

Universidad de Palermo

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

“Las distintas fases en la Psicoterapia de Grupos”

Tutora: Dra. Margarita Robertazzi

Autor: Alejandra Elida Pascual

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Planteo del Problema.....	4
1.2 Objetivo General.....	4
1.2.1 Objetivos Específicos.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Psicoterapia de Grupo.....	5
2.2 Aspectos previos a la formación del grupo.....	9
2.3 Fases del proceso de Psicoterapia de Grupos.....	11
2.3.1 Características de cada fase.....	16
2.3.2 Funciones y posibles problemas de los miembros en cada fase.....	19
2.3.3 Funciones del psicoterapeuta para cada fase.....	22
3. MÉTODO.....	28
3.1 Tipo de estudio.....	28
3.2 Unidades de análisis y participantes.....	28
3.3 Procedimiento.....	29
3.3.1. Técnicas utilizadas para la recolección de datos.....	29
3.3.1.1. <i>Observaciones</i>	29
3.3.2 Elección de las categorías.....	32
4. RESULTADOS OBTENIDOS.....	38
4.1 Descripción de los grupos.....	38
4.1.1 Grupo de Jóvenes adictos.....	38
4.1.2 Grupo de pacientes psicóticos.....	38
4.1.3 Grupo de señoras de tercera edad.....	39
4.2 Análisis de las Fases.....	40
4.2.1 Grupo de Jóvenes adictos.....	40
4.2.2 Grupo de pacientes psicóticos.....	43
4.2.3 Grupo de señoras de tercera edad.....	46
4.3 Análisis de las categorías.....	48
4.3.1 Grupo de Jóvenes adictos.....	49
4.3.2 Grupo de pacientes psicóticos.....	50

4.3.3 Grupo de señoras de tercera edad.....	50
5. CONCLUSIONES.....	51
6. BIBLIOGRAFÍA.....	54

1. INTRODUCCIÓN

En el área de la psicología clínica, actualmente, la psicoterapia de grupo es una importante alternativa de tratamiento.

En la práctica ha demostrado ser tan eficaz como la psicoterapia individual, con una mayor eficacia social, sin dejar de lado el menor costo individual e institucional.

Independientemente de la naturaleza del grupo de psicoterapia y de la orientación teórica del terapeuta, algunas tendencias generalizadas se muestran en la mayoría de los grupos que se encuentran durante un período de tiempo. Varios autores han comentado las fases o estadios del proceso evolutivo del grupo y, a partir de esas descripciones, se deduce que, aunque el contenido específico de los grupos varía considerablemente, las tendencias y procesos son muy similares.

La autora del presente trabajo realizó su práctica de habilitación profesional en una institución que forma parte de una red académica, docente, científica y clínica donde los resultados de la investigación se transfieren a la tecnología clínica con el fin de lograr metas, acortar procesos y obtener resultados. El propósito es promover la rápida reinserción del paciente agudo en su grupo de pertenencia y la resocialización de pacientes crónicos con posibilidades de revertir su aislamiento y deterioro.

La pasantía fue de 320 horas que se distribuyeron en un promedio de 20 horas semanales de presencia en la institución. En el transcurso de la misma se participó en distintos grupos terapéuticos, reuniones de tipo institucional y terapias familiares.

Se asistió: por la mañana, una frecuencia de tres veces por semana, a un grupo de pacientes con trastornos psicóticos en su mayoría.

Por las tardes, con una frecuencia de tres veces por semana, a un grupo de jóvenes adictos.

Quincenalmente a un grupo de señoras de tercera edad con diagnóstico de neurosis.

Dada la posibilidad que la institución brinda de poder participar en la observación de los mencionados grupos terapéuticos y que cada uno de ellos parece estar atravesando

diferentes fases, dentro de un proceso de psicoterapia de grupos, la autora de este trabajo pensó en realizarlo sobre “las distintas fases en la psicoterapia de Grupos”.

1.1 Planteo del Problema

¿En qué fase se encontraban los distintos grupos de psicoterapia observados –un grupo de jóvenes adictos, un grupo de pacientes psicóticos y un grupo de señoras de tercera edad con diagnóstico de neurosis- dentro de un proceso de psicoterapia de grupo?.

¿Cuáles eran las problemáticas que se presentaron en cada uno de los grupos de psicoterapia de acuerdo a la fase en que se hallaban?

1.2 Objetivo General

Esta investigación propone describir y analizar las distintas fases en que se encuentra un grupo en un proceso de psicoterapia de grupo, a través de tres grupos observados: un grupo de jóvenes adictos, un grupo de pacientes psicóticos y un grupo de señoras de tercera edad con diagnóstico de neurosis.

1.2.1 Objetivos Específicos

- Definir en qué fase se encontraba cada grupo de psicoterapia.
- Describir las características propias del estadio de cada grupo.
- Analizar y describir las funciones y problemas de los miembros del grupo de psicoterapia y del equipo terapéutico coordinador de la actividad en cada fase.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Psicoterapia de Grupo

En el término psicoterapia de grupo, señala González Núñez (1992), se abarcan determinados métodos de tratamiento que, en concurrencia de uno o más terapeutas, estimulan la labor autocentrada de sus integrantes. Para ello se acude a motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica grupal, las cuales actúan sobre los individuos y el grupo.

En la práctica, como se verá en los distintos casos presentados en este trabajo, la forma en que el psicoterapeuta conduce al grupo dependerá de las metas que él se establezca, los miembros que integran ese grupo y la especialización del terapeuta; aspectos que influenciarán tanto en el individuo como en el grupo.

En estos tiempos los profesionales de la salud deben afrontar novedosas estrategias para la prevención y tratamiento de los problemas psicológicos. En este sentido Corey (1995) sostiene que la psicoterapia de grupo proporciona una alternativa para sobrellevar ese desafío. Por una parte, los grupos permiten a los terapeutas trabajar con más de un cliente al mismo tiempo y , por otra parte, el proceso grupal conlleva a ventajas específicas de aprendizaje. La psicoterapia de grupo puede ser el tratamiento seleccionado para muchos sectores de la población. Con el fin de que el trabajo de grupo sea efectivo, los terapeutas necesitan de una base teórica y deben encontrar formas de aplicar creativamente estas teorías a la práctica.

El enfoque teórico puede basarse primeramente en un sistema simple, como es el caso de la terapia realista u otra de las muchas formas de terapia conductual. Sin embargo, los terapeutas son paulatinamente más partidarios de una posición ecléctica en la medida que extraen técnicas procedentes de distintos enfoques, como se podrá constatar en los distintos grupos observados.

El terapeuta emplea técnicas verbales y no verbales, así como ejercicios estructurados. Las técnicas más frecuentes son el reflejo -reflejar los mensajes verbales y no verbales de un miembro del grupo-, la clarificación -ayudar a los miembros a entender con más

precisión sus mensajes y sentimientos-, el role-playing e interpretación -conectar las conductas presentes con decisiones adoptadas en el pasado-.

En la psicoterapia grupal, señala Yalom (2000), el espacio terapéutico da oportunidades únicas, que no se constituyen en la psicoterapia individual. Este espacio grupal no se transforma en una terapia individual diluida, sino que el espacio ofrece todas las posibilidades de cambios que no se dan en la terapia individual.

En esta línea Corey (1995) establece que una de las principales razones del éxito obtenido es que el enfoque de grupo es a menudo más efectivo que el enfoque individual. Esta efectividad se debe a que:

- Los miembros del grupo pueden practicar nuevas habilidades dentro del grupo.
- Los aprendizajes dentro del grupo se trasladan a las interacciones diarias fuera del mismo.
- Los integrantes del grupo se benefician del feedback y del insight que proviene de los miembros restantes y del psicoterapeuta.
- Sus integrantes aprenden a manejar los problemas observando a otras personas con preocupaciones similares.

Otras razones prácticas que justifican el éxito de los grupos, es un menor coste de los honorarios y una mayor disponibilidad de los terapeutas y consultores.

Bauleo (1990) marca que hay ciertos elementos indispensables para una psicoterapia grupal. Hay una vieja discusión de lo que fue y es un trabajo en grupo y de grupo, explica el autor. Cuando se habla de grupo se está recortando una situación particular cuyas características dependen del colectivo como sujeto de la experiencia y no al individuo en un cuadro colectivo. Por ello es necesario especificar el campo de la práctica, para así interpretar los fenómenos que allí aparecen.

Si se desea trabajar en grupo preguntaremos la historia individual a cada uno de los sujetos y los demás observarán lo que a cada uno le sucede y la reacción del terapeuta frente a esas historias individuales. En alguno de los casos el terapeuta después de haber analizado a cada paciente hará un esfuerzo de señalamiento sobre el conjunto de los miembros y la situación global. Esto es un ejemplo de cómo sería una terapia individual

porque la función del conjunto es meramente de acompañar, es decir, los pacientes están en una cola de espera esperando su turno para intervenir.

En el caso de una psicoterapia de grupo se deberían tener en cuenta una serie de características señaladas por Bauleo (1990):

- El colectivo: va estableciéndose a partir de una frontera imaginaria entre el adentro y el afuera del grupo. Esto posibilita una distinción entre –nosotros- y –ellos-. El grupo necesita un espacio propio, imaginario grupal, en el cual explicitar y tratar los conflictos que ahí aparecen.
- La dependencia: pasan por momentos de dependencia del terapeuta, parecería que esperan todo de él: que les pregunte, los ordene, les explique, que los presente, y que ocupe el espacio grupal. Esta posición en el terapeuta es denominada por los franceses *supposé* imaginario, siendo una reproducción infantil dónde los niños juegan a que los mayores le respondan a todo. La actuación de esta situación descoloca al terapeuta, convirtiéndose en el líder del grupo.
- Liderazgo en el grupo: Bion (1978) y Pichón Rivère (1983), coinciden en que son funciones que asumen los integrantes de un grupo en distintos momentos del proceso grupal, basadas en su historia personal, para cumplir los mandatos de la dinámica grupal y para resolver problemas de la misma.
- El doble nivel terapéutico: es decir, un primer nivel corresponde al nivel del terapeuta propiamente dicho y el segundo nivel terapéutico a la estructura grupal como tal, interpretando a sus propios miembros. Es importantísimo recalca Bauleo (op.cit.) mantener ese doble nivel terapéutico que es una especificidad del colectivo, considerado como sujeto a trabajar. A este nivel se incluyen las escuchas diversas, los señalamientos mutuos, los juegos de roles, la memoria grupal, la escenificación de situaciones en las cuales o a las cuales el terapeuta asiste como un observador.

- Comunicación: en un proceso grupal puede haber momentos circulares y radiales de comunicación, lo importante es que el terapeuta interprete estos momentos como fantasías grupales de cohesión o de dispersión.
- Problemática: será necesario especificar la problemática que se desenvuelve en la situación grupal. Al considerar al grupo como sujeto de la experiencia psicoterapéutica se desarrolla una problemática en torno a la relación entre pertenencia e identidad. Cada miembro se siente requerido por el colectivo y simultáneamente tiene la sensación de perder su identidad.
- La tarea: no hay grupo sin tarea, decía Pichón Riviere (1985), señalando la imposibilidad de la existencia de una organización grupal sin finalidad. Como organización grupal se entienden los aspectos manifiestos y los aspectos latentes de todo grupo, su lenguaje, el proceso y sus afectos. En el lugar de la tarea o finalidad están los aspectos motivacionales que dan la posibilidad de estructurar un grupo. En la terapia la tarea encierra las fantasías por las cuales se asiste al grupo.
- Lo institucional: los grupos, están insertos en instituciones, podría decirse que están atravesados por lo institucional, tratándose de un componente que muchas veces aparece y oculta su presencia por momentos; es estructurante y modificante para cada grupo.
- Situación psicosocial de cada grupo: existe un interjuego entre la verticalidad de cada sujeto, que se entrecruza con la horizontalidad del grupo actual, pero a su vez la transversalidad que indica que si bien hay dos historias, la individual y la grupal, hay una tercera que corresponde a la historia política-social que resignifica a las otras dos.

2.2 Aspectos previos a la formación del grupo

El éxito de un grupo depende exclusivamente de su previa planificación, explicita Corey (1995).

Existen distintos aspectos a tener en cuenta, a saber:

- La presentación del grupo y la captación de miembros tiene que realizarse en forma directa hacia los potenciales interesados en conformar el grupo.
- La American Counseling Association (1988) y la Association for Specialists in Group Work (1989) establecen normas éticas para tener en cuenta en la selección de los miembros. Asignan la responsabilidad a los profesionales terapeutas de elegir los integrantes del grupo.
- La necesidad de una entrevista individual que permitirá a cada uno evacuar dudas y que, a su vez, brinda al terapeuta la posibilidad de evaluar si el grupo es idóneo para el individuo.
- Yalom (1985) propone que la cohesión es el principal criterio de selección de los participantes, es por ello que es importante la compatibilidad de los integrantes dentro del grupo. Si un integrante es admitido o no a ese grupo depende exclusivamente de los objetivos del grupo.
- Grupos abiertos o grupos cerrados: es otro aspecto a definir en la planificación de la formación de un grupo. Cada tipo presenta sus ventajas; los cerrados dan a sus integrantes estabilidad y cohesión, mientras que los abiertos permiten que un miembro nuevo reemplace al que abandona, imprimiendo un nuevo matiz. Una dificultad de los grupos abiertos es que los nuevos miembros desconocen lo acaecido anteriormente dificultando el ser parte del grupo. Otra desventaja es que la cohesión del grupo se ve afectada cuando la rotación de sus integrantes es elevada. En estos casos, el terapeuta deberá dedicar tiempo y atención para preparar a los nuevos integrantes y ayudarlos.
- La participación voluntaria o involuntaria: Yalom (1985) mantiene que para que la experiencia grupal sea exitosa los participantes tienen que estar motivados. Pero, significativamente, ha descubierto que miembros involuntarios han aprendido que la experiencia grupal les ha ayudado a producir cambios que a ellos le eran difíciles de realizar. La participación

satisfactoria está en la convicción de que el proceso grupal tiene algo que ofrecerles.

- Grupos homogéneos o heterogéneos: Los terapeutas son los encargados de definir cuál de estos tipos de grupo son más beneficiosos. En determinadas poblaciones uno puede ser más funcional que otro. Por ejemplo en un grupo de adolescentes, con edades similares, puede ocurrir que sus miembros expresen sus sentimientos guardados por el sólo hecho de estar interactuando con sus pares con similares conflictos. Sin embargo, son muy enriquecedores los grupos heterogéneos que permiten un crecimiento personal, ya que aportan una representación de la sociedad, y es entonces donde se puede escenificar la vida diaria.
- Tamaño de los grupos: el mejor tamaño dependerá de distintos factores, como el tipo de problemática que presentan sus integrantes, la edad e inclusive la experiencia del terapeuta. El número de ocho miembros por cada terapeuta es el más adecuado. Para grupos de niños el número es más reducido que para adultos, en general se trabaja con tres o cuatro integrantes.
- Frecuencia del grupo: dependerá de los mismos factores expuestos para el tamaño del grupo. Pero la práctica indica como aconsejable una frecuencia semanal, siendo conveniente para niños y adolescentes una frecuencia mayor, para no enfriar el vínculo.
- Duración del grupo: en grupos cerrados es importante establecer una fecha de cierre en el momento de la planificación del grupo. En general la duración varía de grupo a grupo. Un grupo debería ser lo suficientemente prolongado para que se pueda llegar a la fase productiva, pero sin generar la sensación de no finitud.
- Lugar del encuentro: el entorno es importante, ya que es portador del clima de intimidad y de las interrelaciones entre los miembros del grupo. Un lugar inapropiado puede ser negativo para la cohesión grupal.

2.3 Fases del proceso de Psicoterapia de Grupos

Distintos autores coinciden en que en la psicoterapia de grupo se da un proceso evolutivo. Este proceso pasa por distintas fases, que independientemente de la orientación teórica que la sustentan, cada una de las fases tienen características propias que la señalan y la diferencian de las otras etapas del proceso de psicoterapia grupal.

Hartley & Hartley (1959) señalan la existencia de distintas etapas de crecimiento psicológico hacia la madurez de los grupos. Por intermedio de distintas observaciones han demostrado que los grupos pasan por las siguientes etapas:

Exploración: todos los integrantes están tratando de conocerse unos a otros. Al ser un contacto inicial están en una posición de expectativa para ver que pasará, es decir, si vale la pena pertenecer al grupo, si se puede trabajar con sus compañeros, si es interesante escuchar al otro, abrirse o no abrirse al grupo, cuál es la opinión de los otros miembros.

- ◇ **Identificación:** después del período de exploración, en donde sus integrantes comienzan a aceptarse unos a otros, se incrementa la libertad de expresión y se empieza a desarrollar la cohesión.
- ◇ **Desarrollo de una mayor cohesión:** en esta etapa surgen las metas colectivas, el desarrollo de normas dentro del grupo y el clima social típico de grupo.
- ◇ **Desarrollo de una jerarquía a base de status y de roles:** los integrantes del grupo ocupan distintos roles y algunos ejercen más influencia que otros sobre los demás.

Mahler (1969) se refiere a cinco estadios: formación, implicación, transición, trabajo y finalización. Gazda (1989) observa que los estadios a través de los cuales progresan los grupos terapéuticos son más visibles en los grupos cerrados, aquellos que mantienen los mismos miembros durante toda la existencia del grupo. Los cuatro estadios de Gazda son similares a los de Mahler: exploración, transición, acción y finalización. Otros

autores como Schutz (1973) describe tres estadios: inclusión, poder, afecto y Hansen, Warner & Smith (1980) mencionan cinco estadios: iniciación del grupo, conflicto y confrontación, desarrollo de la cohesión, producción y finalización.

García de la Hoz (1993) realiza una aproximación filosófica de las distintas fases de la psicoterapia de grupo tomando tres conceptos básicos de Sartre (1960): la serialidad, la mediación y la praxis.

La serialidad la entiende como una no-relación, donde los individuos son intercambiables. A partir de esa imposibilidad del ser humano de permanecer en serie se inician los movimientos de asociación. Luego de pasar por distintas fases el grupo puede volver al inicio, pero no como antes, pues un trabajo interno provoca la imposibilidad de existencia seriada del inicio.

La mediación sartreana difiere de la concepción sociológica clásica, porque plantea que en esa relación *yo-tu* recíproca es mediada por un tercero incluido. En un grupo pueden existir dos momentos en los cuales se observa este tipo de mediación: cuando el grupo funciona como tercero entre dos sujetos o cuando cada miembro funciona como un tercero regulador dentro del grupo.

La praxis se refiere a la acción del grupo. Pero no es cualquier acción que se produzca, a sino únicamente aquella que mueve al grupo para permitirle salir de la serialidad y de la alienación. Es el proceso mediante el cual se busca desalienarse, o sea relacionarse como seres humanos, cambiando y transformando el medio.

Se representa a continuación una tabla de doble entrada que indica las fases sartreanas del grupo en el eje vertical y en el eje horizontal una serie de ítems fundamentales para caracterizar cada fase, según García de la Hoz (op.cit.).

FASES	INDIVIDUO	ORIGEN	PRAXIS	PSICOTERAPIA
FUSIÓN	Cada uno es Soberano.	Imposible vivir en serie	c/u depende de los otros	Uso del nosotros. Conducta común en el grupo.
JURAMENTO	Pertenencia más intensa	Temor	Salvar la permanencia	Búsqueda y toma de decisiones en común.
ORGANIZACIÓN	Funcional	Experiencias prácticas	Reparto de tareas Aparece la función	Elección de representantes para alguna actividad
FRATERNIDAD	Gran vinculación afectiva	Temor a la desorganización	Obligaciones recíprocas	Extraer del grupo al que no hable, a los más enfermos.
INSTITUCIONALIZACIÓN	Separados por la práctica	El grupo debe morir	Especialización	Elaboración de la pérdida o muerte en los grupos.

Tabla 1. Fases sartreanas del grupo.

Blanchet & Trognon (1996) señalan seis fases, coincidiendo MacKenzie (1990): el compromiso, la diferenciación, la individuación, la transferencia, la reciprocidad y la resolución. A su vez, cada una de estas fases es en cierta medida compatible con las diferentes funciones que adoptan sus participantes y que son las siguientes:

- ◇ Sociabilidad: sostenida por los miembros del grupo que valoran y fomentan la participación.
- ◇ Estructuración: esta función la tienen los participantes que se implican en la organización de la actividad grupal.
- ◇ Prudencia: la muestran ciertos integrantes que son circunspectos en la actividad grupal.
- ◇ Divergencia: la tienen aquellos integrantes que tienden a establecer sus puntos de vista, en ocasiones con agresividad y confrontación con los demás miembros.

Así también, cada una de las fases se caracteriza por una actividad que tiende a establecer fronteras, externas al grupo, interpersonales e internas al individuo.

Blanchet & Trognon (op.cit.) afirman que las distintas fases favorecen el surgimiento de mecanismos psicológicos: la aceptación de los demás, el descubrimiento del sí mismo, el aprendizaje por los demás y la elaboración psíquica.

También cada una de estas fases modela las dimensiones emocionales específicas: la sociabilidad versus el repliegue sobre sí mismo, la confianza por oposición a la desconfianza, la cólera frente al miedo, el dominio por oposición a la sumisión y el control de sí mismo por contraste al no control de sí mismo.

Según la clasificación de Blanchet & Trognon (1996) cada fase tiene sus características que las identifican:

- ◇ La fase del compromiso está caracterizada por el proceso de afiliación de los miembros del grupo y las funciones que favorecen a esta etapa son la sociabilidad y la estructuración. Las fronteras externas del grupo se activan. Los mecanismos psicológicos son la aceptación, el descubrimiento de sí mismo. Surgen ciertas emociones como el miedo de no ser aceptado.
- ◇ La fase de la diferenciación implica que cada integrante toma posiciones dentro del grupo y se crean opiniones distintas. Se prueba la tolerancia al conflicto. El mecanismo que opera es el de favorecer la negociación y la resolución de los conflictos. La función de estructuración contribuye a dar un orden a la actividad del grupo. Las funciones de prudencia y divergencia promueven los intercambios. De esta manera se activan las fronteras interpersonales. Las emociones que prevalecen son la cólera y el dominio.
- ◇ La fase de individuación consiste en confrontar el tema con los problemas personales de los demás. Se llega a momentos de introspección. De esta manera se mantienen las funciones de la fase anterior, ya que la de sociabilidad aparece

como incompatible con la actividad introspectiva de sus miembros. Entonces las fronteras internas al individuo se activan específicamente. Los mecanismos psíquicos son la elaboración psíquica, el descubrimiento emocional y el control de sí mismo.

- ◇ La fase de la transferencia es una etapa de evolución del grupo en la que se establecen las atracciones afectivas interpersonales, la personalización de las relaciones y la complicidad. La función de sociabilidad, que anima a posiciones amigables y afectivas dentro del grupo, está fuertemente presente para sostener y desarrollar los intercambios, pues las fronteras interpersonales están activadas. El mecanismo psicológico predominante es la elaboración psíquica. La confianza y la sociabilidad son las dimensiones emocionales que prevalecen.
- ◇ La fase de reciprocidad plantea en el grupo la responsabilidad de cada uno de sus miembros con respecto a los demás. En esta fase la función prudencia actúa para seguir manteniendo las interacciones dentro del grupo y no perder la cohesión lograda. La función de estructura también tiene su papel importante porque sostiene el desarrollo alcanzado por el grupo. Se mantiene el mecanismo de defensa de la fase anterior. El dominio es la dimensión emocional presente.
- ◇ La fase de la resolución se refiere a liberar al grupo para que cada integrante se interiorice en la experiencia vivida para perpetuar la experiencia positiva. Las reacciones a menudo son de ansiedad y depresión. La función de estructuración interviene esta vez en la separación y la función de prudencia se libera en relación a los compromisos asumidos con el grupo. De esta manera las fronteras externas son principalmente activadas. El mecanismo psicológico que se pone en marcha es la aceptación de los demás. La emoción que prevalece es la alegría por oposición a la tristeza.

Yalom (1985) identifica tres estadios. El estadio inicial se caracteriza por la orientación, participación vacilante y búsqueda de significado; el segundo por el conflicto, dominio

y rebelión, y el tercero, el estadio de la cohesión, por un aumento de la moral, confianza y auto-apertura.

Siguiendo esta línea Corey (1995) señala que el proceso grupal se distribuye en cuatro fases: el estadio uno constituye la fase de orientación; el estadio dos, la fase de la transición; el estadio tres, denominado, fase de trabajo y por último el estadio cuatro, la fase de la consolidación o final. Cada fase tiene sus propias características, funciones y posibles problemas de los miembros que a continuación se detallan.

2.3.1 Características de cada fase

❖ La fase de orientación y exploración:

- Es la fase inicial de un grupo, es el momento de conocerse unos a otros y examinar las expectativas de sus integrantes.
- En este estadio se crea el espacio grupal, los miembros se interesan por su inclusión o exclusión.
- Los miembros del grupo aprenden a moverse en forma grupal. Conocen las normas y qué se espera de ellos. Aprenden las actitudes básicas de respeto, empatía, aceptación, precaución, respuesta.
- Cada integrante se presentará como socialmente aceptado.
- Existirá mucha ansiedad e inseguridad en la estructura grupal, ya que cada integrante está en su máxima exposición y preocupado por si será o no aceptado en el grupo.
- La cohesión del grupo y la confianza se establecen gradualmente, si los miembros desean expresar sus pensamientos y sentimientos.
- Un factor importante para esta etapa es la confianza y la desconfianza. Por esto los miembros deciden en quién confiar y el grado de implicación.
- Hay períodos de silencio e incomodidad. Los miembros buscan la dirección y se cuestionan la utilidad del grupo.
- Al inicio del proceso grupal, algunos roles y tareas son críticas para la formación del grupo, ser activo, expresar sentimientos y pensamientos. Surgen algunos problemas porque los miembros esperan pasivamente –que algo pase-, reserva de sentimientos, desconfianza.

❖ La fase de transición y manejo de resistencia:

- Se identifica esta fase por sentimientos de ansiedad y defensas en forma de resistencia. La ansiedad surge: del miedo a dejarse conocer por los otros- más allá de la imagen pública- , del temor a ser juzgado e incomprendido, de la necesidad de más estructura y de falta de claridad en las metas, normas y conductas esperadas en el campo grupal. A medida que cada miembro pueda compartir sus problemática con los demás y con el terapeuta, esta misma apertura hace que se reduzca la ansiedad. Estos sentimientos generalmente posibilitan el inicio y la confianza de los estadios siguientes.

Schutz (1973) establece que en esta fase la ansiedad de los participantes se relaciona con el exceso o falta de responsabilidad y el exceso o defecto de influencia.

- Los miembros prueban al terapeuta y al resto de los miembros para determinar el grado de seguridad del entorno.
- Aprenden a resolver el conflicto y la confrontación. Si en el momento de producirse el conflicto, se maneja de tal forma que se cuida la integridad de los miembros del grupo, la confianza del grupo como tal se fortalece. En este sentido Rogers (1970) afirma que la primera expresión de sentimientos en el aquí y ahora se refieren usualmente a actitudes negativas entre los miembros del grupo o dirigidos al terapeuta. Según este autor es la manera de comprobar la libertad y confianza del grupo.
- Yalom (op.cit.) asiente que este estadio se caracteriza por los comentarios negativos y la crítica. En su opinión el estadio de transición es un momento de lucha por el poder –entre los miembros del grupo y con el terapeuta– y por el establecimiento de una jerarquía.
- Schutz (op.cit.) considera el control como un factor central del segundo estadio, y que las conductas que lo definen son la competitividad, la rivalidad, las posturas cambiantes, la lucha por el liderazgo y las discusiones por la toma de decisiones y distribución de responsabilidades.
- Observan al terapeuta para determinar si se merece confianza para resolver los conflictos.
- Aprenden a expresarse de la manera que los demás están dispuestos a escuchar.

- ❖ El estadio de trabajo, cohesión y productividad:
 - Sus integrantes reconocerán que son responsables de sus vidas.
 - Tienen que aprender a ser parte del grupo y mantener su individualidad.
 - La confianza y la aceptación se manifiestan en este estadio. La confianza en la actitud de aceptación de los participantes y en su voluntad para adoptar riesgos, reacciones que se presentan en el aquí y ahora.
 - El nivel de confianza y cohesión es alto, porque los miembros están interesados en superar cualquier barrera que se les establezca.
 - La expresión del grupo es transparente y fluida. Si no consiguen lo que desean normalmente lo manifiestan.
 - El feedback se da libremente y es considerado en forma no defensiva.
 - Las confrontaciones se producen de tal forma que los ejecutores evitan los juicios y las etiquetas.
 - Los miembros están fortalecidos, saben que pueden cambiar y lo ponen en práctica. Evalúan constantemente su nivel de satisfacción con el grupo, se percatan de que una parte de los resultados es responsabilidad de ellos.

Según Corey et al. (1992) no todos los grupos alcanzan esta fase en el proceso. Los cambios de los integrantes pueden bloquear el mismo. Las razones son diversas:

- En ciertos grupos no pueden llevar a cabo la carga del trabajo que exige esta fase.
 - Algunos grupos no se desarrollan más allá de los conflictos no expresados de las primeras fases.
 - Deciden conformarse con lo conocido y no aceptan los nuevos desafíos que se les presenta.
 - Si la interrelación de las fases anteriores fueron tomadas como experiencias negativas, se crea un clima de duda y falta de voluntad para confiar en los otros.
- ❖ Durante la fase final de un grupo se evidencian características significativas como:
 - La presencia de la tristeza y ansiedad por la separación que comúnmente aparece en esta fase generada por la idea de finalización.

- Los miembros pueden inhibirse y participar de forma menos participativa al anticipar la finalización del grupo.
- Los integrantes deciden lo que harán.

La principal tarea que deben efectuar los miembros durante el estadio final del grupo es la consolidación de su aprendizaje y la generalización de lo aprendido a su entorno cotidiano.

2.3.2 Funciones y posibles problemas de los miembros en cada fase

Al inicio del proceso grupal, algunos roles y tareas pasan a ser críticas para la constitución del grupo:

- Ser activo.
- Aprender a expresar pensamiento y sentimientos, temores, esperanzas, preocupaciones.
- Implicarse en la creación de las normas del grupo.
- Establecer las metas personales específicas que guían la participación grupal.

Los problemas que pueden surgir:

- Los miembros esperan resultados sin participar.
- Se reservan los sentimientos de desconfianza o temor relacionados con el grupo y fortalecen así su propia resistencia.
- Los miembros tratan de resolver problemas ajenos.
- Los integrantes del grupo no se dan a conocer, dificultando la interacción significativa.

Yalom y Vinogradov (1996) señalan que uno de los problemas críticos de esta fase es la composición del grupo, que amenaza el inicio de un grupo y la potencia de la terapia. El cambio de los miembros, las llegadas tarde y las ausencias se presenta en cualquier grupo, pero desafortunadamente amenazan con la estabilidad y la integridad.

Los abandonos ponen en peligro la estabilidad grupal debido a distintas razones, una de ellas es el tiempo y la energía que se derrocha por parte de los terapeutas y pacientes

del grupo para evitar que los demás se vayan, otra es que se obstaculiza el desarrollo de la cohesión al amenazar la estabilidad del grupo .

En el estadio siguiente, el de transición, siguiendo con la línea de Corey (op.cit.), un rol central de los miembros consiste en reconocer y manejar las diversas formas de resistencia, siendo las tareas más importantes de cada miembro:

- Reconocer y expresar sentimientos.
- Examinar y trabajar las resistencias propias.
- Avanzar desde la dependencia hacia la independencia.
- Aprender a enfrentarse a los otros.
- Ejercitarse en la resolución de conflictos y no en su evitación.

Los problemas que pueden surgir:

- Se puede llegar a crear un clima de desconfianza si no se expresan los sentimientos negativos.
- Si existe un manejo no adecuado en las confrontaciones, y estas experiencias son negativas, puede llegar a suceder que los miembros se postulen en situaciones defensivas y oculten aspectos personales o interpersonales.
- Los miembros pueden confabularse en subgrupos fuera del grupo, permaneciendo en silencio dentro del mismo.

Para alcanzar el estadio de trabajo, los miembros deben asumir algunos roles y responsabilidades:

- Informar en las sesiones aspectos que le gustaría comentar.
- Realizar cambios en la vida diaria y comentar sus nuevas experiencias.
- Mantener el feedback.
- Confrontar y confrontarse.
- Evaluar constantemente la satisfacción del grupo.

En este momento pueden producirse problemas:

- Pueden limitarse al disfrute de relaciones familiares y dejar el reto grupal.
- Los miembros pueden darse cuenta dentro del grupo, pero no cambian su conducta en el afuera.
- Los integrantes pueden irse debido a la ansiedad que les genera la intensidad de las relaciones.

En el estadio final del grupo la principal tarea de sus miembros es la de consolidación del aprendizaje y la transmisión de lo adquirido al entorno de la vida cotidiana. Es el momento de la reflexión y de resignificar la experiencia grupal.

En esta etapa algunas de las tareas de sus miembros son:

- Manejo de sentimientos con respecto a la finalización del grupo y su separación como tal.
- Preparación de los aprendizajes a las situaciones diarias. Planificar los cambios.
- Cerrar aquellos aspectos pendientes que se presentaron en el grupo o revisar los que fueren necesarios, si así el grupo lo señala.
- Evaluar el impacto del grupo, prepararse para esta etapa de pérdida.

Al mismo tiempo hay problemas que pueden surgir como:

- Los miembros pueden evitar la revisión de su experiencia, limitando de esta manera el aprendizaje.
- Existe la posibilidad de que los miembros comienzan a distanciarse tempranamente debido a la ansiedad que esta finalización del grupo produce en sus integrantes.

2.3.3 Funciones del psicoterapeuta para cada fase

Las principales tareas que corresponden al terapeuta en la fase de orientación y exploración del grupo:

- Enseñar y fomentar la participación activa. A través de la enseñanza de las destrezas interpersonales básicas, como la escucha activa o la respuesta.
- Elaborar normas básicas y establecerlas.
- Clarificar la distribución de responsabilidades.
- Ayudar a los miembros a establecer metas personales.
- Enseñar cómo se desarrollan los aspectos básicos del proceso grupal.
- Manejar abiertamente los interrogantes y las problemáticas presentadas por sus miembros.

En la fase de transición sus funciones son:

- La intervención en el grupo es crucial para que el proceso se desarrolle, debe ser sensible y producirse en el momento apropiado para el grupo. Los terapeutas deben ser activos en esta fase, al igual que en la fase anterior, porque normalmente sus integrantes no han aprendido aun a trabajar con efectividad a solas.
- La tarea básica es dar el ánimo y el desafío necesarios para que los miembros no se caigan y posibilitar que resuelvan los conflictos que existen en el grupo, sus propias resistencias y defensas ante la ansiedad.
- Mostrar a los integrantes del grupo la importancia del reconocimiento de sus ansiedades, de sus reacciones defensivas, creando un clima donde se puedan manejar abiertamente sus resistencias.
- Señalar las resistencias y comunicar a los participantes que algunas de ellas son naturales y parte del proceso.
- Enseñar al grupo el valor y el reconocimiento de los conflictos.
- Ayudar a los integrantes sobre situaciones que intervengan sobre su capacidad de autotomía e independencia.
- El modelo del terapeuta para manejar el conflicto, la resistencia, la ansiedad y las conductas defensivas influyen en el desarrollo del ambiente grupal.

Según Corey (op.cit.) los miembros tienden a reproducir los modelos que observan en el terapeuta.

Algunas funciones de liderazgo en el estadio de trabajo del psicoterapeuta son:

- Fomentar las conductas deseables que potencian la cohesión.
- Buscar temas en común para el grupo.
- Interpretar los patrones de conductas, fomentando la autoexploración e incentivando conductas alternativas.
- Hay distintos factores psicoterapéuticos que deberán tenerse en cuenta para la producción del cambio que son:
 - Confianza y Aceptación: en este estadio sus integrantes confían entre sí. Sin embargo, la confianza no es una entidad estática, puede oscilar.
 - Empatía e Interés: la empatía implica interés y el interés se expresa en el grupo a través de la implicación genuina y activa de sus miembros.
 - Esperanza: si se va a producir un cambio los integrantes tienen que creer en que se va a producir dicho cambio. La esperanza en si misma es terapéutica. Según Couch & Childers (1987) es una característica de los terapeutas eficaces y subyace a las ideas sobre los clientes, sobre sí mismos y sobre los fines básicos que se llegan en la terapia grupal. Estos autores proponen una serie de estrategias de liderazgo que favorezcan la esperanza. Una de ellas consisten en emplear la entrevista pregrupal para transmitir esperanza al grupo, creando expectativas positivas.
 - Libertad para experimentar: el grupo es un espacio significativo para crear conductas nuevas. El rol play es una forma efectiva de ensayar destrezas nuevas en situaciones interpersonales, estas destrezas luego pueden aplicarse a su vida cotidiana.

- Compromiso de cambio: el cambio constructivo requiere saber qué hacer y cómo hacerlo. Los participantes deben formular un plan de acción para que el cambio sea efectivo. El grupo ofrece el apoyo y el seguimiento necesario para que el cambio llegue a buen puerto. Fuera del grupo pueden llegar a solicitar ayuda cuando se encuentran en dificultades para ejecutar sus planes de cambio.
- Intimidad: surge cuando sus integrantes han revelado lo suficiente sobre sí mismas como para que otros se identifiquen con ellos. La identificación con los otros produce la cercanía. El espacio grupal proporciona el medio para que los miembros descubran sus temores a la intimidad y sus resistencias al acercamiento de las personas, aprender cómo se puede aceptar sin temor la intimidad en la vida.
- Catarsis: la descarga emocional permite a la persona descargar energía que se mantenía para contrarrestar sentimientos amenazantes, con la consecuente sensación de alivio y libertad. Según Yalom y Vinogradov (1996), éste es un factor terapéutico complejo que está asociado a otros factores de la psicoterapia de grupo, especialmente a la cohesión y a la universalidad. Raramente la catarsis produce un cambio duradero, sólo el experimentado en el momento de alivio emocional. El cambio significativo es aquel que se establece en el tiempo. Sí es importante poder compartir con los integrantes del grupo el mundo interior para ser aceptado en el grupo.
- Reestructuración cognitiva: los grupos ofrecen oportunidades a sus miembros para evaluar sus pensamientos y para adoptar ideas constructivas que reemplacen a las actuales rigidizantes.
- Auto-apertura: es un medio para dar paso a la comunicación abierta del grupo. Siempre existirán barreras que no permiten la auto-apertura como el temor a la autorevelación, la evitación de la responsabilidad, los sentimientos de vergüenza, el miedo a ser rechazado, y los tabúes

sociales. Como terapeuta se debe reconocer que algunos individuos con particularidades étnicas y culturales se enfrentarán a más dificultades al compartir sus sentimientos, reacciones y al revelar sus luchas internas. El terapeuta puede ayudar a tales personas manteniendo cierta reserva por sus valores culturales y a su vez animándolos a expresar las expectativas propias y las del grupo.

- Confrontación: si llegara a faltar este integrante básico del estadio de trabajo se produce un estancamiento en el proceso psicoterapéutico de grupo. En un grupo satisfactorio la confrontación se produce de manera que los miembros comparten sus reacciones y no sus juicios. La confrontación tiene como función abrir los canales de comunicación.
- Beneficios del Feedback: la mayor parte del feedback puede ser de auto-apertura o de confrontación. El integrante del grupo que da feedback está revelando sus acciones presentes al resto de los miembros. En acuerdo con Morran, Stockton & Bond (1991), el intercambio del feedback se considera como elemental para promover el aprendizaje interpersonal del grupo. Así también aclaran que el feedback del terapeuta es de mejor calidad que el feedback emitido por los miembros, pero no por eso es más rápidamente aceptado.

En cualquier momento del proceso grupal, se requiere del terapeuta un esfuerzo por mantener los encuentros con la frecuencia que se van realizando, en los días, horarios y duración de los mismos. Cuando esto se ve comprometido por alguna dificultad del coordinador de su presencia, se encontraría el grupo en una situación de riesgo para su continuidad. Así señala como solución Robertazzi (2004), la importancia de la presencia de un co-terapeuta, que con conocimiento del grupo, del proceso en que se encuentra pueda reemplazar al terapeuta en esos momentos.

También aclara que la incorporación de un co-terapeuta sirve para descentralizar la transferencia idealizada sobre el coordinador del grupo y enriquecer el proceso con una nueva mirada sobre el grupo y sus integrantes.

Siguiendo la clasificación de Corey (1995) de las distintas fases en un proceso de psicoterapia grupal, en la fase de finalización las tareas del psicoterapeuta son variadas:

- Ayudar a los miembros a manejar los sentimientos con respecto a la finalización del grupo.
- Planificar los cambios y las tareas a realizar fuera del espacio grupal.
- Dar oportunidades de nuevos feedback entre los miembros del grupo.
- Recalcar el tema de confidencialidad dentro del grupo, aun luego de ser disuelto.

Las tareas a efectuar por el psicoterapeuta luego de que el grupo llegue a su fin son también importantes. Los aspectos vinculados a las tareas a realizar son el seguimiento y la evaluación.

La sesión de seguimiento grupal tiene sus propias características:

- Se fijará su fecha en la sesión de finalización del grupo.
- Permitirá evaluar los resultados del grupo y el impacto producido en los integrantes del grupo.
- Se comentarán los esfuerzos y actividades realizadas en la vida cotidiana que fueron aprendidos en el grupo.
- En este momento se puede volver a compartir experiencias, éxitos y fracasos que se han experimentado.
- El feedback que se obtiene ahora y el apoyo mutuo no dejan de ser importantes.
- El hecho de reunirse, motiva a sus integrantes a mantener el compromiso adoptado en el grupo.

A su vez, el terapeuta puede establecer sesiones individuales de seguimiento con sus integrantes, de modo que se permita un espacio para revelar si se han conseguido las metas propuestas. También muestra el interés del terapeuta hacia ellos. Esta

combinación de las entrevistas individuales postgrupo y la sesión de seguimiento individual proporcionarán al terapeuta una herramienta para medir el nivel de efectividad del grupo y tener la oportunidad de realizar mejoras en los siguientes.

En cuanto a las experiencias de evaluación de los resultados postgrupo, según Corey (1995) resulta difícil y poco certero realizar inventarios con procedimientos empíricos de un antes y después del grupo, para lo cual propone y pone en práctica los auto-informes. Estos informes dan la oportunidad de recordar los sucesos significativos del grupo a sus miembros, y ahora que el grupo ya no existe pueden evaluar diferente modo su impacto. El proceso de escritura facilita la autoevaluación y es intrínsecamente terapéutico.

Para realizar el presente trabajo se consideró el enfoque de Corey (op.cit.) por su claridad en la definición de las distintas fases evolutivas de los grupos y por aunar en forma completa las ideas de sus autores antecesores y contemporáneos.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo realizado con metodología cualitativa.

3.2 Unidades de análisis y participantes

Los tres grupos se encontraban bajo una característica abierta, de esta manera en cualquier momento del proceso el número de sus integrantes podía variar.

En el comienzo de las observaciones los grupos estaban conformados de la siguiente forma:

- Grupo de Jóvenes adictos, , con la modalidad de Hospital de día, coordinado por una psiquiatra, pacientes de sexo masculino, edades entre los dieciséis años y los treinta años. Cantidad de miembros del grupo: cuatro.
- Grupo de Psicóticos, con modalidad de Hospital de día, coordinado por un psicólogo, pacientes adultos de ambos sexos, edades mayores a treinta y cinco años. Cantidad de miembros del grupo: diez integrantes.
- Grupo de Señoras, con modalidad de consultorios externos, coordinados por una psicóloga y una co-terapeuta psicóloga, pacientes de sexo femenino, edades mayores a setenta años. Cantidad de miembros del grupo: cuatro integrantes.

3.3 Procedimiento

Cada grupo se seleccionó con el criterio de que pudiera reflejar las distintas fases del proceso psicoterapéutico.

No es la finalidad del TFI el estudio particular de la patología que presentaban los miembros de cada uno de los grupos.

3.3.1. Técnicas utilizadas para la recolección de datos

La principal técnica utilizada ha sido la observación participante, para lo que se llevó un registro detallado de las sesiones en las que la autora del TFI estuvo presente. Se complementó con la lectura y el análisis de las historias clínicas.

3.3.1.1. Observaciones

Se realizó una observación presencial directa en el lugar de reunión de cada grupo, cuya periodicidad varió en cada grupo:

- Grupo de Jóvenes adictos: fue observado tres veces por semana, con un total de 24 observaciones.
- Grupo de Psicóticos: fue observado tres veces por semana, con un total de 48 observaciones.
- Grupo de Señoras: fue observado quincenalmente, con un total de 7 observaciones.

El contenido de las observaciones atendió a los siguientes tópicos, los que fueron previamente definidos en función de la revisión bibliográfica:

- La fase en la que se encontraba el grupo dentro del proceso evolutivo de psicoterapia.
- Las distintas características de cada grupo, según sus particularidades y el estadio en que se hallaba dentro de un proceso de psicoterapia de grupo.
- Funciones y problemas de los miembros del grupo de psicoterapia, propias de la fase.
- Funciones y problemas del equipo terapéutico del grupo, propias de la fase.

Se llevó una carpeta de campo en el que se registraron las observaciones realizadas durante las sesiones, y también en sus momentos previos, para lo cual la autora del TFI llegaba en forma anticipada para prestar atención a las interacciones, tanto de pacientes como de terapeutas.

La modalidad del registro fue abierta, se anotaron todos los detalles de la sesión, las distintas percepciones que se tenía del grupo y de sus integrantes.

Para agilizar el registro, la autora del TFI diagramó las hojas con el siguiente formato: en el costado derecho se colocaba la fecha de la sesión y el nombre del grupo observado, luego se anotaba el nombre de los pacientes presentes, y el de los que llegaban tarde. Se observaba a cada uno y se asociaba al nombre un (+) si se lo percibía igual a la vez anterior o (-), si se lo veía distinto. Se completaban las hojas con el registro de los temas abordados en la sesión y el modo en que participaban los integrantes del grupo.

Al finalizar la sesión se realizaban aclaraciones consideradas necesarias, o explicativas que por algún motivo no se habían podido realizar en el paso anterior y se conversaba con el psicoterapeuta o los psicoterapeutas.

Las hojas de las observaciones se archivaron en una carpeta dividida por grupo y ordenadas en orden cronológico.

Para la identificación de pacientes y grupos, con la finalidad de preservar su identidad de acuerdo con normas éticas, se construyó la siguiente codificación, para este trabajo:

CÓDIGO	DESCRIPCION
GA	Grupo de Jóvenes adictos
Aa	Paciente del GA
Ba	Paciente del GA
Ca	Paciente del GA
Da	Paciente del GA
GV	Grupo de Señoras

Av	Paciente del GV
Bv	Paciente del GV
Cv	Paciente del GV
Dv	Paciente del GV
GP	Grupo de Psicóticos
Ap	Paciente del GP
Bp	Paciente del GP
Cp	Paciente del GP
Ep	Paciente del GP
Fp	Paciente del GP
Gp	Paciente del GP
He	Paciente del GP
Ip	Paciente del GP
Jp	Paciente del GP
Lp	Paciente del GP

Tabla 2. Codificación de grupos y pacientes.

A la carpeta se agregó toda aquella información proveniente de fuentes secundarias considerada relevante para confrontar las observaciones, básicamente datos incluidos en las historias clínicas de los pacientes, como edad, fecha de ingreso del paciente al grupo, quién lo derivó, si estuvo internado anteriormente, historia de vida y psico-diagnóstico. Posteriormente una vez finalizadas todas las observaciones se leyó y analizó todo el material, de acuerdo a los tópicos de interés previamente definidos.

3.3.2 Elección de las categorías

La elección de las categorías implicó clasificar distintos ítems conceptuales que presentaban un significado relevante en el proceso por el que atravesaba cada grupo y también atender a los factores externos que afectaron el comportamiento y la organización del grupo.

En ese sentido se clasificaron distintos elementos conceptuales que tenían que ver con factores de la dinámica grupal, así también se incorporaron otros elementos conceptuales que estaban relacionados con la organización del grupo y el apoyo de los profesionales a cada uno de ellos.

Por ejemplo: al inicio de las observaciones y en el transcurso se notaba una inasistencia relevante en algunos grupos y en otros no. Dado que este factor influía mucho sobre la integridad del grupo y la forma en que se desarrollaba la dinámica grupal se decidió incluir las inasistencias como una categoría relevante.

Otras categorías definidas que tienen un análisis similar son la planificación, la inasistencia de los profesionales, y la rotación de los pacientes.

Se definieron otras categorías que se relacionaron con el funcionamiento efectivo de los grupos tales como: la empatía, la catarsis, el aprendizaje, la cohesión y el liderazgo.

Cada una de las categorías fue asociada a una calificación, las que figuraron sin ella - representadas por un guión- no se tuvieron en cuenta en el análisis para ese grupo en cuestión.

A continuación se presenta un cuadro con las categorías grupales, sus respectivas descripciones y calificaciones posibles:

CATEGORIAS GRUPALES	DESCRIPCIÓN	CALIFICACIÓN
Planificación	Guía de acción en el grupo	Buena Moderada Mala
Trabas organizacionales	Razones que imposibilitan el proceso grupal	Alta Media Baja
Inasistencia de los profesionales	No concurrencia de profesionales a las sesiones	Alta Baja
Inasistencia de los pacientes	No concurrencia de los pacientes a las sesiones	Alta Baja

Rotación de los Pacientes	Ingreso y egreso de pacientes	Alta Baja
Empatía	Relación del grupo	Buena Moderada Mala
Catarsis	Expresión de emociones	Alta Media Baja
Aprendizaje	Cambios en el grupo	Alto Medio Bajo
Cohesión	El grupo como un todo	Alta Media Baja
Liderazgo	Presencia del líder	Alto Medio Bajo

Tabla 3. Categorías grupales.

Para cada una de las calificaciones de las categorías se establecieron indicadores que a continuación se detallan:

Planificación:

Buena: cuando en el desarrollo del proceso se cumplieron el total de una serie de condiciones específicas: entrevista individual con cada miembro, consideración del tamaño del grupo, consideración de la mejor frecuencia, ambientación del lugar del encuentro, definición del grado de homogeneidad del grupo.

Moderada: cuando falta una o dos de las condiciones específicas nombradas anteriormente.

Mala: se calificó así cuando faltan más de dos de las condiciones específicas nombradas.

Trabas organizacionales:

Alta: cuando en el desarrollo se encontraron el total de estos inconvenientes: falta del espacio adecuado, errores de admisión de las personas a los grupos, falta de elementos adecuados, rotación de los profesionales a cargo del grupo.

Media: cuando se verificaron uno, dos o tres de estos factores.

Baja: cuando no se verificó ninguno de los factores mencionados.

Inasistencia de los profesionales:

Alta: cuando el profesional asistió a menos del 70% de las sesiones.

Baja: cuando el profesional asignado asistió a más del 70 % de las sesiones pactadas.

Inasistencia de los pacientes:

Alta: cuando el grupo se conformaba en cada sesión con menos del 70 % de sus integrantes.

Baja: cuando el grupo se conformaba en cada sesión con más del 70% de sus integrantes.

Rotación de los pacientes:

Alta: cuando el cambio de los integrantes dentro del grupo superó el 25% de su totalidad.

Baja: cuando el cambio de los integrantes del grupo no superó el 25% de su totalidad.

Empatía:

Buena: cuando en la interacción grupal se presentaron el total de los siguientes sentimientos: interés por los sentimientos de los otros, compasión por el otro, comprensión de las situaciones vividas por el otro.

Moderada: cuando se presentaron entre uno y dos de los sentimientos nombrados.

Mala: cuando no se presentaron ninguno de los sentimientos descriptos.

Catarsis:

Alta: cuando más del 70% de los integrantes del grupo expresaban sentimientos reprimidos.

Media: cuando entre el 50 y 70 % expresaban sentimientos reprimidos.

Baja: cuando menos del 50% de los integrantes del grupo expresaban sentimientos reprimidos.

Aprendizaje:

Alto: cuando en el desarrollo proceso se dio el total de una serie de características en el grupo: la no repetición de hábitos y de conductas inadecuadas, sugeridas por el profesional; la expresión por parte de los integrantes de la internalización y el

entendimiento de los conceptos sugeridos; el cumplimiento verificado de normas establecidas por el propio grupo.

Medio: cuando en el desarrollo se dio una o dos de las características mencionadas.

Bajo: cuando no se cumplió ninguna de las características nombradas.

Cohesión:

Alta: cuando en el desarrollo del proceso se dio el total de una serie de características en el grupo: uso frecuente de la palabra “nosotros” dentro del grupo; familiaridad en el trato, respeto mutuo; ayuda mutua; defensa de la posición grupal; confianza de los integrantes como grupo en las propuestas sugeridas por el psicoterapeuta.

Media: cuando en el desarrollo se dio entre cinco o dos de las características nombradas.

Baja: cuando se dio una o ninguna de estas características.

Liderazgo:

Alto: cuando en el desarrollo del proceso se dio el total de las siguientes destrezas por parte del líder en el grupo: escucha activa; parafraseo de lo que dicen los integrantes para clarificar su significado; clarificación de las afirmaciones de los integrantes del grupo centrándose en el núcleo del mensaje; síntesis y agrupación de los elementos importantes de una interacción o sesión; interrogaciones abiertas que produzcan la autoexploración de la conducta; interpretaciones y explicación de los posibles pensamientos, sentimientos y conductas expresadas; potenciar la relación empática terapéutica; confrontar a los miembros a observar las discrepancias que existiesen entre sus palabras y acciones o entre sus mensajes verbales y no verbales; sugerencias de ofrecimiento de información dirección e ideas nuevas de conductas; modelado de las conductas deseadas a través de la acción; facilitación de la comunicación clara y directa en el grupo y ayudar a los miembros a asumir más responsabilidad grupales.

Medio: Cuando se daba entre once y cinco de las destrezas mencionadas.

Bajo: cuando se daba menos de cinco de las destrezas mencionadas.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

4.1 Descripción de los grupos

4.1.1 Grupo de Jóvenes adictos

Los integrantes del grupo ingresaban luego de entrevistas individuales con la coordinadora del tratamiento; en la mayoría de los casos junto con el padre o la madre del paciente, con el objeto de determinar si el paciente se encontraba en condiciones de ser incorporado al grupo y poder evaluar el grado de motivación para el tratamiento de recuperación.

Los pacientes podían llegar por su voluntad, o en contra de su voluntad, cuando los traían sus padres o eran enviados por el juzgado. En cualquiera de los dos casos se determinaba cuál era la red de apoyo familiar con que contaba el paciente en ese momento.

Los pacientes eran jóvenes, de sexo masculino con edades entre dieciséis y treinta años provenientes de familias trabajadoras y en alguno de los casos particulares ellos también trabajaban.

El equipo profesional dedicado a este grupo era los días lunes una Psicóloga – Musicoterapeuta, los miércoles un Terapeuta Ocupacional y los viernes una Psiquiatra, coordinadora del grupo.

El lugar de encuentro, una sala en planta baja. luminosa, con una apariencia austera, a un lado una cocina completa. Como elementos adicionales un radio grabador en cassette y un televisor. Una mesa en el centro rodeada por sillas que permitía que los pacientes se ubicaran a su alrededor. Dos estantes dónde se guardaban distintos materiales y trabajos realizados por los pacientes.

4.1.2 Grupo de pacientes psicóticos

Este grupo se conformó con pacientes que han pasado por varias internaciones y luego de su alta fueron derivados. para ser incorporados al Hospital de Día de la institución. Los pacientes crónicos en su patología se encontraban bajo medicación psiquiátrica con un control mensual de la misma. Algunos de ellos tenían psicoterapia individual combinada con la psicoterapia grupal.

El espacio para las reuniones fue el mismo que el mencionado anteriormente para el grupo de jóvenes adictos. Los pacientes concurrían todos los días de lunes a viernes de 9 de la mañana hasta las 13hs. Al llegar por las mañanas compartían un desayuno y alrededor de las 9:30hs. comenzaban las actividades.

El equipo de profesionales para este grupo fue de una Terapeuta Ocupacional, dos Musicoterapeutas, una Psicopedagoga y un Psicólogo.

4.1.3 Grupo de señoras de tercera edad

Este grupo se conformó con pacientes que en la mayoría de ellos, luego de su psicoterapia individual., fueron derivados a este grupo.

El grupo fue homogéneo, sus integrantes eran cuatro señoras mayores, provenientes de la denominada clase social media de la Argentina actualmente con recursos económicos ajustados.

El equipo profesional dedicado a este grupo era una coordinadora del grupo psicoterapeuta y una co-psicoterapeuta, ambas psicólogas.

Su concurrencia era quincenal. El acceso al primer piso lo realizaban a través de un ascensor principal. Puesto que se anticipaban a llegar respecto de la hora de inicio en algunos casos y en otros eran muy puntuales (a su puntualidad), esperaban en una sala común a otros pacientes, hasta el momento de la sesión grupal.

El lugar del encuentro fue una sala en el primer piso luminosa y con sillas, cerca de la sala se encontraba un baño. En el transcurso de la psicoterapia se les ofrecía un refrigerio al grupo y se compartía algo dulce entre todas sus integrantes.

4.2 Análisis de las Fases

4.2.1 Grupo de Jóvenes adictos

Los profesionales de la institución proyectaban tener un grupo que podía llegar a ser lo suficiente numeroso como para poder cubrir con la estructura armada. Esta expectativa se mantuvo a lo largo de los meses, ya que se estaba en trámite la derivación de pacientes por una entidad gubernamental.

En el momento de comenzar las observaciones, el primer problema que se presentó, como una diferencia entre lo proyectado y lo real, fue que en el grupo que asistía con una frecuencia de tres veces por semana los días lunes, miércoles y viernes con un horario diario de 14hs. a 18hs. en un inicio, se redujo el horario en una hora y se le informó a sus concurrentes que los encuentros comenzarían a partir de las 15hs. debido a que la cantidad de integrantes del grupo era de cuatro, es decir menor a la prevista.

Se establecieron reuniones semanales de los profesionales del equipo terapéutico. Se implementó el uso de un cuaderno de novedades para cualquier comunicación entre los profesionales, aparte del llenado individual de las historias clínicas correspondientes a cada paciente. Si bien estas herramientas existieron, no siempre eran cumplimentadas.

Esto trajo aparejado en la práctica que el grupo muchas veces repitiera lo mismo a distintos profesionales, y se recaía en una monotonía en el grupo y pérdida de credibilidad de los terapeutas.

La dificultad que se le presentó a la musicoterapeuta fue que la mayoría de la música que les gustaba a estos adolescentes no se podía escuchar ya que el soporte era en CD, así que en varias oportunidades ésta traía su propio equipo para poder escuchar música.

Si bien anunciaron en varias oportunidades la eminente llegada de un DVD para poder ver películas éste no llegó, aunque las expectativas fueron generadas y uno de los integrantes del grupo alquiló un DVD para la ocasión.

El Terapeuta Ocupacional se enfrentó a la problemática de no contar con elementos para las tareas que había planificado, así que él mismo traía los materiales, y en su mayoría de descarte. Todo esto tuvo relación y fue importante para lo que aconteció posteriormente. En el grupo no había tareas predecibles de una reunión a otra, porque no se sabía en verdad si iban a estar los materiales necesarios o no en un principio. A medida que se suscitaban las reuniones y no contar con ellos la tarea planificada se diluía. Y es que en cada encuentro se establecía en el momento qué hacer cuando no había determinado material pedido o solicitado.

Por ejemplo un día un paciente se quejó porque el Terapeuta Ocupacional (T.O) le hizo hacer una tarea tipo collage. Fue entonces cuando el T.O. les preguntó qué les gustaría hacer en ese espacio. Las respuestas fueron muy pocas, pero algunas fueron: cocinar, o hacer macramé. Luego en las siguientes reuniones, las actividades se realizaron pero los materiales fueron traídos por el T.O. en la mayoría de las veces y nos coincidían con la calidad o cantidad que se necesitaba. Para poder soslayar estos inconvenientes el T.O. reemplazó las tareas manuales por algunos juegos de mesa que él proveía.

Así, con el paso del tiempo, en cada reunión había más palabra que acción. Es decir que tanto la Psicóloga – Musicoterapeuta, como el Terapeuta Ocupacional dedicaban gran parte del espacio a la psicoterapia, reduciendo el espacio de la actividad propia que convocaba al grupo. Podría decirse que hubiera sido más ventajoso para el grupo si en todos los encuentros estuviera el mismo psicoterapeuta, pero no se dio en este caso. En definitiva cada terapeuta funcionaba con sus recursos como un psicoterapeuta.

En los encuentros observados, la psicoterapia que se realizaba tenía más características de una terapia individual que de grupal. Cada integrante planteaba lo que hizo durante el fin de semana, que le pasó, qué quería cambiar, siendo escuchado por el psicoterapeuta que intervenía en forma individual con el paciente.

Este grupo, durante los meses de marzo a julio tuvo una gran rotación de sus miembros. Con el transcurso del tiempo, el grupo observado fue primero de tres miembros, ya que el cuarto había sido internado, y otro joven no quiso seguir con este tipo de terapia. En ese lapso ingresó un paciente nuevo, que luego, cuando se reincorporó a su trabajo, dejó de asistir. Finalmente, a otro paciente se le dio la orden de internación, y por el último mes, sólo quedó un integrante.

La concurrencia de los pacientes no se dio en forma regular. Por más que los especialistas se esforzaran en mantener al grupo, llamándolos cuando no asistían o llegaban tarde. Un único paciente asistía los tres días, otro sólo los miércoles y otro los lunes y miércoles, por distintos motivos, con lo cual se daba que el miércoles era el único día en el que se podían encontrar los tres pacientes.

La posibilidad de que los pacientes se encontraran los tres era del 33,33% sobre el total de 24 reuniones observadas.

El resultado real de la concurrencia simultánea de los tres pacientes fue del 12.5%, sobre el total de las reuniones observadas. Quiere decir, que en menos de la mitad de las reuniones no se encontraron los tres pacientes.

La falta de concurrencia y la rotación de los pacientes trajeron consigo que no se lograra una cohesión de grupo apropiada. La ausencia de características como pertenencia de

grupo, identificación con el mismo, ayuda mutua, las que surgen en el cara a cara de los integrantes de un grupo, no fomentaron la unión, y sin cohesión no hay grupo.

Dada las problemáticas planteadas, y a partir de los datos obtenidos en las observaciones de las psicoterapias realizadas, se encontró un tipo de psicoterapia a la que Bauleo (1990) denominó como psicoterapia en grupo. En este tipo de psicoterapia en grupo el terapeuta se preocuparía por la historia personal de cada paciente, cada paciente esperaría su turno y luego el terapeuta daría una devolución a nivel individual al grupo. Si bien esta psicoterapia tendría las ventajas comunes a una psicoterapia: analizar el surgimiento de los problemas individuales, la posibilidad de plantear miedos y ansiedades de cada individuo, entre otras, se perderían los beneficios que se obtendrían en la psicoterapia de grupo: la cohesión y el aprendizaje; y por sobre todo, el mayor beneficio que es el doble análisis, que a este nivel, incluiría las escuchas diversas, los señalamientos mutuos, los juegos de roles y la escenificación de situaciones en las cuales el psicoterapeuta asistiría como un observador.

4.2.2 Grupo de pacientes psicóticos

El día asignado para la psicoterapia de grupo era el miércoles, comprobándose que la asistencia era mayor en ese día que en el resto de la semana.

Una buena relación psicoterapeuta-paciente establecida en el tiempo y un liderazgo marcado del coordinador del grupo, hicieron que la convocatoria a la psicoterapia de grupo fuera constante en el transcurso de las sesiones.

El grupo esperaba con impaciencia ese día, había muchos comentarios previos sobre los temas que se querían plantear en la reunión. Sus integrantes conocían los tópicos que se iban a exponer, ya lo habían conversado previamente en el grupo, una de ellas tenía anotado en un papel lo que le quería decir a su psicoterapeuta, para no olvidarse detalle alguno. Otra integrante opinaba: “no vas a hablar vos sola de tus cosas que ya las conocemos y no dejás tiempo para dejar hablar a los demás”. Al reunirse varios integrantes a esta confrontación, ella cedió diciendo: “Voy a tratar de ser breve”.

Acercándose la hora de la terapia se incrementaba su ansiedad, uno de ellos preguntó en secretaría si ya había llegado el psicoterapeuta y traía la información al grupo de que el psicoterapeuta estaba atendiendo a un paciente en forma individual. Otro paciente señalaba: “es ese paciente que grita y lo vuelve loco al psicólogo...”

Esta situación comentada, de ansiedad, se daba reiteradamente cuando se aproximaba la hora de la psicoterapia.

La interacción del grupo era constante entre sus miembros, conversaban todo, planificaban lo que podían llegar a comentarle al terapeuta, trataban de evaluar el tiempo que les podía llevar a los que tenían un problema nuevo que plantear, aprovechaban al máximo el espacio y el tiempo de la psicoterapia .

La sensación que daba es que cuando iban ingresando a la sala eran pacientes con signos muy marcados de su patología, caminaban sin mirar, algunos balbuceaban algo, en algunos momentos había algunos que no saludaban, era cuando uno de ellos le señalaba: “¡hola!, hoy no saludaste”. Cuando los pacientes empezaban a comunicarse entre ellos y con el terapeuta eran atendidos con afecto, sintiéndose parte del grupo, entonces su comportamiento, mirada, y comunicación se modificaba notablemente y su cambio era tal que podían expresar sus sentimientos, frustraciones y alegrías. Para ilustrar esta situación se transcribe algunos fragmentos de la carpeta de notas:

La integrante del grupo Ep faltó varios días. El psicoterapeuta le propuso si quería contarle al grupo qué le estuvo pasando. Ella respondió: “falté por un intenso dolor lumbar”. El grupo se dirigió a ella diciéndole por qué no hacía Yoga, o masajes para mejorar su columna, le recuerdan que ella tenía ese propósito . Ep agregó que come mucho, que dejó de fumar y que luego engordó . Gp, otra paciente, le preguntaba: “¿Por qué no vas a una nutricionista?”. Ip, otra integrante, se sumaba agregando, que desde que vino aumentó 7 kg. La paciente Gp comentaba: “ cuando estaba internada adelgacé, porque no te daban comida, sólo caldo, verduras y gelatina...” Ep sigue hablando, que fue a una fiesta y que la pasó muy bien. El psicoterapeuta, aprobando su salida: “(...) cuando tengas una fiesta andá...” Todo el grupo la alentaba para que realizara ejercicios y terminaron concluyendo que Ep hacía una vida muy sedentaria .Mientras Ep escuchaba y sonreía...

Si bien es sólo un recorte de una de las sesiones observadas, las características de catarsis, escucha, confrontación y ayuda, comprensión y de unión que se resaltaron prevalecían en este grupo en las distintas sesiones observadas.

[..]. Antes de la llegada del psicólogo, Cp le preguntaba a otra paciente si la podía acompañar en taxi hasta su casa, esta aceptó pero le decía que por esta vez solamente por que no había colectivos por problemas de transportes.

Cp repetía la frase “(...) me voy en radio taxi...” y mostraba el dinero que tenía, mientras le preguntaba al psicoterapeuta si le alcanzaba. El psicólogo trataba de poner límites, diciéndole que ya se lo había dicho y que si volvía a sacar el dinero de la cartera lo iba a perder. En el grupo algunos la ignoraban, otros la hacían callar cuando empezaba a hablar, otros la retaban.

La paciente Cp día a día estaba más deteriorada, fue una preocupación constante para el grupo y para la institución. Llegaba antes del horario, sola, tocaba el timbre de otros departamentos. Se llamó reiteradamente a la familia, especialmente a sus hijas, para que acompañaran a Cp, ya que esta paciente vivía con su marido, y varias veces fue golpeada por él.

Una solución que se tramitó fue que Cp pudiera ir a vivir a un Geriátrico donde se atendiera por su obra social, pero las demoras eran tales que los meses iban pasando y la situación hizo que su patología se agrave. Para el grupo era una proyección de aquello a lo que se podría llegar. Tal vez por eso se notaban sentimientos de ambivalencia, por un lado la querían, por el otro la rechazaban. Se observaba un claro reflejo del entrecruzamiento individual, grupal, familiar, institucional y socioeconómico.

[..] En esa sesión una paciente planteaba que tenía que ir al juzgado y que nadie de su familia se ofrecía a acompañarla. Otra paciente, He, dirigiéndose a ella, le decía: “no te preocupes ya te dije que yo te acompaño “. El terapeuta asentía diciéndole que se quedara tranquila, que la paciente He la iba acompañar, porque ella ya había ido varias veces y sabía dónde quedaba. La paciente manifestaba tener miedo a la entrevista con el médico, aunque tenía muy buena memoria, temía no recordar la dirección de su domicilio si se lo preguntaban, porque hacía unos días que se había mudado. Fue

entonces cuando el psicólogo le preguntó cuál era el número, ella decía el número y el profesional le armaba una regla nemotécnica a partir del número de colectivo que ella conocía y sumándole el número 20, para que en el momento que le preguntaran se acordase [...]

En este grupo se dieron situaciones que sobrepasaban al espacio grupal y sus integrantes en el grupo supieron como actuar sin necesidad que el coordinador grupal tuviera que pedirlo.

Se observó en GP la existencia de la ayuda mutua a través de la palabra, el no pasar por alto los compromisos tomados y no cumplidos por sus integrantes, las palabras de aliento, el respeto mutuo, las confrontaciones que se producían y se revelaron.

El liderazgo del terapeuta con intervenciones apropiadas dejó que el grupo resolviera sus conflictos, como un modo de facilitar el cambio terapéutico y el aprendizaje grupal. Por todos estos ingredientes se ubicó a este grupo dentro de un proceso grupal en la fase de trabajo.

4.2.3 Grupo de señoras de tercera edad

Este grupo recibía un trato diferencial dentro de la institución, por diferentes razones. Todas sus integrantes eran mujeres mayores las que desde hace varios años concurrían a la institución. Las reuniones constituían un encuentro de señoras, con los problemas familiares, económicos y sociales que tocaron vivir en estos últimos años en la Argentina.

Por diferentes motivos como imposibilidades físicas, dolencias, operaciones, este grupo se fue reduciendo en cuanto al número de sus integrantes. Cada una de ellas llegaba cada quince días unos minutos antes de comenzada la sesión. Venían acompañadas, una por su hija, otras por sus empleadas. Todas ellas traían bastón. Esperaban el horario de las 13:30 para entrar a la sala de reunión, estaban acompañadas y ayudadas por la psicóloga hasta llegar a sus respectivas sillas, las que estaban previamente asignadas. En la sala había un sillón grande ocupado únicamente por una de ellas y otra sillas fijas para las demás.

Los primeros veinte minutos de la sesión eran dedicados a hablar de las novedades de las integrantes del grupo que no se encontraban presentes ese día, pero que se las incluía en la conversación como si lo estuvieran. Cada una comentaba cuántas veces se llamaron por teléfono, la imposibilidad de no poder ir a ver a una de ellas que se estaba recuperando, dado que había que subir una escalera hasta llegar a su departamento. Le preguntaban a la psicoterapeuta si la pudo ir a ver en esa semana. Ella les relataba que fue a verla y en el estado en que se encontraba la paciente, que se hallaba con una inmovilidad del lado izquierdo, que caminaba en su casa pero con un andador, y que no salía, ya que no podía bajar por sus propios medios.

Uno se podía preguntar antes de escucharlas, ¿por qué vendrán estas señoras acá todos los miércoles cuando el motivo de consulta inicial ya fue resuelto como ellas mismas lo plantearon?

En las palabras de sus propias participantes de las sesiones observadas y registradas se pudo encontrar la respuesta a esta pregunta.

10.05..2006 [...] La paciente Dv hablaba y comentaba lo que quería a su hijo y cómo aceptaba a su nuera. Se la notaba tranquila, hablaba muy pausado y bajito. Hubo un momento de silencio. En ese momento la psicoterapeuta la invitaba a contar y recordar cuando otra paciente Av vino por primera vez. Av relataba que vino por un problema de colon irritable y entre sonrisas aclaraba que no podía estar casi en una sesión de la terapia sin tener una interrupción. Pero que en ese momento se encontraba bien. [...] La psicoterapeuta interrogaba a Dv para que ella pudiera expresarse, ya que era una persona que no hablaba mucho, es así que le preguntó cómo era la relación con su nuera. Y ella comentó que “(...) no la podía ver”, porque sentía que la nuera no la quería. La terapeuta recordaba sus dichos acerca del modo de dirigirse a la nuera en aquel momento, señalando que no la llamaba por su nombre. Luego la psicoterapeuta la interrogaba: “Y ahora, ¿cómo sigue esta relación? Invitándola a que continúe con su relato y “ahora sí”, dice la paciente, y luego agrega Ba que la aceptaba y que tenía una muy buena relación con su hijo, su nuera y su nieto.

Así, cada una de las presentes relataban su historia de cómo llegaron., manifestando que, si bien en ese momento estaban mucho mejor, tenían la necesidad de hablar, de escuchar a las otras atentamente, de enterarse qué pasaba con las que no estaban , o de llamarse por teléfono. Para ellas era una salida ir hasta allí, un ritual, se las veía arregladas, peinadas, con ropa acorde para la ocasión.

Tomaban el té juntas y compartían unas facturas o galletitas. Había momentos de gran movilización, en sus conversaciones aparecían lágrimas, había muchos silencios, valorados y respetados por sus integrantes.

Cuando los temas que se compartían eran comunes a todas, trataban de aportar información: qué médico era mejor para determinada especialidad, a qué institución convenía ir, en qué horario llamar para ser mejor atendidas. La queja al sistema de salud siempre surgía, lamentablemente. Uno de los temas frecuentes era la imposibilidad física y económica que se suscitaba cuando un centro de salud dejaba de prestar servicios y las derivaba para ser atendidas en otro. Aparecía en sus relatos la perversión del sistema que las enviaba cruzando toda la ciudad de Buenos Aires, cuando para estas pacientes el costo de un taxi o remise les demandaba tener que restringirse en otras cosas para poder pagarlo.

En esas sesiones la psicoterapia era coordinada sin dificultad por la co-psicoterapeuta, debido a que su psicoterapeuta de tantos años tenía problemas personales y en esos encuentros no pudo estar presente. La preparación previa desde hacía ya tres años de una co-psicoterapeuta por parte de la coordinadora del grupo permitió en esos momentos seguir con el proceso terapéutico en el mismo lugar, día y horarios que se venía haciendo, y si bien en cada sesión preguntaban por su psicoterapeuta, en un tono de preocupación por ella, no trajo problemática en el grupo.

Este grupo con vida propia, que se fue construyendo a lo largo de los años, era un grupo que se encontraba en la fase final del proceso grupal, que sólo se iba diluyendo por la no presencia física de sus integrantes, pero permanecía en él una fuerza grupal que lo sostuvo a lo largo del proceso de psicoterapia de grupo.

4.3 Análisis de las categorías

De acuerdo a las clasificaciones e indicadores presentados en el punto 3.3.2 Elección de categorías del presente T.F.I., se realizó la clasificación individual para cada categoría en los tres grupos.

A los efectos de la presentación se armó un cuadro unificado de los tres grupos.

CATEGORIAS GRUPALES	CLASIFICACIÓN		
	GA	GP	GV
Planificación	Buena	--	--
Trabas organizacionales	Media	Media	Media
Inasistencia de los profesionales	Baja	Baja	Baja
Inasistencia de los pacientes	Alta	Baja	Alta
Rotación de los Pacientes	Alta	Baja	Baja
Empatía	Buena	Buena	Buena
Catarsis	Alta	Alta	Media
Aprendizaje	Medio	Medio	Medio
Cohesión	Baja	Alta	Alta
Liderazgo	--	Alto	--

Tabla 4. Clasificación de las categorías por Grupo observado.

4.3.1 Grupo de Jóvenes adictos

En la fase inicial de este grupo fueron evaluadas las categorías de planificación; trabas organizacionales, inasistencia de los profesionales; inasistencia de los pacientes; rotación de los pacientes; empatía; catarsis; aprendizaje y cohesión.

Un grupo de ellas fueron evaluadas con valores buenos, altos y medios que son acordes al proceso tales como: la planificación, las trabas organizaciones, la empatía y la catarsis.

La alta inasistencia y la alta rotación de los integrantes del grupo trajeron la inestabilidad del grupo y la no continuidad del proceso grupal. Al producirse una cohesión baja, produjo una involución del mismo proceso de grupo, no permitiendo una consolidación de esta fase.

4.3.2 Grupo de pacientes psicóticos

En la fase de trabajo de este grupo fueron evaluadas las categorías de: trabas organizacionales, inasistencia de los profesionales; inasistencia de los pacientes; rotación de los pacientes; empatía; catarsis; aprendizaje; cohesión; liderazgo.

La fase se encontraba en su pleno desarrollo y los valores bajos mantuvieron a este grupo en el proceso como: las inasistencias de los integrantes del grupo; las inasistencias de los profesionales y la rotación de los pacientes.

Otros valores altos y medios ayudaron a que sus integrantes se consolidaran como grupo: empatía; catarsis; aprendizaje y liderazgo.

4.3.3 Grupo de señoras de tercera edad

En la fase final de este grupo fueron evaluadas las categorías de: trabas organizacionales, inasistencia de los profesionales; inasistencia de los pacientes; rotación de los pacientes; empatía; catarsis; aprendizaje y cohesión.

En esta fase final del proceso se presentaron valores altos como la inasistencia de los pacientes, siendo un indicador de la inestabilidad de permanencia de sus integrantes en el grupo esperado para esa fase.

También se ubicaron valores altos o medios como: empatía; catarsis; aprendizaje y cohesión; que permitieron la evolución del proceso de la psicoterapia de grupo y llegar a la etapa final del mismo.

5. CONCLUSIONES

En el desarrollo del presente trabajo se plasmó cómo los distintos grupos de psicoterapias elegidos fueron identificados en una de las fases correspondientes al proceso psicoterapéutico de grupos con sus características y problemáticas.

El sólido marco teórico relevado, posibilitó la aplicación de las categorías y su correspondiente calificación a los distintos grupos, permitiendo claramente el análisis del material recolectado a través de las observaciones realizadas.

En un proceso de psicoterapia de grupo se pueden encontrar distintos aspectos esenciales que al presentarse permiten que un grupo llegue a su fase final de consolidación, pasando por las distintas fases de orientación, transición, trabajo y consolidación. En los grupos GV y GP fue la cohesión, la relación terapeuta-paciente, la continuidad, el compromiso de sus integrantes los que permitieron el recorrido de ese proceso.

Son etapas tan críticas la formación como la finalización de un grupo. Se puede decir que es estructurante la pre-fase inicial y crucial y determinante para el éxito de un grupo.

La autora del presente trabajo refiere que antes de la fase inicial hay una pseudo-fase que es cuando todavía el grupo no está formado, no ha llegado a su fase de comienzo. En la fase previa, es cuando se planifica su conformación, se focaliza en quienes serán sus miembros, de dónde se los capturará, cuál será el equipo psicoterapéutico, si el grupo será homogéneo o heterogéneo, características en general de sus integrantes, edades, sexo, patologías, tamaño del grupo, que está a cargo del Equipo Planificador.

La planificación debe estar presente en el momento de iniciación, así también el equipo planificador que participó. Es decir, si en el momento de la acción, esta planificación difiere de la realidad, o no existe planificación o es débil difícilmente el grupo se va a conformar.

La herramienta con la cual se puede soslayar esta situación es realizando un cuidadoso y minucioso seguimiento que permita cumplir los ajustes necesario, permitiendo el éxito del arranque del grupo. Es decir, la confrontación entre lo proyectado y lo real producirán desvíos que deberán ser evaluados tanto por el equipo planificador como por el equipo asignado para la formación del grupo. Es en ese momento dónde se debe tener la mayor atención, realizar los ajustes necesarios, para que el grupo se conforme como tal.

En el grupo GA se pudo observar que la alta rotación y las inasistencias de sus integrantes, hizo que la psicoterapia grupal se convirtiera en una psicoterapia individual. En GA el grupo pasó a ser el fondo de la psicoterapia y el individuo el foco, perdiendo todas las fortalezas reinantes de la psicoterapia de grupo enunciadas en el marco teórico de este trabajo.

En el caso de GP, la psicoterapia de grupo funcionó con la mayoría de las características que los distintos autores citados en el marco teórico han señalado para un grupo de trabajo. Pero sin embargo es un grupo que no tiene fin, por un lado la Institución del PAMI permite que los pacientes se perpetúen en el tiempo, por el otro, la imposibilidad de que puedan reinsertarse laboralmente.

Para muchos el espacio. es privilegiado, inclusive por los relatos que los mismos pacientes realizan de sus internaciones previas, en las que se han sentido abandonados, no cuidados y desprotegidos.

Es importante para este grupo GP hacer una nueva evaluación de sus integrantes y poder reubicar a los más aptos, en algún proyecto que los haga sentir no sólo partícipes de este grupo de psicoterapia sino de la comunidad.

Cuando un grupo llega a su fin, se asoman los sentimientos de separación y pérdida y se torna crítico para sus integrantes tomar la iniciativa de dar por concluido el proceso.

Los miembros generalmente se retraen y empiezan a manifestarse con menor intensidad y contribuyen con poco material nuevo. Es el momento oportuno para inducir a que sus integrantes expresen los sentimientos que experimentan al llegar a la finalización del grupo, animarlos a que esta experiencia grupal finalice y que lo aprendido quede en el día a día.

En el caso de GV, ya sus integrantes planifican de a poco la disolución del grupo, sus silencios, sus ausencias lo reflejan. Este grupo llega a su fin, pero ha podido dar más a la psicoterapia de grupo de lo que ha recibido de la sociedad.

Desde el punto de vista de la autora, la metodología aplicada para éste T.F.I., podría ser aplicada para otros grupos de psicoterapia para establecer en qué fase del proceso de la psicoterapia de grupo se encuentra. Al no centrarse su análisis en las distintas patologías por la que pasaban cada uno de los grupos analizados, facilita su generalización a los próximos grupos de análisis.

Esta práctica profesional y luego la realización del presente T.F.I. permitió a la autora conocer la importancia de considerar en qué fase se encuentra el grupo dentro de un proceso de psicoterapia de grupo.

El tomar contacto con cada una de las fases que transita el grupo de psicoterapia permite al psicoterapeuta del grupo situarse en un punto dentro del proceso psicoterapéutico, y

una vez ubicado en esa fase, prepararse para la siguiente, no estancarse en ella y promover y orientar al grupo a la siguiente fase.

6. BIBLIOGRAFÍA

American Counseling Association (1988). *Ethical standards*. Alejandria, VA: Author.

Asociation for Specialists in Group Work (1989). *Ethical guidelines for group counselors*. Alejandria, V.A.:Author.

Bauleo, A. & De Brasi, M. (1990). *Clínica Grupal, Clínica Institucional*. Madrid: Atuel.

Bion, W. (1978). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós

Blanchet, A. & Trognon, A. (1996). *La psicología de los Grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva

- Corey, G., Corey M., Callanan, P. & Rusell, J. (1992). *Group techniques*. Pacific Grove, CA: Books / Cole.
- Corey, G. (1995). *Teoría y Práctica de la Terapia Grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Couch, R.& Childers, G. (1987). Leadership strategies for instilling and maintaining hope in group counseling. *Journal for Specialists in Group Work*, 12(4), 138-143.
- Gazda, G. M. (1989). *Group counseling: A developmental approach*. Boston: Ailyn & Bacon.
- García de la Hoz, A. (1993). Aproximaciones histórica y filosófica a la psicoterapia de grupo. *Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular I*. Madrid: Quipú Ediciones.
- González Núñez, J. (1999). *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: El Manual Moderno.
- Hansen, J.C., Warner, R.W. & Smith, E.M. (1980). *Group counseling: Theory and process*. Chicago: Rand McNally.
- Hartley, E. & Hartley, R. (1959) *Fundamental of Social Psychology*. New York: Knoopf.
- Mahler, C.Q. (1969). *Group counseling in the schools*. Boston: Houghton Mifflin.
- Morran, D., Stockton, R. & Bond, L. (1991). Delivery of positive and corrective feedback in counseling group. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 410-414
- Robertazzi, M. (2004). La Psicoterapia de Grupos en la crisis vital de edad avanzada. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*, 5, 138

Pichón Rivère, E. (1985). *El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social.*

Buenos Aires: Nueva Edición.

Sartre, J.P. (1960). *Crítica de la razón dialéctica.* Buenos Aires: Losada.

Schutz, W. (1973). *Elements of encounter.* Big Sur C.A.: Joy Press.

Yalom, I.D. (1985). *The Theory and practice of group psychotherapy.* New York:

Basic Books.

Yalom, I.D. y Vinogradov S. (1996). *Guía breve de la psicoterapia de grupo.* Buenos

Aires: Paidós

Yalom, I.D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo.* Buenos Aires: Paidós.