Kühne, F., Hahn, D. y Weck, F. (2021). Group cohesion in group-based personal practice [Cohesión grupal en la práctica personal grupal]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 50(1), 28-39. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000369>
- McCarthy, C. J., Falco, L. D. y Villalba, J. (2014). Ethical and professional issues in experiential growth groups: Moving forward [Cuestiones éticas y profesionales en grupos de crecimiento experiencial: avanzando]. *The Journal for Specialists in Group Work*, 39(3), 186-193. <https://doi.org/10.1080/01933922.2014.924722>
- Moller, N. P. y Rance, N. (2013). The good, the bad and the uncertainty: Trainees' perceptions of the personal development group [Lo bueno, lo malo y la incertidumbre: las percepciones de los aprendices sobre el grupo de desarrollo personal]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 282-289. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.754482>

- Schneider, K. y Rees, C. (2012). Evaluation of a combined cognitive behavioural therapy and interpersonal process group in the psychotherapy training of clinical psychologists [Evaluación de un grupo combinado de terapia cognitivo-conductual y proceso interpersonal en la formación en psicoterapia de psicólogos clínicos: evaluación de la formación en psicoterapia]. *Australian Psychologist*, 47(3), 137-146. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00065.x>
- Shay, J. J. (2021). Terrified of group therapy: investigating obstacles to entering or leading groups [Aterrorizado por la terapia de grupo: investigando los obstáculos para ingresar o liderar grupos]. *The American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 71-75. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200033>
- Whittingham, M., Lefforge, N. L. y Marmarosh, Ch. (2021). Group psychotherapy as a specialty: an inconvenient truth [Psicoterapia de grupo como especialidad: una verdad incómoda]. *The American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 60-66. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200037>
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy [La teoría y la práctica de la psicoterapia de grupo]*. Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy [La teoría y la práctica de la psicoterapia de grupo]. En G. M. Burlingame, K. R. MacKenzie y B. Strauss (Eds.), *Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change*. Wiley.
- Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books.
- Zhu, P. (2018). Experiential growth group in counselor education: A review of its pedagogy, research, and ethical dilemmas [Grupo de crecimiento experiencial en la educación de consejeros: una revisión de su pedagogía, investigación y dilemas éticos]. *The Journal for Specialists in Group Work*, 43(2), 144-165. <https://doi.org/10.1080/01933922.2018.1451581>

VALORACIONES ÉTICAS EN PSICOTERAPIA: ESTUDIO CON PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

ETHICAL EVALUATIONS IN PSYCHOTHERAPY: STUDY WITH MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN SPAIN

Joaquín Pastor Morales

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7463-3615>

Unidad de Salud Mental Comunitaria Macarena Norte.
Hospital Virgen Macarena, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España

Carmen del Río Sánchez

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2104-2245>

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla. Sevilla. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pastor, J. y del Río, C. (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: Estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 187-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.853>



Resumen

Estudios internacionales relacionan variables profesionales con la valoración ético-deontológica de algunas situaciones profesionales. El objetivo de este estudio es: 1) analizar las valoraciones éticas realizadas por profesionales de la salud mental del sistema sanitario público español en torno a algunas situaciones que pudieran darse en la práctica psicoterapéutica; 2) determinar situaciones controvertibles y/o de bajo consenso; y 3) estudiar la relación entre la categoría profesional y la orientación psicoterapéutica con la valoración ético-deontológica. La muestra estuvo compuesta por 308 participantes (209 mujeres y 99 hombres) todos ellos ejercitantes en servicios públicos de salud mental, cumplieron catorce ítems de la "Escala de ajuste ético y deontológico" (Pastor, 2017), así como un cuestionario de perfil sociodemográfico y profesional elaborado ad hoc. Se realizaron análisis descriptivos de los ítems y contrastes no paramétricos. La categoría profesional y la orientación psicoterapéutica influyeron en las valoraciones éticas que se realizaron respecto a las situaciones planteadas en la escala. Se encontraron dos ítems de bajo consenso interprofesional relacionados con el derecho a la autonomía del paciente y con la terapia familiar y de pareja. Se discute en torno a los aspectos éticos implicados en: 1) el debate "técnica" versus "relación"; 2) los sesgos profesionales; y 3) el mantenimiento de la relación terapéutica.

Palabras clave: psicología clínica, psiquiatría, psicoterapia, ética profesional, dilemas éticos

Abstract

There are international studies that link professional variables to the ethical assessment of some professional situations. This study aims to: 1) analyze the ethical evaluations carried out by mental health professionals from within the Spanish public health system with respect to some situations that may arise in psychotherapeutic practice; 2) determine controversial and/or low consensus situations; and 3) study the relationship between the professional category and the psychotherapeutic orientation with the ethical-deontological evaluations. The sample was composed by 308 participants (209 women and 99 men), all of whom are practitioners in public mental health services, filled out fourteen items of the "Ethical and deontological adjustment scale" (Pastor, 2017), as well as a questionnaire on their socio-demographic and professional profile which had been prepared ad hoc. Descriptive analyses of the items were performed along with non-parametric contrasts. The professional category and the psychotherapeutic orientation had an influence on the ethical evaluations that were completed regarding the situations presented on the scale. Two items of low interprofessional consensus were found that were related to the right to patient autonomy and to family and couple therapy. The ethical aspects of the following matters are discussed: 1) the "technical" versus "relationship" debate; 2) professional biases; and 3) the maintenance of the therapeutic relationship.

Keywords: clinical psychology, psychiatry, psychotherapy, professional ethics, ethical dilemmas

La intervención psicoterapéutica se sustenta ante todo en una relación en la que el vínculo, en el marco de los estudios sobre los factores comunes, ha sido considerado como el componente principal (Camacho, 2018; Gimeno y Mateu, 2020). Dicha relación profesional implicaría también los acuerdos sobre los objetivos del tratamiento y las tareas a llevar a cabo en el transcurso del mismo (Bordin, 1994; Cuijpers et al., 2018; Karver et al., 2006; Lambert, 2004; Norcross, 2011; Norcross y Newman, 1992). En los estudios de ética profesional y deontología, la relación terapéutica habría estado muy presente en el debate (Bascañán, 2016), desde donde se señalan aspectos tales como el manejo adecuado de la relación, el uso de terapias sin aval científico, los sesgos del terapeuta o el establecimiento de relaciones duales con pacientes, como algunos de los problemas deontológicos más relevantes que pudieran darse en el transcurso de la relación terapéutica (Pastor y Del Río, 2018). Todos estos aspectos se habrían relacionado con la categoría profesional del clínico o con la orientación psicoterapéutica desde la que interviene (Caro, 2020).

Con respecto al *uso de técnicas psicoterapéuticas*, la implementación pertinente de las mismas se justificaría en base a que procurarían *beneficios* a los usuarios (Caro, 2019). Estas técnicas tendrían que derivarse de modelos psicológicos o psicoterapéuticos paradigmáticos reconocibles, así como de una formulación psicológica del caso pertinente. Además, el uso adecuado de las mismas implicaría su consenso con los pacientes, ante quienes se tendría que justificar su utilización, informándoles de los objetivos que se pretenden alcanzar (Tjeltveit, 2006) y de otras alternativas terapéuticas existentes (Vyskocilova y Prasko, 2013). Realizar un *consentimiento informado* donde se especifiquen estos aspectos potenciaría la relación de confianza clínico-paciente y reduciría ansiedades al inicio de un tratamiento psicológico (Crawford et al., 2016).

Otros problemas ético-deontológicos relevantes en el transcurso de la relación terapéutica tendrían que ver con el *establecimiento de relaciones duales con los usuarios*. Estas relaciones tendrían que ser manejadas convenientemente para mantener la relación psicoterapéutica (De Sousa, 2012), de modo que junto al interés profesional tendría que coexistir el desinterés personal que garantizara el mantenimiento del primero (Sonne, 2007). La prevalencia de relaciones duales en psicoterapia tiende a disminuir cuando se comparan estudios actuales con otros realizados en las décadas de los 70 y 80, considerándose a las relaciones duales de tipo sexual como las más inapropiadas (Deng et al., 2015).

En cuanto a los *sesgos del terapeuta*, producidos al transmitir valores propios sobre lo que considera adecuado o inadecuado, constituirían otros de los posibles problemas deontológicos. Junto a los sesgos personales, habría otros derivados de la formación de base o de la profesión que se ejerce, por ejemplo, podríamos mencionar ciertas diferencias encontradas entre la profesión médica y la psicológica en cuando a las actitudes hacia la homosexualidad, siendo las actitudes de los primeros más prejuiciosas (Arnold et al., 2004), frente al ejercicio de la psicología, que se relacionaría con actitudes más favorables (Schellenberg et al., 1999).

Finalmente, se tendrían que considerar los *problemas relacionados con la terminación de la terapia*, explicando al usuario las razones por las que podría darse por concluida la misma (mejoría de la clínica o problemas objeto de la intervención psicoterapéutica, bajas expectativas respecto a que el paciente siga mejorando y, finalmente, el deterioro de la relación terapéutica (Del Río, 2005; Pastor y Del Río, 2018).

El objetivo del presente estudio fue conocer la valoración ético-deontológica realizada por psicólogos clínicos, psiquiatras y residentes de estas dos especialidades ejercitantes en el sistema sanitario público español en torno a situaciones que pueden suceder en la práctica psicoterapéutica. Se pretendió, asimismo, determinar si había diferencias en esas valoraciones en función de la *categoría profesional* y del *paradigma* desde el que intervenían los distintos profesionales.

Método

Participantes

El estudio se realizó con 308 profesionales (facultativos y residentes; 209 mujeres y 99 hombres) con una edad media de 39.4 años (rango 24 - 66), ejercitantes en el momento de la cumplimentación del cuestionario o en los últimos 5 años en diversas áreas hospitalarias del Sistema Nacional de Salud en España.

Instrumentos

Para conocer la valoración ética de los profesionales se utilizaron 14 de los 61 ítems de la “Escala de Ajuste Ético y Deontológico” de Pastor (2017). Esta escala está conformada por 61 ítems tras la redacción inicial de 92 y la posterior depuración, según el procedimiento de Osterlind (1989), de un juicio de expertos a partir de la consideración inicial de cinco dimensiones de ajuste ético-deontológico: evaluación psicológica, psicoterapia e intervención, investigación, relaciones duales y confidencialidad y consentimiento informado. Cada uno de los ítems describe una situación que puede suceder en la práctica clínica, relacionadas con las cinco dimensiones antes referidas. En la escala original, respecto de cada una de las situaciones planteadas, se formulan dos preguntas: por un lado, si se considera ética la situación planteada (pregunta de valoración: “¿Consideras ética la situación planteada?”) y, por otro, si dicha situación les había ocurrido en su práctica profesional (pregunta de incidencia: “¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?”).

Para el propósito específico de este trabajo, se seleccionaron 14 ítems (tabla 1) de la escala, por ser los referidos a los dominios de “psicoterapia” y “establecimiento de relaciones duales” y se utilizó únicamente la pregunta de valoración, con objeto de conocer el juicio profesional ético-deontológico de los profesionales respecto de la situación planteada. Las valoraciones otorgadas a los 14 ítems constituyen las variables dependientes de nuestro estudio.

Tabla 1
Ítems del Cuestionario

-
1. Iniciar tratamiento psicoterapéutico con un paciente sin motivación alguna para iniciar dicho tratamiento y con demanda exclusivamente psicofarmacológica
 2. No consensuar con el paciente las técnicas a implementar ni los objetivos a alcanzar en el transcurso de una psicoterapia
 3. Mantener una relación sexual puntual con un paciente que sigue una terapia en curso
 4. Revelar al paciente fantasías sexuales propias
 5. **Manifiestar el desacuerdo y censurar a un paciente que nos manifiesta sus creencias religiosas**
 6. Aceptar un regalo de un paciente como muestra de gratitud
 7. Acceder a que un paciente, pintor de profesión, pinte nuestra vivienda
 8. **En el curso de una terapia familiar, acceder a entrevistarse con uno de los miembros de la familia sin que los otros sean conocedores de dicha entrevista**
 9. En el curso de una terapia de pareja, revelar a uno de los miembros de dicha pareja la infidelidad del cónyuge, sin que previamente se haya consensuado con ambos la política a llevar a cabo con los posibles "secretos individuales" revelados al terapeuta
 10. Tratar a un paciente de orientación homosexual con técnicas psicoterapéuticas destinadas a reorientar su sexualidad
 11. Interrumpir la terapia para ser amigo de un paciente
 12. Contratar a un antiguo paciente para que realice las tareas domésticas de casa
 13. Aplicar técnicas psicoterapéuticas no contrastadas científicamente pero que, en base a la experiencia clínica, son consideradas eficaces a criterio del facultativo que las aplica
 14. Iniciar una relación de amistad con un paciente nada más concluir la terapia
-

Los profesionales realizaron una valoración ética de estas catorce situaciones. Las posibles respuestas a cada uno de los ítems (siguiéndose la propuesta de Pope et al., 1987) fueron: 1) rotundamente no, 2) en raras circunstancias, 3) no sé, no estoy seguro, 4) en algunas circunstancias, o 5) rotundamente sí.

Se aplicó, asimismo, un cuestionario elaborado *ad hoc* que recogía distintas cuestiones relacionadas con el perfil sociodemográfico y profesional del participante. Para el propósito de nuestro trabajo, consideramos la categoría profesional y la orientación psicoterapéutica de los participantes (tabla 2).

Tabla 2
Características Profesionales de los Participantes

Característica	n	%
Categoría profesional		
Psicólogo Clínico	130	42,2
Psiquiatra	80	26
PIR	68	22,1
MIR	30	9,7
Orientación psicoterapéutica		
Ecléctico-Integrador	119	39,14
Cognitivo-Conductual	59	19,40
Psicodinámica	35	11,51
Biologicista	33	10,86
Sistémica	32	10,53
Humanista-Experiencial	13	4,28
Otras	13	4,28

Nota. Cuatro participantes de la muestra no refirieron su orientación psicoterapéutica.

Procedimiento

La muestra se conformó en base a un muestreo no probabilístico. Para reclutarla se envió a los jefes de servicio y a algunos de los profesionales de las diecisiete comunidades autónomas españolas, vía e-mail, el enlace con la escala y el cuestionario. Se obtuvo el consentimiento informado previo a la realización de la escala y del cuestionario por cada participante. Además, tanto el proyecto de investigación como el protocolo de recogida de datos contaron con el dictamen favorable del comité de ética de la investigación biomédica de Andalucía.

Análisis de Datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado de las principales variables relacionadas con el perfil profesional del participante. Dada la medida ordinal de los ítems que integraban el mismo, se utilizó a la mediana como estadístico de tendencia central y a la amplitud semi-intercuartílica como medida de variabilidad. Los ítems se clasificaron en función del estadístico de variabilidad o la frecuencia obtenida en la opción 3 de respuesta:

1. En función del estadístico de variabilidad, obtuvimos: 1) *Ítems de imprecisión interprofesional*: respuestas de bajo consenso entre los profesionales. Se seleccionaron los ítems que ofrecieron una mayor ASI (una mayor dispersión en las respuestas ofrecidas) y 2) *Ítems de regularidad interprofesional*: respuestas de alto consenso entre los profesionales. Se consideraron los ítems con una menor ASI (una mayor unanimidad entre los profesionales).

2. Considerando la opción tres de respuesta (“no sé, no estoy seguro”), obtuvimos un tercer grupo de ítems que denominamos *ítems controvertibles*, definidos como aquéllos cuya respuesta a la opción 3 (“no sé/no estoy seguro”) superó el

20% de la muestra total. Este grupo fue denominado en el estudio de Pope et al. (1987) como “*difficult judgments*”.

Una vez realizado el análisis descriptivo, se procedió a la realización de contrastes bivariados con la prueba de Chi Cuadrado para esclarecer si las variables profesionales consideradas (categoría profesional y orientación psicoterapéutica) se relacionaban entre sí. También se consideraron las relaciones entre la edad y el sexo y dichas variables.

Finalmente, se procedió a determinar la influencia de las variables anteriores sobre cada uno de los catorce ítems de la escala utilizada. Dado que se trataba de variables politómicas se procedió al análisis de Kruskal Wallis y, posteriormente y como prueba *post hoc*, se realizó la prueba U de Mann Whitney con corrección de Bonferroni, utilizando como valor de significación .05. Se analizaron los tamaños de los efectos de Rosenthal (r) como extensión del estadístico d de Cohen.

Resultados

Análisis Preliminar

Con respecto a las variables sociodemográficas, la categoría profesional de los participantes contaba con grupos heterogéneos en cuanto a la variable “sexo” [$\chi^2_{(3, 308)} = 8.404, p = .038$], estando conformada la categoría profesional “PIR” por más mujeres de las esperadas y la categoría profesional “Psiquiatra” por más hombres de los esperados, según la distribución muestral obtenida. Por otro lado, como era esperable, la variable “edad” mostraba una distribución heterogénea en la variable “categoría profesional” [$\chi^2_{(9, 307)} = 142.621, p = .000$]. Los residentes PIR y MIR, eran más jóvenes que Psicólogos Clínicos y Psiquiatras.

Respecto de las variables relacionadas con el perfil profesional, la variable “categoría profesional” mostró una distribución heterogénea en cuanto a la “orientación psicoterapéutica” [$\chi^2_{(18, 305)} = 18.305, p = .000$], asociándose la orientación ‘*biologicista*’ a las categorías profesionales de ‘Psiquiatra’ y, sobre todo, a la de ‘Médico Interno Residente -MIR- de psiquiatría’.

Algunas de las orientaciones psicoterapéuticas (‘*humanista*’ y ‘*otras*’) tuvieron una representación escasa (tabla 2); por otro lado, la orientación ‘*biologicista*’, además de no constituir una modalidad psicoterapéutica en sí, estuvo asociada a las categorías profesionales ‘psiquiatra’ y, sobre todo, ‘MIR’, de modo que se optó por excluir del análisis a las categorías ‘*humanista*’, ‘*otras*’ y ‘*biologicista*’ y considerar las orientaciones ‘*cognitivo-conductual*’, ‘*sistémica*’, ‘*psicodinámica*’ y ‘*ecléctico-integradora*’.

Análisis de los Ítems y de su Relación con las Variables Profesionales

Análisis de los ítems: Ninguno de los ítems resultaron controvertibles (en ninguno la opción de respuesta ‘no sé, no estoy seguro/a’, superó el 20%), si bien los ítems 5 y 10, referidos a mostrar desacuerdo con las creencias religiosas y con

el tratamiento de personas para reorientar su sexualidad, fueron los que menos dudas generaron a los profesionales; los ítems 6 y 12, relativos al establecimiento de relaciones duales no sexuales, los que, sin llegar a ser controvertibles, más dudas generaron en los profesionales.

Los ítems de mayor imprecisión interprofesional, determinados con el estadístico *amplitud semi-intercuartílica* (ASI), fueron los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 13 y 14 donde ASI = 1.

Las respuestas de los participantes fueron unánimes en los ítems relacionados con relaciones duales de tipo sexual (ítems 3 y 4) y en los ítems 5 y 10, todos ellos con ASI = 0 (tabla 3).

Tabla 3
Porcentajes Obtenidos en las Opciones de Respuesta de Cada Ítem

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro/a	En algunas circunstancias	Rotundamente Sí
Ítem 1	16,6	30,2	8,1	40,3	4,9
Ítem 2	39,6	36	4,9	16,6	2,9
Ítem 3	93,18	2,92	1,62	0,97	1,29
Ítem 4	80,19	13,31	1,94	2,59	1,94
Ítem 5	88,3	8,1	1	1	1,6
Ítem 6	40,25	25,32	14,61	15,58	4,22
Ítem 7	65,26	17,2	5,52	8,44	3,57
Ítem 8	40	29,8	9,5	16,1	4,6
Ítem 9	92,8	3,9	1,6	0	1,6
Ítem 10	79,8	11,1	3,3	4,2	1,6
Ítem 11	61,89	12,38	9,77	6,51	9,44
Ítem 12	46,9	21,5	14,33	11,4	5,86
Ítem 13	9,8	14	4,6	46,3	25,4
Ítem 14	46,58	23,45	9,77	14	6,19

Variables relacionadas con los ítems pertenecientes al dominio “psicoterapias”:

- 1) *Categoría profesional:* Hallamos diferencias significativas en los ítems 2 [$H(3, 308) = 8,309, p = 0,04$] y 8 [$H(3, 305) = 14,746, p = 0,002$]. Tras el pertinente análisis *post hoc* (con la prueba *U* de Mann Whitney con análisis de significación con corrección de Bonferroni) no hallamos diferencias entre los grupos profesionales en el ítem 2; sí se apreciaron diferencias en el ítem 8, donde los residentes de psiquiatría ofrecieron respuestas más desajustadas a las normas deontológicas, con medidas del efecto (*r* de Rosenthal, 1991) moderadas (tabla 4).

Tabla 4
Categoría Profesional y Psicoterapia

Ítem	Grupo A: Psicólogos Clínicos		Grupo B: Psiquiatras		Grupo C: PIR		Grupo D: MIR		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
2	2	1	2	1	1	0,5	2	0	8,309*
8	2 D*** (-0,276)	0,5	2 D*** (-0,324)	1	2 D** (-0,323)	1	3 A*** (-0,276) B*** (-0,324) C** (-0,323)	1	14,746**

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto r .

2) *Orientación psicoterapéutica*: Se hallaron diferencias significativas en el ítem 2 [$H_{(3, 245)} = 10,562, p = 0,014$]. Tras el análisis *post hoc* con la prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), observamos que las mayores diferencias se daban entre el paradigma cognitivo conductual y las orientaciones psicodinámicas y ecléctica-integradora. Se hallaron también diferencias en el ítem 13 [$H_{(3, 245)} = 31,769, p = 0,000$], relativo a implementar técnicas psicológicas no contrastadas científicamente pero sí eficaces a criterio del profesional que las aplica. Tras el análisis *post hoc* con la prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), constatamos que existe una importante diferencia en la valoración ético-deontológica entre quienes intervienen desde el paradigma *cognitivo conductual* y el resto de las orientaciones psicoterapéuticas analizadas. Así, los terapeutas cognitivo-conductuales utilizan técnicas de las denominadas sin aval científico en menor medida que profesionales de otras orientaciones, obteniéndose tamaños del efecto moderados al comparar la orientación *cognitivo conductual* con la *psicodinámica* y la *sistémica*. Pese a la diferencia señalada, también los terapeutas cognitivo-conductuales ofrecieron valoraciones ético-deontológicas favorables a implementar terapias sin aval científico (adviértase la puntuación 4 en la mediana obtenida) respecto de la utilización de técnicas no empíricamente validadas. Finalmente, se hallaron diferencias significativas en el ítem 5 [$H_{(3, 245)} = 10,194, p = 0,017$] y 10 [$H_{(3, 245)} = 8,232, p = 0,041$]. Tras el análisis *post hoc* con la prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), observamos que las mayores diferencias se daban entre las respuestas que ofrecieron los participantes cognitivo-conductuales y los sistémicos (tabla 5).

Tabla 5
Categoría profesional y Orientación Psicoterapéutica

Ítem	Grupo A: Cognitivo Conductual		Grupo B: Sistémica		Grupo C: Psicodinámica		Grupo D: Ecléctico- Integradora		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
2	1 C* (-0,280)	0,5	2	1,5	2 A*(-0,280)	1,5	2 A*(-0,224)	1,5	10,562*
5	1 B* (-0,294)	0	1 A* (-0,294)	0,25	1	0	1	0	10,194*
10	1 B* (-0,291)	0	1 A* (-0,291)	0,5	1	0	1	0	8,232*
13	4 B*** (-0,424)	1	4,5 A*** (-0,424)	0,75	4 A*** (-0,494)	0,5	4 A*** (-0,270)	1	31,769***
	C*** (-0,494)		D*** (-0,270)		D* (-0,222)		C* (-0,222)		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto r .

Variables relacionadas con los ítems pertenecientes al dominio “relaciones duales”:

1) *Categoría profesional*: Únicamente se hallaron diferencias significativas en el ítem 7 [$H(3, 308) = 12,680, p = 0,005$]. Tras el pertinente análisis *post hoc* (con la prueba U de Mann Whitney con análisis de significación con corrección de Bonferroni) se determinó que los residentes de psiquiatría ofrecieron respuestas más desajustadas a las normas de los códigos éticos, con medidas del efecto (r de Rosenthal, 1991) moderadas (tabla 6).

Tabla 6
Relaciones Duales y Categoría Profesional

Ítem	Grupo A: Psicólogos Clínicos		Grupo B: Psiquiatras		Grupo C: PIR		Grupo D: MIR		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
7	1 D** (-0,262)	1	1 D** (-0,292)	0,5	1 D*** (-0,291)	0,5	2 A** (-0,262) B** (-0,292) C*** (-0,291)	1	12,680**

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto r .

2) *Orientación psicoterapéutica*: Se hallaron diferencias significativas en el ítem 3 [$H(3, 245) = 10,622, p = 0,014$]. El análisis *post hoc* con la prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), observamos que la única diferencia significativa fue en el ítem 3, donde los terapeutas *sistémicos*, frente a los *ecléctico-integradores*, ofrecieron respuestas más desajustadas a las normas éticas (tabla 7).

Tabla 7
Relaciones Duales y Orientación Psicoterapéutica

Ítem	Grupo A: Cognitivo Conductual		Grupo B: Sistémica		Grupo C: Psicodinámica		Grupo D: Ecléctica- Integradora		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
3	1	0	1 D* (-0,238)	0	1	0	1 B* (-0,238)	0	10,622*

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto r .

Discusión

En los últimos años, los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con la aplicación de intervenciones en su desarrollo han ido cobrando una mayor relevancia en los estudios empíricos, donde se ha puesto de manifiesto el debate existente entre los clínicos partidarios de implementar tratamientos empíricamente validados y otros más próximos a considerar los factores comunes como formas alternativas de valorar la eficacia en psicoterapia. Es decir, a tenor de los datos aportados por estos estudios, ni la práctica basada en la evidencia está representada en exclusiva por las técnicas empíricamente validadas ni procurar el beneficio en

psicoterapia debiera interpretarse como la aplicación rigurosa de tales procedimientos técnicos (Cuijpers et al., 2018; Marcus et al., 2014).

Con respecto al manejo de la relación terapéutica, independientemente del planteamiento epistemológico u orientación psicoterapéutica a la que se adscriba el profesional, las clásicas actitudes paternalistas en psicoterapia, de acuerdo con los criterios ético-legales actuales que priman el derecho de autonomía de los pacientes, no deberían mantenerse. Respetar las demandas de los pacientes y consensuar con ellos los objetivos del trabajo psicoterapéutico supondría, en línea de lo argumentado por Bordin (1994) y Cuijpers et al. (2018), un pilar nuclear de la relación profesional, además del respeto al principio de autonomía al que debemos adherimos (Pastor y Del Río, 2018). Sin embargo, muchos de los participantes de nuestra muestra, sobre todo los adscritos a posicionamientos *ecléctico-integradores* y *psicodinámicos* en contraposición con los terapeutas *cognitivo-conductuales*, seguían mostrando dificultades en el mantenimiento riguroso de este principio, aspecto que probablemente tenga relación con vestigios de esas clásicas actitudes paternalistas alejadas de las actuales obligaciones derivadas del principio de *autonomía*, inspirador a su vez del *consentimiento informado* con el que tendríamos que contar en psicoterapia. Hemos encontrado que el paradigma desde donde el profesional asienta su intervención influye en la relación terapéutica constituida, de modo que se podría mantener que en determinadas orientaciones, como en la *psicodinámica*, algunos terapeutas podrían ser menos proclives a adoptar actitudes en la necesaria sintonía con las preferencias del paciente, hecho que lejos de allanar la intervención psicoterapéutica, podría afectar, en línea de lo argumentado por Crawford et al. (2016), a la relación profesional. Frente a estas actitudes paternalistas que aún hallamos en la práctica de algunos psicoterapeutas, la literatura ha coincidido en señalar a la *confidencialidad* como el valor más asumido e interiorizado en psicoterapia (Carasevici, 2014). No obstante, los ítems empleados para valorar aspectos que tienen que ver con la confidencialidad han estado referidos a terapias con formato familiar o de pareja, circunstancia que añade matices a nuestras conclusiones ya que, lejos de coincidir con este autor, se ha identificado al ítem 8, relativo a acceder a entrevistarse con uno de los miembros de la familia sin que los otros sean conocedores de dicha entrevista, como una de las situaciones más imprecisas, si bien es cierto que eran los residentes de psiquiatría quienes emitían valoraciones ético-deontológicas respecto de este ítem más desajustadas, por lo que no sabemos si la imprecisión referida se debía a la mayor dispersión de los datos que la participación de este grupo profesional concedía.

Respecto al uso de terapias sin aval científico, los participantes de nuestro estudio consideraron apropiado implementar técnicas que no han sido contrastadas científicamente, con independencia de su orientación psicoterapéutica, aunque especialmente entre quienes intervienen desde paradigmas distintos al *cognitivo conductual*. Este resultado podría suponer un apoyo a las aproximaciones que enfatizan el valor de los procesos o de los modelos integracionistas en psicote-

rapia, hecho que podemos constatar al observar que no sólo la mayor parte de los clínicos que han participado en nuestro estudio refieran intervenir desde un modelo *ecléctico-integrador*, sino también que los psicólogos internos residentes también lo hagan, incluso en mayor medida que sus adjuntos. Pese a que la cifra de terapeutas *integradores* obtenida es considerablemente alta, otros estudios con psicólogos clínicos en España la elevan hasta el 67.1% (Prado-Abril et al., 2019a). ¿Podría suponer la intervención integradora un reto ético-deontológico añadido para los psicoterapeutas? A nuestro juicio, estos posicionamientos integradores no debieran confundirse con la falta de rigor o con el uso asilvestrado de las técnicas psicoterapéuticas. Probablemente, bajo la denominación de terapeuta *ecléctico-integrador* podrían hallarse clínicos con formaciones muy dispares entre sí y distintas formas de hacer psicoterapia con pocos o ningún punto de consenso metodológico, empírico o epistemológico. Esto no implicaría *per se* una *praxis* profesional inadecuada y reprochable desde una perspectiva deontológica, siempre que el *terapeuta integrador* hiciese un uso sistemático de las técnicas que aplica o bien fuese capaz de vehiculizar epistemológicamente sus intervenciones al amparo de modelos metateóricos como, por ejemplo, los *narrativos* o los *constructivistas*, desde donde posibilitar la integración con coherencia (Norcross y Newman, 1992), al tiempo que ejercitar la psicoterapia desde la práctica deliberada (Prado-Abril et al., 2019b), considerando a la alianza terapéutica como un elemento clave y nuclear desde donde entretejer la *praxis* psicoterapéutica (Flückiger et al., 2018).

En cuanto a los sesgos profesionales, hemos hallado que los participantes *sistémicos* de nuestra muestra tienen más dificultades para ajustarse los estándares éticos ante situaciones que implican la intervención con personas homosexuales utilizando técnicas para revertir su sexualidad (ítem 10), sesgo que podría guardar relación con algunos de los postulados en los que clásicamente estos profesionales se han podido formar y, por ende, con la formulación psicológica que pudieran realizar de la orientación homosexual, sin que ello implicase necesariamente actitudes prejuiciosas hacia este colectivo. No se han hallado, sin embargo, diferencias respecto de la profesión (médico o psicólogo), a diferencia de lo hallado por Arnold et al. (2004) y Schellenberg et al. (1999), para quienes ser médico se asociaría a actitudes más desfavorables y prejuiciosas hacia este colectivo. Respetar (del latín *respectus*) a las personas en psicoterapia haría referencia a la doble mirada a la que la etimología de esta palabra alude o, lo que es lo mismo, mirar al paciente dos veces para no impregnarnos de una primera impresión que no siempre está exenta de prejuicios y sesgos culturales, sobre todo en los casos de grupos humanos minoritarios. Respetar, por tanto, supondría el punto de partida para mostrar interés auténtico hacia grupos humanos que pudieran, en la línea de lo señalado por numerosos autores (Cabral y Smith, 2011; Griner y Smith, 2006; Horrell, 2008; Norcross, 2011; Smith, 2005), contar con retos evolutivos específicos no advertidos por tratamientos basados en la evidencia, por lo que tampoco se adaptarían las intervenciones a sus necesidades reales.

En lo concerniente a las *relaciones duales*, los participantes de nuestra muestra, en línea con las aportaciones de Deng et al. (2015), consideraron las *relaciones duales* de tipo sexual como las más inapropiadas. Pese a la unanimidad de los participantes respecto de considerar inadecuadas estas relaciones con pacientes, lo cierto es que los residentes de psiquiatría no se mostraron tan desfavorables a su mantenimiento como el resto de grupos profesionales, lo cual podría relacionarse con el hecho de que los residentes de psiquiatría, al menos al inicio de su formación, cuentan aún con escasa formación en psicoterapia, por lo que podrían no tener suficiente información sobre aspectos relacionados con la relación terapéutica y los límites que ésta comporta. Además, habría que tener en cuenta que algunos residentes de psiquiatría enmarcan sus intervenciones desde posicionamientos biomédicos, por lo que es posible que algunos de ellos desdeñen los aspectos antes referidos, ya que en actuaciones profesionales basadas en la prescripción farmacológica las variables relacionadas con la relación terapéutica probablemente no adquieran un peso tan relevante como en los procesos psicoterapéuticos. Con respecto a las *relaciones duales* no sexuales, los participantes no fueron tan taxativos (recuérdese que tres de los cinco ítems resultaron imprecisos e incluso uno de ellos, el relativo a “acceder a que un paciente pintor de profesión realice una actuación profesional en nuestra vivienda”, arrojó dudas ético-deontológicas de relevancia entre los participantes). Estos resultados nos refuerzan en el planteamiento de que, como señalaba De Sousa (2012), es necesario avanzar en la formación ético-deontológica reglada de los profesionales, no sólo en lo concerniente a los aspectos éticos afines a la relación profesional, sino en el manejo de la relación terapéutica en sí. Desde nuestra perspectiva, nunca una intervención con un paciente o usuario de psicoterapia debe emanar de necesidades no satisfechas del terapeuta. Compartimos con Sonne (2007) que, junto al interés profesional hacia el usuario debe coexistir el desinterés personal que aleje al profesional de la *mala praxis*, ya que no se puede sostener una psicoterapia sobre la base de una relación profesional confusa con límites poco definidos, confusión que se trasladaría al usuario, quien no sabría discernir qué roles corresponden al terapeuta y cuáles a él mismo, constituyéndose una relación que pudiera no promover la seguridad y la confianza necesarias que una psicoterapia necesita.

Las limitaciones de nuestro estudio guardan relación fundamentalmente con aspectos relacionados con la utilización de ítems que integraban una escala que, si bien contaba con validez de contenido, impidió que pudiera realizarse un análisis factorial, ya que la realización del mismo hubiera supuesto dejar fuera de dicha escala ítems que no saturaban ningún factor, siendo éstos habitualmente los más imprecisos o controvertibles, precisamente aquellos sobre los que se ha centrado nuestro interés y análisis. Como consecuencia, hemos recurrido a estadísticos (mediana y amplitud semi-intercuartílica) menos informativos que otros (media y desviación típica), a los que hubiésemos recurrido si la escala hubiese podido contar con el análisis factorial, además de que éste se habría centrado en factores

y no en ítems aislados. Además de lo anterior, contar con un mayor número de participantes procedentes de orientaciones ‘humanistas’ y otros pertenecientes a la categoría profesional de psiquiatras en formación (MIR) habría enriquecido mucho nuestros análisis.

Otra limitación guarda relación con los sesgos asociados a la variable sexo, en tanto la categoría profesional de los participantes contaba con grupos heterogéneos en cuanto a dicha variable.

Por otro lado, en investigaciones futuras, sería de interés ampliar los aspectos a estudiar, añadiendo, entre otros, ítems relacionados con otras terapias múltiples (de familia o grupos), con niños, con pacientes multiculturales, cuando hay requerimientos judiciales, etc.

Nota de autor: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Referencias

- Arnold, O., Voracek, M., Musalek, M. y Springer-Kremser, M. (2004). Austrian medical students' attitudes towards male and female homosexuality: a comparative survey [Las actitudes de los estudiantes de medicina austriacos hacia la homosexualidad masculina y femenina: una encuesta comparativa]. *Wien Klin Wochenschr*, *116*(21-22), 730-736. <https://doi.org/10.1007/s00508-004-0261-3>
- Bascuñán, M. L. (2016). Desafíos éticos en psicoterapia. Perspectiva de terapeutas y pacientes. *Revista de Psicoterapia*, *27*(104), 203-215. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.58>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions [Teoría e investigación sobre la alianza de trabajo terapéutico: Nuevas direcciones]. *The working alliance: Theory, research, and practice*, *173*, 13-37.
- Cabral, R. R. y Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes [Emparejamiento racial/étnico de clientes y terapeutas en servicios de salud mental: una revisión metaanalítica de preferencias, percepciones y resultados]. *Journal of Counseling Psychology*, *58*, 537-554. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Camacho, V. C. (2018). Alianza terapéutica y proceso discursivo: las dos ramas del análisis de proceso en terapia familiar. Una revisión de la literatura. *Revista REDES*, *38*, 65-92.
- Carasevici, B. (2014). Confidentiality principles in psychiatry [Principios de confidencialidad en psiquiatría]. *Medical-Surgical Journal*, *119*(1), 201-206.
- Caro, I. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, *30*(113), 73-91. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>
- Caro, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia*, *31*(116), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P. y Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey [Experiencia del paciente de los efectos negativos del tratamiento psicológico: resultados de una encuesta nacional]. *The British Journal of Psychiatry*, *208*(3), 260-265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Cuijpers, P., Reijnders, M. y Huijbers, M. J. (2018). The role of common factors in psychotherapy outcomes [El papel de los factores comunes en los resultados de la Psicoterapia]. *Annual review of clinical psychology*, *15*, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- De Sousa, A. (2012). Professional boundaries and psychotherapy: A review [Límites profesionales y psicoterapia: una revisión]. *Bangladesh Journal of Bioethics*, *3*(2), 16-26. <https://doi.org/10.3329/bioethics.v3i2.11701>
- Del Río, C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Pirámide.

- Deng, J., Qian, M., Gan, Y., Hu, S., Gao, J., Huang, Z. y Zhang, L. (2016). Emerging practices of counseling and psychotherapy in China: Ethical dilemmas in dual relationships [Prácticas emergentes de asesoramiento y psicoterapia en China: dilemas éticos en las relaciones duales]. *Ethics & Behavior*, 26(1), 63-86. <https://doi.org/10.1080/10508422.2014.978978>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis [La alianza en la psicoterapia de adultos: una síntesis metaanalítica]. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gimeno-Peón, A. y Mateu, C. (2020). Hacia la evidencia basada en la práctica en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 179-194. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.387>
- Griner, D. y Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A metaanalytic review [Intervenciones de salud mental culturalmente adaptadas: una revisión metaanalítica]. *Psychotherapy*, 43(4), 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Horrell, S. C. V. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with adult ethnic minority clients: A review [Eficacia de la terapia cognitivo-conductual con clientes adultos de minorías étnicas: una revisión]. *Professional Psychology Research and Practice*, 39(2), 160-168. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.160>
- Karver, M. S., Handelsman, J. B. y Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature [Metanálisis de las variables de la relación terapéutica en terapia juvenil y familiar: la evidencia de diferentes variables de relación en la literatura de resultados del tratamiento de niños y adolescentes]. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change [Manual de Bergin y Garfield de psicoterapia y cambio de comportamiento]* (4ª ed.). Wiley.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L. y Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies [¿Está el pájaro Dodo en peligro de extinción en el siglo XXI? Un metanálisis de estudios de comparación de tratamientos]. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>
- Norcross, J. C. (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness [Relaciones de psicoterapia que funcionan: capacidad de respuesta basada en la evidencia]. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Newman, C. F. (1992). *Psychotherapy integration: Setting the context [Integración de la psicoterapia: establecer el contexto]*. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-45). Basic Books.
- Osterlind, S. J. (1989). *Constructing test items [Construcción de ítems de prueba]*. Kluwer.
- Pastor, J. (2017). *Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional* (Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla). <https://idus.us.es/handle/11441/70507>
- Pastor, J. M. y Del Río, C. (2018). *Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en psicología clínica y psiquiatría*. Pirámide.
- Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., y Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 41(2), 147-158. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.147>
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G. y Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists [Ética de la práctica: Las creencias y conductas de los psicólogos como terapeutas]. *American Psychologist*, 42(11), 993-1006.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019a). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019b). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research [Procedimientos metaanalíticos para la investigación social]* (2ª ed.). Sage.
- Schellenberg, E. G., Hirt, J. y Sears, A. (1999). Attitudes toward homosexuals among students at a Canadian university [Actitudes hacia los homosexuales entre estudiantes de una universidad canadiense]. *Sex Roles*, 40(1-2), 139-152. <https://doi.org/10.1023/A:1018838602905>
- Smith, L. (2005). Psychotherapy, classism, and the poor: Conspicuous by their absence [Psicoterapia, clasismo y pobres: brillan por su ausencia]. *American Psychologist*, 60(7), 687-696. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.687>

- Sonne, J. L. (2007). Nonsexual multiple relationships: A practical decision-making model for clinicians [Relaciones múltiples no sexuales: un modelo práctico de toma de decisiones para los médicos]. *KS Pope, Dual relationships, multiple relationships, and boundary decisions*. <http://kspope.com/site/multiple-relationships.php>
- Tjeltveit, A. C. (2006). To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy [¿Con qué fines? Objetivos y resultados de la psicoterapia, la buena vida y el principio de beneficencia. Psicoterapia]*. *Theory, Research, Practice, Training*, 43(2). <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.186>
- Vyskocilova, J. y Prasko, J. (2013). Ethical reflection and psychotherapy [Reflexión ética y psicoterapia]. *Neuroendocrinology Letters*, 34(7), 590-600.

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

THERAPIST'S PERSONAL STYLE OF PSYCHOLOGISTS IN INTELLECTUAL DISABILITY WORK

Leandro Martín Casari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0139-0798>

INCIHUSA CONICET CCT Mendoza / Facultad de Humanidades y Ciencias Económicas,
Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina

María Florencia Rivas Ganem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1374-1804>

Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Argentina

Federico Richard

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4986-4075>

Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Casari, L. M., Rivas, M. F. y Richard, F. (2022). Estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan en discapacidad intelectual. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 205-222. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1104>

Resumen

El objetivo de este artículo es describir el estilo personal del terapeuta (EPT) en psicólogos clínicos que trabajan con pacientes con discapacidad intelectual, y analizar el efecto del enfoque teórico y de los años de experiencia profesional. Se trabajó con 104 psicoterapeutas de Argentina divididos en dos grupos iguales: 52 que trabajan con personas con discapacidad intelectual y 52 que trabajan con población clínica general en consultorio privado. Como resultado se encontraron diferencias significativas en tres dimensiones del EPT: Operativa, Involucración, Expresiva, las cuales obtuvieron puntajes superiores en el primer grupo de terapeutas. Por otro lado, el enfoque teórico no mostró un efecto diferencial sobre los grupos de terapeutas excepto en la función Expresiva, y se encontró una diferencia significativa en los años de experiencia profesional en los terapeutas de discapacidad intelectual. Se discuten estos resultados con investigaciones previas y se reflexiona acerca de la importancia de estudiar el perfil de los terapeutas.

Palabras claves: psicoterapia, terapeutas, discapacidad intelectual, enfoque teórico

Abstract

The objective of this article is to describe the personal style of the therapist (EPT) in clinical psychologists working with patients with intellectual disabilities, and to analyse the effect of the theoretical approach and years of professional experience. We worked with 104 psychotherapists from Argentina divided into two equal groups: 52 who work with people with intellectual disabilities and 52 who work with the general clinical population in private practice. As a result, significant differences were found in three dimensions of EPT: Operational, Involvement, Expressive, which obtained superior scores in the first group of therapists. On the other hand, the theoretical approach did not show a differential effect on groups of therapists except in expressive function, and a significant difference was found in years of professional experience in therapists with intellectual disabilities. These results are discussed with previous research and the importance of studying the profile of therapists is reflected.

Keywords: psychotherapy, therapists, intellectual disability, theoretical approach

Fechas de recepción: v1: 26-11-2021. v2: 24-12-2021. v3: 6-1-2022. Fecha de aceptación: 22-1-2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: leandromartincasari@gmail.com

Dirección postal: Av. Dr. Ruiz Díaz Leal s/n. INCIHUSA, CONICET CCT Mendoza. (5500) Mendoza, Argentina

© 2022 Revista de Psicoterapia



Una de las dimensiones que influye en la eficacia terapéutica está dado por los factores del terapeuta (Lambert, 2013), donde entre el 5 % al 9 % de la varianza en los resultados se explica por la figura del terapeuta (Johns et al., 2019). Sin embargo, es complejo enfatizar por qué algunos terapeutas logran mejores resultados que otros, ya que se ha visto que no depende del tipo de pacientes vistos, efectos de las diadas terapéuticas o inclusive el tipo de intervención que aplican (Johns et al., 2019).

Aparentemente los terapeutas terminan desarrollando cierto dominio para el tratamiento de determinados problemas específicos, que los vuelven más eficaces en situaciones clínicas similares o para la atención de pacientes con determinados niveles de gravedad sintomatológica (Johns et al., 2019). Por ello, es que hay un debate acerca de qué características terminan siendo las que mayormente determinan la eficacia de un terapeuta, básicamente se han dividido entre aquellas demográficas o personales y aquellas profesionales o producto del entrenamiento personal (Heinonen y Nissen-Lie, 2019). Sin embargo, hay estudios que demuestran que las características relacionadas al éxito de un terapeuta dependen más bien de la interacción entre factores personales y profesionales (Nissen-Lie et al., 2017), tales como: empatía, habilidades de comunicación verbal y no verbal, habilidad para reparar alianza terapéutica, calidez, apego seguro, y la capacidad de dudar acerca de sus intervenciones (Heinonen y Nissen-Lie, 2019). En la misma línea, muchas de estas características se han denominado habilidades interpersonales o relacionales, las cuales pueden ser entrenadas o desarrolladas fruto de experiencias en sus vidas privadas (Hill et al., 2017).

Es por ello, que también se ha buscado estudiar cómo son los terapeutas más allá de los recursos técnicos que aplican en sus tratamientos. Un estudio reciente realizado con más de 10000 psicoterapeutas de diferentes países encontró que los terapeutas tienden a actuar de una manera cálida y cercana en relaciones interpersonales, se perciben como tolerantes, contenedores, receptivos, intuitivos y optimistas (Orlinsky et al., 2019)

En este sentido, se ha propuesto el concepto de estilo terapéutico como una variable que integra aspectos profesionales y personales. Recientemente ha sido definido como “la manera habitual de trabajar” (p. 6, traducción de autores), que está influenciado por factores como la personalidad y el entrenamiento (Zhou et al., 2021). Si bien no es la única definición de lo que sería el estilo terapéutico, es una conceptualización reciente basada tanto en aportes teóricos como en entrevistas a expertos. De este modo, sería una intersección entre variables personales y profesionales.

Por otro lado, una línea de investigación con mayor desarrollo empírico es el concepto del Estilo Personal del Terapeuta (en adelante, EPT). Se define al EPT como: (...) un conjunto de condiciones singulares que llevan a un terapeuta a trabajar en un modo particular en su trabajo. Se refiere a las características normales que cada terapeuta imprime a su trabajo como resultado de su

particular manera de ser, más allá del foco de su trabajo y de los requerimientos específicos de la tarea. (Fernández-Álvarez et al., 1998, p. 352, traducción de los autores)

Si bien en dicha definición, el EPT pareciera ser únicamente producto de la personalidad del terapeuta, los autores posteriormente agregan que el concepto puede modificarse en función de factores profesionales, como las condiciones de trabajo y el entrenamiento (Fernández-Álvarez et al., 2003). Es un modelo que se plantea a partir de cinco dimensiones divididas entre aspectos técnicos, motivacionales y emocionales, así como aspectos relacionados a la estructuración del encuadre terapéutico. En función de ello, las dimensiones son: Atencional, Operativa, Expresiva, Involucración, Instruccional.

Paralelamente al surgimiento del concepto teórico se propuso un instrumento de autorreporte para evaluar el EPT, llamado *Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta* (en adelante, EPT-C). El EPT-C ha demostrado una coherencia con su desarrollo teórico, evaluando las funciones antes descritas y evidenciando propiedades psicométricas satisfactorias (Castañeiras et al., 2008).

A partir de la congruencia teórica y empírica entre el constructo del EPT y su medida de evaluación, se han desarrollado diversas líneas de investigación, entre ellas el estudio del EPT cuando se trabaja con poblaciones específicas de pacientes. Así se ha estudiado cómo son los perfiles de los terapeutas a través de la comparación de dos o más grupos: uno abocado a la atención clínica de personas con determinadas patologías o circunstancias clínicas y otro grupo de terapeutas que trabaja en clínica de adultos en general sin especificar una condición clínica determinada. Hasta el momento se ha estudiado el EPT de terapeutas abocados a la atención de: pacientes severamente perturbados (Rial et al., 2006), padres de niños internados en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (Vega, 2006), pacientes drogodependientes (Casari et al., 2019), niños con trastorno del espectro autista (Casari et al., 2017a), familias en situación de maltrato infantil (Casari et al., 2014), y pacientes con cáncer (Vera Cano, 2018). Las cinco funciones del EPT han demostrado poder discriminar el ámbito de trabajo y/o las condiciones clínicas de los pacientes con los cuales se trabaja. Es decir, aparentemente los terapeutas que trabajan con determinados pacientes desarrollan un perfil idiosincrático. Una población sobre la que aun no se han realizado estudios específicos, son los terapeutas que trabajan con pacientes con discapacidad intelectual (en adelante, DI).

Peredo (2016) refiere que “la discapacidad intelectual se ubica como uno de los problemas de mayor incidencia dentro de las dificultades generales o globales del desarrollo y el aprendizaje” (p.103). Siguiendo con la misma autora, no existe consenso acerca del término que se debería utilizar para describir a las personas que presentan problemas globales de aprendizaje. Se ha intentado fijar un acuerdo sobre la terminología, sin embargo, los términos *retardo mental* o *discapacidad intelectual* aún son de empleo común. De igual modo, se debe mencionar que el concepto retardo mental actualmente resulta inapropiado, por lo que se hablará de

discapacidad intelectual (en adelante, DI).

La noción actual de DI se enmarca en la noción general de discapacidad que: centra su atención en la expresión de las limitaciones del funcionamiento individual dentro de un contexto social y representa una desventaja sustancial para el individuo. La discapacidad tiene su origen en un trastorno del estado de salud que genera deficiencias en las funciones del cuerpo y en sus estructuras, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación dentro de un contexto de factores medioambientales y personales. (Schalock, 2009, pp. 22-23)

El tema de la discapacidad ha sido abordado desde diversos paradigmas o modelos que han dictado el modo de brindar atención a personas con esta condición. Aunque en la literatura se encuentran diversas denominaciones para estas concepciones, se pueden mencionar los tres paradigmas que engloban las posturas más habituales hacia el tema de la discapacidad: el paradigma tradicional, el paradigma médico-biológico y el paradigma social. Es dentro de este último que se concibe a la persona con discapacidad desde un enfoque biopsicosocial y se apunta hacia una integración real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida en la sociedad. Esta visión obliga a replantear los abordajes, que, hasta hace poco tiempo, eran bien vistos y promovidos por los profesionales que se relacionaban laboralmente con esta población. La psicología no escapa a esta influencia y, por tanto, se ve en la necesidad de revisar algunas de sus prácticas tradicionales a la luz del nuevo paradigma, que propone trascender la atención centrada exclusivamente en la persona para incidir en el contexto social. Esto implica, por ejemplo, el surgimiento de nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de los profesionales en psicología y, por tanto, una nueva planificación y orientación de los sistemas de atención (Alfaro-Rojas, 2013).

Uno de los desafíos con que se encuentran los psicólogos que trabajan en DI es la necesidad del trabajo interdisciplinario, especialmente con médicos que son quienes generalmente determinan el diagnóstico de DI. Sin embargo, los terapeutas tienden a desconfiar de los diagnósticos cuando son realizados por médicos, especialmente los terapeutas noveles (Wodrich et al., 2010). También los terapeutas tienden a diferir con relación a sus concepciones sobre el origen de la DI (Hogan, 2018).

A su vez, el rol del psicólogo también es importante en el abordaje de la DI debido a las comorbilidades psiquiátricas que suelen observarse en personas con DI (Stünkel-Grees et al., 2018). La psicoterapia es una alternativa eficaz para el abordaje de la DI, donde los objetivos están puestos en el desarrollo personal, autodescubrimiento y en el logro de cambios positivos. También se abordan temáticas como la discapacidad, dependencia y duelos, sin olvidar que se debe promover una visión positiva de sí mismo y focalizarse sobre las habilidades del paciente. Esto implica que los terapeutas deben realizar ciertos ajustes a los formatos tradicionales de la psicoterapia, es decir, ser flexibles para adaptar las intervenciones en función de los déficits cognitivos de los pacientes (Porcelan et al., 2019).

En cuanto a abordajes específicos, aquellas que han demostrado su eficacia son la psicoterapia de apoyo, la terapia cognitivo conductual y la entrevista motivacional (Porcelan et al., 2019). En esta última se destacan la importancia de ciertas cualidades de los terapeutas como empatía, honestidad y confiabilidad (Frielink y Embregts, 2013).

También se han encontrado evidencias de eficacia para las terapias narrativas grupales con personas con DI (McKenzie-Smith, 2020), donde el rol del terapeuta ha sido destacado como un aspecto clave de la terapia (Westerhof et al., 2016).

Enfoques más tradicionales como el psicodinámico han demostrado su evidencia, aunque en menor escala que las terapias cognitivo-conductuales (Himmerich, 2020). En el primero se enfatiza la necesidad de una base segura como condición para el tratamiento, donde los terapeutas actúan en tres fases: recolección de información, formulación y recontextualización, comunicación de interpretaciones. Tal como se mencionó anteriormente, se vuelve a comentar la necesidad de flexibilidad el terapeuta en el encuadre terapéutico y trabajar con sesiones breves (Himmerich, 2020).

Muchas veces los terapeutas cuando comienzan a trabajar en DI sienten que las personas no son aptas para psicoterapia porque cognitivamente no están en condiciones (Capri, 2014), por eso se recomienda nuevamente que los terapeutas sean flexibles en cuanto a sus abordajes y metas propuestas. También es una tarea que demanda elevados recursos personales y lidiar con contextos institucionales, por eso se sugiere supervisión, terapia personal y trabajar en otras tareas para mitigar el estrés del propio terapeuta (McInnis, 2016).

En síntesis, la figura del terapeuta parece ser clave en el abordaje clínico de personas con Discapacidad Intelectual. La literatura señala la necesidad de una idiosincrasia particular, destacándose la importancia de la flexibilidad para adecuar los objetivos y evitar caer en la frustración, así como no centrar la mirada en los déficits y promover un trabajo que revalorice el desarrollo personal de las personas. Estas cualidades que se señalan como recomendables en los terapeutas involucran tantos a aspectos personales como profesionales. Por ello, el concepto del EPT es una base teórica acorde al estudio de estos profesionales, debido a que en el constructo confluyen tanto factores personales (como la personalidad de los terapeutas) y factores profesionales (orientación teórica y años de experiencia). En este sentido y continuando con una tradición de investigaciones previas, el conocimiento del EPT de acuerdo con el trabajo con determinadas condiciones clínicas, puede permitir conocer cómo actúan los profesionales, y eventualmente, el resultado al cual conduce su accionar (Fernández-Álvarez et al., 2003). De este modo, se favorecería el entrenamiento de futuros aspirantes al trabajo en esta temática, promoviendo estilos terapéuticos específicos.

En función de los aspectos desarrollados, los objetivos del presente trabajo fueron: 1) Comparar el Estilo Personal del Terapeuta en dos muestras de psicoterapeutas: una abocada al trabajo con personas con discapacidad intelectual, y

otra muestra dedicada a la atención de población clínica en general; 2) Analizar si los años de experiencia y el enfoque teórico tienen un efecto significativo en las funciones del EPT al interior de cada grupo de psicoterapeutas.

Método

Participantes

Los participantes fueron reclutados a través de un muestreo por accesibilidad, no intencional y no aleatorizado. Se trabajó con una muestra compuesta por 104 psicoterapeutas de Mendoza, Argentina, divididos en dos grupos: Grupo Discapacidad (en adelante GD) (n= 52) y Grupo Clínico (en adelante GC) (n= 52). El primero de estos grupos, está abocado al trabajo clínico con pacientes que presentan discapacidad intelectual. En tanto que, el segundo subgrupo, corresponde a una muestra de psicoterapeutas que trabajan con población clínica general. La distribución por edad, sexo y años de experiencia clínica pueden visualizarse en la tabla 1.

Tabla 1.

Descripción de Variables Demográficas y Profesionales en cada Grupo de Terapeutas (n= 104)

	Grupo Discapacidad (n= 52)	Grupo Clínico (n= 52)
Edad		
Mínimo – Máximo	24 - 53	24 – 64
Media (DE)	34 (6,18)	33, 30 (9,49)
Sexo		
Femenino %	98,1 %	88,5 %
Masculino %	1,9 %	11,5 %
Años de experiencia clínica		
Noveles (< 5 años)	51,9 %	67,3%
Intermedios (> 5, < 15 años)	42,3%	21,2%
Expertos (> 15 años)	5,8%	11,5%
Enfoque teórico		
Integrativo	26 %	30,8 %
Cogn – Cond.	40 %	9,6 %
Psicoanalítico	16 %	25 %
Sistémico	12 %	19,2 %
H. Existencial	6 %	5,8 %
Cogn-Postracionalista	0 %	9,6 %

Nota: DE = Desviación Estándar; H. Existencial = Humanístico Existencial; Cogn – Cond = Cognitivo-Conductual; Cogn – Postracionalista = Cognitivo Postracionalista.

Instrumentos

Encuesta Ad Hoc: se utilizó para relevar información demográfica, tal como sexo, edad, años de práctica clínica, enfoque teórico.

Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C, Fernández-Álvarez et al., 2003)

El EPT-C es un instrumento auto-administrado que consta de 36 ítems presentados como afirmaciones a las que cada terapeuta debe responder según su grado

de acuerdo en una escala de tipo Likert, que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 7 (*totalmente de acuerdo*). Los 36 ítems se agrupan en cinco funciones, con dos extremos:

- **Función Atencional:** relacionada a la búsqueda de información terapéutica, donde las polaridades oscilan entre atención amplia o abierta (bajos puntajes) hacia atención focalizada o estrecha (altos puntajes).
- **Función Operativa:** está vinculada con las intervenciones terapéuticas, pero no así con las técnicas propiamente dichas, sino más bien con el tipo de abordaje que cada terapeuta tiende a implementar. Es decir, si trabaja de un modo espontáneo sin seguir un plan de tratamiento (bajos puntajes) o si prefiere hacerlo de una manera más estructurada de acuerdo con las pautas de un tratamiento establecido (altos puntajes).
- **Función Expresiva:** Es la forma en que el terapeuta trabaja la comunicación emocional con sus pacientes, permitiendo así una exploración más profunda de aspectos emocionales, y tolerando estas expresiones durante la sesión. Las polaridades oscilan aquí entre trabajar con distancia emocional (bajos puntajes) o de manera más cercana (altos puntajes).
- **Función de Involucración:** Implica cuánto se compromete el terapeuta en su labor diaria, y en qué forma la psicoterapia tiene un impacto sobre su vida cotidiana. Las polaridades pueden oscilar desde bajo compromiso (bajos puntajes) hacia alta involucración (puntajes elevados).
- **Función Instruccional:** es la manera en que el terapeuta establece el encuadre terapéutico entendiendo a las reglas del contrato terapéutico, tales como horarios, honorarios, frecuencia de las sesiones, etc. De este modo, los terapeutas pueden ser flexibles en la manera de pautar el encuadre (bajos puntajes) o rígidos (altos puntajes).

Las primeras dos funciones, corresponden a los aspectos técnicos del rol psicoterapéutico, en tanto que, las funciones Expresiva y de Involucración, se relacionan con aspectos motivacionales y emocionales. La función Instruccional sería un aspecto diferente, que integra ambas características (Castañeiras et al., 2008).

La versión original del EPT – C fue desarrollada en Argentina, y cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias a nivel de validez y confiabilidad. La validez de contenido fue explorada a través del criterio interjueces (Fernández-Álvarez y García, 1998). En cuanto a validez de constructo se han realizado análisis factoriales exploratorios, encontrando una estructura empírica coherente con el modelo teórico planteado (Fernández-Álvarez et al., 2003); así como también análisis factoriales confirmatorios, que evidencian un buen ajuste del modelo teórico para la versión original de cinco factores (Castañeiras et al., 2008). También se han reportado evidencias de validez convergente con la actividad verbal de los terapeutas, evaluada a través de la Guía para la Observación y Clasificación de la Conducta Verbal de los Terapeutas (Fernández-Álvarez et al., 2017). Por otro lado, el EPT-C cuenta con índices satisfactorios de confiabilidad reportados a través del

Alpha de Cronbach, así como estabilidad temporal test – retest (Castañeiras et al., 2006, 2008, Fernández-Álvarez et al., 2003).

Procedimiento

Los terapeutas del GD fueron contactados a través de instituciones específicas abocadas al tratamiento de personas con discapacidad intelectual, en la provincia de Mendoza, Argentina. Se envió un correo comentando el objetivo de la investigación, y solicitando que, en caso de estar de acuerdo, se difundiera el cuestionario entre su plantel de profesionales. Previamente, el EPT-C más la encuesta Ad Hoc fueron transcritas a un formulario online para poder ser respondido de manera digital. Allí se agregó al inicio una descripción de la investigación, más un formulario de consentimiento informado.

Por otro lado, los terapeutas del GC fueron reclutados a través de páginas específicas de psicoterapeutas, invitándolos a colaborar en un estudio sobre el Estilo Personal del Terapeuta. Del mismo modo, la información del EPT-C y la encuesta Ad Hoc, fue transcrita a un formulario online, anexando los propósitos de la investigación más el consentimiento informado correspondiente.

La recolección de datos se realizó en los meses de agosto y septiembre del año 2020.

Análisis de Datos

En primer lugar, se corroboró que la distribución de las variables del EPT-C, es decir las cinco funciones que integran el instrumento, presenten una distribución normal. Para ello se analizó la asimetría y curtosis de ambas variables. De acuerdo con George y Mallery (2007) la presencia de valores superiores a $\pm 2,00$ señalan una distribución no normal. Aquí se encontraron valores inferiores a $\pm 1,00$ los cuales son considerados excelentes (George y Mallery, 2007).

Para corroborar el primer objetivo, se realizó la prueba *t* para muestras independientes, fijando un nivel de significación de 0,05. Se analizó también el tamaño del efecto empleando la *d* de Cohen, tomando como referencia los siguientes valores: efecto pequeño (0,25), efecto mediano (0,50) y efecto grande (0,80) (Cárdenas Castro y Arancibia Martini, 2014).

Para cumplir el segundo objetivo, los subgrupos fueron analizados por separado. Allí se exploró mediante el Análisis Univariado de la Varianza (Anova) el efecto de dos variables específicas sobre las funciones del EPT: años de experiencia profesional y enfoque teórico. El tamaño del efecto fue estimado a través del cálculo del Eta cuadrado (η^2), donde los tamaños del efecto 0,10, 0,25, y 0,40 son considerados pequeños, medianos y grandes, respectivamente (Cárdenas Castro y Arancibia Martini, 2014).

Resultados

En primer lugar, se menciona en qué medida ambos grupos de terapeutas son homogéneos en su distribución en cuanto a variables demográficas. Como puede observarse en la tabla 1, el promedio de edad fue prácticamente similar en ambos grupos, siendo mayor el rango en el Grupo Clínico. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable empleando la prueba *t* para muestras independientes: $t_{(102)} = ,441, p = ,660$. En cuanto al género, se observó una gran prevalencia de terapeutas mujeres en ambas muestras parciales, sin observar la presencia de asociaciones significativas entre ambos grupos empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2 (1) = 3,829, p = ,050$. Los años de experiencia fueron clasificados usando las categorías de trabajos previos sobre el EPT (Castañeiras et al., 2006): nóveles (hasta 5 años de experiencia profesional), intermedios (entre 6 a 15 años de experiencia profesional), y expertos (más de 15 años de experiencia profesional). Siguiendo esta clasificación tampoco se observó una asociación significativa entre las variables empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2 (2) = 5,699, p = ,058$. Por último, se consignó el enfoque teórico como variable profesional, habiendo mayoría de terapeutas que adhieren a la corriente Cognitivo Conductual en el GD, e Integrativos en el GC. Aquí no se reportó una independencia de las variables, ya que se encontró una asociación significativa entre pertenecer a determinado subgrupo (GD, GC) con la variable enfoque teórico empleando la prueba Chi Cuadrado: $X^2 (5) = 16,48, p < .01$.

Análisis del Objetivo 1

En función del primer objetivo, el cual planteaba comparar el Estilo Personal del Terapeuta en dos muestras de psicoterapeutas: una abocada al trabajo con personas con discapacidad intelectual, y otra muestra dedicada a la atención de población clínica en general, se realizó una prueba *t* para muestras independientes (ver tabla 2). Se ingresaron las funciones del EPT como variables de prueba y el tipo de grupo al que pertenecían los terapeutas como variable de agrupación (GD, GC). Como puede observarse, se encontraron tres diferencias significativas en las funciones Expresiva, Involucración y Operativa. En los tres casos los puntajes superiores fueron obtenidos por el grupo abocado al tratamiento de DI, lo cual significa: una mayor cercanía emocional, un nivel superior de compromiso con la tarea, y preferencia por intervenciones estructuradas más que espontáneas. En el caso de la función de Involucración el tamaño del efecto fue grande ($d > .80$), mientras que en las demás funciones el efecto fue de pequeño a moderado.

Tabla 2

Comparación de Medias entre Terapeutas del Grupo Discapacidad (n= 52) y Terapeutas del Grupo Clínico (n= 52)

Funciones del EPT	Grupo Discapacidad	Grupo General	t	p	d
	M (DE)	M (DE)			
Atencional	19,26 (4,67)	18,28 (5,51)	0,97	0,33	0,19
Expresiva	41,23 (6,94)	37,53 (7,60)	2,58	0,01*	0,50
Instruccional	28,40 (7,28)	31,11 (6,84)	-1,95	0,05	-0,38
Involucración	29,03 (6,19)	24,34 (5,26)	4,16	< ,001*	0,81
Operativa	24,05 (5,72)	21,29 (5,92)	2.42	0,01*	0,47

Nota. los valores señalados con asteriscos indican diferencias estadísticamente significativas.

Análisis del objetivo 2

Para cumplir el segundo objetivo, el cual establecía analizar si los años de experiencia y el enfoque teórico tienen un efecto significativo en las funciones del EPT al interior de cada grupo de psicoterapeutas, se aplicó la prueba Anova al interior de cada grupo de terapeutas.

Para corroborar el efecto del enfoque teórico, se realizó un Análisis Univariado de la Varianza (Anova) separando cada grupo de terapeutas (GD y GC). Como variables dependientes se introdujeron las cinco dimensiones del EPT-C y como factor la orientación teórica. Debido a que se trata de un análisis univariado no se incluyó la interacción entre las variables. A pesar de que el análisis se condujo separando la muestra de terapeutas por grupos (quedando un n de 52 casos por análisis), a los fines didácticos, se presentan los resultados en una única tabla mostrando el análisis realizado al interior de cada muestra parcial: GD y GC (ver tabla 3).

Tabla 3

Comparación del EPT Según Enfoque Teórico en Terapeutas que Trabajan en Discapacidad Intelectual y Terapeutas que no Trabajan en Discapacidad Intelectual (n= 104)

Funciones del EPT	Grupo Discapacidad (n= 52)			Grupo Clínico (n=52)		
	F	p	η^2	F	p	η^2
Atencional	4,129	0,006*	0,268	2,990	0,020*	0,245
Expresiva	0,936	0,452	0,077	3,302	0,012*	0,264
Instruccional	0,691	0,602	0,058	2,089	0,084	0,185
Involucración	0,815	0,522	0,068	1,372	0,252	0,130
Operativa	3,591	0,013*	0,242	3,466	0,010*	0,274

Nota. los valores señalados con asteriscos indican diferencias estadísticamente significativas.

Mediante la prueba post hoc Bonferroni, se pudo observar entre qué grupos de terapeutas se producían las diferencias significativas. En el Grupo de terapeutas que trabajan en Discapacidad Intelectual, las diferencias en las funciones Atencional y Operativa se registraron entre terapeutas cognitivos conductuales y terapeutas psicoanalíticos ($p < .01$), en ambos casos los primeros poseen valores superiores.

Mientras que, en el Grupo de Terapeutas Clínicos, surgieron nuevas diferencias al interior de cada función del EPT: tanto en la función Atencional como en la función Operativa, las diferencias se registraron entre terapeutas psicoanalíticos con terapeutas sistémicos ($p < .05$) y con terapeutas integrativos ($p < .05$). Aquí los puntajes más elevados fueron obtenidos por terapeutas integrativos y sistémicos, en tanto que, los terapeutas psicoanalíticos registraron los valores inferiores. Por otro lado, dentro del GC, en la función Expresiva nuevamente los terapeutas psicoanalíticos se diferenciaron significativamente de sus pares sistémicos ($p < .05$) y terapeutas cognitivos post racionalistas ($p < .05$); los valores inferiores fueron obtenidos por terapeutas psicoanalíticos.

Seguidamente, se analizó si los años de experiencia ejercían un efecto diferencial sobre los factores del EPT, al interior de cada subgrupo de terapeutas (ver tablas 4 y 5). Al igual que en el análisis anterior, se ingresaron como variables dependientes las cinco dimensiones del EPT-C y como factor los años de experiencia profesional. Como resultado solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el GD, en la Función Expresiva (ver tabla 4). Aunque los puntajes tienden a aumentar conforme se incrementan los años de experiencia profesional, el análisis post hoc (DSM) arrojó que las diferencias significativas se producían entre los primeros dos grupos de terapeutas ($p < .05$): terapeutas noveles y terapeutas intermedios.

Tabla 4

Comparación de las Funciones del EPT de Acuerdo con los Años de Experiencia en el Grupo de Terapeutas que Trabajan en Discapacidad Intelectual (n= 52)

Funciones del EPT	Años de experiencia profesional			F	p	η^2
	Noveles (n= 27)	Intermedios (n= 22)	Expertos (n= 3)			
Atencional	20 (4,40)	18,68 (5,11)	17 (3,60)	0,851	0,433	,034
Expresiva	38,96 (6,29)	43,5 (7,33)	45 (1,73)	3,377	0,044*	0,12
Instruccional	28,18 (6,20)	29,18 (8,68)	24,66 (5,50)	0,523	0,596	,021
Involucración	28,07 (6,39)	30 (6,27)	30,66 (2,51)	0,688	0,508	,027
Operativa	24,66 (4,94)	23,54 (6,82)	22,33 (4,04)	0,368	0,694	,015

Nota. los valores señalados con asteriscos indican diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5

Comparación de las Funciones del EPT de Acuerdo con los Años de Experiencia en el Grupo de Terapeutas que Trabajan en Clínica General (n= 52)

Funciones del EPT	Años de experiencia profesional			F	p	η^2
	Noveles (n= 35)	Intermedios (n= 11)	Expertos (n= 6)			
Atencional	19,14 (5,74)	17,27 (5,06)	15,16 (3,97)	1,603	0,212	,061
Expresiva	36,25 (7,52)	39,09 (8,10)	42,13 (5,61)	1,885	0,163	,071
Instruccional	30,50 (7,15)	34,63 (5,06)	28,16 (6,11)	2,258	0,115	,084
Involucración	24,45 (4,87)	23,81 (7,22)	24,66 (3,93)	0,072	0,931	,003
Operativa	21,71 (5,77)	21,81 (6,77)	17,83 (4,75)	1,164	0,321	,045

Discusión

En función del primer objetivo, se encontraron diferencias significativas en tres funciones del EPT: Expresiva, Involucración y Operativa. En los tres casos los puntajes superiores fueron obtenidos por el grupo abocado al tratamiento de DI. Los resultados aquí encontrados coinciden en modo parcial con estudios anteriores sobre poblaciones específicas del EPT.

En primer lugar, la función Expresiva aquí resultó ser significativamente más elevada que en el GC. Esta función está relacionada con la expresión e intensidad emocional que el terapeuta facilita durante los encuentros terapéuticos, así como también su tolerancia a los intercambios emocionales. Se considera que las polaridades entre las cuales oscilan los valores posibles están representadas por distancia emocional (nivel inferior) y cercanía emocional (nivel superior) (Fernández-Álvarez et al., 2003).

En investigaciones similares sobre terapeutas que trabajan con poblaciones específicas de pacientes, la función Expresiva ha tendido a ser inferior, es decir, los terapeutas demostraron mayor distancia emocional. Esto ha ocurrido tanto en los psicólogos clínicos que tratan a pacientes severamente perturbados (Rial et al., 2006) como con aquellos psicoterapeutas que se dedican a la atención clínica de casos de maltrato infantil (Casari et al., 2014). Por lo tanto, los resultados aquí encontrados no coinciden con dos estas investigaciones.

En segundo lugar, la función de Involucración también resultó significativamente más elevada en la comparación con el grupo de psicólogos clínicos. Esta función, está relacionada con el compromiso del terapeuta con sus pacientes y en su rol profesional en general, es decir, qué tan importante es la psicoterapia como actividad en su vida personal. Aunque esto haría pensar que la función de Involucración debería ser elevada, en ciertas situaciones de elevada demanda emocional o laboral, los terapeutas tienden a tomar mayor distancia como una medida protectora del desgaste profesional (Rial et al., 2006). De este modo, las polaridades de esta función oscilan desde el bajo hacia el alto grado de involucración (Fernández-Álvarez et al., 2003).

La función de Involucración ha obtenido resultados diferentes en tres estudios que emplearon metodologías similares, pero con distintas poblaciones. En el caso de terapeutas de pacientes con adicciones (Casari et al., 2019) y de terapeutas de pacientes con trastorno del espectro autista (TEA), los valores tienden a ser elevados, denotando mayor compromiso en su rol profesional (Casari et al., 2017a). Sin embargo, cuando se estudiaron terapeutas de pacientes severamente perturbados, los resultados fueron opuestos: menor grado de involucración (Rial et al., 2006). Entonces, los resultados del presente estudio coinciden con las investigaciones más recientes (Casari et al., 2017a; Casari et al., 2019) que señalan un mayor grado de compromiso en la tarea.

Por último, la función Operativa también arrojó diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre terapeutas, donde los psicólogos abocados

al abordaje de pacientes con DI se inclinaron por intervenciones más pautadas que espontáneas.

Esta función está relacionada con la forma de intervenir de los terapeutas, de manera libre o intuitiva, o bien, siguiendo los pasos de tratamientos e intervenciones ya estructuradas. Por lo tanto, las polaridades oscilan entre espontaneidad y sujeto a pautas (Fernández-Álvarez et al., 2003).

En coincidencia con la investigación de Rial et al. (2006) sobre terapeutas de pacientes severamente perturbados, aquí también se encontró un mayor desarrollo de la función Operativa.

Como conclusión del primer objetivo, puede decirse que las funciones del EPT que aparentemente se diferencian o son específicas para el trabajo en Discapacidad Intelectual son: Expresiva, Involucración y Operativa. Ahora bien, tal como se ha planteado en la tradición de estudios del EPT en poblaciones clínicas, tener un determinado perfil no significa que el mismo sea eficaz (Casari et al., 2018). De acuerdo a la teoría del EPT, ciertos perfiles pueden resultar ser más idóneos para determinadas tareas (Fernández-Álvarez et al., 2003), coincidiendo con investigaciones posteriores que afirmaban que los terapeutas terminan desarrollando cierto dominio para el tratamiento de determinados problemas específicos, ya sea en situaciones clínicas similares o para trabajar con pacientes que presentan determinados niveles de gravedad sintomatológica (Johns et al., 2019).

¿Por qué el perfil de estos terapeutas podría estar caracterizado por mayor desarrollo en las funciones de Involucración, Expresiva y Operativa? Se recuerda que, de las tres funciones, aquella con mayor tamaño del efecto fue la primera: Involucración.

El trabajo en DI es una tarea que demanda elevados recursos personales y lidiar con contextos institucionales (McInnis, 2016; Wodrich et al., 2010), así como trabajar con pacientes que suelen presentar comorbilidades psiquiátricas (Stünkel-Grees et al. 2018) y que cognitivamente no poseen la misma capacidad de abstracción que adultos con desarrollo cognitivo normal (Capri, 2014). En función de estos aspectos, se recomienda ser flexible en sus abordajes y fijar metas acordes a las posibilidades de sus pacientes con DI (Capri, 2014). Puede ocurrir que estos aspectos incidan en el mayor desarrollo de la función de Involucración.

La función Expresiva se ha visto relacionada a la función Involucración (Casari et al., 2017b) y ha sido incluida dentro de los aspectos motivacionales y emocionales del EPT (Fernández-Álvarez et al., 2003). Por ello es esperable en cierta medida que el desarrollo de la función Expresiva esté asociado al mayor desarrollo de la función de Involucración, posiblemente sean los mismos factores del trabajo en DI los que puedan explicar este resultado. La mayor comunicación emocional observada en los terapeutas quizás se deba a la necesidad de empatía para la utilización de intervenciones como la entrevista motivacional (Frielink y Embregts, 2013). Si bien la función Expresiva ha sido relacionada teóricamente a la empatía (Fernández-Álvarez et al., 2003), recientemente se ha detectado su

vinculación empírica con aspectos cognitivos de la empatía (Tabullo et al., 2021).

Por otro lado, en la psicoterapia con pacientes que tienen DI, también se trabajan aspectos relacionados al desarrollo personal, autodescubrimiento y al logro de cambios positivos (Porcelan et al., 2019). Este tipo de objetivos, parecerían estar más asociados a técnicas emocionales de exploración que a técnicas conductuales, por lo que podrían incidir en la función Expresiva.

En cuanto a la función Operativa, la misma también ha demostrado su asociación con la función Expresiva en estudios empíricos (Casari et al., 2017b), a pesar de que teóricamente pertenece a los aspectos técnicos del EPT (Fernández-Álvarez et al., 2003). Puede inferirse que el hecho de contar con terapias basadas en evidencia disponibles para trabajar con pacientes con DI (Porcelan et al., 2019) pueda hacer que los profesionales se inclinen hacia tratamientos pautados en lugar de actuar de un modo más espontáneo. A diferencia de lo que puede ocurrir en la clínica general, donde se vean pacientes con una amplia heterogeneidad de síntomas o bien en búsqueda de desarrollo personal (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004). También pueden estar influyendo los factores antes mencionados, como la comorbilidad psiquiátrica y el trabajo en institucional, que direccionen a los profesionales a trabajar de manera más estructurada (McInnis, 2016; Stünkel-Grees et al. 2018; Wodrich et al., 2010).

Seguidamente, se analizó el efecto que tenían dos variables sobre el EPT al interior de cada subgrupo: enfoque teórico y años de experiencia profesional.

Aquí se encontró que en el enfoque teórico se observaban diferencias en las funciones Atencional y Operativa en ambos grupos de terapeutas (GD, GC). Sin embargo, la función Expresiva solo arrojó diferencias significativas al interior del GC.

El enfoque teórico es una de las variables más estudiadas dentro de las investigaciones del EPT y la mayoría de las funciones, incluyendo la Atencional, Operativa y Expresiva, han evidenciado diferencias significativas de acuerdo con los enfoques teóricos de los profesionales (Casari et al., 2018).

Hasta aquí, podría pensarse que, si las mismas funciones del EPT arrojan diferencias significativas en los dos grupos de trabajo, se trataría de una variable que no es específica o sensible de modificarse de acuerdo con el tipo de pacientes con el cual trabaja el profesional. O, dicho de otro modo, el enfoque teórico produce diferencias en el EPT más allá del grupo clínico de trabajo.

Sin embargo, en el análisis post hoc pudo observarse que las diferencias se producen entre distintos subgrupos de terapeutas al interior cada muestra parcial: terapeutas Cognitivo-Conductuales con terapeutas Psicoanalíticos en el grupo de terapeutas que atienden a personas con GD; psicólogos Psicoanalíticos con psicólogos sistémicos y psicólogos integrativos en el GC. Se recuerda que, en este caso, no se observó una distribución homogénea entre los distintos enfoques teóricos con los grupos de terapeutas, por lo que este resultado puede estar sesgado debido a la representación heterogénea de terapeutas al interior de cada muestra parcial.

Dentro de la psicoterapia con DI se han propuesto abordajes tanto cognitivo

conductuales como psicodinámicos (Himmerich, 2020; Porcelan et al., 2019; Shepherd y Beail, 2017). Estos resultados mostrarían que el perfil del EPT no estaría únicamente influenciado por trabajar con poblaciones específicas, sino también por adherir a determinados marcos teóricos de abordaje. Aunque a diferencia del resultado anterior, aquí el tamaño del efecto fue entre pequeño y moderado para las distintas funciones del EPT, lo que haría suponer una influencia superior del grupo de trabajo sobre las orientaciones teóricas de los profesionales.

Por último, el análisis de los años de experiencia arrojó una diferencia estadísticamente significativa en la Función Expresiva en el GD, donde se observa una tendencia en ascenso a medida que aumentan los años de experiencia profesional, coincidiendo con estudios previos (Casari et al., 2019; Castañeiras et al., 2006). En contraposición al análisis del enfoque teórico, aquí sí se observó una distribución homogénea de los años de experiencia profesional en los dos grupos de terapeutas comparados.

Las características previamente mencionadas que podrían estar relacionadas a la función Expresiva, como la empatía, trabajo sobre el desarrollo personal y autodescubrimiento (Frielink y Embregts, 2013; Porcelan et al., 2019) aparentemente tienden a incrementarse con el tiempo. Este dato es llamativo, porque no es una correlación estadísticamente significativa que se replique también en el GC, lo que haría pensar que se trata de una característica idiosincrática del perfil de estos terapeutas. No obstante, el tamaño del efecto es pequeño lo cual haría suponer que no se trata de una interacción significativamente relevante.

En síntesis, los resultados aquí encontrados tienen las siguientes implicancias:

- Se trata en primer lugar de un aporte disciplinar, el EPT tiende a adecuarse al contexto de trabajo. Esto significa que el trabajo en el área de la DI no puede ser una extensión de la formación básica en psicoterapia, se necesitan habilidades terapéuticas específicas.
- En segundo lugar, al poder aislarse un perfil prototípico de EPT, se pueden desarrollar programas de entrenamiento profesional basados en competencias terapéuticas asociadas a las funciones del EPT. Por ejemplo, sabiendo que la función Expresiva predomina en este grupo de terapeutas y que la misma está asociada a la empatía (Tabullo et al., 2021), un programa de habilidades terapéuticas para trabajar en discapacidad intelectual debería incluir un entrenamiento en empatía. Así como también el conocimiento de intervenciones basadas en evidencia (por su vínculo con la función Operativa).
- Por último, y con respecto a la función de Involucración la cual está asociada al compromiso terapéutico, no significa que siempre deba ser elevado como garantía de eficacia terapéutica. De hecho, puede ocurrir que el mayor compromiso se manifieste como una manera de lidiar con una actividad terapéutica que excede a los propios recursos de los profesionales, llevando a consecuencias negativas en el mediano y largo

plazo, como deserción profesional o burnout (Casari et al., 2019). En este sentido, una aplicación de estos resultados podría derivarse en programas de bienestar para profesionales, donde se brinden espacios de contención y supervisión.

Para finalizar, se comentan las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, el tipo de muestreo utilizado (no aleatorio y por conveniencia) puede influir en que solo participantes interesados en la investigación hayan colaborado, lo cual implica un sesgo de selección. Por otro lado, el uso de medidas auto-informadas puede conducir a un sesgo de reporte, donde los terapeutas por deseabilidad social tiendan a mostrar una imagen más adecuadamente esperable. La investigación posee un carácter transversal, de modo que no puede afirmarse que este perfil de EPT sea estable en el tiempo. También puede mencionarse que las conclusiones aquí arribadas están influenciadas por el contexto sociocultural, los profesionales también están inmersos en una cultura y pueden diferenciarse de psicoterapeutas de otros países, ya que se han encontrado divergencias transculturales en el EPT (Quiñones et al., 2020). Por último, actuar de una determinada manera no significa que necesariamente esté relacionado a la eficacia terapéutica (Casari et al., 2018), por lo que en futuros estudios podrían agregarse otro tipo de medidas que evalúen el desempeño de los terapeutas. Aunque teniendo en consideración que un trabajo con este tipo de pacientes, pueden influir determinados factores contextuales que exceden la labor terapéutica.

Referencias

- Alfaro-Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 60-71.
- Capri, C. (2014). On developing an intersubjective frame for intellectual disability work [Sobre el desarrollo de un marco intersubjetivo para el trabajo con discapacidad intelectual]. *Disability and Rehabilitation*, 36(5), 418-423. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.793407>
- Cárdenas Castro, M. y Arancibia Martini, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G* Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-224.
- Casari, L. M., Assennato, F. y Grzona, S. (2017a). Estilo personal del terapeuta de psicólogos que trabajan en Autismo. *Revista de Psicoterapia*, 108(28), 169 – 188. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.164>
- Casari, L. M., Ison, M. S. y Gómez, B. (2018). Estilo personal del terapeuta: estado actual (1998 – 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>
- Casari, L. M., Ison, M. S. y Gómez, B. (2019). Estilo personal del terapeuta en profesionales que trabajan en instituciones de adicciones. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 57 – 74. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.04>
- Casari, L. M., Magni, X. y Morelato, G. S. (15-18 octubre, 2014). *Estilos personales del terapeuta en profesionales que trabajan en situaciones de maltrato infantil* [Conferencia]. Primer Congreso Latinoamericano de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina
- Casari, L. M., Morán, V. E. e Ison, M. S. (2017b). Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta: análisis factorial confirmatorio de modelos rivales con psicoterapeutas argentinos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 11(2), 69-84. <https://dx.doi.org/10.21500/19002386.2725>

- Castañeiras, C., García, F., Lo Bianco, J. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Modulating effect of experience and theoretical technical orientation on the Personal Style of the Therapist [Efecto modulador de la experiencia y orientación técnico teórica sobre el Estilo Personal del Terapeuta]. *Psychotherapy Research*, 16(5), 587-593. <https://doi.org/10.1080/10503300600802867>
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del estilo personal del terapeuta: presentación de una versión abreviada del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100001>
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca y P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Educat.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. y Corbella, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q [Cuestionario de valoración sobre el estilo personal del terapeuta PST-Q]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 116 – 125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Fernández-Álvarez, H. M., García, F. S. y Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE [El programa de investigación de AIGLE]. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199804\)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q)
- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). Introducción. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo Castro (Comps.), *La integración en psicoterapia* (pp. 13-32). Paidós.
- Fernández-Álvarez, J., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2017). Investigando el estilo personal del terapeuta: Correspondencia entre las autodescripciones y la observación de jueces externos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 207-217. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18238>
- Frielink, N. y Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour [Modificación de la entrevista motivacional para su uso con personas con discapacidad intelectual leve y comportamiento desafiante]. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(4), 279-291. <https://doi.org/10.3109/13668250.2013.809707>
- George, D. y Mallery, P. (2007). *SPSS for windows: Step by step 14.0 update [SPSS para windows: Actualización 14.0 paso a paso]* (7ª Ed.). Allyn & Bacon.
- Heinonen, E. y Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review [Las características profesionales y personales de los psicoterapeutas efectivos: una revisión sistemática]. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr. y Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited [Revisión de la experiencia del terapeuta en psicoterapia]. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Himmerich, J. (2020). Psychodynamic psychotherapy in severe and profound intellectual disability [Psicoterapia psicodinámica en la discapacidad intelectual severa y profunda]. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 14(3), 45-60. <https://doi.org/10.1108/AMHID-11-2019-0037>
- Hogan, A. J. (2018). The “two cultures” in clinical psychology: constructing disciplinary divides in the management of mental retardation [Las “dos culturas” en psicología clínica: construyendo divisiones disciplinarias en el manejo del retraso mental]. *Isis*, 109(4), 695-719. <https://doi.org/10.1086/701062>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S. y Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel’s (2013) review [Una revisión sistemática de los efectos del terapeuta: una actualización narrativa crítica y un refinamiento de la revisión de Baldwin e Imel (2013)]. *Clinical Psychology Review*, 67, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy [La eficacia y efectividad de la psicoterapia]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169–219). Wiley.
- McInnis, E. E. (2016). Resistance to the new paradigm from the other? Personal reflections on becoming a disability psychotherapist [¿Resistencia al nuevo paradigma desde el otro? Reflexiones personales sobre convertirse en un psicoterapeuta de discapacidad]. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10(3), 199 – 206. <https://doi.org/10.1108/AMHID-09-2015-0048>
- McKenzie-Smith, L. (2020). Are narrative therapy groups effective for people with intellectual disabilities? A critical review of the literature [¿Son efectivos los grupos de terapia narrativa para personas con discapacidad intelectual? Una revisión crítica de la literatura]. *Tizard Learning Disability Review*, 25(4), 213-222. <https://doi.org/10.1108/TLDR-05-2020-0008>

- Nissen-Lie, H. A., Ronnestad, M. H., Hoglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C. y Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? [¿Amarte a ti mismo como persona, dudar de ti mismo como terapeuta?]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Hartmann, A., Heinonen, E. y Willutzki, U. (2020). The personal self of psychotherapists: Dimensions, correlates, and relations with clients [El yo personal de los psicoterapeutas: dimensiones, correlatos y relaciones con los clientes]. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 461-475. <https://doi.org/10.1002/jclp.22876>
- Peredo, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Investigación Psicológica*, 15, 101-122.
- Porcelan, J. A., Caujolle-Alls, K. E. y Gentile, J. P. (2019). Dismantling fears associated with intellectual disability psychotherapy: an evidence-based practice [Desmontando los miedos asociados a la psicoterapia de la discapacidad intelectual: una práctica basada en la evidencia]. *Innovations in clinical neuroscience*, 16(11-12), 14-18.
- Quiñones, A., Ugarte, C., Ceric, F., Cimbolli, P., García, F. y De Pascale, A. (2020). El estilo personal del terapeuta en profesionales chilenos e italianos. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 191-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.345>
- Rial, V., Castañeiras, C., García, F., Gómez, B. y Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 191-208.
- Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(1), 22-39.
- Stünkel-Grees, N., Clausen, J. y Wunsch, A. (2018). Ambulante psychotherapie für kinder und jugendliche mit geistiger behinderung [Psicoterapia ambulatoria para niños y jóvenes con discapacidad mental]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 67(3), 224-238. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.3.224>
- Tabullo, A. J., Casari, L. M. y Putrino, N. (26-28 julio 2021). *Estilo personal del terapeuta, empatía y mentalización en psicoterapeutas de argentina* [Conferencia]. Presentación realizada en el marco del XXXVIII Congreso Interamericano de Psicología.
- Vega, E. (2006). *El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal*. Lugar editorial.
- Vera Cano, C. S. (2018). *Ansiedad rasgo-estado y estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en Lima Metropolitana* (Trabajo fin de grado, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Perú). <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13081>
- Westerhof, G. J., Beernink, J. y Sools, A. (2016). Who am I? A life story intervention for persons with intellectual disability and psychiatric problems [¿Quién soy? Una intervención de historia de vida para personas con discapacidad intelectual y problemas psiquiátricos]. *Intellectual and developmental disabilities*, 54(3), 173-186. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.3.173>
- Wodrich, D. L., Tarbox, J., Balles, J. y Gorin, J. (2010). Medical diagnostic consultation concerning mental retardation: An analogue study of school psychologists' attitudes [Consulta de diagnóstico médico sobre retraso mental: un estudio análogo de las actitudes de los psicólogos escolares]. *Psychology in the Schools*, 47(3), 246-256. <https://doi.org/10.1002/pits.20468>
- Zhou, S., Hou, Y., Liu, D., Xu, D. y Zhang, X. (2021). Psychotherapy Style Scale: development and validation [Escala de Estilo de Psicoterapia: desarrollo y validación]. *Frontiers in Psychology*, 12, 543989. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.543989>

EL DESENCANTO MODERNO DE LA PSICOTERAPIA. RENDIMIENTOS HEIDEGGERIANOS PARA UNA NUEVA FUNDAMENTACIÓN

THE MODERN BREAKDOWN OF PSYCHOTHERAPY. YIELDS OF HEIDEGGERIAN ONTOLOGY FOR A NEW FOUNDATION

Julián Gómez Peñalver

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1202-3205>

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Chamartín. Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez Peñalver, J. (2022). El desencanto moderno de la psicoterapia. Rendimientos heideggerianos para una nueva fundamentación. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 223-237. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1042>

Resumen

La psicoterapia, como producto moderno, se ve a sí misma como un conjunto de técnicas empíricamente válidas destinadas a aliviar un síntoma o malestar. Esta fundamentación tiene en su base la disponibilidad técnico-teórica del mundo, así como del individuo y sus desajustes, pero no da cuenta de la paradoja de la equivalencia, donde diferentes modelos teóricos obtienen resultados similares de eficacia. La fundamentación de la terapia bajo la tradición del cuidado de sí, mediante los rendimientos de la ontología existencial de Martin Heidegger, puede ofrecer una salida a la paradoja de la equivalencia donde el protagonista del cambio no es el presupuesto teórico desde el que se parta, sino el movimiento mismo de una subjetividad inmersa en el mundo que, de manera mediada y bajo una ventana teórica, deja propiciar la aparición de dimensiones de sentido no atendidas previamente.

Palabras clave: psicoterapia, modernidad, subjetividad, Heidegger, cuidado

Abstract

Psychotherapy, as a modern outcome, sees itself as a set of empirically valid techniques aimed at alleviating a symptom or suffering. This foundation is based on the technical-theoretical availability of the world, as well as of the subject and his disarrangements, but does not take over of the paradox of equivalence, where different theoretical models obtain similar efficacy results. The foundation of therapy under the tradition of self-care, through the yields of Martin Heidegger's existential ontology, can offer a way out of the paradox of equivalence where the main character of change is not the theoretical presupposition from which it starts, but the movement of a subjectivity immersed in the world that, in a mediated way and under a theoretical pattern, allows the appearance of dimensions of meaning not previously attended to.

Keywords: psychotherapy, modernity, subjectivity, Heidegger, self-care



En la primera ocasión que Medard Boss tuvo en sus manos una edición de *Ser y tiempo*, lo dejó a medio terminar. Había sido arrancado de su trabajo civil como profesor asociado y psicoterapeuta y desplazado como médico de batallón a una tropa de la armada suiza en plena Segunda Guerra Mundial, compuesta por población campesina fuerte y acostumbrada al trabajo. Contando con al menos otros tres médicos asistentes, estuvo largo tiempo del servicio militar casi desempleado y ocioso para la lectura. No se quedó en paz y varias veces recogió ese libro y lo estudió de nuevo. Allí aparecían preguntas con las cuales no se había topado en su educación orientada a las ciencias naturales (Boss, 2013). La guerra terminó y las preguntas dieron lugar a pesquisas, las pesquisas a cartas y los diálogos a visitas mutuas con Martin Heidegger en su cabaña en Todtnauberg y en la casa de Boss en Zollikon. En dichos encuentros, que finalmente fueron protocolizados y en los que participaron médicos y estudiantes, conceptos como ser-en-el-mundo o aquella expresión del cuidado comenzaron a hacerse familiares en el círculo de Zollikon, testimonio de uno más de los acercamientos entre filosofía y medicina.

La pregunta por el sentido del ser ofreció a Boss los fundamentos de su psicoterapia analítico existencial (Boss, 1983), la tematización del ser humano ontológicamente entendido como *Dasein* constituyó una fenomenología heideggeriana aplicada también en la obra de Binswanger. Si éstos se apropiaron de la ontología hermenéutica del *Dasein* para interpretar la psicoterapia, Heidegger vio la posibilidad de acercar el método fenomenológico a los médicos formados a partir de las ciencias naturales. La inclinación heideggeriana hacia las relaciones entre la psicoterapia y la ontología existencial no se limitó, por parte del filósofo, a un asunto meramente académico; las propias crisis personales del filósofo alemán pudieron tener que ver con esta predilección. Martin Heidegger pasó tres meses en un sanatorio en Badenweiler (1946) donde estuvo bajo los cuidados de Von Gebattel, con quien presumiblemente discutió los fundamentos filosóficos de la psicoterapia en su acompañamiento terapéutico (Mitchell, 2016).

Ser y tiempo sigue siendo en la actualidad una obra que nos invita a reflexionar sobre el modo de ser propio del hombre y las condiciones del comprender. Y sigue desterrando y delimitando algunas de las insuficiencias y pretensiones de la ciencia moderna y la tendencia reduccionista de la técnica que rige también la especialidad psiquiátrica, pues la vida se halla sometida a un constante proceso de realización y su captación en unos parámetros científicos de evidencia absoluta resulta cuanto menos en un incesante fracaso. Por debajo de la *tekhné* siempre desborda la vida. Y con la concepción actual de la psicoterapia como conjunto de técnicas empíricamente validadas nos tropezamos con el mismo problema.

Los caminos a los que llegaron Boss y Binswanger, las insuficiencias de su método psicoterapéutico y las críticas de Heidegger al uso de su ontología, no serán discutidas aquí¹. Pero la exigencia en la ciencia de un pensar que no se quede en la explicación de comportamientos deterministas de un sujeto cerrado enfrentado a objetos, la crítica radical a una subjetividad moderna que ya no pregunta por el quién

ni por el cómo, son algunos de los rendimientos vigentes que Ser y tiempo ofrece al estudio de los fundamentos de la psicoterapia. Comenzando con una lectura en clave práctica de la obra heideggeriana, extraeremos de su analítica existencial el concepto de *sorge* (cuidado). Se abordarán algunos rendimientos de la lectura de *Ser y tiempo* (Heidegger, 2016) en el campo de la ética y de la psicoterapia para finalmente, y a través de la inclusión de la psicoterapia en la tradición del cuidado de sí, ofrecer una fundamentación alternativa de la misma que respete el movimiento de subjetivación en su autocomprensión.

Heidegger y la Aprehensión de la Vida Fáctica

La obra de Heidegger en su juventud va haciéndose cargo de una misión: la articulación filosófica de una ciencia originaria de la vida, que sea capaz de captar el flujo de su discurrir y que no se agote en determinaciones objetuales ni en presupuestos previos que reduzcan su propio movimiento. En su tesis doctoral sobre Duns Scoto se comienza a atisbar una focalización de su interés no ya en el sujeto trascendental sino en los contextos prácticos de acción en los que se desenvuelve la vida humana. Heidegger se instala en la búsqueda de un horizonte de sentido previo en la que descansa toda conceptualización del mundo o investigación científica. Y para ello concentra sus esfuerzos en el abordaje de la vida fáctica. Y esa vida fáctica le lleva al Dasein, aquel único ente que de alguna manera ya comprende el sentido del ser y para el que definirá sus estructuras constitutivas en su magna obra *Ser y tiempo*, cuya introducción articula la pregunta fundamental por el sentido del ser.

Heidegger hace el reclamo de una filosofía que acuda al vivenciar de la existencia humana, no reducida por la objetivación de la conciencia representativa ni a merced de una teoría del conocimiento ahistórica. El alemán concibe la fenomenología como el saber de ese estrato originario de sentidos y significados que inmediatamente comprendo y con los que estoy constantemente operando. Establece una mutua apropiación entre lo vivido y el yo que lo vive, y somete la intencionalidad al ritmo de la vivencia, superándola como dominio o región psíquica (Rodríguez, 1997), siendo correlación inseparable entre la vivencia y el objeto, copertenencia entre yo y mundo. La fenomenología como ciencia originaria para Heidegger, habiendo abandonado la posición básica de las *Investigaciones Lógicas* de su maestro (Husserl, 2006), piensa la vida exponiéndose a sí misma. Toda reflexión o teoría viene posterior a la vivencia inmediata del mundo, y en tanto que la vida fáctica tiene un modo de revelarse a sí misma, tiene un sentido ya comprensible antes de su explicitación reflexiva. Si entendemos la vivencia como un momento concreto del fluir de la conciencia, al atenderla la convertimos en objeto, la sacamos de su inmediato vivir. Es por ello que para Heidegger lo psíquico va a dejar de constituirse como un ámbito propio de la intencionalidad. La inmediatez como cotidianidad es un terreno global y previo, no primordialmente psíquico, en que se desarrolla la vida humana. Y esa vida exponiéndose debe prescindir de la mediación de una reflexión que la deforme. El darse a conocer la vida fáctica a sí misma constituirá la

empresa filosófica heideggeriana, en ello consiste su transformación hermenéutica de la fenomenología. Y el dismantelamiento de los elementos esenciales de las construcciones filosóficas tradicionales seguido de la reconstrucción de una ontología fundamental de la vida humana (que viene a conformar el riguroso andamiaje de las estructuras ontológicas del Dasein) conforman su metodología.

La pregunta por el sentido del ser comienza a gestarse en sus trabajos previos a *Ser y tiempo*. Desde un interés estrictamente ontológico, Heidegger recurre a la prudencia (*phrónesis*) aristotélica con el fin de escapar a la primacía de una aséptica y metódica filosofía de la conciencia cartesiana, y sacudir el ideal de evidencia de una subjetividad trascendental que, alejada de su situación histórica, ha sacrificado la movilidad intrínseca de la vida.

Heidegger (2014) se nutre de Aristóteles como un instrumento que le permita aprehender la vida en su carácter dinámico, sin objetivarla cósicamente pero aproximándose a ella partiendo de un respeto por su movimiento intrínseco. Desarrolla la prudencia como encarnación del modo de verdad que descubre al Dasein en su concreta facticidad histórica (Heidegger, 1997). La prudencia atiende a las situaciones concretas en las que se desarrollan las acciones humanas, y en su saber práctico tiene como objeto de estudio la contingencia de las mismas, alejándose de verdades contemplativas o definiciones universales, por lo que no alcanzará el nivel de perfección de las ciencias intelectivas, pero sí gozará de algo que no tiene el saber teórico: la fuerza imperativa orientada a la acción (Escudero, 2010a). El saber práctico exige tomar una decisión y actuar con arreglo a ella, y el Dasein es el ente fáctico que tendrá que decidir en cada caso sobre las posibilidades existenciales a su alcance, las formas y modalidades de su propia autorrealización. La vida fáctica se autocomprende antes de que la conciencia trascendental se sirva de los objetos que se le aparecen. Y ese movimiento de constante autorrealización, inacabado pero incesante, se condensa en la prudencia. Ésta no se trata de una virtud que simplemente dirige nuestro comportamiento, sino de “una determinada apertura de la vida, de un modo de ser fundamental del ser humano que Heidegger condensará en el concepto de cuidado (*Sorge*)” (Escudero, 2010a).

De la Pregunta por el Ser a la Analítica Existencial

Heidegger observa que en la autocomprensión que la vida fáctica tiene de sí misma hay implicado un sentido de ser en general. Aísla un ámbito (el ser) que no comparece en ningún modo de presencia, algo anterior a una conciencia que percibe, y precisamente atender con rigor al fenómeno de la vida inmediata comprendiéndose en cada caso exigirá detenerse en esa cuestión.

Radicalizar la pregunta por el ser exigirá entonces conceptos propios y un lenguaje novedoso. El ente que tiene esa posibilidad de ser que es el preguntar, el ente que somos en cada caso nosotros mismos, es el Dasein. En su vaciedad formal y carencia de contenido concreto, es pura posibilidad previa a cualquier determinación. Ahora bien, el término Dasein implica una distancia y cuestionamiento

de aquellas concepciones previas del ser (sustancia, yo, espíritu) presentes en la filosofía tradicional:

El Dasein no es tan sólo un ente que se presenta entre otros entes. Lo que caracteriza ópticamente al Dasein es que a este ente le va en su ser este mismo ser [...] El Dasein se comprende en su ser de alguna manera y con algún grado de explicitud. Es propio de este ente el que con y por su ser éste se encuentre abierto para él mismo. La comprensión del ser es, ella misma, una determinación de ser del Dasein. La peculiaridad óptica del Dasein consiste en que el Dasein es ontológico. (Heidegger, 2016, pp.32-33).

El trabajo de Heidegger pretende analizar precisamente las estructuras fundamentales de la existencia y no situaciones concretas relativas a la misma. La analítica existencial tiene como tarea el estudio de las estructuras ontológicas fundamentales o de los modos de ser propios del Dasein, y tiene una primacía ontológica sobre el resto de ontologías cuyo tema son entes que no tienen el carácter de ser del Dasein.

Esta analítica existencial es formal. Sólo ofrece indicaciones de cómo se ejecuta la vida en cada caso. Para ello hará uso de las estructuras existenciales o existenciales (*Existenzialien*), como el estar-en-el-mundo, la solicitud, la angustia, la comprensión, el cuidado, etc., que expresan modos de ser propios del Dasein, frente a las categorías que se aplican a entes que no tiene la misma forma de ser que el Dasein (como la naturaleza, utensilios, objetos, etc.). Las estructuras existenciales no dicen o predicen algo concreto del humano, pero en su vaciedad formal se indica un camino, un hacia dónde, sin llegar a conformar una entidad. La indicación formal de estas estructuras primarias de la vida humana no tiene como tema un contenido o determinación en referencia a un objeto, sino que remiten a la realización del modo de ser que están indicando, y como modo de ser es un momento de la autocomprensión del vivir. Las categorías y existenciales son la expresión conceptual de una estructura, lo comprendido en ella no es un momento concreto o episódico de la existencia, “sino algo que nos revela cómo es nuestro estar en el mundo, qué tipo de ser somos” (Rodríguez, 1997).

Toda esta diferenciación está traduciendo un modo de hacer filosofía diferente al de corte teórico y reflexivo que analiza objetivamente el mundo de las cosas y que parte de la ruptura entre sujeto-objeto. Para Heidegger, la interpretación de la existencia humana se ha visto desfigurada por un interés dirigido a la conciencia y fenómenos cognitivos. Él escoge el camino de la orientación hermenéutica que arranca de la recíproca relación entre yo y mundo, y de un horizonte de sentido ya siempre abierto y a disposición del individuo (la comprensión). Se insiste y se volverá a incidir en la diferenciación entre un plano existencial y formal que no debe confundirse con el plano existencial y concreto, a razón de no caer en lecturas antropológicas y existencialistas.

¿Cómo está el Dasein en el mundo, cómo está en su apertura originaria? “El ser que a este ente le va en su ser es tener que ser su «ahí»” (Heidegger, 2016). El

ahí (*Da*) es la condición ontológica de aperturidad de la vida humana. No partimos de un sujeto o ente cerrado que en un momento determinado se encuentra con los demás entes. La vida es arrojada a su ahí. El Dasein es su aperturidad en cuanto estar-en-el-mundo, y los modos en los que la existencia es su ahí (la disposición afectiva, el comprender y el discurso), dan cuenta de la aperturidad de una vida que está “constitutivamente vuelta hacia el mundo, abierta al encuentro: y puesto que no existe un inicio y un fin de esta condición, dicha existencia, en todo y cada momento, está dirigida hacia sus posibilidades existenciales, su «propio poder ser»” (Stella, 2017).

En la disposición afectiva y en la condición de arrojado nos situamos en el límite en el que se inscribe la existencia. El Dasein, al estar afectivamente dispuesto, “se da existencialmente un aperiente estar-consignado al mundo desde el cual puede comparecer lo que nos concierne” (Heidegger, 2016). El estado de ánimo manifiesta cómo a uno le va, le pone al ser en su ahí, es el lugar desde donde el Dasein ya siempre se ha encontrado y puesto ante sí mismo, y que hace posible por primera vez un dirigirse hacia sus posibilidades.

Además de la disposición afectiva, una segunda característica de la constitución existencial del ahí es que el Dasein por esencia ya ha venido a dar siempre en determinadas posibilidades. “El Dasein es un ser-posible entregado a sí mismo, es de un extremo a otro, posibilidad arrojada” (Heidegger, 2016). La vida no es mera presencia, sino virtualidad siempre abierta por mor de sí misma en cuanto pura posibilidad. El comprender, en cuanto proyectar, es el modo de ser del Dasein en el que éste está siempre arrojado en una posibilidad y avanza o se hace con ella en cuanto tal. Como apunta Stella (2017), la revelación del carácter de proyecto de la existencia entraña también otras consecuencias. El proyecto manifiesta el hecho de que la vida humana debe necesariamente “resolverse” a una de sus posibilidades concretas. El proceso de comprensión consiste en mantener la mirada a las cosas mismas, revisar lo dado, hacer una elección y descartar otras, anticipar un nuevo proyecto que deberá revisarse a la luz de lo que aparece (Stella, 2017):

(...) las posibilidades fácticas que le salen al encuentro a la vida humana en su constitutivo carácter de abierta (esto es, en cuanto proyecto arrojado) tienen una repercusión que modifica la disposición afectiva originaria del comprender, en la que se mueve todo intento de apropiación de lo comprendido. (p. 51)

Además, el todo referencial dado de antemano desde el que se parte, la significatividad del mundo constituida en el comprender, necesita articularse y volverse comunicable. La comprensibilidad afectivamente dispuesta del estar-en-el-mundo se expresa como discurso, que es la articulación del comprender.

Estas estructuras fundamentales del “estar-en” que parten del carácter de abierto, exigen confirmarse en su estado fundamental de la existencia, esto es, en su cotidianidad³. La vida humana se comprende siempre abierta al mundo y primariamente de manera impropia. La caída es el denominador común de las

posibilidades existenciales del ahí en la forma de la cotidianidad, desarrolladas por Heidegger a través de las estructuras de la habladuría (modalidad cotidiana del discurso), la curiosidad (posibilidad impropia de la comprensión) y la ambigüedad (modo inauténtico de la interpretación). Revelan la tendencia del Dasein a quedarse absorbido en el mundo público de la cotidianidad media. Es el movimiento o tendencia intrínseca a la propia existencia que le lleva a quedar preso en la publicidad del uno, en abandonarse y absorberse entre los entes del mundo y alejarse de sí mismo. “Esta propensión a quedar absorbido por el mundo es el destino más íntimo que afecta a la vida fáctica. La manera de asumir este destino, es decir, el modo como el destino “es”, debe considerarse como un elemento constitutivo de la facticidad” (Heidegger, 2014).

El Dasein en su arrojamamiento incesante, reflejo de su movilidad constitutiva, se precipita en la impropiedad. “Está inmediata y regularmente en medio del mundo del que se ocupa (...), perdido en lo público del uno (...), ha desertado siempre de sí mismo en cuanto poder-ser-sí-mismo propio, y ha caído en el mundo” (Heidegger, 2016). La impropiedad es el modo eminente de estar en el mundo, el modo de ser inmediato del Dasein en el que se mueve ordinariamente. La tematización de la aperturidad que pertenece al Dasein, el estar-en, constituido en la disposición afectiva, el comprender y el discurso, y su modo cotidiano de ser caracterizado por la habladuría, la curiosidad y la ambigüedad dan cuenta de la movilidad de la caída.

Pero si la caída oculta y encubre las potencialidades que caracterizan a la propia existencia, es necesario poner en marcha un contra-movimiento gracias al cual el Dasein se determina y resuelve propiamente como poder-ser. Un movimiento por el cual el Dasein en su apertura a sus más íntimas posibilidades existenciales, reconoce el carácter de caída de la existencia y toma posesión de la misma. Una posibilidad de reapropiación.

Todas las estructuras existenciales se hallan ante esa doble posibilidad, entre la pérdida y la reapropiación de sí. La impropiedad no es un modo inferior de existencia, sino aquella modificación existencial del Dasein por la que no decide sobre sí mismo, donde uno está sometido al Uno⁴, perdido entre las prescripciones públicas de la vida cotidiana. La posibilidad de la propiedad y reapropiación de sí, de proyectar su propia existencia, de tomar posesión de la existencia en cada caso mío (y que viene representada por la hermenéutica de sí), puede situarse en cierta continuidad con la tradición de la ética del cuidado.

El Cuidado en *Ser y tiempo*

En *Ser y tiempo* surgen diferentes formas de comportarnos prácticamente con el mundo y que manifiestan una estructura que se va concretando a lo largo de la obra. Heidegger analiza los comportamientos hacia los entes en la cotidianidad. Tratamos con los entes inmersos en el mundo, estamos en el mundo con todas nuestras preocupaciones y obligaciones. Y nuestro estar en el mundo no se sustenta en un acto de conciencia, sino en nuestra previa familiaridad con él.

En las lecciones previas a *Ser y tiempo*, aparecen determinados términos que aluden a los modos de relación que mantiene el Dasein con otros entes en el mundo circundante, con los otros y consigo mismo. El término *Besorgen* (ocuparse) ya aparece en las *Interpretaciones fenomenológicas sobre Aristóteles*, como aquel modo de realización que consiste en la relación que establece el Dasein con los entes que comparecen en el mundo. La preocupación que el Dasein muestra por los otros en el marco de un mundo compartido (*Fürsorge*, solicitud) y la preocupación que la vida muestra por sí misma (*Selbstbekümmern*, inquietud de sí) terminan de configurar una triple modalidad de estar en el mundo que terminará siendo operativa bajo el concepto de *sorge* (Escudero, 2015). En *Ser y tiempo*, Heidegger se sirve del estado afectivo de la angustia para mostrar ese todo originario que es el modo de ser de la vida humana, ya que permite alcanzar un nivel de autocomprensión de la vida sin ejecutar un acto reflexivo como tal; un estado de ánimo que se apodera de nosotros y nos hace comprensible el tránsito de la impropiedad a la propiedad, nos dirige a la condición bajo la que se articulan los rasgos esenciales de la existencia, que es el cuidado. “La angustia, en cuanto posibilidad de ser del Dasein, junto con presentar al Dasein mismo en ella abierto, presenta también el fundamento fenoménico para la captación explícita de la totalidad originaria del ser del Dasein. Este ser se revelará como cuidado” (Heidegger, 2016).

El cuidado es aquel modo de ser que domina por entero su peregrinar temporal en el mundo. El cuidado es la figura conceptual que permite comprender las estructuras fundamentales de la vida humana como una trama originaria, una estructura que da cuenta de la totalidad ontológicamente elemental del Dasein.

El cuidado en Heidegger no se reduce a un concepto meramente práctico, o que tenga que ver sólo con la acción. Es una estructura ontológica y desde ese prisma ha de verse. El cuidado es la caracterización de la manera de ser del Dasein, indica formalmente el modo de ser de la vida humana. Es la base de nuestros modos de ser, la constatación de que estamos ya siempre inmersos en el mundo. Alude a un fenómeno ontológico-existencial fundamental que “no puede ser reducido a un elemento óptico primordial, así como el ser tampoco puede ser explicado por los entes” (Heidegger, 2016). El cuidado no caracteriza un comportamiento concreto, sino que, en cuanto totalidad estructural originaria, se da existencialmente en todo fáctico comportamiento y situación del Dasein.

Rendimientos y Limitaciones de la Ontología Existencial

¿Hay rendimientos en la empresa heideggeriana para la terapia? ¿Es posible concebirla dentro de la tradición del cuidado de sí? Explica Ramón Rodríguez⁵ que la ontología existencial viene a conformar un suelo nutricio, las raíces de un árbol. En torno al debate sobre si hubiera ética implícita en *Ser y tiempo*, la ética sería lo más ajeno, el fruto. La ontología existencial si no lleva una ética implícita, tiene que dar lugar a una ética. Y pese a las resistencias del propio Heidegger, son muchos los que han vislumbrado una ética en *Ser y tiempo*.

¿Es la ontología existencial del Dasein éticamente neutral? ¿*Ser y tiempo* está en un plano ontológico neutral? Hemos visto que *Ser y tiempo* es un trabajo de indagación de la comprensión del ser, de analizar el ser del Dasein con la meta del horizonte trascendental del tiempo. Lo que hace el análisis existencial es extraer del plano óntico de los comportamientos morales el plano ontológico. Ese análisis opera bajo una radical formalización. Poder-ser, apertura, posibilidades... todo el vocabulario de *Ser y tiempo* tiene una resonancia práctica y ética. Franco Volpi llega a radicalizar este aspecto de *Ser y tiempo*. En esta apropiación de la filosofía práctica de Aristóteles por parte de Heidegger, el filósofo italiano ve en *Ser y Tiempo* un tratado de filosofía práctica (Volpi, 1994). Volpi observa en la analítica del Dasein una combinación del modo de acceso de la fenomenología con la ontologización de conceptos aristotélicos. Para este autor, Heidegger interpreta la praxis como la base que caracteriza la manera de ser perteneciente al Dasein, caracterización a partir de un concepto de praxis reinterpretado ontológicamente. El Dasein, la vida humana no se comporta con su ser en una actitud contemplativa, teorizante, más bien tiene un actitud práctico-moral, no para fijarlo y describirlo en sus rasgos esenciales sino para decidir qué va a hacer con él, elegir y actualizar su propia posibilidad entre varias, decisión que no puede eludir. El ser humano tiene logos, delibera y elige qué medios y a través de qué formas toma posesión de lo que hay a su alcance para llevar la mejor forma posible de vida. El Dasein es para Heidegger el ser excepcional para quien su ser en cada caso es una cuestión; en ese sentido debe decidir sobre las posibilidades y formas de actualización. Dasein es actividad y autodeterminación, tiene el carácter de proyección y anticipa y configura así su propio ser en una postura eminentemente práctica. El ser del Dasein está ligado a una movilidad práctica, es el ser que tengo que realizar y poner en juego. Volpi fundamenta los conceptos de *Ser y tiempo* en la *Ética a Nicómaco*, llegándola a considerar una versión modernizada de la misma.

Siguiendo esta línea, de una manera menos radical pero también sugerente, figuran las lecturas de *Ser y tiempo* como una ética del cuidado. El binomio propiedad/propiiedad, ocultamiento/desocultamiento, la cuestión de la caída y reapropiación, la posibilidad de salir del torbellino de lo cotidiano, del dejarse llevar por el atrapamiento de lo meramente dado para tomar conciencia y desplegarse como sí mismo esencial y propio nos dirige a estas cuestiones (Escudero, 2012). Esta dualidad constitutiva del *Sorge* heideggeriano le aproxima a la *epimeleia* (cuidado) antigua. Como señala Escudero (2010b):

(...) se puede afirmar que Heidegger entiende la filosofía como un medio para afrontar las dificultades de la vida, es decir: como terapia, como cuidado del alma o, en términos foucaultianos, como una estética de la existencia o una ética del cuidado cuya primera tarea es examinar los propios motivos y tomar conciencia de la propia situación inicial de caída para luego buscar modelos de conducta y de acción adecuadas a una vida propia. La vida misma, opina Heidegger, en sintonía con las escuelas he-

lenísticas, está sometida a una prueba constante, donde ninguna situación se repite siempre igual y cada decisión vital tiene que ser sopesada con calma y analizada por sí misma. Al igual que el arquero zen se concentra en la trayectoria de la flecha, el Dasein tiene que hacer el vacío en torno a sí y pensar en la trayectoria de su propia vida si es que realmente quiere lograr un gobierno de sí mismo. (p.25)

Tampoco es desacertado para Stella (2017) encuadrar *Ser y tiempo* en la extensa historia del cuidado de sí. La labor heideggeriana rompe con las categorías metafísicas del pensamiento para alcanzar una determinación original de la existencia humana, tema que remite precisamente al cuidado de sí y del alma. Es el propio Heidegger quien admite la procedencia de la noción de *sorge* de esa tradición que transmite el intento de captación de la inmediatez de las experiencias humanas. El cuidado de sí sufre una transformación ontológica en Heidegger, incita al cuidado de sí mismo en tanto el Dasein, que toma conciencia de su situación de desarraigo, asume su arrojamamiento y “vuelve a hacerse con las posibilidades propias de su existencia, sorteando el torbellino de creencias y la anónima masividad compartida que le son impuestos por el propio movimiento de la existencia”.

¿Qué objeciones podrían presentarse a estas analogías? En primer lugar, es el propio texto heideggeriano el que ofrece resistencias. “La analítica existencial es fundamentalmente incapaz de dilucidar a qué cosa se resuelva de manera fáctica el Dasein en cada caso” (Heidegger, 2016). Es preciso tropezar y no pasar por alto que la analítica existencial es puramente formal. Dicha sentencia nos devuelve a la pregunta originaria de si la ontología existencial es neutra en un nivel ético.

No podemos prescindir del “mi”. El ser que pongo en juego no es indiferente, ese ser me afecta y tengo que hacerlo mío. Siempre tomo posición de las cosas que hago. Pero la apropiación del propio ser, no es un rasgo moral. La acción, aunque es siempre en cada caso mía, es un rasgo a priori, estructural. Siempre tengo que tomar posición sobre mis propias posibilidades. Y la posibilidad del poder-ser engloba la diferencia propiedad/impropiedad: la mayor parte de nuestras conductas son de carácter inercial, no se toma una afirmación de segunda orden sobre ellas. Pero existe la posibilidad de asumir la conducta de una manera que la hago mía, soy yo mismo cuando tomo posición de lo que hago de manera explícita. Cuando se rompe esa trama inercial del Uno, esa ruptura repara la falta de elección de la cotidianidad. La posibilidad de reapropiación figura en elegir el elegir, tomar posición de segundo orden, aquel hacer mía una posibilidad en la que elijo la elección.

Pero ya se ha señalado que ese doblete de lo impropio/propio no tiene una connotación moral. No es un mandato, es la forma como la existencia toma conciencia lúcida su propia estructura de poder-ser. La existencia comparece lúcidamente ante sí misma, pero lo que revela es la estructura de la existencia, no la conducta moral. Solo si tomo posición de mí mismo, la conducta puede ser buena o mala. Y sólo a través de esta toma de posición, nacen las condiciones de posibilidad de la terapia. La psicoterapia, al igual que la ética, es □una de las disciplinas que dicen

algo pertinente sobre el ser que somos. Yo me patentizo a mí mismo sólo en la asunción de posibilidades, en mi poder-ser. La analítica no habla de prescripciones concretas, lo único que tiene que decir es que sólo un ser que puede volverse sobre sí mismo, volcado hacia sus posibilidades, que toma posición con respecto de sí, puede tener conciencia moral, o puede diferir de sí mismo. Sólo un ser que pone en juego su propio ser, un ser que tiene que responder de sí, un ser que tiene una responsabilidad ontológica, puede transformarse mediadamente en terapia y puede dominarse a partir de cómo es.

La analítica existenciarista es una ontología fenomenológica que trata de establecer las condiciones de posibilidad de la existencia propia, al igual que el cuidado de sí no queda definido universalmente por una serie de prescripciones o reglas de conducta. Insta a hacernos cargo, despierta nuestra responsabilidad, nos enfrenta y devuelve a nuestra situación particular. El análisis ontológico es el producto de un estilo de vida óntico, que intenta responder a la pregunta por el ser y establece el andamiaje necesario para ello. Pero es un análisis que atiende, en su vaciedad formal, a la generalidad trascendental de la prescripción, no reclama prescripciones universales ni concretas.

El Desencanto Moderno de la Terapia y la Tradición del Cuidado como Alternativa

Olvido del ser y era de la técnica son sinónimos en Heidegger. Con el dominio de lo técnico, crece el vacío, el hombre se ve como una pieza más de una maquinaria que somete y calcula su existencia en base a una racionalidad técnica, la voluntad personal está determinada por una empresa mayor. Pararse a reflexionar, atender, escuchar, dominarse a uno mismo son procesos lentos y sin un beneficio inmediato, pero son lo más propio de uno. Sin el pensar y el reflexionar el hombre no se reconoce a sí mismo como lugar de revelación del ser, como Dasein (Esquirol, 2011). El desencanto de la modernidad y de la hegemonía de la técnica, la pérdida de sentido de la propia existencia son constantes problemáticas de Heidegger. La búsqueda de nuevos recursos simbólicos, el análisis de la vida humana y de su particular movilidad, la capacidad del hombre de modificarse de tal manera que se distancie críticamente con respecto a su propia vida y al mundo en el que habita, su empresa. Y éste es uno de los rendimientos heideggerianos para la terapia.

La crítica de Heidegger en *La pregunta por la técnica* (2021) guarda una relación directa con la tendencia cada vez más marcada utilizar a ésta (*Gestell*) como criterio absoluto de la realidad humana, engranaje que engulle, impersonaliza y aliena (Bonet, 2017). El esfuerzo central de la Modernidad es aumentar su acceso ilimitado a todo el mundo exterior (y por lo tanto al individuo y sus desajustes) y poder generar una disponibilidad permanente y alcanzable. La estrategia de la Modernidad es la de la puesta a disponibilidad. Estamos constreñidos e impulsados a “convertir el mundo en un punto de agresión, en algo que debe ser conocido, alcanzado, apropiado, dominado y controlado” (Rosa, 2020). La naturaleza queda

sometida a nuestro dominio como un fondo que está constantemente a nuestra disposición, y el sujeto se ve reducido a un mero objeto de conocimiento.

La terapia, en su propia autocomprensión como producto moderno, se ve a sí misma como la aplicación técnica de un conocimiento científico destinado a aliviar un síntoma, y la verdad implícita que descansa sobre la eficacia de cada escuela es una hipótesis de verdad causal (mi enfoque funciona porque mis presupuestos son ciertos). La terapia como hija de la Modernidad, se basa en el proyecto de disponibilidad técnico-teórica del mundo (y por lo tanto, del propio individuo y de sus desajustes), así como en un sujeto garante de la verdad de sus representaciones y de la eticidad de su conducta. La manera en que se ve a sí misma la psicoterapia establece un cierre del horizonte de sentido donde se dispone de antemano lo que luego ha de ser visto. Si yo anticipo que lo que me voy a encontrar es una disfunción neurobiológica, un condicionamiento reflejo o un complejo de Edipo, y la terapia por la que me muevo va a obtener resultados, será porque los presupuestos desde los que parto son ciertos. La actitud que prevalece es la de dar por sentado que los resultados de las terapias aplicadas dan testimonio de la verdad y la competencia teórica con la que éstas operan. Y ésta es la esencia del proyecto de la técnica de la modernidad. La psicoterapia, por tanto, es un producto muy representativo de su tiempo y estrechamente vinculado al despliegue del proyecto moderno. Pero las insuficiencias de este modelo se reflejan en la paradoja de la equivalencia (o hipótesis del pájaro Dodo) (Wampold, 2015), desde donde diferentes terapias, incompatibles entre sí mismas en cuanto a la teoría de producción de síntomas y técnicas destinadas a su alivio, presentan la misma eficacia. Un problema epistémico que bajo la fundamentación moderna de la terapia no puede resolverse. Pero, ¿es posible una fundamentación diferente que añada luz a esta aporía? Los rendimientos heideggerianos nos llevan precisamente a la condición de posibilidad de la terapia, esto es, a la capacidad del individuo de colocarse frente a su facticidad, de relacionarse con ella. La verdad ontológica de la psicoterapia.

Hay algo que precede inevitablemente a la capacidad de poner el mundo a distancia y disponibilidad (la obra de Heidegger nos invita a meditar sobre ese ámbito previo de sentido, sobre ese claro en el que se nos dan inicialmente las cosas antes de ser representadas, dispuestas y solicitadas por el engranaje técnico). Teniendo en cuenta que uno debe partir desde una ventana teórica necesaria para reconstruir la experiencia del paciente en base a unos términos concretos, se plantea en este trabajo (y en la fundamentación de la psicoterapia como cuidado) que el engranaje facilitador del cambio en psicoterapia no radica en que los presupuestos teóricos de los que se parte sean ciertos, sino que, independientemente de la teoría de la que partamos, el mecanismo de cambio va a darse en el movimiento mismo de la subjetividad. La reconstrucción racional del proceso de subjetivación⁶ ha de ir a buscarse al movimiento subjetivo mismo y a la posibilidad perseguida en terapia de aparición de un sentido nuevo, de dimensiones de sentido nuevas que no habían sido atendidas previamente. Una tarea que no consiste en liberar una región dispo-

nible prerreflexiva, preteórica y originaria (Arciero et al., 2018). Precisamente el movimiento mismo de subjetivación permite que, de manera mediada, podamos aproximarnos a lo indisponible en nosotros; permite que podamos colocarnos de otro modo frente a nuestra condición fáctica, hacernos cargo, en ocasiones, de narraciones sufrientes, de trama de significados, hábitos instituidos y otras regiones de nuestra pasividad. Todo ello echando mano del buen hacer psicoterapéutico, del corpus de herramientas con las que contamos para propiciar ese aparecer de sentidos nuevos y momentos poéticos en el encuentro (Pakman, 2010).

Para ello será preciso atender la psicoterapia no bajo su autoconcepción moderna, sino como una práctica de resubjetivación que pertenece a la tradición del cuidado. Una práctica que respete y ponga de manifiesto la emergencia de lo indisponible por apropiarse y que asegure el poder diferir del sujeto de sí (Rejón, 2021).

Al examinar nuestras actividades cotidianas, la forma normal en que nos movemos por el mundo, Heidegger pensó que era posible demostrar el hecho de que no somos, ante todo, mentes desprendidas que se encuentran con un mundo; más bien estamos primordialmente en un mundo de participación práctica. Por tanto, los modelos que intentan reconstruir las condiciones del conocimiento desde el punto de vista de un sujeto desvinculado del mundo no pueden sino fallar en su intento de dar cuenta de su naturaleza. Somos antes de sujetos, Dasein (estar ahí). Que el Dasein se cuide y comporte de modo práctico arrastra al modelo epistemológico sujeto-objeto a un segundo plano. Esto no implica negar la importancia del conocimiento científico, sino que el modelo de la conciencia y de la polaridad sujeto-objeto del comportamiento humano, el modelo de la disponibilidad teórico-técnica del mundo, no responde a los problemas epistémicos que existen actualmente en psicoterapia. Por ello los rendimientos del cuidado heideggeriano como fundamentación de la terapia son tan pertinentes.

El ser que es precomprendido no es un conjunto de propiedades humanas esenciales, una esencia dotada de contenido material, sino el vivir como realización, que es, frente a esa esencia material, una forma. Hay siempre una comprensión, una cierta conciencia del hecho del propio vivir: la vida, viviendo, “sabe” de ella. Y en esa precomprensión, en ese dinamismo, el trato conmigo mismo no se produce a través de una autocontemplación, sino poniendo en obra un proyecto de sí. Cuidado es vivir inmersos en contextos de significado ya existentes, habiendo posibilidad de individuación a través de prácticas con las que uno puede transfigurarse. El cuidado es el hacerse cargo de lo indisponible, el trabajo mediante el cual uno toma posición con respecto de sí.

La psicoterapia y sus ancestros anclan en una determinidad inherente al Dasein como es el cuidado, y el doble entenderse im/propio. Desde esta fundamentación, el cambio en psicoterapia consiste en ejercitarse desde una libertad situada, propiciar desde lo instituido momentos de conmoción, apareceres de un sentido nuevo que hay que facilitar, posibilidades latentes (procesos de subjetivación) a poner en marcha.

Nota al pie

1. Para una exposición más detenida de los acercamientos y desencuentros entre Heidegger y la lectura que hace de su ontología la psiquiatría analítico-existencial, véase Heidegger, M. (2013). *Seminarios de Zollikon*. México, D.F.: Herder.
2. La noción de cuidado puede enmarcarse en los intentos de dar un giro a la filosofía hacia términos y funciones alejadas de su estructura academicista actual. El objetivo es entender la filosofía como ejercicio concreto, vivido y efectivo. La noción de cuidado está representada desde diferentes formas en la obra de Michel Foucault, Pierre Hadot, Jan Patočka o Carol Gilligan, entre otros.
3. Ni el temple anímico alude a un constructo psicológico, ni el proyecto alude a un comportamiento planificador u organizador. Tampoco el tono peyorativo y las connotaciones ético-morales de términos como impropiedad deben dirigirnos a pensar en una modalidad inferior de la existencia. Nos hallamos ante una modalidad de existencia estrictamente formal.
4. El Uno, o uno público, es un existenciario. La propiedad es una modificación existencial de la vida primariamente impropia en el uno público. El sí mismo del Dasein cotidiano es el uno-mismo. La propiedad no implica deshacerse de nuestra propia tradición sino apropiársela de manera genuina, abriendo y persiguiendo nuevas posibilidades.
5. Concretamente en la ponencia “*Ontología existencial y ética. En torno a la ética implícita de Ser y tiempo*” en el Seminario “*Ética y fenomenología*” impartido en mayo de 2021 en la Universidad Diego Portales (Santiago de Chile) y la Universidad de Zaragoza. Algunas de las ideas de este apartado beben de esa sesión.
6. Cuando hablo de subjetivación me refiero a la manera en que me constituyo a mí mismo en las relaciones con los demás, con el mundo y conmigo mismo.

Referencias

- Arciero, G., Bondolfi, G. y Mazzola, V. (2018). *The foundations of phenomenological psychotherapy* [Los fundamentos de la psicoterapia fenomenológica]. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-78087-0>
- Bonet, Á. (2017). El cuidado del ser. En T. Oñate, S. Lomef, L. I. Escutia, J. L. Díaz, O. Zubía y M. Hernández (Eds.), *Hermenéuticas del cuidado del sí: cuerpo alma mente mundo* (pp.143-172). Dykinson.
- Boss, M. (1983). *Existential foundations of medicine & psychology* [Fundamentos existenciales de la medicina y la psicología]. Jason Aronson.
- Boss, M. (2013). Prólogo a la primera edición. En M. Heidegger (Ed.), *Seminarios de Zollikon* (pp.15-26). Herder.
- Escudero, J. A. (2010a). *Heidegger y la genealogía de la pregunta por el ser. Una articulación temática y metodológica de su obra temprana*. Herder.
- Escudero, J. A. (2010b). Ser y tiempo y el imperativo de una estética de la existencia: El Dasein como una obra de arte. *Revista de Humanidades*, 21, 9-29.
- Escudero, J. A. (2012). Ser y tiempo; ¿una ética del cuidado? *Aurora*, 13, 74-79.
- Escudero, J. A. (2015). *Guía de lectura de Ser y Tiempo de Martín Heidegger. Vol. 1*. Herder.
- Esquirol, J. M. (2011). *Los filósofos contemporáneos y la técnica. De Ortega a Sloterdijk*. Gedisa.
- Heidegger, M. (1997). *Plato's sophist [El sofista de Platón]*. Indiana University Press.
- Heidegger, M. (2013). *Seminarios de Zollikon*. Herder.
- Heidegger, M. (2014). *Interpretaciones fenomenológicas sobre Aristóteles (Indicación de la situación hermenéutica) [Informe Natorp]*. Trotta.
- Heidegger, M. (2016). *Ser y tiempo*. Trotta.
- Heidegger, M. (2021). *La pregunta por la técnica*. Herder.
- Husserl, E. (2006). *Investigaciones Lógicas, I*. Alianza Editorial.
- Mitchell, A. J. (2016). Heidegger's breakdown: health and healing under the care of Dr. V.E. von Gebattel. *Research in Phenomenology*, 46(1), 70-97. <https://doi.org/10.1163/15691640-12341329>
- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Gedisa.
- Rejón, C. (2021). *Uno y distinto. Estudios sobre locura e individuación*. Herder.
- Rodríguez, R. (1997). *La transformación hermenéutica de la fenomenología. Una interpretación de la obra temprana de Heidegger*. Tecnos.

- Rodríguez, R. (mayo 2021) *Ontología existencial y ética. En torno a la ética implícita de Ser y tiempo* [Ponencia]. Seminario “Ética y fenomenología” Universidad Diego Portales. Santiago de Chile.
- Rosa, H. (2020). *Lo indisponible*. Herder.
- Stella, A. (2017). *¿Qué es la filosofía? Foucault, Patocka y la noción de cuidado* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid].
- Volpi, F. (1994). Being and time: A translation of the nichomachean ethics? [Ser y tiempo: ¿una traducción de la ética a Nicómaco?] En T. Kisiel y J. Buren (Eds.), *Reading Heidegger from the start. essays in his earliest thought* (pp. 195-212). New York Press.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update [¿Qué importancia tienen los factores comunes en psicoterapia? Una actualización]. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

EFFECTIVIDAD DEL FEEDBACK FORMAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

EFFECTIVENESS OF FORMAL FEEDBACK IN MENTAL HEALTH COMMUNITY IN SPAIN: A RANDOMIZED CLINICAL STUDY

Pau Sánchez-Rotger ^{1,2}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2730-8454>

Gonzalo Martínez-Alés ^{1,3}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1902-4067>

Jesús Martí-Esquitino ^{1,4}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5157-7972>

María Fe Bravo-Ortiz ^{1,5,6}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7969-9245>

1. Servicio de psiquiatría, psicología clínica y salud mental, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España
2. Psicólogo Clínico. España
3. Psiquiatra. España
4. Psicólogo Clínico. España
5. Jefa de servicio de psiquiatría, psicología clínica y salud mental, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España
6. Universidad Autónoma de Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez-Rotger, P., Martínez-Alés, G., Martí-Esquitino, J. y Bravo-Ortiz, M. F. (2022). Efectividad del feedback formal en salud mental comunitaria en España: Un estudio clínico aleatorizado. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 239-252. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1076>



Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo evaluar la efectividad de la introducción del instrumento de feedback formal PCOMS en psicoterapia en el sistema nacional de salud español. Para ello, se llevó a cabo un estudio clínico aleatorizado y controlado simple ciego en cuatro centros de salud mental y atención primaria del Hospital Universitario La Paz, España. Los pacientes asignados al grupo experimental completaron junto con su terapeuta las medidas del instrumento PCOMS durante cada sesión, mientras que los pacientes asignados al grupo control recibieron el tratamiento habitual. Un total de 58 pacientes completaron el estudio. La variable principal fue el resultado terapéutico, medida a través de la escala ORS. Las variables secundarias fueron la sintomatología, a través de la escala GSI (SCL-90), satisfacción, a través de la escala CRES-4, y abandono prematuro. En los resultados se encontraron diferencias entre el grupo experimental y control en el resultado terapéutico. El número necesario a tratar indicó que por cada siete pacientes tratados en la condición experimental se evitaría el empeoramiento o estancamiento de un paciente. No se obtuvieron diferencias en sintomatología, satisfacción o abandono prematuro. Se concluye que el instrumento PCOMS puede incrementar la efectividad de la psicoterapia en contextos de salud mental del sistema nacional de salud español.

Palabras clave: *feedback, salud, mental, España, estudio, aleatorizado*

Abstract

The present research aims to evaluate the effectivity of the introduction of the formal feedback PCOMS instrument in psychotherapy in the Spanish national health system. To do this, it was a randomized controlled single blind clinical study in 4 mental health and primary care centers of the La Paz University Hospital, Spain. Patients assigned to the experimental group completed the measurements of the PCOMS instrument together with their therapist during each session, while patients assigned to the control group received treatment as usual. A total of 58 patients completed the study. The main variable was the therapeutic result, measured through the ORS scale. Secondary variables were symptomatology, through the GSI scale (SCL-90), satisfaction, through the CRES-4 scale, and dropouts. In the results, differences were found between the experimental and control groups in the therapeutic result. The number necessary to treat indicated that for every 7 patients treated in the experimental condition, deterioration or no change of 1 patient would be avoided. There were no differences in symptoms, satisfaction or premature abandonment. It is concluded that the PCOMS instrument can increase the effectivity of psychotherapy in mental health contexts of the Spanish national health system.

Keywords: *feedback, health, mental, Spain, study, randomized*

A pesar de la eficacia establecida de la psicoterapia (Wampold e Imel, 2015), la tasa de no mejoría o empeoramiento se sitúa entre el 20% y el 50% (Lambert, 2013), y la tasa de abandono antes de finalizar la terapia en hasta un 25% (Swift y Greenberg, 2012). Además, parece que la experiencia clínica no es suficiente para aumentar la eficacia de los terapeutas (Goldberg et al., 2016). Esto contrasta con la percepción de los terapeutas, quienes tienden a sobrestimar su propia eficacia y la mejoría de sus pacientes (Walfish et al., 2012).

En este contexto, en los últimos años ha tenido lugar la introducción de instrumentos que monitorizan el progreso en psicoterapia. Uno de estos instrumentos es el Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) (Duncan y Miller, 2008; Rodrigo-Holgado et al., 2018). Un primer metaanálisis que evaluaban la eficacia del PCOMS encontró un tamaño de efecto moderado ($g = .53$) en comparación con el tratamiento habitual (Lambert y Shimokawa, 2011). Un metaanálisis más reciente de 18 estudios y 2910 pacientes ha encontrado un tamaño de efecto más modesto ($g = .27$), siendo menos eficaz en contextos psiquiátricos u hospitalarios ($g = .1$) que en contextos comunitarios ($g = .45$) (Østergård et al., 2018).

Existe evidencia sólida sobre la efectividad del uso de PCOMS en contextos comunitarios en otros países y también en población española en el circuito privado, sin embargo, hasta la fecha no hay estudios publicados centrados en su eficacia dentro del sistema nacional de salud (Gimeno-Peón et al., 2018; 2019).

Método

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad del uso del instrumento PCOMS en centros de salud mental comunitarios y de atención primaria del sistema de salud español. La hipótesis principal es que la administración del PCOMS resultará en un incremento de la efectividad de la psicoterapia, medida a través del resultado terapéutico, el descenso de sintomatología, el aumento de satisfacción y la reducción de abandonos antes de finalizar la terapia.

Diseño

Se trató de un estudio clínico con aleatorización individual y controlado simple ciego, llevado a cabo en 3 centros de salud mental comunitarios y un centro de atención primaria del área sanitaria del Hospital Universitario La Paz, en la Comunidad de Madrid, España.

Participantes

Se seleccionaron pacientes que fueron derivados por parte de los Médicos de Atención Primaria u otros profesionales por diversas problemáticas relacionadas con la salud mental a los terapeutas participantes durante su rotación en los centros de salud mental o atención primaria en el período del estudio. Los criterios de exclusión fueron: 1) ser menor de 18 años; 2) estar en tratamiento psicoterapéutico por más de un profesional simultáneamente.

El estudio se llevó a cabo entre junio de 2017 y marzo de 2019. Participaron seis psicoterapeutas, de ellos cinco psicólogos internos residentes y un médico interno residente de psiquiatría, adscritos al Hospital Universitario La Paz.

Procedimiento

La selección de pacientes se llevó a cabo según los criterios mencionados y conforme eran derivados a cada terapeuta. Tras una entrevista inicial, a cada paciente le fue entregado el consentimiento informado, un cuestionario sobre sus características demográficas, la escala ORS y el cuestionario SCL. La aleatorización de pacientes a cada grupo se llevó a cabo por el terapeuta de cada paciente, mediante un programa web de generación de dos números aleatorios (<https://www.augeweb.com/azar/>) una vez firmado el consentimiento, siendo el número uno el indicado para la inclusión en la condición PCOMS, y el número dos el indicado para inclusión en la condición control. Cada terapeuta llevó a cabo la intervención en ambas condiciones. Al finalizar el tratamiento se le pidió a cada paciente que completase de nuevo la escala ORS y la escala SCL, además del cuestionario de satisfacción CRES-4.

El protocolo inicial del estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la investigación con ensayos clínicos del Hospital Universitario La Paz con fecha 28 de julio de 2017 y código 4897, y fue conforme con los principios de la Declaración de Helsinki (Mazzanti, 2011).

Intervención

Grupo de Intervención (PCOMS)

Al inicio de cada sesión, el paciente completaba la escala de resultados u *Outcome Rating Scale* (ORS), en la que debía puntuar su estado actual en cada una de cuatro líneas de 10 centímetros asociadas a cuatro dominios (individual, interpersonal, social y global), obteniendo una puntuación total sobre 40. Las puntuaciones más bajas reflejan un mayor grado de gravedad, siendo el punto de corte para población clínica una puntuación global menor a 25. Según el protocolo de introducción (Duncan et al., 2008), el terapeuta debe explicar que la ORS es un modo de asegurarse de que la opinión del paciente es central en la terapia, y se utiliza para monitorizar el resultado en cada sesión.

Al final de cada sesión, el paciente completaba la escala de la alianza o *Sesión Rating Scale* (SRS), utilizando un procedimiento similar al anterior en los cuatro dominios (relación con el terapeuta, metas u objetivos, enfoque o tareas, y global). El punto de corte de esta escala es de 36, de forma que aquellos pacientes que puntúan por debajo se encuentran en riesgo de deterioro de la alianza de trabajo. Tanto si el paciente puntúa por debajo como si lo hace por encima del punto de corte, el terapeuta debe agradecer el feedback recibido y preguntar qué se podría hacer para mejorar en la próxima sesión. De este modo, la escala SRS proporciona una estruc-

tura para hablar sobre la alianza y sobre posibles problemas que hayan aparecido.

Grupo Control

Previo al inicio de cada sesión, el paciente completaba la ORS, en formato papel, en la sala de espera, la metía en un sobre y lo cerraba. Al entrar en la consulta, el paciente le entregaba el sobre cerrado al terapeuta, quien lo incorporaba en la historia clínica del paciente. De este modo, el terapeuta no accedía a la puntuación, ni se administraba la SRS al final de la sesión. No hubo otras diferencias entre el grupo de intervención y el grupo control.

Los terapeutas fueron instruidos en la administración de las dos escalas del protocolo PCOMS según el protocolo de sus autores y sus dudas fueron resueltas previamente al inicio de la fase de reclutamiento (Duncan et al., 2008).

Análisis

Variable Principal

Resultado terapéutico: 1) Se empleó la diferencia entre la puntuación inicial de la primera sesión y la puntuación correspondiente a la última sesión en la escala ORS.

Variables Secundarias

Resultado terapéutico: 1) Se codificaron los resultados de la escala ORS en una variable con 3 niveles (empeoramiento, no cambio, mejoría) y se empleó la diferencia entre el porcentaje de pacientes en ambos grupos que experimentaron empeoramiento (descenso de cinco o más puntos en la ORS final respecto a la puntuación inicial), no cambio (diferencia menor a cinco puntos) o mejoría (aumento de cinco o más puntos), según el protocolo de interpretación PCOMS (Duncan et al., 2008).

Sintomatología: 1) Se empleó la diferencia entre la puntuación inicial y la puntuación correspondiente a la última sesión en el índice global de malestar (GSI) de la versión española de la escala Symptom Checklist 90-R (SCL, Derogatis y Savit, 1999; González de Ribera et al., 2002). Se trata de una escala de 90 ítems, de aplicación en estudios comunitarios para la detección de psicopatología general y/o de cambios sintomáticos inducidos por diversos tratamientos.

Satisfacción: 1) Se empleó la adaptación española de la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4, 1995; Feixas et al., 2012). Esta escala tiene cuatro ítems y fue creada para evaluar el grado de satisfacción del paciente con la terapia recibida, el grado en que considera que su problema se ha resuelto y el cambio en su estado emocional.

Cálculo del Tamaño Muestral

No existen estudios previos donde se haya estimado la efectividad de esta intervención de feedback en un contexto clínico comparable al de nuestra inves-

tigación. Para calcular el tamaño muestral, y dada la heterogeneidad de tamaños de efecto en diferentes estudios previos (Østergård et al., 2018), tomamos como referencia del tamaño del efecto esperable el estudio ampliamente citado de Whipple et al. (2003). En este estudio, que incluyó cerca de 1000 pacientes atendidos en la práctica clínica ordinaria por terapeutas de diferentes orientaciones, la diferencia de efecto entre los pacientes de terapeutas que recibieron una intervención de feedback, en comparación con los que no la recibieron, se estimó en 0.70 (un efecto medio según los criterios de Lipsey de 1990). Asumiendo un tamaño de efecto similar, un poder estadístico = 0.80 y una probabilidad de error alfa = 0.05, serían necesarios 34 participantes por rama del estudio para un tamaño muestral total de 68. El tamaño muestral final fue de 58 pacientes, fundamentalmente debido a un menor número de pacientes reclutados del estimado.

Las características basales de los participantes incluidos en los grupos intervención y control se compararon, utilizando test de *Chi-cuadrado* de Pearson y *t* de Student para muestras independientes para las variables categóricas y continuas, respectivamente.

Posteriormente, se compararon los resultados en las escalas ORS y SCL post-intervención en ambos grupos usando la prueba *t* de Student; Y la prueba exacta de Fisher para analizar la diferencia entre la proporción de pacientes que experimentaron empeoramiento, no cambio, o mejoría en cada intervención.

Finalmente, se modeló la diferencia entre intervenciones, en términos de escalas ORS y SCL post-intervención, utilizando análisis multinivel y ecuaciones de estimación generales (general estimating equations, GEE). Ambos modelos fueron construidos utilizando la medida de escalas post-intervención como variable resultado, y el grupo de intervención como variable predictora. Ambos modelos fueron ajustados por la medida basal de cada escala (ORS pre-intervención para el modelo de ORS post-intervención y SCL pre-intervención para el modelo de SCL post-intervención). Los modelos GEE son adecuados para este estudio dado que permiten que observaciones longitudinales se consideren anidadas en un mismo individuo, controlando las diferencias entre grupos de estudio por la variación intra-individual.

Los modelos multivariantes, de forma adicional, incluyeron un segundo nivel para ajustar los estimadores de acuerdo con el terapeuta que realizó la intervención, para controlar por diferencias entre terapeutas, de manera similar a lo realizado en estudios previos (Janse et al., 2016; Van Oenen et al., 2016). Se realizaron ambas aproximaciones para obtener estimadores de efecto doblemente robustos, a modo de análisis de sensibilidad.

Los resultados de los modelos multinivel y GEE se expresan en forma de beta: variación, entre grupo control y PCOMS, de las puntuaciones medias de (i) ORS y SCL basal, y (ii) ORS y SCL post estudio ajustado por ORS y GSI basal, respectivamente; e incluyen el intervalo de confianza al 95% y una medida del valor *p*.

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico Stata 15 para

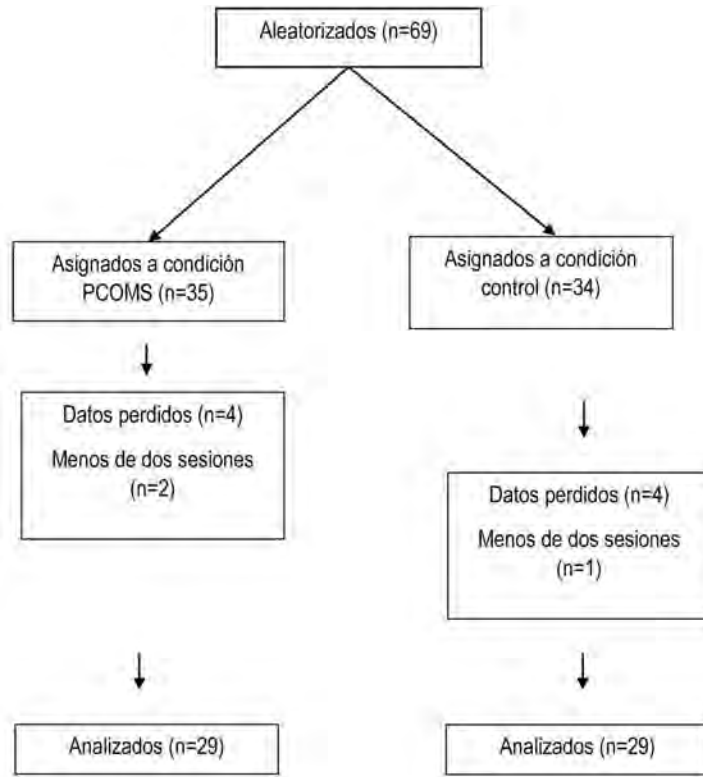
PC (StataCorp, College Station, TX).

Resultados

Un total de 69 pacientes firmaron el consentimiento informado y fueron incluidos en el estudio. Se obtuvieron datos de la línea base y el final del tratamiento en la medida principal de 58 pacientes (condición PCOMS, $n = 29$, 68% mujeres, media = 36.9 años; condición control, $n = 29$, 72% mujeres, media = 44.1 años) (ver figura 1).

Figura 1

Participantes. Datos del Número de Pacientes Asignados, Perdidos, No Completas y Analizados en Ambas Condiciones de Tratamiento



El reclutamiento de los pacientes se llevó a cabo de forma individual por cada terapeuta durante su período de rotación en el centro de salud mental o atención primaria correspondiente, a lo largo del período de desarrollo del estudio.

La categoría diagnóstica más común fue trastorno adaptativo ($n = 23$, 39%), seguido de trastorno de ansiedad ($n = 14$, 24%). Cada terapeuta atendió de media a nueve pacientes (9.6, rango de 5 a 15). Once pacientes fueron atendidos en un

centro de atención primaria, mientras que los 47 restantes (80%) lo fueron en los tres centros de salud mental del área. El apoyo familiar y social percibido por el paciente mediante la entrevista clínica se concentraba en su mayoría en el rango bajo-medio. Un total de 26 pacientes (44%) completaron estudios universitarios, y un total de 25 vivían con su pareja y/o hijos. El estado civil predominante era soltero ($n = 24$, 40%) y en pareja o casado ($n = 24$), y 22 pacientes se encontraban activos laboralmente en el momento del estudio, mientras que 13 estaban desempleados.

La mediana pre-tratamiento fue de 18 para la escala ORS (17 para el grupo PCOMS y 18 para el grupo control), y de 1.5 para la escala GSI (1.4 para el grupo PCOMS y 1.6 para el grupo control). No se observaron diferencias en las variables demográficas y las puntuaciones basales entre el grupo control y el grupo PCOMS. El número medio de sesiones fue de 4.98 (moda de tres sesiones), de frecuencia semanal-quincenal, y no se encontraron diferencias entre ambas condiciones (ver tabla 1).

Tabla 1
Características Demográficas

Variable	Grupo PCOMS	Grupo Control	No respondidos
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Años, media (desviación estándar)	36.9 (2.3)	44.1 (3.1)	
Género			
Hombre	9 (31)	9 (31)	
Diagnóstico			1 (3)
Trastorno adaptativo	10 (34)	13 (45)	
Trastorno de ansiedad	8 (28)	6 (21)	
Trastorno depresivo	4 (14)	5 (17)	
Trastorno ansioso-depresivo	2 (7)	2 (7)	
Trastorno psicótico	0 (0)	1 (3)	
Trastorno de personalidad	4 (14)	2 (7)	
Trastorno Bipolar	1 (3)	0 (0)	
Terapeuta			
1	3 (10)	3 (10)	
2	2 (7)	3 (10)	
3	5 (17)	7 (24)	
4	8 (28)	7 (24)	
5	6 (21)	5 (17)	
6	5 (17)	4 (14)	
Centro			
Centro salud mental 1	5 (17)	6 (21)	
Centro salud mental 2	5 (17)	8 (28)	

Variable	Grupo PCOMS	Grupo Control	No respondidos
Centro salud mental 3	13 (45)	10 (34)	
Centro atención primaria	6 (21)	5 (17)	
Apoyo familiar			
Bajo	13 (45)	8 (28)	
Medio	9 (31)	12 (41)	
Alto	7 (24)	9 (31)	
Apoyo social			
Bajo	9 (31)	8 (28)	
Medio	14 (48)	13 (45)	
Alto	6 (21)	8 (28)	
Nivel educativo			1 (3)
Estudios primarios	3 (10)	9 (31)	
Estudios secundarios	4 (14)	4 (14)	
Estudios de bachiller	6 (21)	5 (17)	
Estudios universitarios	16 (55)	10 (34)	
Convivencia			1 (3)
Solo/a	5 (17)	3 (10)	
Con amigos	2 (7)	5 (17)	
Pareja y/o hijos	11 (38)	14 (48)	
Padre y/o hermanos	9 (31)	5 (17)	
Otros	2 (7)	1 (3)	
Estado civil			1 (3)
Soltero/a	14 (48)	10 (34)	
En pareja o casado/a	14 (48)	10 (34)	
Divorciado/a	1 (3)	7 (24)	
Viudo/a	0 (0)	1 (3)	
Situación laboral			3 (10)
Estudiante	5 (17)	4 (14)	
Activo	13 (45)	9 (31)	
De baja	2 (7)	3 (10)	
Desempleado	8 (28)	5 (17)	
Jubilado	1 (3)	5 (17)	

Las medidas de ORS post-intervención en los grupos intervención y control fueron 27.1 y 22.72, respectivamente ($p = .02$) y las de SCL post-intervención fueron 1.11 y 1.27, respectivamente ($p = 0.76$).

Resultado terapéutico: tanto el modelo de Ecuaciones de Estimación Generales ($b = .16$; Intervalo de confianza al 95% = .05, .26) como el modelo Multinivel (b

= .14; intervalo de confianza al 95% = .04 – .25) obtuvieron diferencias entre la condición PCOMS y la condición control en la puntuación media de la escala ORS post-intervención, ajustada por la puntuación ORS pre-intervención.

De los 58 pacientes que finalizaron el estudio, un total de 30 experimentaron mejoría durante la intervención, 17 en la condición PCOMS y 13 en la condición control. No experimentaron cambios un total de 20 pacientes, 8 en la condición PCOMS y 12 en la condición control. Por último, un total de 8 pacientes empeoraron, cuatro en la condición PCOMS y cuatro en la condición control. Las diferencias entre ambas condiciones no fueron estadísticamente significativas ($p = .55$). El cálculo del número necesario a tratar (NNT = 7.14) indicó que por cada siete pacientes tratados en la intervención PCOMS se evitaría el empeoramiento o ausencia de cambio de un paciente (ver tablas 2 y 3).

Sintomatología: No se obtuvieron diferencias entre la media de la escala GSI del cuestionario SCL post-intervención de la condición PCOMS y la condición control, tanto en el modelo de Ecuaciones de Estimación Generales ($b = -.02$; intervalo de confianza al 95% = $-.67 - .62$) como en el modelo Multinivel ($b = -.02$; intervalo de confianza al 95% = $-.67 - .62$).

Satisfacción: un total de 39 pacientes completaron la encuesta de satisfacción CRES-4, 20 de ellos asignados a la condición PCOMS y 19 asignados a la condición control. La media de satisfacción con el tratamiento en la escala de 0 a 10 fue de 8.64, 8.8 para la condición PCOMS y 8.58 para la condición control, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Abandonos: un total de siete pacientes abandonaron la intervención de forma prematura y no consensuada con su terapeuta, tres de ellos asignados a la condición PCOMS y cuatro a la condición control.

Tabla 2
Distribución de Pacientes que Experimentaron Empeoramiento, No Cambio o Mejoría

	Empeoramiento	No cambio	Mejoría	Valor P ¹
Total N(%)	8 (13.8)	20 (34.5)	30 (51.7)	0.55
Grupo PCOMS N(%)	4 (13.8)	8 (27.6)	17 (58.6)	
Grupo control N(%)	4 (13.8)	12 (41.4)	13 (44.8)	

Nota. 1 = Prueba exacta de Fisher.

Tabla 3

Comparación de Resultados entre Pacientes que Reciben la Intervención PCOMS Frente a Paciente que Reciben la Intervención Control

	Diferencias no ajustadas		Modelo de Ecuaciones de Estimación Generales ¹			Modelo Multinivel ²		
	Diferencia de medias	Valor-P	Estimación de Beta	Intervalo de confianza al 95%	Valor-P	Estimación de Beta	Intervalo de confianza al 95%	Valor-P
ORS Post-Intervención	4.4	.06	.16	.05, .26	.003	.14	.04, .25	.007
SCL Post-Intervención	-.1	.59	-.02	-.67, .62	.95	-.02	-.67, .62	0.95

Nota: 1 = Los modelos de Ecuaciones de Estimación Generales están ajustados por las medidas de base de las escalas de resultados (ORS y SCL pre-intervención, respectivamente). 2 = Los modelos Multinivel están ajustados por las medidas de base de las escalas de resultados (ORS y SCL pre-intervención, respectivamente) e incluyen un segundo nivel por el terapeuta.

Discusión

El presente estudio es el primero en evaluar la efectividad del feedback formal en psicoterapia, a través del instrumento PCOMS, en contextos de salud mental comunitarios del sistema nacional de salud español.

Tomados en conjunto, los pacientes de nuestra muestra obtuvieron una mejoría en la intervención psicoterapéutica, así como un descenso de su sintomatología, una alta satisfacción con el tratamiento y un reducido porcentaje de abandonos prematuros en comparación con otros contextos (Swift et al., 2012). El porcentaje de pacientes que experimentaron mejoría es similar al encontrado en contextos comunitarios de otros países, con pacientes con diagnósticos y gravedad similares a los pacientes de nuestra muestra (Janse et al., 2016; Van Oenen et al., 2016).

Los resultados sugieren un aumento de la efectividad de la intervención psicoterapéutica, medida a través de la escala ORS, en la condición tratada mediante el instrumento PCOMS respecto a la intervención control. El cálculo del número necesario a tratar indicó que por cada siete pacientes tratados en la intervención PCOMS se evitaría el empeoramiento o ausencia de cambio de un paciente.

No se encontraron diferencias entre los grupos experimental y control en el descenso de la sintomatología, medido a través de la escala GSI del cuestionario SCL. Tampoco se obtuvieron diferencias en el nivel de satisfacción del paciente con el tratamiento, medido a través del cuestionario CRES-4, ni en el número de abandonos prematuros en ambas condiciones.

Los resultados coinciden con lo encontrado en algunos estudios en los que se incluyen otras medidas para evaluar la efectividad de la intervención junto a la ORS del protocolo PCOMS (Janse et al., 2016; Van Oenen et al., 2016), pero no

en otros (Brattland et al., 2018; Davidsen et al., 2017). Tal y como argumentan en Van Oenen (2016), una mejor puntuación en la escala ORS puede deberse en parte a la expectativa de mejoría por parte del terapeuta que administra la escala durante la sesión, de modo que el paciente responde a esas expectativas de un modo más o menos implícito. De este modo, los pacientes de la condición PCOMS obtendrían una mejor puntuación en la ORS respecto a la condición control que podría no reflejar una mejoría real. Por este motivo, el presente estudio ha seguido la recomendación de introducir otras medidas. Dado que las diferencias solo se han encontrado en la escala ORS, no podemos descartar esta hipótesis.

Otra explicación es que el feedback formal, a través del instrumento PCOMS, sea efectivo para variables relacionadas con el progreso terapéutico, como es el caso de la escala ORS, pero no para otras variables dependientes. Un reciente metaanálisis (Pejtersen et al., 2020) encontró que el tamaño del efecto de la intervención PCOMS no era significativo en variables relacionadas con el bienestar psicológico incluidas en seis estudios, similares a la escala de satisfacción de nuestro estudio. Además, tal y como indican en Janse (2016), la correlación entre escalas de síntomas como el SCL-90 y la ORS es moderada, y es posible que midan conceptos distintos.

Una primera limitación del presente estudio es que solo un total de 32 pacientes completaron la escala GSI (SCL-90) pre y post-tratamiento. Esto se debe en parte a que, debido a las características del contexto, un gran número de pacientes no acudió a entregar la escala GSI post-tratamiento una vez este había finalizado. Los datos perdidos de la escala GSI y de la encuesta de satisfacción CRES-4 limitan la validez de los resultados en estas variables. Esto no ocurrió en la variable principal (ORS) porque se tomó como referencia la última medición de la ORS, que coincidía en todos los casos con la última sesión. Otra limitación es la diferencia entre duración e intensidad del tratamiento para cada paciente y que no se controló la coexistencia de tratamiento psicofarmacológico. Estas limitaciones se relacionan con las características del contexto naturalista en el que tuvo lugar el estudio. No obstante, no se encontraron diferencias entre ambas condiciones en el diagnóstico, número de sesiones o abandonos prematuros, variables que pueden estar relacionadas con la duración e intensidad de la intervención y con la probabilidad de recibir tratamiento psicofarmacológico. Por otro lado, la fidelidad de los terapeutas al protocolo PCOMS no se midió sistemáticamente, sin embargo, se realizó supervisión por pares y mediante entrevista, de forma similar a otros estudios (Van Oenen, 2016). Por último, el bajo tamaño muestral limita la potencia estadística del estudio, ya que la muestra final fue de 58 pacientes cuando su cálculo según las características del diseño fue para 68 pacientes.

Una fortaleza del presente estudio es que se llevó a cabo en el contexto del sistema nacional de salud público español, en consonancia con la demanda de integración entre investigación y práctica clínica en psicoterapia de nuestro entorno en los últimos años (Fernández-Álvarez et al., 2020). Además, se atendió a la importancia de incluir otras variables dependientes señaladas en las revisiones

y meta-análisis sobre la efectividad del feedback formal a través del instrumento PCOMS (Østergård et al., 2018; Pejtersen et al., 2020). Por último, su diseño tuvo el objetivo de reducir la variabilidad atribuible a la diferencia entre terapeutas y su lealtad o creencia sobre la eficacia del feedback en psicoterapia (Wampold et al., 2017). Esto se consiguió mediante la asignación de los terapeutas a ambas condiciones, junto a la inclusión del factor del terapeuta en el análisis estadístico multinivel.

Como conclusión, este es el primer estudio en evaluar que el feedback formal en psicoterapia, a través del instrumento PCOMS, podría incrementar la efectividad de la intervención en contextos de salud mental comunitarios del sistema nacional de salud español. Futuros estudios con un mayor tamaño muestral podrían ser útiles para verificar la efectividad en otras variables como la reducción de la sintomatología, la satisfacción con el tratamiento o la reducción del número de abandonos prematuros, variables entre las que no se han encontrado diferencias en este estudio.

Nota de autor:

Este estudio no recibió ningún fondo específico por parte de agencias en el sector público, comercial o sin ánimo de lucro.

Referencias

- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråwe, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M. y Iversen, V. C. (2018). The effects of routine outcome monitoring (ROM) on therapy outcomes in the course of an implementation process: A randomized clinical trial [Los efectos del monitoreo de resultados de rutina (ROM) en los resultados de la terapia en el curso de un proceso de implementación: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641-652. <https://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Davidsen, A. H., Poulsen, S., Lindschou, J., Winkel, P., Tróndarson, M. F., Waadegaard, M. y Lau, M. (2017). Feedback in group psychotherapy for eating disorders: A randomized clinical trial [Feedback en psicoterapia de grupo para trastornos alimentarios: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 484-494. <https://doi.org/10.1037/ccp0000173>
- Derogatis, L. R. y Spitzer, R. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales [El SCL-90-R, el Inventario breve de síntomas y las escalas de calificación clínica coincidentes]. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679-724). Lawrence.
- Duncan, B. L. y Miller, S. D. (2008). The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale [Las escalas de calificación de resultados y sesiones: manual de instrucciones y puntuación, incluyendo la escala de calificación de resultados del niño]. Institute for the Study of Therapeutic Change. <https://www.scotttmiller.com/wp-content/uploads/JBT%20Hafkenscheid%20Duncan%20%20Miller2.pdf>
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Martín Gómez Penedo, J. y Jeong Youn, S. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 81. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39(3). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Inchausti, F., Barrio-Nespereira, A., Álvarez-Casariago, M. T. y Duncan, B. L. (2019). Systematic client feedback: a naturalistic pilot study [Comentarios sistemáticos de los clientes: un estudio piloto naturalista]. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.005>

- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. y Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting [¿Los psicoterapeutas mejoran con el tiempo y la experiencia? Un análisis longitudinal de los resultados en un entorno clínico]. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- González De Rivera, J. L., De Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas* (adaptación española del SCL-90R). TEA.
- Janse, P. D., De Jong, K., Van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M. y Verbraak, M. J. P. M. (2016). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback [Mejorar la eficiencia de la terapia cognitivo-conductual mediante el uso de comentarios formales del cliente]. *Psychotherapy Research*, 27(5), 525-538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152408>
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy [La eficacia y efectividad de la psicoterapia.]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169-218). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. y Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback [Recopilación de comentarios de los clientes]. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2ª ed., pp. 203-223). Oxford University Press.
- Lipsey, M. W. (1990). Design sensitivity: Statistical power for experimental research [Sensibilidad del diseño: potencia estadística para la investigación experimental]. SAGE Publications.
- Mazzanti, M. A. (2011). Declaration of Helsinki, bioethical principles and values at stake in medical research with human beings [Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos]. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 125-144.
- Østergård, O. K., Randa, H. y Hougaard, E. (2018). The effect of using the partners for change outcome management system as feedback tool in psychotherapy—A systematic review and meta-analysis [El efecto de usar el sistema de gestión de resultados de socios para el cambio como herramienta de retroalimentación en psicoterapia: una revisión sistemática y metanálisis]. *Psychotherapy Research*, 30(2), 195-212. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1517949>
- Pejtersen, J. H., Viinholt, B. C. A. y Hansen, H. (2020). Feedback-informed treatment: A systematic review and meta-analysis of the partners for change outcome management system [Tratamiento basado en la retroalimentación: una revisión sistemática y un metanálisis de los socios para el sistema de gestión de resultados del cambio]. *Journal of Counseling Psychology* 67(6), 723-735. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/cou0000420>
- Rodrigo-Holgado, I., Hernández-Gómez, A., Díaz-Trejo, S., Fernández-Rozas, J., Andrade-González, N. y Fernández-Liria, A. (24-26 mayo, 2018). *Spanish adaptation of the Outcome Rating Scale (ORS) and the Session Rating Scale (SRS). First results* [Adaptación española de la Escala de Evaluación de Resultado (ORS) y la Escala de Evaluación de Sesión (SRS). primeros resultados] [Póster]. Congreso XVIII ANPIR, Zaragoza, Spain.
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis [Interrupción prematura en psicoterapia de adultos: un metanálisis]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Van Oenen, F. J., Schipper, S., Van, R., Schoevers, R., Visch, I., Peen, J. y Dekker, J. (2016). Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial [Tratamiento informado por retroalimentación en psiquiatría de emergencia; un ensayo controlado aleatorio]. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0811-z>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. y Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers [Una investigación del sesgo de autoevaluación en profesionales de salud mental]. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.pr0.110.2.639-644>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G. y Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? [¿Qué caracteriza a las terapeutas efectivas?] En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and Why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p. 37-53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work [El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de lo que hace que la psicoterapia funcione]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. y Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice [Mejorando los efectos de la psicoterapia: El uso de la identificación temprana de estrategias de tratamiento y resolución de problemas en la práctica rutinaria]. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 59-68. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.59>

RESILIENCIA, BIENESTAR Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA ANTE EL CONFINAMIENTO Y PANDEMIA DEL COVID-19

RESILIENCE, WELL-BEING AND POST-TRAUMATIC STRESS IN THE LOCKDOWN AND PANDEMIC OF COVID-19

Óscar Sánchez-Hernández

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9501-1815>

Universidad de Murcia. España

Ana Canales

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8659-3999>

Sander Psicólogos: Bienestar & Ciencia. España

Nathalie Everaert

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6949-4158>

Universidad de Murcia. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez-Hernández, O., Canales, A. y Everaert, N. (2022). Resiliencia, bienestar y estrés postraumático en población española ante el confinamiento y pandemia del COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 253-265. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1103>

Resumen

La pandemia del COVID-19 y las medidas de distanciamiento social han supuesto un impacto negativo en la salud mental. El objetivo principal es estudiar el papel de la resiliencia como factor protector, ante el impacto de la pandemia y el confinamiento del COVID-19. La muestra fue de 179 participantes con una media de edad de 40,85 años (DE = 13,7). Los análisis indican que la resiliencia predice de forma muy significativa el bienestar psicológico y el estado de ánimo y es un factor protector ante el estrés postraumático. También para la facilidad de llevar la pandemia que puede estar mediado por otros factores. Los efectos de la pandemia y el confinamiento parecen haber elevado de forma muy significativa los síntomas de estrés postraumático. Las mujeres presentan más estrés postraumático y menos bienestar psicológico. El grupo de edad más afectado es el de los jóvenes (18-25 años).

Palabras clave: resiliencia, bienestar, estrés postraumático, pandemia, cuarentena, COVID-19

Abstract

The COVID-19 pandemic and social distancing measures have had a negative impact on mental health. The main objective is to study the role of resilience as a protective factor, against the impact of the pandemic and the confinement of COVID-19. The sample consisted of 179 participants with a mean age of 40.85 years (SD = 13.7). The analyzes indicate that resilience is highly predictive of psychological well-being and mood and is a protective factor against post-traumatic stress. Also for the ease of carrying the pandemic, which may be mediated by other factors. The effects of the pandemic and confinement appear to have significantly increased post-traumatic stress symptoms. Women have more post-traumatic stress and less psychological well-being. The age group most affected is that of young people (18-25 years).

Keywords: resilience, well-being, post-traumatic stress, pandemic, quarantine, COVID-19

Fecha de recepción v1: 20-11-2021. Fecha de recepción v2: 4-2-22. Fecha de aceptación: 14-2-22.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: oscarsh@um.es

Dirección postal: Óscar Sánchez Hernández. Facultad de Psicología. Campus Universitario de Espinardo. 30100 Murcia. España

© 2022 Revista de Psicoterapia



La actual situación de pandemia, y sus consecuencias asociadas, está suponiendo todo un reto social de adaptación dado el fuerte impacto que está representando. La revisión de Brooks et al. (2020) sobre los efectos psicológicos del confinamiento en anteriores pandemias informaron de efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. El metaanálisis de Cénat et al. (2021), que incluye 68 muestras independientes y submuestras de diferentes países, señala que la población afectada por la pandemia del COVID-19 tienen una prevalencia significativamente mayor de estrés postraumático, ansiedad, insomnio, estrés psicológico y depresión en comparación con la población general en circunstancias normales. Se han realizado en diferentes países varios estudios con grandes muestras que indican que, a lo largo del confinamiento, hay un progresivo empeoramiento de la salud mental (Ammar et al., 2020a; 2020b). Por otra parte, la aplicación y el aumento de los niveles de política de distanciamiento social han sido muy útiles ayudando a una reducción significativa en la propagación de la infección y el número de muertes (Daghriri y Ozmen, 2021). Las tasas de infección se reducen drásticamente cuando se implementa una intervención de distanciamiento social entre el 80% y el 100%. La resiliencia se señala como un factor protector ante la adversidad que previene los problemas emocionales y promueve el bienestar (Wadi et al., 2020; Wagnild, 2009). La resiliencia se refiere a la capacidad que la persona tiene de recuperarse después de sufrir una situación compleja, estresante, adaptándose de manera positiva y creativa a las adversidades, superándolas y, en general, sintiéndose regenerada, fortalecida y transformada para mejor. El término, al igual que el de estrés, proviene de la física y denota la capacidad de resistencia de un material al choque, a la tensión, a la presión y que le permite volver, siempre que es forzado o violentado, a su forma o posición inicial (Carrobbles y Benevides-Pereira, 2009). De forma resumida es la capacidad de adaptación ante circunstancias cambiantes y adversas (Block y Block, 1980). El estudio de Zayas et al. (2021) tuvo como objetivo estudiar la resiliencia, el optimismo disposicional y bienestar psicológico en población española durante el estado de alarma e investigar la mediación de la resiliencia entre el optimismo y el bienestar psicológico. Los participantes fueron 566 voluntarios (73,5% mujeres; $M = 40,2$ años, $DE = 12,8$). La resiliencia fue evaluada con la escala de Wagnild y Young (1993). Las personas de mayor edad y con mayor nivel educativo presentaban mayor optimismo y bienestar psicológico. También se halló que las personas más optimistas tienen un mejor bienestar psicológico y que éste se ve incrementado por el proceso de mediación de la resiliencia. El objetivo principal de este estudio es analizar el papel de la resiliencia como factor protector, ante el impacto de la pandemia y el confinamiento de la primera ola del COVID-19 en población española, en el bienestar psicológico, el estrés postraumático, la facilidad de llevar la pandemia y el estado de ánimo. También se estudian las diferencias de estas variables psicológicas según género y edad.

Método

Participantes

Se realizó un estudio con una muestra de 179 participantes con una media de edad de 40,85 años ($DE = 13,7$), 68.2% mujeres y un 31.8% hombres. La mayoría de la muestra tiene estudios universitarios (75.4%) y un 85.5% informan de un nivel socioeconómico medio, 7.8% alto y 6.7 % bajo.

Instrumentos

Cuestionario de Resiliencia (Wagnild y Young, 1987). Adaptación de Baños y Botella (2017). La concepción de resiliencia de este cuestionario es como característica de personalidad positiva que favorece la adaptación (Wagnild y Young, 1993). El cuestionario comprende 25 ítems escritos de forma positiva, que se valoran del 1 (*en desacuerdo*) al 7 (*totalmente de acuerdo*), donde los resultados varían entre los 25 y 175 puntos. Después de repetidas aplicaciones con una variedad de muestras, se establecieron diferentes rangos para ofrecer un perfil general de resiliencia donde las puntuaciones mayores de 145 indican un nivel elevado de resiliencia, de 121-145 indican niveles moderados y las puntuaciones de 120 o menores indican poca capacidad de resiliencia (Wagnild y Young, 1993). Además de poder calcular la puntuación total de la escala se pueden distinguir dos factores principales, que fueron nombrados “aceptación de la vida propia” y “competencia individual”. Wagnild (2009) realiza una revisión de 12 artículos encontrando que la fiabilidad de la escala se encontraba entre .85 y .94. En nuestro estudio la consistencia interna, *alfa de Cronbach*, fue de .90.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Revisada (EGS-R, Echeburúa et al., 2016). Consta de 21 ítems: 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se establecen en base a los criterios diagnósticos del DSM-5 respecto al trastorno de estrés postraumático. El instrumento global ha mostrado una alta consistencia interna ($\alpha = .91$). En nuestro estudio la consistencia interna, *alfa de Cronbach*, fue de .93. Las puntuaciones de la escala global oscilan de 0 a 63 puntos. La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (82.5%) si se establece un punto de corte global de 20.

Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo (WEMWBS, Tennant et al., 2007). Adaptación española de López et al. (2012). Esta escala evalúa la salud mental positiva. Está formada por 14 afirmaciones positivas referentes a aspectos hedónicos y eudaemónicos de bienestar mental. Cada ítem se responde sobre la base de una escala Likert de 5 puntos desde “*nunca*” hasta “*todo el tiempo*” y el resultado final se obtiene de la suma de todos los ítems (rango 14 a 70 puntos). Una mayor puntuación indica mayores niveles de bienestar mental. Ha sido validada al

español en una muestra de 1900 participantes entre 15 y 70 años (Castellví et al., 2013), con alta consistencia interna (*alfa de Cronbach* = .93), buen poder discriminativo y ajuste satisfactorio para soluciones multifactoriales. En nuestro estudio la consistencia interna, *alfa de Cronbach*, fue de .92.

También se recogieron datos sociodemográficos y dos constructos medidos mediante un ítem cada uno: estado de ánimo (“¿Cómo puntuarías tu estado de ánimo promedio de la última semana, de 0 a 10, siendo 0 = *muy bajo estado de ánimo* y 10 = *muy alto estado de ánimo*?”), y facilidad para llevar la pandemia (“¿Hasta qué punto, como promedio de la última semana, te es fácil llevar esta situación de pandemia, de 0 a 10, siendo 0 = *muy difícil* y 10 *muy llevadero*?”).

Procedimiento

El estudio de la revisión realizada por Brooks et al. (2020), sobre el impacto psicológico de las cuarentenas y pandemias, fue el comienzo de este proyecto. El estado de cuarentena en España se inició el 14 de marzo de 2020 en la crisis del COVID-19.

Se pidió permiso a los participantes informando que se quería investigar sobre problemas emocionales y los niveles de bienestar en la población en relación con los efectos del confinamiento y la pandemia por COVID-19. Para garantizar la privacidad e intimidad de las personas que han realizado el estudio, así como el cumplimiento del Reglamento UE 679/2016 General de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales, así como la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, hemos tomado las siguientes medidas: asesoramiento mediante expertos juristas en privacidad y normativa nacional y comunitaria; creación de un formulario a través de terceros (Google) configurado de forma que no se recogiesen datos personales que pudieran identificar a la persona que rellenaba el formulario, de esta forma, desde nuestro estudio trabajábamos con cuestionarios totalmente ciegos; para la identificación e inventariado de las respuestas, utilizamos la asignación de códigos numéricos; en la base de los formularios, se proporcionaba la información de los Responsables del Tratamiento, la finalidad del formulario, la característica de la anonimización, así como el medio por el cuál las personas que rellenaban la encuesta, podían ejercer sus derechos y consultar información adicional; en la información otorgada a cada una de las personas, se les informa de la naturaleza y finalidad del estudio realizado. De esta forma, se garantiza que la persona tome la decisión de rellenar el formulario de acuerdo con su propia y libre voluntad y garantizamos el cumplimiento de su derecho a la información. Esto garantiza que no se pudiese obtener los datos suficientes para la identificación de las personas y, por otro lado, se ejercía la responsabilidad proactiva a la que obliga la ley, al proporcionar a cada uno de los participantes la información básica para el cumplimiento de la normativa de protección de datos.

La recogida de datos se realizó principalmente en el periodo del inicio de la desescalada (1 al 10 de mayo) para poder valorar principalmente el impacto del

confinamiento de la primera ola. Del 2 de mayo al 11 de mayo se produjo el fin de la cuarentena y empezó las fases de desescalada. Ese periodo comprende la fase 0 en el que se podía salir 1 hora al día en el municipio de residencia.

Los análisis estadísticos realizados se centraron en estadísticos descriptivos, análisis de correlaciones, análisis de regresión, análisis de diferencias de grupos independientes con puntuaciones t de Student, F del ANOVA y prueba de comparaciones múltiples de HSD de Tukey y cálculo del tamaño del efecto (Cohen, 1988). Para el índice d una puntuación igual o superior a 0,20 se considera baja, igual o superior a 0,50 media e igual o superior a 0,80 alta. Para el índice η^2_p una puntuación de igual o superior a 0,1 se considera un efecto de magnitud baja y una puntuación de igual o superior a 0,25 se considera un efecto de magnitud alta.

Resultados

Estadísticos Descriptivos de la Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia

Los participantes informaron de una tendencia a presentar facilidad para llevar la pandemia, así como a tendencia presentar un adecuado estado de ánimo y bienestar psicológico si nos centramos en la interpretación de los valores de las escalas. Se encontraron niveles de resiliencia altos en el 30% de la población (puntuaciones mayores de 145), niveles medios en el 55% (entre 121-145 indican niveles moderados) y niveles bajos en el 15% de la población (puntuación de 120 o menores). Es decir que se hallaron niveles medios o altos en el 85% de la muestra. La media aritmética en estrés postraumático fue de 17.01. El punto de corte con significación clínica es 20 en la medida usada (EGS-R). Un 41,3 % de la muestra de nuestro estudio puntúan 20 o más en EGS-R, es decir, presentan sintomatología de estrés postraumático con relevancia clínica (tabla 1).

Tabla 1

Descriptivos (Media y Desviación Estándar) de la Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia

Variables	Medias	n	DE
Facilidad de llevar la pandemia	6.97	179	2.0
Estado de ánimo	6.41	179	2.0
Bienestar psicológico	51.0	179	11.1
Estrés postraumático	17.0	179	12.2
Resiliencia	136.31	179	18.7

Nota. DE = desviación estándar

Análisis de Correlación entre Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia

Se hallaron correlaciones significativas y directas entre la resiliencia con bienestar psicológico, estado de ánimo y la facilidad de llevar la pandemia (tabla 2). También se hallaron correlaciones significativas e inversas entre la resiliencia y el estrés postraumático.

Tabla 2

Correlaciones entre Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia

	1	2	3	4	5
1. Facilidad de llevar la pandemia	--				
2. Estado de ánimo	0.65***	--			
3. Bienestar psicológico	0.32***	0.57***	--		
4. Estrés postraumático	-0.48***	-0.54***	-0.37***	--	
5. Resiliencia	0.30***	0.50***	0.72***	-0.36***	--

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

La Resiliencia como Variable Predictora de Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar y Estrés Postraumático

Los análisis de regresión (tabla 3) señalan que la resiliencia predice, con una magnitud del tamaño del efecto grande, el bienestar psicológico y el estado de ánimo y, con una magnitud del tamaño del efecto medio, la facilidad para llevar la pandemia y el estrés postraumático.

Tabla 3

La Resiliencia como Variable Predictora de Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado De Ánimo, Bienestar y Estrés Postraumático

Resiliencia	R	R^2	R^2 corregida	Error típico de Estimación	F	SIG.	Magnitud del tamaño del efecto
Facilidad de llevar la pandemia	.304	.093	.088	1.882	18.082	.000	Medio
Estado de ánimo	.502	.252	.248	1.760	59.617	.000	Grande
Bienestar psicológico	.718	.516	.513	7.769	188.699	.000	Grande
Estrés postraumático	.362	.131	.126	11.436	26.620	.000	Medio

Diferencia de los Factores Psicológicos Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia Según Género

Las mujeres presentan más estrés postraumático de forma estadísticamente significativa con una magnitud del tamaño del efecto bajo. También presentan, de forma marginalmente significativa, menos bienestar psicológico con una magnitud del tamaño del efecto bajo. No hay diferencias estadísticamente significativas en resiliencia, facilidad de llevar la pandemia y estado de ánimo según género (tabla 4).

Tabla 4

Comparaciones de Medias de los Factores Psicológicos Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia según Género

Variable	Mujeres			Hombres			t (gl)	p	Tamaño del efecto
	Media	n	DE	Media	n	DE			
Facilidad de llevar la pandemia	7.12	122	1.93	6.65	57	2.01	1.50 (177)	.134	.24
Estado de ánimo	6.24	122	2.2	6.77	57	1.53	-1.64 (177)	.101	-.26
Estrés Postraumático	18.30	122	12.78	14.26	57	10.55	2.07 (177)	.040	.33
Bienestar	49.91	122	11.20	53.33	57	10.71	-1.93 (177)	.055	-.31
Resiliencia	135.48	122	19.21	138.09	57	17.66	-.869 (177)	.386	-.13

Nota. DE = desviación estándar.

Diferencia de los Factores Psicológicos Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia según Edad

Los análisis de ANOVA (tabla 5) señalan que se producen diferencias significativas en todas las variables por grupos de edad. El grupo de edad más afectado es el de los jóvenes (18 a 25 años). Tienen menos facilidad de llevar la pandemia, estado de ánimo, resiliencia, bienestar, y más síntomas de estrés postraumático que el resto de los grupos de edad según la prueba de comparaciones múltiples de HSD de Tukey (véase archivo adjunto). De hecho, en estrés postraumático la media de los jóvenes (18 a 25 años) sobrepasa el punto de corte clínico de 20.

Tabla 5
Comparaciones de Medias de los Factores Psicológicos Facilidad de Llevar la Pandemia, Estado de Ánimo, Bienestar, Estrés Postraumático y Resiliencia Según Edad

Dimensión	Grupos de edad por años	n	M	DT	ETM	gl	F	p	η^2_p
Facilidad de llevar la pandemia	18-25	37	5.95	2.25	.37	5	4.227	.001	.113
	26-35	16	6.75	1.65	.41				
	36-45	58	6.91	2.04	.27				
	46-55	30	7.47	1.36	.25				
	56-65	27	7.96	1.67	.32				
	66-75	4	7.75	2.06	1.03	166			
	TOTAL	172	6.97	1.98	.15	171			
Estado de ánimo	18-25	37	4.95	2.04	.33	5	8.011	.000	.194
	26-35	16	6.44	2.33	.58				
	36-45	58	6.21	1.96	.26				
	46-55	30	7.27	1.23	.22				
	56-65	27	7.48	1.45	.28				
	66-75	4	7.25	2.50	1.25	166			
	TOTAL	172	6.37	2.03	.155	171			
Estrés postraumático	18-25	37	24.97	14.83	2.44	5	4.318	.001	.115
	26-35	16	14.25	8.61	2.15				
	36-45	58	15.74	11.71	1.54				
	46-55	30	13.93	10.06	1.84				
	56-65	27	15.52	10.24	1.97				
	66-75	4	12.25	12.74	6.37	166			
	TOTAL	172	17.16	12.33	.940	171			
Resiliencia	18-25	37	126.19	22.10	3.63	5	3.557	.004	.097
	26-35	16	134.25	17.66	4.42				
	36-45	58	138.07	17.12	2.25				
	46-55	30	142.77	18.82	3.44				
	56-65	27	140.89	15.30	2.94				
	66-75	4	130.25	14.86	7.43	166			
	TOTAL	172	136.24	19.04	1.45	171			
Bienestar	18-25	37	42.35	12.69	2.08	5	8.253	.000	.199
	26-35	16	46.94	11.34	2.83				
	36-45	58	54.66	10.47	1.37				
	46-55	30	54.03	7.53	1.37				
	56-65	27	52.89	8.00	1.54				
	66-75	4	57.50	7.94	3.97	166			
	TOTAL	172	50.97	11.30	.86	171			

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal del estudio era analizar el papel de la resiliencia como factor protector, ante el impacto de la pandemia y el confinamiento de la primera ola del COVID-19, en la facilidad de llevar la pandemia, el estado de ánimo y el bienestar psicológico y el estrés postraumático. También se estudiaron las diferencias de estas variables psicológicas según género y edad.

Los participantes informaron de una tendencia a presentar facilidad para llevar la pandemia, así como tendencia a presentar un adecuado estado de ánimo y bienestar psicológico si nos centramos en la interpretación de los valores de las escalas. Se encontraron niveles de resiliencia altos en el 30% de la población, niveles medios en el 55% y niveles bajos en el 15% de la población. Es decir que se hallaron niveles medios o altos en el 85% de la muestra. Se hallaron medias de resiliencia parecidas a otros estudios que han usado la misma escala de evaluación (Ruiz et al., 2012; Wagnild y Young, 1993) y al estudio Zayas et al. (2021) realizado también durante el confinamiento y pandemia del COVID-19.

Un 41,3 % de la muestra puntúa 20 o más en EGS-R, es decir, presentan sintomatología de estrés postraumático con relevancia clínica, una puntuación mayor que en otros estudios. Por ejemplo, Valiente et al. (2020) encuentran un 19.7% con síntomas significativos de estrés postraumático. Este estudio usa otra medida, una muestra estratificada y la encuesta la realizaron entre el 8 y 10 de abril de 2020. En el estudio que se presenta es entre el 1 y 10 de mayo lo que supone un mes más expuesto al confinamiento y esta muestra no está estratificada (tiene más porcentaje de mujeres). La media aritmética en sintomatología de estrés postraumático en nuestro estudio (grupo normativo tras confinamiento: $n = 179$; $M = 17.01$; $DT = 12.23$) es mayor, prácticamente el doble, que el grupo normativo del estudio de Echeburúa et al. (2016): grupo normativo ($n = 193$; $M = 9.50$; $DT = 8.81$) y algo menor que el grupo clínico ($n = 526$; $M = 23.83$; $DT = 12.02$) usando en ambos estudios la misma escala. Según estos resultados el confinamiento podría haber afectado en el aumento de síntomas de estrés postraumático como señala en consonancia con el metaanálisis de Cénat et al. (2021).

La media aritmética en la medida de bienestar ($M = 51$; $DT = 11,14$) es algo más baja que en el artículo de adaptación a población española ($M = 59$; $DT = 7.8$) de Castellví et al. (2013) utilizando la misma medida de bienestar (WEMWBS) por lo que parece que el confinamiento y pandemia también pudiera haber disminuido el bienestar psicológico.

En los análisis de correlación se hallaron correlaciones significativas y directas entre la resiliencia con la facilidad de llevar la pandemia, el estado de ánimo y bienestar psicológico como en el citado estudio de Zayas et al. (2021). También se hallaron correlaciones significativas e inversas entre la resiliencia y el estrés postraumático. La resiliencia predice, con una magnitud del tamaño del efecto grande, el bienestar psicológico y el estado de ánimo y, con una magnitud del tamaño del efecto medio, la facilidad para llevar la pandemia y el estrés postraumático. La

facilidad para llevar la pandemia puede estar influida por otros factores implicados que no se analizaron en este estudio (tipo de vivienda, profesión, nivel de exposición al COVID-19...). Estos datos van en consonancia con la literatura científica que identifica la resiliencia como un factor protector ante la adversidad que previene los problemas emocionales y promueve el bienestar (Wadi et al., 2020; Wagnild, 2009) incluso en el contexto de confinamiento y pandemia del COVID-19 (Zayas et al., 2021).

Respecto a las diferencias grupales en género las mujeres presentan más estrés postraumático, de forma estadísticamente significativa, y menos bienestar psicológico con una diferencia marginalmente significativa. No hay diferencias estadísticamente significativas en resiliencia, como en el estudio de Zayas et al. (2021), ni en la facilidad de llevar la pandemia y el estado de ánimo.

Los análisis señalan diferencias significativas en todas las variables por grupos de edad. El grupo de edad más afectado es el de los jóvenes (18 a 25 años). Tienen menos facilidad de llevar la pandemia, estado de ánimo, resiliencia, bienestar, y más síntomas de estrés postraumático que el resto de los grupos de edad. De hecho, en estrés postraumático la media de los jóvenes (18 a 25 años) sobrepasa el punto de corte clínico de 20. En el estudio de Zayas et al. (2021) la resiliencia correlaciona de forma estadísticamente significativa y directa con la edad, es decir, la resiliencia aumenta con la edad y viceversa.

Estos hallazgos, respecto al género y edad, coinciden con lo hallado en otros estudios como en el de Valiente et al. (2020). Otros estudios también señalan que las mujeres (Forte et al., 2021; Petzold et al., 2020) y los jóvenes (Justo-Alonso et al., 2020) han sido los más afectados por el confinamiento y pandemia.

Otras variables interesantes en otros estudios, como el de Sánchez-Hernández et al. (2020) hallaron mayores puntuaciones en estrés postraumático (EGS-R) en “personal sanitario” ($M = 20,17$) y en “personas confinadas sin poder realizar su desempeño laboral” ($M = 23,10$). Este último grupo presentaba diferencias significativas con el grupo de “personas confinadas, pero pudiendo realizar teletrabajo, al menos un miembro de la familia” ($M = 14,2$). Una hipótesis puede ser la preocupación económica. En el estudio de Valiente et al. (2020) los síntomas se duplican para quienes les preocupa mucho o muchísimo el COVID 19, o sus consecuencias económicas. Otra hipótesis es la falta de activación conductual. Es decir, el estar confinado sin actividad laboral podría agravar los síntomas patológicos. Curiosamente, no hallaron más casos de estrés postraumático en personas que tenía factores de riesgo asociados al COVID-19, ni en aquellos que habían tenido una experiencia directa con la infección como en el estudio de Valiente et al. (2020).

Podemos concluir de este estudio presentado que la resiliencia predice de forma muy significativa el bienestar psicológico y el estado de ánimo y es un factor protector ante el estrés postraumático ante la pandemia y confinamiento del COVID-19. También predice la facilidad de llevar la pandemia, aunque esta variable puede estar mediada por otros factores (tipo de vivienda...). Los efectos de

la pandemia y el confinamiento parecen haber elevado de forma muy significativa los síntomas de estrés postraumático. Las mujeres presentan más estrés postraumático y menos bienestar psicológico. El grupo de edad más afectado es el de los jóvenes (18 a 25 años). Tienen menos facilidad de llevar la pandemia, estado de ánimo, resiliencia, bienestar, y más síntomas de estrés postraumático que el resto de los grupos de edad. Los resultados encajan con los efectos positivos asociados a la resiliencia, siendo de interés el estudio en el conocimiento del impacto de la pandemia y confinamiento. Dadas las limitaciones del estudio se sugiere contrastar con otros estudios de muestras mayores y estratificadas. En el estudio de Zayas et al. (2021) señalan la necesidad de realizar intervenciones de fomento de la resiliencia para la población general en tiempos de pandemia haciendo alusión al estudio del “Programa Resiliencia y Bienestar: Quédate en Casa” (Sánchez-Hernández y Canales, 2021; Sánchez-Hernández y Canales, 2020a; 2020b). Se necesitan ensayos clínicos que proporcionen información científica sobre intervenciones para prevenir problemas emocionales y promocionar el bienestar y los comportamientos saludables de forma que contengan los contagios y ayuden a afrontar con éxito esta pandemia del COVID-19 (Gilbody et al., 2021).

Referencias

- Ammar, A., Chtourou, H., Boukhris, O., Trabelsi, K., Masmoudi, L., Brach, M., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Mueller, P., Mueller, N., Hsouna, H., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., ... On Behalf Of The Eclb-Covid Consortium (2020a). COVID-19 home confinement negatively impacts social participation and life satisfaction: a worldwide multicenter study [El confinamiento domiciliario por COVID-19 impacta negativamente en la participación social y la satisfacción con la vida: un estudio multicéntrico a nivel mundial]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6237. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176237>
- Ammar, A., Mueller, P., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Brach, M., Schmicker, M., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Soares, C., ... Hoekelmann, A. (2020b). Psychological consequences of COVID-19 home confinement: The ECLB-COVID19 multicenter study [Consecuencias psicológicas del confinamiento domiciliario por COVID-19: El estudio multicéntrico ECLB-COVID19]. *PLoS ONE* 15(11), e0240204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240204>
- Block, J. H. y Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behaviour [El papel del control del ego y la resiliencia del ego en la organización del comportamiento]. En W. A. Collins (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology: Volumen 13. Development of cognition, affect, and social relations* (pp. 39-101). Erlbaum.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence [El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia]. *Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carrobes, J. A. y Benevides-Pereira, A. M. T. (2009). El estrés y la psicología positiva. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-373). Pirámide.
- Castellví, P., Forero, C. G., Codony, M., Vilagut, G., Brugulat, P., Medina, A., Gabilondo, A., Mompert, A., Colom, J., Tresserras, R., Steward-Brown, S. y Alonso, J. (2013). The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population [La versión española de la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) es válida para su uso en población general]. *Quality of Life Research*, 22(6), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0513-7>

- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A. y Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis [Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio, trastorno de estrés postraumático y angustia psicológica entre las poblaciones afectadas por la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Psychiatry Research*, 295, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences [El análisis del poder estadístico para las ciencias de la conducta]* (2ª ed.). Erlbaum.
- Daghriri, T. y Ozmen, O. (2021). Quantifying the effects of social distancing on the spread of COVID-19 [Cuantificación de los efectos del distanciamiento social en la propagación de COVID-19]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5566. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115566>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Forte, A., Orri, M., Brandizzi, M., Iannaco, C., Venturini, P., Liberato, D., Battaglia, C., Nöthen-Garunja, I., Vulcan, M., Brusica, A., Quadrana, L., Cox, O., Fabbri, S. y Monducci, E. (2021). "My life during the lockdown": Emotional experiences of european adolescents during the COVID-19 crisis ["Mi vida durante el confinamiento": Experiencias emocionales de adolescentes europeos durante la crisis del COVID-19]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7638. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18147638>
- Gilbody, S., Littlewood, E., Gascoyne, S., McMillan, D., Ekers, D., Chew-Graham, C. A., Creswell, C. y Wright, J. (2021). Mitigating the impacts of COVID-19: where are the mental health trials? [Mitigando los impactos del COVID-19: ¿dónde están los ensayos de salud mental?]. *Lancet Psychiatry*, 8(8), 647-650. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00204-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00204-2)
- Justo-Alonso, A., García-Dantas, A., González-Vázquez, A. I., Sánchez-Martín, M. y del Río-Casanova, L. (2020). How did different generations cope with the COVID-19 pandemic? Early stages of the pandemic in Spain [¿Cómo enfrentaron las diferentes generaciones la pandemia de COVID-19? Primeras etapas de la pandemia en España]. *Psicothema*, 32(4), 490-500. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.168>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 6 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
- López, M. A., Gabilondo, A., Codony, M., García-Forero, C., Vilagut, G., Castellví, P. y Alonso, J. (2013). Adaptation into Spanish of the Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) and preliminary validation in a student sample [Adaptación al español de la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) y validación preliminar en una muestra de estudiantes]. *Quality of Life Research*, 22, 1099–1104. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0238-z>
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J. y Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany [Riesgo, resiliencia, angustia psicológica y ansiedad al comienzo de la pandemia de COVID-19 en Alemania]. *Brain and Behaviour*, 10(9), e01745. <https://doi.org/10.1002/brb3.1745>
- Reglamento (UE) 679/2016 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos por el que se deroga la Directiva 94/46/CE (reglamento general de protección de datos). *Diario Oficial de la Unión Europea*, 119, de 4 de mayo de 2016. <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
- Ruiz, R., De la Vega, R., Poveda, J., Rosado, A. y Serpa, S. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del fútbol. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 143-151.
- Sánchez-Hernández, O. y Canales, A. (2020a). Eficacia y satisfacción del programa resiliencia y bienestar: Quédate en casa. la psicología en tiempos de cuarentena y pandemia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 381-398. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.389>
- Sánchez-Hernández, O. y Canales, A. (2020b). *¿Quédate en casa! Resiliencia y bienestar. Psicología aplicada a tiempos de pandemia*. Editorial UOC.
- Sánchez-Hernández, O. y Canales, A. (2021). Educando la resiliencia en las familias ante la crisis del COVID-19. En M. A. Hernández-Prados y M. L. Belmonte (Eds.), *La nueva normalidad educativa. Educando en tiempos de pandemia* (pp. 39-49). Dykinson.

- Sánchez-Hernández, O., García, M. F. y Canales, A. (28-30 octubre, 2020). Resiliencia y bienestar en la prevención de problemas emocionales ante el COVID-19 [Conferencia]. 8th International Congress of Educational Sciences and Development, Pontevedra, España.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation [La Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS): desarrollo y validación en el Reino Unido]. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63), 1477-7525. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R. y Martínez, A. (2020). VIDA-COVID-19. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas. Resultados preliminares. Informe técnico 2.0. Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores. 2 de mayo de 2020. <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- Wadi, M., Izzati, N., Roslan, N. S. y Tan, C. (2020). Reframing resilience concept: insights from a meta-synthesis of 21 resilience scales [Reformulación del concepto de resiliencia: conocimientos de una metátesis de 21 escalas de resiliencia]. *Education in Medicine Journal*, 12(2), 3-22. <https://doi.org/10.21315/eimj2020.12.2.2>
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale [Una revisión de la Escala de Resiliencia]. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.105>
- Wagnild, G. y Young, H. (1987). *The Resilience Scale [La Escala de Resiliencia]*. Manuscrito no publicado.
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale [Elaboración y evaluación psicométrica de la Escala de Resiliencia]. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Zayas, A., Merchán Clavellino, A., López-Sánchez, J. A. y Guil, R. (2021). Confinement situation of the spanish population during the health crisis of covid-19: resilience mediation process in the relationship of dispositional optimism and psychological well-being [Situación de confinamiento de la población española durante la crisis sanitaria del COVID-19: proceso de mediación de la resiliencia en la relación optimismo disposicional y bienestar psicológico]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6190. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126190>

RECENSIÓN | REVIEW**TERAPIA DE GRUPO: DISTINTOS FORMATOS PARA DISTINTOS CONTEXTOS****GROUP THERAPY: DIFFERENT FORMATS FOR DIFFERENT CONTEXTS****Nazaret Sánchez Rivera**ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3443-9500>

Fisioterapeuta y Psicóloga. España

Reseña de:

- Gil-Escudero, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2012). Cambio conceptual en los grupos de crecimiento personal. *Miscelánea Comillas*, 70(137), 397-442.
- Rodríguez-Zafra, M., Gil-Escudero, G., Cenicerós-Estévez, J. C. y Martín-Sánchez, A. (2019). Cambio conceptual en los grupos de crecimiento personal: Un estudio de caso. *Acción Psicológica*, 16(2), 73-90. <https://doi.org/10.5944/ap.16.2.25204>
- Rodríguez-Zafra, M., Martín-Sánchez, A. y Cenicerós-Estévez, J. C. (2021). El Conflicto entre la necesidad física y psíquica del contacto humano y el miedo a las personas. *Acción Psicológica*, 18(1), 69-82. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.28884>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez Rivera, N. (2021). Terapia de grupo: Distintos formatos para distintos contextos [Revisión de artículos: Cambio conceptual en los grupos de crecimiento personal por G. Gil-Escudero y M. Rodríguez-Zafra; Cambio Conceptual en los Grupos de Crecimiento Personal: Un estudio de caso por M. Rodríguez-Zafra, G. Gil-Escudero, J. C. Cenicerós-Estévez y A. Martín-Sánchez; Conflicto entre la Necesidad física y psíquica del contacto humano y el miedo a las personas por M. Rodríguez-Zafra, A. Martín-Sánchez y J. C. Cenicerós-Estévez]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 267-272. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1131>

La terapia de grupo, gracias a su variedad de formatos, puede adaptarse a diferentes contextos, poblaciones y objetivos. Es por ello que su uso tiene relevancia no solo en el restablecimiento de la salud mental, sino también en la promoción y protección de la misma, así como en el ámbito del crecimiento personal.

Fecha de recepción: 17 de enero de 2022. Fecha de aceptación: 7 de febrero de 2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: nazsanriv@gmail.com

© 2022 Revista de Psicoterapia



A continuación, se ofrece una reseña de tres artículos (siendo el segundo una ampliación del primero) que contienen dos ejemplos relevantes del uso de la terapia de grupo en diferentes contextos.

Cambio Conceptual en los Grupos de Crecimiento Personal. Por Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez Zafra.

En este artículo se examinan con un enfoque experimental los efectos de la participación en grupos de crecimiento personal (GCP) sobre el cambio de algunos conceptos psicológicos centrales de los participantes medidos mediante la técnica del diferencial semántico (DS).

Los autores describen los GCP como experiencias intensivas de grupo de varios días de duración, diseñadas con el objetivo de mejorar la relación de las personas consigo mismas y con los demás.

Según los autores, los GCP tienen su origen en diversos tipos de grupos y actividades de grupo que se iniciaron y desarrollaron durante las décadas de 1950 y 1960 bajo múltiples nombres, formas y orientaciones, destacando por su sincretismo e innovación los “grupos de encuentro abierto” organizados por William Schutz (1963, 1967, 1971, 1973, 1979, 1984, 1989, 1994).

Entre las características de los GCP actuales los autores destacan las siguientes:

- Consisten en un conjunto planificado de actividades en grupo dirigidas a proporcionar a los participantes conocimiento sobre sí mismos y su estilo de relación.
- Las actividades son de dos tipos: ejercicios estructurados de sensibilización y comunicación, con el grupo completo, y reuniones en grupos pequeños que combinan comunicación, experiencia emocional y reflexión.
- Tienen un carácter vivencial y se llevan a cabo en un entorno relajado, seguro, intensivo (con una duración media de 5 días) y aislado (en régimen de internado). Esto facilita tanto la toma de distancia como la concentración en el análisis y la reflexión. Además, constituyen una oportunidad para nuevas relaciones con personas no condicionadas por circunstancias previas.
- Aunque se fundamenten en principios teóricos derivados de diferentes orientaciones psicoterapéuticas, los GCP no son como tal una forma de psicoterapia. No están dirigidos al tratamiento de la enfermedad mental, sino fundamentalmente a dos colectivos: a personas interesadas en el crecimiento personal y en la mejora de sus relaciones personales y a profesionales que trabajan con grupos o en psicoterapia.

Diversas investigaciones en los años 70 concluyeron que los GCP influyen significativamente para el cambio positivo y que el mantenimiento a lo largo del tiempo es elevado (Gibb, 1970; Lieberman et al., 1973).

En el artículo comentado, los autores llevan a cabo un estudio de carácter experimental con medidas repetidas pre-post del significado en cinco conceptos

esenciales: Yo, Grupo, Madre, Padre y Vida, de manera que el cambio en estos conceptos se considera un indicador de cambio terapéutico. El significado de los conceptos se mide con una prueba de diferencial semántico (DS) construida ad hoc para este estudio.

Los datos analizados pertenecen a cinco GCP organizados por el Centro Abierto Tomillo (CAT) y por el Instituto de Interacción y Dinámica Personal (IIDP).

Los resultados de la investigación indican que tras la participación en los GCP se produce un cambio significativo en los conceptos Yo, Grupo y Vida, pero no en los conceptos Padre y Madre. Así, encontramos que:

- Se valora en mayor medida el Yo y se considera como más benigno, sereno, con mayor bienestar subjetivo, más fuerte y dinámico.
- Se percibe el Grupo como más positivo al considerarlo mejor y más valioso, más comunicativo y afectivo, más fuerte y dinámico, y más íntegro y auténtico.
- Se valora más positivamente la Vida percibiéndose como más buena y valiosa, más auténtica y con mayor bienestar.

Los autores concluyen, además, debido al aumento global de los promedios de respuesta al conjunto del DS, que tras la participación en los GCP se produce una mejoría general del estado de ánimo de los participantes.

Estos resultados corroboran los de investigaciones previas sobre la contribución de los GCP al cambio personal positivo (Gibb, 1970; Lieberman et al., 1973). Los autores, sin embargo, se hacen en este punto una pregunta importante: ¿Qué significa en cada caso personal un cambio positivo? Las personas que acuden a un GCP pueden partir de puntos psicológicos muy diferentes. Por ello, señalan los autores, tal vez sería pertinente, en aras de un mayor equilibrio entre los enfoques nomotético e ideográfico en la investigación, realizar subgrupos de análisis en función de los puntos psicológicos de partida. Esta metodología requeriría, no obstante, de un mayor tamaño muestral, que puede ser difícil de conseguir.

Por otro lado, los autores exponen que el enfoque experimental tiene una utilidad limitada en la investigación de los GCP, ya que habitualmente lo que se puede medir es poco y no siempre es lo más relevante. Ante esta limitación, los autores sugieren una mayor apertura hacia otros enfoques, como pueden ser los informes verbales o el análisis de casos individuales.

Cambio Conceptual en los Grupos de Crecimiento Personal: Un estudio de caso. Por Mónica Rodríguez Zafra, Guillermo Gil Escudero, Juan Carlos Cenicerros Estévez y Antonia Martín Sánchez.

Fruto de lo propuesto en la discusión del anterior artículo, los autores deciden aquí analizar individualmente los datos obtenidos de uno de los participantes del estudio.

Concretamente, deciden analizar los datos del participante en el que se observa un mayor cambio en los significados antes y después de la experiencia. Se trata de

una persona que centró su trabajo personal en el “grupo pequeño” a lo largo del GCP en el análisis de las relaciones con sus padres.

En este caso particular, se modificaron las valoraciones de:

- 1) el propio concepto del Yo, al percibirse como más valioso, bueno, fuerte y dinámico;
- 2) el concepto del Grupo, al valorarse como más comunicativo, afectivo, fuerte y dinámico;
- 3) la Madre, al valorarla como menos fuerte y dinámica y, sin embargo, como más valiosa y buena y más íntegra y auténtica;
- 4) el Padre, al valorarlo como más valioso, bueno, íntegro y auténtico, sereno y en situación de bienestar y mucho más fuerte y dinámico;
- 5) la Vida, al considerarla más valiosa, buena, fuerte y dinámica, serena y con bienestar.

De esto los autores derivan que las variaciones en los conceptos del Yo, el Grupo y la Vida parecen ser el resultado de una expansión positiva en la valoración de los rasgos del significado con una modificación menor de su estructura de significado, mientras que en los casos de los conceptos de Madre y Padre los resultados parecen indicar un grado mayor de modificación de la estructura de los significados de estos dos últimos conceptos.

Los autores señalan que el caso concreto elegido pone de manifiesto que en ocasiones se producen cambios individuales que difieren de los promedios grupales. Así mismo, tras una ausencia aparente de cambio en los resultados estadísticos, pueden existir cambios significativos reales, en direcciones diferentes, en distintos grupos de sujetos, que quedan anulados debido al cálculo de los promedios. Esta debilidad del enfoque nomotético entronca con el hecho de que no es fácil establecer qué cambio conceptual puede considerarse en cada caso como “positivo” si no se tiene en cuenta el punto de partida psicológico de cada participante. Por tanto, tras este análisis individual, se refuerzan las conclusiones y reflexiones derivadas del primer estudio.

El Conflicto entre la Necesidad Física y Psíquica del Contacto Humano y el Miedo a las Personas. Por Mónica Rodríguez Zafra, Antonia Martín Sánchez y Juan Carlos Ceniceros Estévez

En este artículo los autores exponen cómo las medidas de restricción del contacto empleadas para frenar la expansión del virus SARS-CoV-2 pueden derivar en miedo a las relaciones interpersonales, deteriorando la salud psicológica de las personas.

Para ilustrarlo, los autores exponen y comentan una serie de ejemplos de historias personales. Situaciones en las que el deseo de ayudar y el miedo a contagiarse devienen en conflicto de valores y vergüenza; situaciones en las que ante el estrés no se puede encontrar una fuente de seguridad y regulación en otras personas, porque esas personas son ahora fuente de amenaza; situaciones en las que el aislamiento va haciendo mella en los más vulnerables. En definitiva, situa-

ciones sostenidas, de amenaza psicológica y vital, incontrolables, impredecibles, sin posibilidad de ser elaboradas ni de crear ante ellas respuestas diferentes.

Es por ello que los autores sostienen que las medidas de restricción del contacto pueden derivar tanto en miedo a los demás como en miedo a uno/a mismo/a y facilitar la aparición de trauma complejo en las personas más vulnerables. Al insistirse en la importancia de mantener la distancia social sin proporcionar pautas para cuidar la conexión humana, al estrés derivado del contexto de incertidumbre, muerte y enfermedad propio de una pandemia se le suma el estrés generado por actuar contra nuestra propia naturaleza social y cooperadora y la anulación de nuestros mecanismos mamíferos de regulación. Así, resulta muy difícil para gran parte de la población salir de los estados fisiológicos de amenaza provocados por la pandemia. Esto puede llevar a muchas personas (sobre todo a las más vulnerables) a encontrarse permanentemente en un estado defensivo que conduzca finalmente al agotamiento y a la depresión. Además, este estado defensivo es un facilitador para los conflictos interpersonales.

Para paliar estos efectos, los autores proponen una serie de medidas concretas, tanto en el ámbito social como en el terapéutico.

Las propuestas en el ámbito social son las siguientes:

- Aprender a poner límites y comprensión al miedo que inunda la sociedad, entendiendo que todas las personas expresan necesidades legítimas y comprensibles.
- Aprender a expresar los propios miedos y necesidades, así como a escuchar los de los demás con calidez y comprensión, especialmente en los contextos de ayuda.
- Aprender a relacionarnos de forma segura sin dañar la conexión humana. Los autores proponen usar conscientemente la mirada, la modulación de la voz y los mensajes explícitos, así como usar nuestra creatividad para encontrar nuevas maneras de conectar.

Las medidas propuestas en el ámbito terapéutico son las siguientes:

- Ofrecer espacios de relación en los que sea posible elaborar todas estas situaciones, de manera que puedan convertirse en una fuente de aprendizaje y resiliencia. En este sentido los autores apuestan especialmente por el uso de la Psicoterapia de Grupo (en formato presencial o virtual), por su capacidad de facilitar el aprendizaje interpersonal, de promover experiencias emocionales correctivas, de infundir esperanza, de romper la sensación de aislamiento o de incrementar la autoestima de los participantes al hacer que se sientan útiles ayudando a los demás. Además, el grupo es un espacio idóneo para trabajar temas esenciales en este contexto de pandemia: la incertidumbre de la realidad, el miedo a la muerte, encontrar sentido a las experiencias vividas, vivir eligiendo cómo queremos hacerlo y ejercitarse en la comprensión y el apoyo, así como aprender a expresar y escuchar con empatía.

- Ofrecer suficientes terapias individuales para profesionales con estrés postraumático con tarifas accesibles, lo que requiere poner en marcha mecanismos de subvención de estas terapias.
- Iniciar diversas formaciones en materia psicosocial accesibles a la población. Su objetivo sería aportar herramientas y recursos para reforzar el aprendizaje de nuevos modos de cuidar la calidad de la conexión y la empatía en las relaciones humanas enseñando y entrenando fórmulas de comunicación compasiva, como podría ser la Comunicación No Violenta.

Referencias

- Gibb, J. R. (1970). The effects of human relations training [Los efectos del entrenamiento en relaciones humanas]. En Bergin, A. E. y Garfield, S. L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 839-862). New York.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. y Miles, M. (1973). *Encounter groups: first facts* [Grupos de encuentro: primeros datos]. Basic Books.
- Schutz, W. C. (1963). *An approach to the development of human potential. Report of the Continuing Human Relations Laboratory* [Una aproximación al desarrollo del potencial humano. Informe del Laboratorio de Relaciones Humanas Continuas]. Bethel.
- Schutz, W. C. (1967). *Joy: Expanding human awareness* [Alegría: Expanding la conciencia humana]. Grove Press.
- Schutz, W. C. (1971). *Here comes everybody: Bodymind and encounter culture* [Aquí viene todo el mundo: Bodymind y cultura del encuentro]. Harper and Row.
- Schutz, W. C. (1973). *Elements of encounter: A guide to human awareness* [Elementos del encuentro: una guía para la conciencia humana]. Joy Press.
- Schutz, W. C. (1979). *Profound simplicity* [Profunda sencillez]. Bantam.
- Schutz, W. C. (1984). *The truth option* [La opción de la verdad]. Ten Speed Press.
- Schutz, W. C. (1989). *Joy: Twenty years later* [Alegría: Veinte años después]. Ten Speed Press.
- Schutz, W. C. (1994). *The human element: Productivity, self-esteem and the bottom-line* [El elemento humano: productividad, autoestima y el resultado final]. Jossey-Bass.

RECENSIÓN | REVIEW

TERAPIA DE GRUPO O TERAPIA EN GRUPO
GROUP THERAPY OR THERAPY IN GROUP**Laura García Galeán**ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4260-3662>

Psicoterapeuta Individual y de Grupo, Profesora Colaboradora en la Universidad Pontificia de Comillas, Profesora Colaboradora de Formación Permanente en la UNED. España

Reseña de:

- López-Yarto, L. E. (2002). Terapia de grupo o terapia en grupo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 10. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000193#contenido>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García, L. (2022). Recensión de artículo: Terapia de grupo o Terapia en grupo [Revisión de artículo, Terapia de grupo o terapia en grupo por L. E. López-Yarto]. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 273-280. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1132>

Luis López-Yarto comienza su artículo con la fábula chasídica que cuenta lo que ocurrió en un Congreso de animales que se tuvo en la selva: “En aquella convención a cada animal se le habían proporcionado cucharas para comer. Los manjares eran abundantes y el humor de excelente tomo. Pero las cucharas de aquel peculiar comedor, adaptado a los diversos géneros y especies, tenían una desmesurada longitud. Ninguno de aquellos animales era capaz de alimentarse a sí mismo, ya que los instrumentos, preparados quizá por el equipo de las jirafas, absurdamente superaban en longitud a los brazos. Los comensales comenzaban a sentir el hambre, cuando alguien sugirió la idea genial. Reunámonos por grupos, y que cada uno dé de comer al que tenga enfrente. Fue la gran solución. El grupo, finalmente, pudo traer a la ilustre Convención un final feliz.” Con esta fábula, el autor ejemplifica el poder del grupo y la tendencia a la cooperación que hay en las personas, que como seres relacionales, necesitan nutrirse emocional y mentalmente con los demás.

El artículo se estructura en tres preguntas con las que el autor realiza una reflexión sobre el sentido y el valor terapéutico de los grupos.

Fecha de recepción: 7 de enero de 2022. Fecha de aceptación: 7 de febrero de 2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lauragalean@invi.uned.es; lauragalean@hotmail.com

© 2022 Revista de Psicoterapia



La primera pregunta que plantea López-Yarto en este artículo es la finalidad del grupo como espacio de crecimiento. En este sentido el autor se pregunta si el grupo *puede servir para algo bueno*.

Para responder a esta pregunta parte de lo que Le Bon (1895) señala en su libro *Psicología de las masas*. Por un lado, señala que vivir en grupo es algo connatural al hombre, sin lo que a éste le sería imposible sobrevivir y por otro, que el grupo mutila, porque nos obliga a sacrificar mucho de nuestra autonomía y de nuestra individualidad. Por lo que considera los grupos como ilógicos, intolerantes, rígidos, desinhibidos, y que poseen una ilimitada capacidad de sometimiento. López-Yarto considera, a Le Bon, relevante por haber puesto de manifiesto la existencia de fenómenos grupales como el *contagio emocional*, porque suscita una polémica sobre si la pertenencia a grupos es dañina o beneficiosa para la persona y porque señala la importancia de indagar qué dimensiones grupales son las más eficaces para la persona, teniendo en cuenta que algunas pueden ser perjudiciales.

Continúa el autor del artículo su reflexión, mencionando a McDougall (1920), como un autor que es más comprensivo con el grupo ya que para él, el grupo no es ni dañino ni beneficioso por sí mismo. Para este autor todos aquellos fenómenos que Le Bon llamaba de contagio emocional deben canalizarse para hacerse constructivos; es decir, cuando se canaliza el contagio emocional, el grupo se convierte en positivo y constructivo. Además, señala McDougall, para que el grupo sea positivo y constructivo debe cumplir también las siguientes condiciones, que:

- Exista continuidad de existencia en el tiempo.
- Surja un sistema de relaciones interpersonales.
- Se dé estimulación de rivalidades con otros grupos.
- Se desarrollen tradiciones comunes.
- Se fomente la diferenciación y especialización de funciones y,
- Que exista alguna forma de liderazgo.

Continúa López-Yarto mencionando a Freud con su libro *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921) en el que escribió sobre los elementos de cohesión de un grupo, dentro de los cuales destaca la identificación con una persona central o focal que suele ser el líder del grupo. Autor que, además, describió que en los grupos en los que hay un fuerte ímpetu hacia la cohesión grupal, se da a la vez una tendencia a la desaparición de las neurosis individuales. Él mismo observó que un grupo *bien organizado* era una protección eficaz contra las neurosis, y que un sujeto que se ve expulsado de un grupo, tiende a sustituir las formaciones grupales con formaciones neuróticas. López-Yarto sugiere que si **Freud** hubiera estudiado hasta el final estos razonamientos, podría haber elaborado un sistema de psicoterapia de grupo. Y como con esta observación destaca como estar en relación con otros, al igual que puede enfermar al individuo, también lo puede sanar.

Para terminar de contestar a la primera cuestión que se plantea López-Yarto en este artículo, destaca las aportaciones que Kurt Lewin, gestaltista alemán que en los años treinta se traslada a EEUU. La primera aportación de Lewin que destaca

López-Yarto es que considera que el grupo es naturalmente un todo, una Gestalt. La segunda aportación que destaca López-Yarto consiste en concebir al grupo como un campo de batalla, en el que el conflicto es inevitable, ya que los miembros que lo componen luchan por obtener y mantener su espacio vital, por lo que el movimiento de cualquier miembro del mismo puede originar tensiones, necesidades y movimientos en los demás. La tercera, y última aportación que señala López-Yarto, se refiere a que Lewin pone también el foco de atención en que para comprender lo que sucede en el grupo e intervenir en él de forma constructiva, se debe poner el foco en el *aquí y ahora*.

López-Yarto, contesta entonces a la primera pregunta que plantea, señalando que el grupo constituye un espacio de crecimiento personal siempre que cumpla con los requisitos que ha descrito en este apartado.

La segunda pregunta que plantea López-Yarto versa sobre la manera en la que la Psicología descubre al grupo como un lugar de terapia. Para lo cual considera relevante realizar un recorrido histórico sobre el origen de los grupos terapéuticos. Para ello, señala seis precedentes históricos relevantes.

Según López-Yarto el precedente más antiguo de la terapia de grupo se remonta a 1889 en EEUU con la creación de la *Hull House* por parte de Jane Adams. La *Hull House* fue una casa de asentamiento para los inmigrantes europeos recién llegados, en ella se implementaron programas sociales, educativos y artísticos innovadores, así como trabajos grupales que trataban de dar respuesta a las demandas sociales de las personas que necesitaban ser realojadas.

El segundo precedente, según López-Yarto, vino marcado por la experiencia del médico Joseph Hersey Pratt en 1905 en Boston. Pratt, preocupado por sus pacientes enfermos de tuberculosis con escasos recursos económicos, decidió organizar grupos de en los que él enseñaba los cuidados médicos que consideraba necesario que siguiesen para su curación, aunque pronto se dio cuenta de que, y este es el dato históricamente relevante, el clima que se creaba en el grupo mismo y el apoyo que se ofrecían mutuamente los pacientes era más importante que sus palabras.

López-Yarto señala como el tercer precedente, el trabajo del psiquiatra Edward W. Lazell quien en 1918 comenzó a “tratar” en grupo a los soldados que volvían a Norteamérica de la Guerra Europea. Este psiquiatra se percató de que el grupo, cuando se permite la comunicación, aborda temas que tienen que ver con la situación global de la persona, y no se reduce a lo que toca al síntoma concreto que al comienzo trajo a cada persona a recibir tratamiento. López-Yarto destaca que tanto Lazell como Pratt, insistían “en la importancia que tiene para toda curación el recibir información adecuada, el recibir consejos sensatos, el verse apoyados por otras personas en situación semejante, y el que los pacientes se identificaran unos con otros de forma espontánea y cordial”. Todos ellos se consideran factores terapéuticos de los grupos.

El cuarto precedente que señala López-Yarto se refiere a la influencia fundamental del psicoanálisis sobre el desarrollo de la psicoterapia de grupo. Cita el trabajo

de diferentes psicoanalistas que son su trabajo ponen de manifiesto la posibilidad de tratar a las personas en grupo desde la visión psicoanalítica. Además, desde esta perspectiva se introduce un elemento nuevo y exclusivo de la situación grupal en el conjunto de la teoría psicoanalítica tradicional: el concepto de *transferencia múltiple*, derivado de la presencia de otras personas que no son el terapeuta mismo. En el grupo, cada persona transfiere impulsos, sentimientos y fantasías a cada una de los otros miembros del grupo. López-Yarto señala que esta fue la primera vez que se hace mención a la entidad grupal y no solo a personas individuales.

El quinto precedente viene de mano de los autores que ponen el énfasis fundamental en la visión grupal, más en el conjunto de personas que están en un grupo. López-Yarto señala que autores como Foulkes, Bion, o Eziel, consideran al grupo como totalidad que cura y no como la mera relación transferencial con varias personas individuales a la vez. Todos estos autores se vieron influenciados por la mirada del psicólogo alemán Kurt Lewin, que consideraba la totalidad como más importante que la suma de sus partes y destacaba que es más importante estar atento al tema común del grupo, a la tensión global que en él se desarrolla, que a la patología o sintomatología personal de cada uno de los miembros. En ese mismo sentido señala López-Yarto que lo que cura *no es la sabia interpretación de la dinámica personal de cada individuo, sino la prudente y sabia guía que hace el terapeuta de los procesos grupales*.

Por último, destaca López-Yarto como hito importante en la historia de los grupos, la corriente existencial-experiencial a la que considera como la orientación fundamental de los terapeutas que trabajan con grupos. Señala el autor que lo más característico de esta corriente es considerar que el paciente tiene un mundo de experiencias absolutamente irreductible, al que solamente él tiene verdadero y auténtico acceso. Esto lleva a que sea diferente la relación paciente/terapeuta, es una relación más igualitaria, horizontal. Por lo que “cualquier intervención que convierta al terapeuta en un técnico sabedor de las últimas claves de lo que al paciente le pasa, parte de una falsedad de fondo. Nadie, si no es el paciente mismo, es ese experto sabedor de lo que realmente él mismo está experimentando”. De manera que la relación Yo - Tú que se da entre paciente y terapeuta se convierte en el “encuentro sanador por excelencia”. López-Yarto señala como “la palabra encuentro (propuesta por Rogers) es clave para expresar y comprender el elemento sanador del grupo”. Por eso, desde esta perspectiva, el objetivo es “procurar a los participantes en el grupo intensas experiencias de encuentro consigo mismos y con los demás”.

Antes de finalizar este recorrido histórico López-Yarto justifica que los motivos que le han llevado a no mencionar a Jacob Levy Moreno, el fundador del Psicodrama, como uno de los precursores de la Psicoterapia de Grupo. La razón que señala es que considera que forma parte de la corriente existencial experiencial y por eso no es necesario hacer una mención especial. No obstante, López-Yarto, recuerda al lector que Moreno fue el primero en acuñar el concepto de *Psicoterapia de Grupo*. Moreno, coetáneo de Freud, destaca el aspecto relacional del ser humano y como

esto es determinante de los aspectos sanadores de los grupos. Además, realiza el *primer escrito sobre el trabajo psicoterapéutico con grupos* (Moreno, 1914). Todos estos motivos nos parecen que tienen la suficiente relevancia como para darle un papel destacado al hablar de psicoterapia de grupo.

En la tercera y última pregunta que estructura este artículo, López-Yarto se plantea qué es lo que hace que un grupo sea sanador o terapéutico. Para ello, destaca algunos de los factores terapéuticos del grupo aportados por Irwing Yalom en 1985:

1. El grupo hace presente de forma viva y actual al grupo familiar primario en el que tantas de nuestras maneras de sentir, pensar y actuar cobraron forma.

Destaca como se utiliza de manera masiva el concepto de “transferencia múltiple”. Y es que cuando se entra a formar parte de un grupo se “reviven sutilmente muchas de las emociones que tenían lugar en nuestro interior en los primeros años de nuestra vida. Y con esas emociones, han perdurado muchos de los procesos que originan nuestro malestar”.

Añade que “Grupo y Madre no son relaciones ajenas desde el punto de vista emocional. En ambas situaciones (Grupo - Madre) está presente la lucha entre dos polos: el polo de buscar compañía, fundirse con un otro que da calor y ayuda, evitar la soledad, y el polo de quedarse aislado, separado y desprotegido. En las dos situaciones se viven experiencias de satisfacción y experiencias de frustración (recibo atención, escucha... pero, o no me comprenden del todo, o me asfixian y no me dejan la autonomía que yo desearía)”.

El grupo, como la Madre, genera un sentimiento de ambivalencia. Por lo que López-Yarto pregunta al lector “¿No nos recuerdan a nuestra niñez, no nos parecen infantiles, muchas de nuestras reacciones grupales en las que sentimos odio y amor a la vez, en las que ponemos en marcha mecanismos de defensa tan primitivos como la división de lo bueno y lo malo, y en las que nos identificamos proyectivamente?”

Por otra parte, el autor señala que “en el grupo se viven poderosamente sentimientos que tienen que ver con la antigua relación Hijo-Padre”. Lo que lleva a que en el grupo coexistan (una lucha entre ambos polos) la rebeldía y el sometimiento frente al depositario de la autoridad. Estas tensiones recuerdan a la rivalidad que se da entre “hermanos/iguales”.

Y es que un “grupo da siempre origen a una red implícita de identificaciones, que va creando la Gestalt del grupo, la mentalidad grupal. El resultado de esta mentalidad grupal, es que cada uno de los miembros del grupo siente cómo tiene a su disposición un canal afectivo y simbólico que le permite la expresión de lo más profundo y primitivo de sí mismo. Un clima en el que le es posible a cada uno asumir roles, establecer relaciones que canalicen tanto la agresión como el afecto”. En resumen, el grupo es un espacio idóneo para poder crecer y recolocar aquellas escenas infantiles que se vienen arrastrando y que determinan mucho de nuestro funcionar adulto.

2. El grupo crea un espacio vital en el que es posible aprender de forma privilegiada.

López-Yarto plantea que frente a las dificultades a la hora de ofrecer aprendizajes o consejos que existen en las terapias individuales, en la terapia de grupos, los participantes pueden contarse en qué consiste estar mal, cuáles son los pasos que les han ayudado, todo ello desde un “plano de igualdad altamente terapéutico y no comprometedor para el proceso”, que permite al terapeuta mantenerse en su rol.

En este sentido, otro factor terapéutico es “el aprendizaje de imitación”. Como aspecto que aparece en cualquier espacio relacional, ya sea en el espacio de terapia individual, pero, como destaca el autor, es en el grupo que esta situación se da de manera más explícita. “Los participantes cuentan con una variedad grande de conductas que pueden imitar y “ensayar”. De ellas unas serán abandonadas más tarde, otras serán modificadas. Todas ellas pertenecerán, como ensayos válidos, al proceso de crecimiento” (...) “El grupo no provoca conscientemente la conducta imitativa. Pero su posibilidad se da y es importante”.

Finalmente señala que el trabajo con grupos nació como una forma de aprender, entendiéndolo como “algo más cercano a intuir, a vivenciar, a captar de forma inmediata y sin mucho razonamiento, pero con una luz especial”.

“Algo que solamente se puede dar por medio de la experiencia y que difícilmente se da cuando transmitimos conocimientos teóricos desnudos. Aprender en este contexto es equivalente a cambiar, a crecer, o a madurar. A *sanar*”.

3. El grupo es un lugar privilegiado en el que se pueden lograr experiencias de especial calidad en el contacto cercano con los demás, que son, por su misma naturaleza, experiencias de maduración.

López-Yarto destaca como “es que en el grupo *el otro* se convierte en un *alter* que *me altera* con su presencia. Aparece como alguien distinto de mí, pero a la vez tan semejante y tan cercano a mí como para que la comparación conmigo sea posible. Pone ante mí la realidad de que se puede ser persona de otra manera a cómo yo lo soy”. En este sentido hacer referencia al concepto de Encuentro que describe Moreno.

“El grupo es un lugar privilegiado en el que se puede tener la experiencia de que algunos miembros han mejorado ya, y otros están en trance de hacerlo en presencia de todos los demás participantes. El mensaje es claro: Es posible sanar”.

4. El grupo crea referencias más universales.

El grupo quita sentido de unicidad, en el sentido en el que en el grupo se siente la experiencia directa de que todas las personas humanas comparten los mismos miedos, preocupaciones, sentimientos... lo que le pasa a cada uno pasa a ser un suceso del “universal” del grupo.

5. El grupo proporciona la ocasión para lograr identificaciones positivas.

“La situación grupal permite que cada uno de los sujetos sea a la vez paciente y agente terapéutico”. Todas las personas que participan en el grupo “dan a la vez que reciben ayuda”.

6. El moderador del grupo como elemento de curación: De la intervención “individual”, a la intervención “grupal”.

La historia de los últimos años ha ido matizando el papel que tiene el terapeuta “como elemento de impulso a la maduración y al crecimiento”.

Los años treinta y cuarenta supusieron el primer florecimiento de la terapia de grupo. El terapeuta, bajo la influencia todopoderosa de la terapia individual, pasa a desempeñar el papel de controlador de un proceso conocido. Se puede decir que la relación creada en el grupo es una relación “en abanico”. Cada uno de los pacientes se relaciona principalmente con el centro evidente que es el terapeuta, y bajo su mirada permite que le afecten las presencias ajenas que le rodean, y así hagan más patentes las conductas conflictivas o constructivas. Los años cincuenta suponen el descubrimiento de la interpretación directa, y de la relación con el grupo como con un todo. El terapeuta asciende a un silencio más suscitador de fantasías colectivas que creador de clima benévolo que disminuya las defensas. La eficacia del terapeuta, al asimilar la noción de emociones grupales, y la teoría de los objetos internos, se amplía con nuevos aspectos:

Al cohibir su espontaneidad exterior, al no interpelar directamente a las personas o a las relaciones que éstas mantienen entre sí, sino a las fantasías colectivas del grupo, ve aumentar su poder simbólico hasta cotas inimaginables. Así hace vivir al grupo el problema fundamental del poder.

La interpretación es un arma de gran potencia, especialmente si se dirige a emociones y procesos grupales, a los conflictos más focales de esta pequeña colectividad que representa la vida en el mundo real.

El terapeuta pone de relieve que el material que debe ser elaborado no es sólo el que aporta la memoria, sino el que se está produciendo “aquí y ahora” en la situación de grupo (lo que se maneja a nivel manifiesto). Sobre ese material se puede trabajar útilmente, porque es un material maleable, no endurecido por el paso del tiempo.

Pero más que nada “Proporciona experiencias al grupo”. (No es frecuente que haga interpretaciones del nivel infantil). Tiene, obviamente, más fe en lo vivido que en la interpretado.

Conclusiones

López Yarto reflexiona a lo largo de todo el texto el autor sobre el sentido de la psicoterapia de grupo su valor terapéutico, y como destaca como el espacio grupal es mucho más que la suma de personas, sino que se crea una entidad nueva que es la grupal y frente a la que existen también una atracción por parte de cada uno de los miembros del grupo. El grupo proporciona experiencias ricas y densas que ayudan a sanar y a madurar humanamente. Experiencias que, en palabras del autor, *superan en muchos codos al puro placer de estar juntos*. Para ello la evolución es crucial, una evolución de lleva desde la terapia individual *en grupo*, a la *Terapia de Grupo*.

Referencias

- Buber, M. (2017). *Yo y tú*. Herder. (Trabajo original publicado en 1923)
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Amorrortu editores.
- Le Bon, G. (1983). *Psicología de las Masas*. Morata.
- Lewin, Kurt. (1973). *Dinámica de la personalidad*. Morata.
- McDougall, W. (1973). *The Group Mind*. Arno Press (Trabajo original publicado en 1920)
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and technique of group psychotherapy [La teoría y la técnica de la psicoterapia de grupo]*. Basic Books.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 33, Number 121, March, 2022 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<https://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich´s.
- OPAC´s: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

TRANSITANDO LO GRUPAL: LA POTENCIA TRANSFORMADORA DEL ENCUENTRO

Moving through the group: The transformative power of the encounter

Mónica Rodríguez-Zafra, Laura García y Margarita Izquierdo Martín
(Coordinadoras)

EDITORIAL

TRANSITANDO LO GRUPAL: LA POTENCIA TRANSFORMADORA DEL ENCUENTRO A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Mónica Rodríguez-Zafra, Laura García Galeán y Margarita Izquierdo Martín

HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO: ANTECEDENTES, INICIO Y DESARROLLO

Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO: CONCEPTOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Mónica Rodríguez-Zafra y Guillermo Gil Escudero

ACCIÓN Y CUERPO EN EL GRUPO: UNA VISIÓN PSICODRAMÁTICA

Teresa Andrés Mascarana y María Andrés Mascarana

CUIDAR EL PROCESO DE UN GRUPO: COORDENADAS PSICODRAMÁTICAS PARA SU COMPRENSIÓN

Natacha Navarro Roldán

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL DEL PSICOANÁLISIS

Alejandro Ávila Espada

LA COHESIÓN GRUPAL: FACTOR TERAPÉUTICO Y REQUISITO PARA LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TERAPIA

Mónica Rodríguez-Zafra y Laura García Galeán

LA ÉTICA DEL ENCUENTRO: REFLEXIONES ÉTICAS PARA EL SIGLO XXI EN EL CONTEXTO DE GRUPOS

Laura García Galeán y Mónica González Díaz de la Campa

LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.

EL NECESARIO CAMBIO DE LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES Y DE FORMACIÓN

Rosa Gómez Esteban

Artículos del monográfico (Acceso Abierto)

GESTALT APPLICATIONS TO GROUP WORK

Jude Austin y Julius A. Austin

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra

LOS GRUPOS DE CRECIMIENTO PERSONAL: ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS

Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra

VARIAZIONE DEL SETTING NELLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO DOVUTE ALLA PANDEMIA DA COVID19

Leonardo Montecchi

UNA EXPERIENCIA DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO EN EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA APLICADA DE LA UNED

Paloma Salamanca Iniesta, Clara Alonso Sánchez, Carlos Otero Ortega, M^a del Rosario Málaga Castilla, Nazaret Sánchez Rivera y Mónica Rodríguez-Zafra

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)
VALORACIONES ÉTICAS EN PSICOTERAPIA: ESTUDIO CON PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Joaquín Pastor Morales y Carmen del Río Sánchez

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Leandro Martín Casari, María Florencia Rivas Ganem y Federico Richard

EL DESENCANTO MODERNO DE LA PSICOTERAPIA. RENDIMIENTOS HEIDEGGERIANOS PARA UNA NUEVA FUNDAMENTACIÓN

Julián Gómez Peñalver

EFECTIVIDAD DEL FEEDBACK FORMAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

Pau Sánchez-Rotger, Gonzalo Martínez-Alés, Jesús Martí-Esquitino y María Fe Bravo-Ortiz

RESILIENCIA, BIENESTAR Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA ANTE EL CONFINAMIENTO Y PANDEMIA DEL COVID-19

Oscar Sánchez-Hernández, Ana Canales y Nathalie Everaert

Recensión

TERAPIA DE GRUPO: DISTINTOS FORMATOS PARA DISTINTOS CONTEXTOS

Nazaret Sánchez Rivera

TERAPIA DE GRUPO O TERAPIA EN GRUPO

Laura García Galeán

