



PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

Elena Guillén Guillén¹, Miguel Guillén Guillén², Manuel Guillén Benítez³

1. P.I.R.-4 (Área Hospitalaria Juan R. Jiménez de Huelva)
2. Trabajador Social (E.T.F. Ayto. Mairena del Alcor)
3. Psiquiatra (Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla)

manuguibe@gmail.com

RESUMEN

La psicoterapia de grupo aplicada a los trastornos neuróticos lleva más de un siglo de historia en funcionamiento. Considerando al hombre como un ser social por antonomasia no podía ser de otra manera que dentro del arsenal terapéutico para el abordaje de estos trastornos estuvieran los fundamentados en reuniones de pacientes con unos objetivos previamente pactados.

La primera parte del trabajo es una reseña histórica de cómo se desarrollaron técnicas grupales a través del tiempo. Posteriormente describimos algunas características técnicas, como por ejemplo los estilos de liderazgo, las fases del grupo etc.

En nuestro caso nos decidimos por estilo psicodinámico con liderazgo de tipo democrático. A continuación detallamos el encuadre que nosotros llevamos a la práctica en el Equipo Comunitario de Carmona (Sevilla). Ponemos especial énfasis en los criterios de inclusión/exclusión, ya que de esto va a depender grandemente el éxito del grupo concreto. En general nuestro grupo se nutre de pacientes en los que ha fracasado con anterioridad otra opción terapéutica (farmacoterapia, psicoterapia individual, etc.). Nosotros hemos estado realizando estos grupos durante más de 20 años, aunque elegimos al azar uno de ellos (año 2.007) para mostrar cuales son los temas más frecuentemente tratados en las sesiones con los pacientes.

Cada año nuestra actividad grupal se enmarca dentro de la cartera de servicios del Equipo comunitario de Carmona como una opción válida para abordaje de problemas graves del espectro neurótico (especialmente distimias depresivas) que de otra forma no tendrían respuesta adecuada.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

1) BASES TEÓRICAS

Corrían allá los primeros años del siglo XX cuando un médico internista llamado Joseph Platt (Boston 1.905), dedicado a tratar de la mejor manera posible a pacientes con tuberculosis, observó cómo se producía una mejoría en mayor medida cuando las instrucciones las llevaba a cabo mediante reuniones de pacientes que cuando esas mismas eran realizadas de forma individual. Advirtió (y aquí está el mérito) que más importante que sus palabras era el clima que se creaba en el grupo mismo. Los miembros, notaba, eran unos para otros, una poderosa arma de apoyo mutuo. Pratt observó que tenía en sus manos un arma que un hospital les podía ofrecer: la fuerza del vínculo que les proporcionaba la enfermedad común a todos ellos.

Posteriormente se produjeron otras experiencias en este mismo sentido, como reuniones de excombatientes (E. W. Lazell, Washington, 1918), intentos de mejorar el ambiente hospitalario masificado (L. Cody Marsh, Long Island, 1931) y por último se formaron los "grupos de autoayuda" cuya expresión más desarrollada la tenemos en Alcohólicos Anónimos (W. Griffith y R. Smith, Ohio 1935).

Pero ciñéndonos un poco más al campo teórico podremos considerar como en la concepción actual de los fenómenos de dinámica grupal intervienen fundamentalmente tres basamentos ideológicos:

- 1) La Teoría General de los Sistemas (v. Bertalanffy, 1981). Aquí nos introducen el concepto de "no sumatividad" o sea que "en un grupo de elementos, el todo es algo más que la suma de sus componentes". De esta derivarán todas las concepciones modernas de la Teoría de la Comunicación.
- 2) La psicología Social (K. Lewin, 1980). Introduce el término de "dinámica de grupos". Se describen los tipos de liderazgos dentro del grupo y las fuerzas y tensiones que se dan dentro del grupo.
- 3) La teoría psicoanalítica. (S. Freud, 1921). Es innegable la aportación del padre de la psiquiatría moderna, que ya en la obra "Psicología de las masas y análisis del yo" plantea que la psicología individual es a la vez psicología social. Aunque Freud nunca llegó a realizar en la práctica la psicoterapia de grupos se le puede considerar precursor. Innumerables autores han seguido esta línea y han sido creadores de tendencias muy ligadas a su propia concepción. Así podemos considerar autores como J. Moreno (psicodrama, 1966), S. Slavson (psicoterapia psicoanalítica "en" grupo, 1920), W.R. Bion (psicoterapia psicoanalítica "de" grupo, 1972), E. Pichon-Rivière (grupo operativo, 1975), etc. No podemos entrar en detalle en la ingente cantidad de aportaciones de los distintos autores.

Si nos parece importante señalar las aportaciones de W.R. Bion en lo referente al funcionamiento grupal. Este autor estableció una analogía entre la relación del niño con la madre y la del "grupo como un todo" con el líder. Distinguía lo que llamaba "mentalidad de grupo" (unidad funcional de los miembros del grupo a través de funciones conscientes e inconscientes para llegar a un objetivo

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

determinado) de la "cultura de grupo" (la suma de la mentalidad de grupo y de los sentimientos individuales de cada uno de sus componentes).

Bion distinguía dos tipos de fases en la evolución de los grupos. Durante el primer estadio (el de grupo de base"), en la mentalidad del grupo predominan los "supuestos básicos", es decir las emociones primitivas siempre presentes en cada individuo y en cada grupo:

- Supuesto básico de dependencia. El grupo espera del líder (terapeuta) la solución a todas sus dudas. Es considerado como un dios/salvador.
- Supuesto básico de ataque-fuga. Surge tras el rechazo del líder a asumir la dirección. Se ven indefensos, atacan al líder, entre ellos o a un enemigo externo.
- Supuesto básico de emparejamiento. Hay formación de parejas o subgrupos. Coqueteo entre sus miembros.

En un segundo estadio ("grupo de trabajo") lo que domina en la mentalidad del grupo es el deseo de alcanzar una finalidad o un objetivo lo que, en los grupos terapéuticos, se trata de la "curación".

2) ASPECTOS TÉCNICOS DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL

2.1 Encuadre

Son las normas que regirán el funcionamiento concreto de cada grupo. Son impuestas por el terapeuta y los integrantes del grupo deben conocerlas antes de empezar o como máximo en la primera sesión grupal. El local debe ser íntimo, siempre será el mismo. Se establecen los horarios de comienzo, de final de sesión, y, por tanto, la duración de las mismas, que será entre cuarenta y cinco y ciento veinte minutos. También se indicarán la frecuencia semanal y periodos vacacionales, si los hubiera. Al principio es conveniente recordar que no se permitirán interrupciones (el típico "apaguen los móviles").

A ciertos terapeutas no les gusta dar consignas a los miembros del grupo al principio del tratamiento, pero otros prefieren hacer una preparación a través de cierto número de sesiones individuales. Se ha observado que cuantas más sesiones de preparación se realizan, mejor funciona el grupo. Estas normas intentan transmitir la idea de que el grupo intenta favorecer las relaciones interpersonales y que los síntomas psicológicos deben ser entendidos como las consecuencias de las malas relaciones interpersonales. Se recalca que los problemas de confidencialidad no son frecuentes y se desaconseja a los integrantes el encontrarse fuera de las sesiones, pidiéndoles, en caso que de todas maneras quieran hacerlo, que cuenten en la siguiente sesión lo que sucedió.

El conductor es el responsable de la formación del grupo, de manera que haya elegido concienzudamente a los integrantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y especialmente los de exclusión.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

El conductor es igualmente responsable de la creación de la "cultura de grupo" que constituye el conjunto de características de funcionamiento que diferencian a un grupo de otro y que le dan su identidad propia. Es algo que hemos comprobado a través de los más de veinte años de experiencia en nuestro centro.

Los grupos de larga duración de orientación dinámica deben ser de interacción libre, no estructurada, si bien cuanto más se acerque el grupo al modelo educacional y de corta duración, más estructurado (y directivo) debe ser. Se recalca la importancia del intercambio de sentimientos y la aceptación sin juicio, así como fomentar en cada uno los deseos de cambio.

El terapeuta debe subrayar la importancia de las relaciones entre los miembros del grupo, tratando de evitar la racionalización y la abstracción y hablando sobre todo de lo concreto y de lo personal.

2.2 Fases de evolución de los grupos

En la evolución de los grupos psicoterapéuticos, han sido descritas diversas fases que pueden superponerse en los grupos de corta duración y sucederse a lo largo de los de larga duración, para reaparecer de nuevo en algunas circunstancias de resistencias o regresivas. Según Yalom, se distinguen tres fases: "de comienzo", "de grupo avanzado" y "de final".

En la fase de comienzo, después de la primera sesión se producen ciertos movimientos de "orientación", durante los cuales los participantes intentan encontrar su lugar en el grupo (etapa que Yalom llama de "dentro-fuera"). Los miembros buscan la aceptación de los demás e intentan establecer contactos a través de contactos de tipo social o tratan de encontrar similitudes entre ellos y se produce un intercambio de consejos. Esta conversación debe ser respetada por el conductor porque facilita la cohesión entre los miembros del grupo. Le sigue un periodo de conflicto de poder, durante el cual ciertas intervenciones verbales de los miembros deben ser como una búsqueda de poder de unos sobre los otros. Es frecuente que en este periodo se muestre cierta hostilidad hacia el conductor, debida a la frustración sentida con relación a las excesivas expectativas iniciales y con respecto al hecho de no ser el miembro "preferido" del terapeuta. Éste debe estar atento para no dejar que los miembros del grupo ataquen a otro miembro convirtiéndolo en el "chivo expiatorio". En efecto, la hostilidad normalmente dirigida hacia el conductor es desplazada hacia él y corre el riesgo de descompensarse y de abandonar el grupo.

Sigue un periodo, durante el cual los miembros se acercan entre sí para lograr una cierta cohesión del grupo permitiendo el desarrollo de cierta intimidad expresada por el intercambio de confidencias entre miembros y por una evitación de las manifestaciones de afectos negativos.

Durante la fase "avanzada" del grupo aparecen los fenómenos grupales entre ellos la "transferencia". El terapeuta debe procurar evitar las ausencias y la falta de puntualidad diciéndolo y desalentándolo antes de interpretarlo y él mismo debe dar ejemplo con una puntualidad irreprochable. Es durante esta fase cuando se produce la salida y entrada de miembros con más frecuencia. El terapeuta debe tomar en cuenta el hecho de que, si introduce nuevos miembros, se pueden producir

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

reacciones de rechazo, que tendrían como consecuencia el incitar a los antiguos miembros a atacar a los nuevos, directamente o tratando de revivir los viejos tiempos ignorando al nuevo miembro. La adaptación de los nuevos miembros enlentece de todas maneras el funcionamiento del grupo.

Durante la fase final del grupo, se puede llegar a una terminación precoz o a una terminación exitosa. Yalom añade el criterio de adquirir la "capacidad de jugar" a los otros dos criterios de éxito de una terapia que Freud había señalado: la capacidad de amar y de trabajar. Señala que no se debe ser demasiado ambicioso con relación a la meta que uno se plantea porque la continuación de una psicoterapia grupal, una vez adquirido un número de metas razonables, corre el riesgo de prolongarse demasiado en un nuevo ciclo que no producirá grandes cambios ni gran mejoría. Igualmente se debe tomar en cuenta el hecho de que después de la terminación del grupo las mejorías continúan haciéndose sentir. El terapeuta debe evitar mantener, por razones de contratransferencia, al paciente en el grupo como si fuera un coterapeuta y debe recordar que puede haber una agravación de los síntomas que precede al momento de la terminación. Sin embargo, la terminación de un grupo es más fácil que a nivel individual puesto que el paciente tiene la posibilidad de ver a otros pacientes llegar al final y que la transferencia al conductor se atenúa más fácilmente.

2.3 Los "procesos grupales"

Impartir información es el primer proceso que se produce en la dinámica grupal. Aumenta conforme van pasando las sesiones y permite el desarrollo de técnicas de socialización. Se producen fenómenos como la homogeneización que hace que cada grupo tenga su propia esencia, permitiendo la identificación o sentimientos de pertenencia de cada miembro. En cierta medida esta homogeneización lleva consigo una cierta regresión de los individuos y del grupo en su totalidad, que tiende a organizarse según formas que reproducen las del grupo primario por antonomasia: la familia.

A pesar de esta homogeneización existe una distribución de roles dentro del grupo (el callado, el preguntón, el criticón etc). Se puede considerar un buen factor de salud el que un miembro pueda cambiar de rol dentro del grupo, de una vez a otra.

Con la interacción del grupo se produce la aparición de "catexias" o investimentos afectivos de cada miembro del grupo a los demás miembros, y en particular hacia el terapeuta. Una forma especial de catexia es la "transferencia" de sentimientos y actitudes primitivamente dirigidos a personajes infantiles primitivos hacia otros miembros del grupo y especialmente hacia el terapeuta. Dependiendo de la profundidad que queramos darle al análisis dentro del grupo así pondremos o no de manifiesto estos afectos. Aunque no los explicitemos hay que conocerlos.

El llamado fenómeno en "espejo" consiste en que cada miembro observa en los demás el efecto que producen sus actitudes, sentimientos, opiniones etc. en un momento dado. Este efecto que podemos considerar como insight lo diferencia de las psicoterapias individuales donde este fenómeno no se da.

Otro fenómeno que sucede en los grupos es la "catarsis" o eclosiones masivas de fenómenos inconscientes, facilitados por la regresión. Aunque a veces puedan ser peligrosos, la mayoría de las

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

veces favorecen el insight, ayudan a la cohesión del grupo y pueden conllevar descarga emocional. Cuando se desencadena una descarga emocional en otros miembros hablamos de "condensación".

Cuando un miembro del grupo escenifica una forma de reaccionar inconsciente dentro del grupo y fuera del encuadre fijado se realiza el llamado "acting out", descritos de forma habitual en la psicoterapia individual como mecanismo de defensa de difícil desmontaje. En la dinámica grupal deben ser señalados para mejor tolerancia y comprensión del resto de los miembros. Un ejemplo frecuente sería cuando un miembro del grupo entra en crisis al no recibir la atención que espera del terapeuta (rememorando la inatención recibida en la infancia por alguna figura significativa).

2.4 Estilos de liderazgo

Nos parece importante reseñar la manera en que un psicoterapeuta puede conducir al grupo. Partimos de los trabajos del sociólogo Kurt Lewin, creador de la llamada "teoría del Campo Social". En 1939 definió (mediante un experimento con niños) tres tipos de liderazgo:

- 1) El líder Autoritario: El líder determina todas las normas. Determina también cada una de las tareas de los miembros y forma los grupos de trabajo propiamente dichos. El líder está personalmente para la alabanza o crítica del trabajo de los miembros del grupo, no toma parte en su trabajo, aunque sea para aclarar cosas. Se muestra más bien amistoso o impersonal que enemigo. Aparecen reacciones de frustración y agresión, conductas restrictivas de desinterés, apatía y tendencia a huir. Las relaciones son difíciles y no se desarrolla una conciencia grupal. Se manifiesta una notoria sumisión al líder. El rendimiento aunque es alto al principio va disminuyendo como consecuencia de la frustración creciente y las reacciones defensivas que se generan.
- 2) Líder Laisser-Faire o Liberal: Los miembros del grupo toman decisiones libres sin la participación de ningún líder. El líder no participa en la formación de subgrupos ni en la división de tareas. No hace comentarios sobre los resultados de las tareas. No participa en ninguna actividad. Aparecen camarillas y rivalidades. El grupo está desorganizado. Los resultados son muy bajos.
- 3) El Líder Democrático: Todas las normas se discuten y se determinan en grupo, el líder da orientaciones y apoyo. El líder propone opciones distintas y el grupo decide entre ellas. Los miembros del grupo se dividen espontáneamente entre ellos y determinan las tareas concretas de cada uno. El líder juzga objetivamente los trabajos individuales, intenta valer como miembro regular del grupo, sin realizar personalmente demasiadas tareas. Las relaciones recíprocas son buenas, hay contactos espontáneos y trato mutuo amistoso. La conciencia de grupo es fuerte, y la relación con el líder, que es tomado como igual, es satisfactoria. Los resultados iniciales son algo inferiores, pero luego se incrementan, y muestran mayor originalidad por poder expresar libremente las ideas y estimular la creatividad.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

Estos estilos de liderazgo podemos aplicarlos a la forma de conducir los grupos de psicoterapia. En general consideramos que cuanto más corta duración más será necesario estilo autoritario y si el grupo tiene la expectativa de funcionar durante más tiempo entonces estará más indicado funcionar con el estilo más democrático.

3) NUESTRA FORMA DE APLICACIÓN

Nuestra concepción a cerca del funcionamiento de los grupos de cara a poderlo poner en práctica en un equipo comunitario se basa en las ideas de la psicología de corte psicodinámico. No podríamos considerarlo grupo psicoanalítico, pues no es nuestro objetivo llegar a tales niveles de análisis conflictual. Creemos que nuestra práctica va encaminada a proporcionar armas para la "socialización" de personas que muestran gran nivel de aislamiento en su propio sufrimiento. El grupo debe aportarles un método expresivo emocional y un aprendizaje para la vida de relación en general.

Nuestro grupo lo llamaremos "R" (de reflexión) y podemos resumir las siguientes características:

- 1) Grupo Psicodinámico.
- 2) Expresión emocional libre.
- 3) Análisis del aquí/ahora (no centrado en relaciones pasadas).
- 4) Psicoterapeuta actúa como observador-participante (líder democrático).
- 5) Objetivo de la dinámica del grupo es la cohesión.
- 6) Las intervenciones (del terapeuta) deben ir dirigidas al grupo en general (y menos intervenciones dirigidas a algún miembro en particular).

Nuestro modo de entender la conducción de grupo, como hemos dicho, es la de líder democrático, aunque esto tiene sus matices, ya que hay veces en que será necesario una mayor intensidad en lo referente a las intervenciones:

1.- Al inicio

- Cuando hay fuertes tensiones dentro del grupo o aumento de la psicopatología de algún miembro.
- Para evitar secuestros de información

2.- Intervenciones para favorecer la madurez del grupo

- Acción correctiva para favorecer la expresión/control emocional
- Tolerancia hacia las expresiones emocionales y tensiones interpersonales
- Evitar las tendencias de dependencia del terapeuta

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

- Evitar la proyección paranoide grupal

3.- Intervenciones dirigidas a la elaboración de la experiencia emocional correctiva:

- Que sea el propio grupo el que la elabore, señalando el anclaje en la realidad concreta

4.- Situaciones especiales

- Evitar situaciones de pérdida de control y violencia entre miembros, evitando culpabilizar.
- Favorecer expresión emocional ante abandono o ausencia de algún miembro.

4) EXPERIENCIA EN UN EQUIPO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

Intentamos aplicar este instrumento de tratamiento en nuestro trabajo en un equipo comunitario. Nuestro equipo está ubicado en la localidad de Carmona (Sevilla) y atiende a una población cercana a los 100.000 habitantes, repartidos en tres "zonas básicas" y un total de ocho poblaciones. Vemos, pues, que se trata de una población eminentemente rural y algo dispersa. Esto puede tener dos implicaciones importantes. Primero que los pacientes pueden tener dificultades de desplazamientos y segundo que la población rural está más cohesionada que en las grandes ciudades, lo que implica que dos personas de un mismo pueblo es fácil que se conozcan y ello puede dificultar (como veremos más adelante) la expresión libre dentro del grupo.

La población a la que dirigimos el tratamiento es, en principio, un tipo de pacientes especialmente difícil dentro de los equipos: neurosis cónicas y Distimias depresivas. Son pacientes en los que se ha ensayado tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia individual con resultados precarios.

En resumen realizamos las siguientes indicaciones o criterios de inclusión:

- 1) Pacientes diagnosticados de trastornos neuróticos
- 2) Distimias depresivas
- 3) Otras depresiones crónicas
- 4) Trastornos por ansiedad. Fobias y otros trastornos obsesivos.
- 5) Los trastornos anteriores deben tener, al menos, dos años de duración.
- 6) Se ha intentado otros abordajes sin éxito.
- 7) Edad comprendida entre 30 y 60 años.
- 8) No es preciso tener alto nivel de insight.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

También hemos puesto algunos criterios de exclusión.

- 1) Psicosis y trastornos paranoides en general.
- 2) Pacientes con deterioro psicopatológico importante.
- 3) Trastornos de personalidad (borderline, narcicística,...).

Durante el año los facultativos del equipo van anotando los posibles candidatos. A estos se les avisa por carta y se les informa de la fecha de inicio y de las normas o encuadre. Este encuadre podríamos resumirlo como sigue:

- 1) Expresión libre
- 2) Duración un año
- 3) Sesiones semanales de 90 minutos
- 4) Alta si se falta 3 sesiones sucesivas sin justificación
- 5) Nadie conoce a nadie. Ninguno conoce a otro en la primera sesión
- 6) Guardar secreto de lo ocurrido o dicho en la sesión
- 7) Devoluciones de contacto entre miembros fuera de las sesiones

Como muestra hemos analizado minuciosamente el transcurso de uno de los años en que se realizó un grupo de psicoterapia. Al azar elegimos el año 2.007, e intentamos desmenuzar diagnósticos y temas más tratados frecuentemente.

En cuanto a los diagnósticos encontramos la siguiente distribución:

1)	Distimias depresivas	(N10).....	50%
2)	Trastornos por ansiedad	(N4).....	20%
3)	Depresión crónica	(N3).....	15%
4)	Trastorno adaptativo	(N2).....	10%
5)	T. O. C.	(n1).....	5%

La edad media de este grupo era de 47 años.

Se realizaron un total de 34 sesiones, siendo la media de asistencia/sesión de 8,7.

A la hora de recoger los temas tratados en las sesiones, realizamos un especie de barrido, anotando los que se repetían. Al final nos salieron 26 temas distintos que pudimos, de una forma más o menos artificiosa, condensar en tres tipos:

- 1) Temas en relación a la catarsis de miembro/ del grupo. Se trata de una de las funciones principales de la dinámica grupal: la expresión emocional catárstica. Aquí tienen cabida la expresión de síntomas, muy frecuente al principio. En nuestro grupo representó el 22% de todas las intervenciones.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

- 2) Temas en los que se habla de relaciones pasadas/presentes de algún miembro. Esto representó el 39% de las intervenciones totales.
- 3) Temas que tienen que ver con la relación misma entre los miembros. Es la parte más crucial de la dinámica del grupo y va a ser la que determine la capacidad para el cambio de cada uno de sus integrantes. También representó el 39% de las intervenciones.

Si pormenorizamos un poco encontramos:

1) En cuanto a los temas de catarsis

- Sentimientos de soledad, inseguridad, frustración..... (N35)
- Ideas de muerte (N29)
- Sentimientos de culpa..... (N26)
- Tristeza, llanto,..... (N19)
- Datos de enfermedad (psico) somática..... (N12)
- Síntoma dolor (N12)
- Baja autoestima..... (N8)
- Sexualidad (N8)
- Ansiedad (N3)

Llama la atención la baja frecuencia en la que se han tratado temas como el dolor o la sexualidad. Podemos inferir, en lo que se refiere al dolor, que quizá en estas fechas (2006/7) aun no se estaba diagnosticando la enfermedad de fibromialgia con la profusión que encontramos en la actualidad. En cuanto al relativo soslayo del tema sexual se debe a la idiosincrasia de cada grupo en particular, en esta ocasión no ha sido el sexo un tema que hayan traído asiduamente, cosa que es más habitual en otros grupos.

2) Temática referente a relaciones pasadas/presentes:

- Problemas de pareja (N71)
- Problemas con madre/padre (N48)
- Problemas con hijos (N38)
- Reproches a su familia de origen (N33)
- Reproches a su familia propia (N32)
- Cargas familiares (N27)
- Solicitud de ayuda a su familia propia (N12)
- Muerte significativa (N8)

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

Aquí llama la atención la frecuencia muy destacada de la elaboración de los problemas de pareja que centran la temática de muchas sesiones. Es posible que la distinción entre problema y reproche sea algo artificiosa, pero nosotros las hemos diferenciado en cuanto que en el primer caso incluimos cosas que están ocurriendo en el presente y los reproches se catalogan como algo que pasó.

3) Interacción entre miembros

- Opinión de lo que le pasa a otro miembro	(N55)
- Consejo a otro miembro	(N48)
- Discusión acalorada	(N42)
- Gracias/reproches al grupo	(N40)
- Intervención del terapeuta.....	(N30)
- Identificación entre miembros	(N23)
- Petición al terapeuta	(N13)
- Devoluciones	(N12)
- Secreto ("no puedo decirlo ahora").....	(N10)

Esta es la fase en que desea todo terapeuta, que haya verdadera interacción entre los miembros del grupo, que haya flujo comunicacional importante. Es aquí hacia donde el terapeuta quiere guiar al grupo. En realidad tanto la petición directa al terapeuta como el acogimiento al secreto si están denotando un retroceso hacia estadios muy primitivos del proceso de formación del grupo.

5) CONCLUSIONES

Hemos intentado ofrecer una alternativa terapéutica a unos pacientes para los que difícilmente se encuentra respuesta desde los servicios sanitarios de salud mental de segundo nivel. Durante más de 20 años creamos un espacio en el que año tras años recogíamos las necesidades de una población amplia pero quizá tratada en cierta forma con bastante desinterés por nuestra parte. Téngase en cuenta que por lo general se trata de pacientes que, actualmente, son incluidos en un tipo de usuarios denominados "multifrecuentadores", con innegable connotación negativa.

Nuestro objetivo ha sido crear ese espacio para que el resto del trabajo terapéutico sea realizado por el grupo. Los pacientes que pasan por esta experiencia tienen más instrumentos para la "socialización" contrarrestando el efecto de encerramiento semiautístico al que le lleva el trastorno.

No hemos afrontado el reto de demostración de la efectividad del proceso terapéutico grupal. Quizá podamos realizarlo en trabajos sucesivos. Es posible medir a largo plazo los efectos de un año en terapia grupal, comparar sintomatología antes y después del grupo, etc... Pensamos que la psicoterapia de grupo tiene demostrado su utilidad a través de más de un siglo de existencia. Somos

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS NEUROTICOS. EXPERIENCIA EN EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

conscientes que en nuestro medio (sanidad pública), hasta ahora, no se nos ha exigido tal extremo por el hecho de que la institución ha sacado su beneficio: ha aumentado su cartera de servicios. Pero es posible que tengamos que justificar cada actividad que realicemos y más si tenemos en cuenta los últimos recortes presupuestarios. O sea, que si al gestor le interesa obtener números y más números, tendremos que presentar resultados demostrables, cosa que se nos antoja difícil.

BIBLIOGRAFIA

- 1) "Manual de terapias de grupo" . José Guimón. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 2007
- 2) "La dinámica de los grupos pequeños". Didier Anzieu, Jacques-Yves Martin. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 2007.
- 3) "Experiencias en grupo". Wilfred R. Bion. Paidos Iberica. 1980
- 4) "Guia breve de psicoterapia de grupo". Irving D. Yalom, Sophia Vinogradov. Paidos Ibérica 1996.
- 5) "Psicoterapia de Grupo Grupoanalítica". José M. Sunyer Martin. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 2013.