



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TÍTULO:**

**PSICOTERAPIA DE GRUPO Y SUPERACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN  
LOS ADULTOS MAYORES DE LA “FUNDACIÓN MARÍA TRONCATTI”  
DEL CANTÓN SUCÚA, PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO.  
PERÍODO MAYO - SEPTIEMBRE 2011**

**AUTORAS:** CRISTINA CHOCHO  
BLANCA TUQUINGA  
**TUTOR:** DR. BYRON BOADA A.

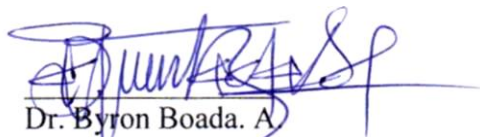
**Riobamba – Ecuador**

**2012**

## **ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado Presentado por las Señoritas Cristina Chocho Fernández y Blanca Tuquinga Guiracaja para optar por el Título de Psicólogo/a Clínico/a, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 04 de Noviembre del 2011.



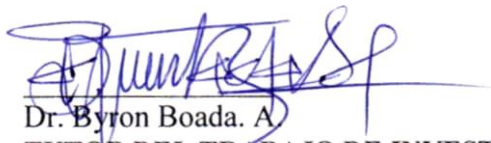
Dr. Byron Boada. A)

Riobamba, 03 de Diciembre del 2012

## **CERTIFICADO**

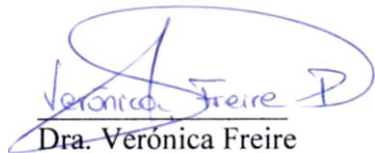
Certificamos que, las Señoritas CHOCHO FERNÁNDEZ GRECIA CRISTINA y TUQUINGA GUAIRACAJA BLANCA AMELIA Egresadas de la Escuela de Psicología Clínica Facultad de Ciencias de la Salud, se encuentran aptas para la Defensa Pública respecto de la Tesina con el Tema: **"PSICOTERAPIA DE GRUPO Y SUPERACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA "FUNDACIÓN MARÍA TRONCATTI" DEL CANTÓN SUCÚA, PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO. PERÍODO MAYO -SEPTIEMBRE 2011"**

Las interesadas pueden hacer uso del presente para los respectivos trámites académicos. Es todo cuanto podemos informar en honor a la verdad.



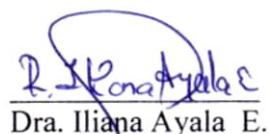
Dr. Byron Boada. A

**TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**



Dra. Verónica Freire

**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**



Dra. Iliana Ayala E.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Cristina Chocho Fernández y  
Blanca Tuquina Guairacaja,  
somos responsables de todo el  
contenido de este trabajo  
investigativo, los derechos de  
autoría pertenecen a la

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres, hermana e hija que han sido un pilar fundamental en mi vida, ya que me impulsaron con sabiduría y paciencia para continuar adelante; de manera especial a mi abuelita quien fue la inspiración para esta investigación. A ellos debo mi formación profesional, aclarando que el éxito obtenido será revertido en bien de la sociedad a la que me debo.

**Cristina Chocho**

El presente trabajo investigativo lo dedico a mis padres quienes son el pilar fundamental en mi vida, los que con paciencia y sabiduría inculcaron en mí deseos de superación; a mis hermanas y hermano quienes han sembrado apoyo y confianza. Ellos hicieron posible la culminación de una etapa importante en mi vida estudiantil y

formación profesional, a todos gracias.

**Blanca Tuquinga**

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestra eterna gratitud a Dios por sembrar paciencia, fe y esperanza en nuestros espíritus, a la Universidad Nacional de Chimborazo que nos abrió sus puertas y nos brindó las mejores enseñanzas, a la Escuela de Psicología Clínica y su fundador, a nuestros queridos profesores y de manera especial a nuestro

Tutor Dr. Byron Boada A.,  
 quien de manera desinteresada y  
 con paciencia nos orientó  
 sabiamente para la culminación de  
 esta investigación.

## **ÍNDICE GENERAL**

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Aceptación del Tutor .....</b>             | <b>II</b>   |
| <b>Certificado de Aprobación .....</b>        | <b>III</b>  |
| <b>Derecho de Autoría .....</b>               | <b>IV</b>   |
| <b>Dedicatoria .....</b>                      | <b>V</b>    |
| <b>Agradecimiento .....</b>                   | <b>VI</b>   |
| <b>Índice general .....</b>                   | <b>VII</b>  |
| <b>Índice de cuadros .....</b>                | <b>X</b>    |
| <b>Índice de gráficos .....</b>               | <b>XI</b>   |
| <b>Resumen .....</b>                          | <b>XII</b>  |
| <b>Abstract.....</b>                          | <b>XIII</b> |
| <b>Introducción .....</b>                     | <b>1</b>    |
| <b>CAPÍTULO I .....</b>                       | <b>2</b>    |
| <b>PROBLEMATIZACIÓN .....</b>                 | <b>3</b>    |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>       | <b>3</b>    |
| <b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>         | <b>4</b>    |
| <b>OBJETIVOS .....</b>                        | <b>4</b>    |
| <b>OBJETIVO GENERAL .....</b>                 | <b>4</b>    |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>            | <b>4</b>    |
| <b>JUSTIFICACIÓN .....</b>                    | <b>5</b>    |
| <b>CAPÍTULO II .....</b>                      | <b>6</b>    |
| <b>MARCO TEÓRICO .....</b>                    | <b>7</b>    |
| <b>LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....</b>           | <b>7</b>    |
| <b>POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL .....</b> | <b>7</b>    |
| <b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....</b>           | <b>7</b>    |
| <b>PSICOTERAPIA DE GRUPO .....</b>            | <b>7</b>    |
| <b>Definiciones .....</b>                     | <b>7</b>    |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ENFOQUES EN LA TERAPIA DE GRUPO .....</b>               | <b>9</b>  |
| <b>HISTORIA DE LA TERAPIA DE GRUPO .....</b>               | <b>10</b> |
| <b>SELECCIÓN Y PREPARACIÓN DE PACIENTES</b>                |           |
| <b>ORGANIZACIÓN DEL GRUPO .....</b>                        | <b>17</b> |
| <b>SELECCIÓN .....</b>                                     | <b>18</b> |
| <b>PREPARACIÓN .....</b>                                   | <b>25</b> |
| <b>ORGANIZACIÓN DEL GRUPO .....</b>                        | <b>31</b> |
| <b>PAPEL DEL LÍDER EN LA TERAPIA DE GRUPO .....</b>        | <b>36</b> |
| <b>ATRIBUTOS DEL LÍDER .....</b>                           | <b>39</b> |
| <b>Elementos de la terapia .....</b>                       | <b>42</b> |
| <b>EVITAR QUE LOS MIEMBROS SE LESIONEN .....</b>           | <b>53</b> |
| <b>TERMINACIÓN .....</b>                                   | <b>54</b> |
| <b>EVALUACIÓN DE LOS LOGROS .....</b>                      | <b>55</b> |
| <b>PROCESOS DE TERMINACIÓN EN TERAPIA GRUPAL .....</b>     | <b>56</b> |
| <b>TEORÍA .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>TIPOS DE TERMINACIÓN .....</b>                          | <b>58</b> |
| <b>TÁCTICAS DE TERMINACIÓN .....</b>                       | <b>66</b> |
| <b>TRATAMIENTO POSTERIOR .....</b>                         | <b>67</b> |
| <b>ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS EN TERAPIA GRUPAL .....</b>   | <b>69</b> |
| <b>TRANSGRESIONES SEXUALES .....</b>                       | <b>69</b> |
| <b>CONFIDENCIALIDAD .....</b>                              | <b>72</b> |
| <b>EL ADULTO MAYOR .....</b>                               | <b>74</b> |
| <b>Definiciones .....</b>                                  | <b>74</b> |
| <b>Características del Adulto Mayor .....</b>              | <b>75</b> |
| <b>DEPRESIÓN .....</b>                                     | <b>80</b> |
| <b>Definiciones .....</b>                                  | <b>80</b> |
| <b>CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL CIE-10 .....</b> | <b>80</b> |
| <b>F32 Episodios Depresivos .....</b>                      | <b>80</b> |
| <b>F33 Trastornos Depresivos Recurrentes .....</b>         | <b>86</b> |
| <b>Depresión en el Adulto Mayor .....</b>                  | <b>90</b> |
| <b>HIPOTESIS Y VARIABLES .....</b>                         | <b>94</b> |
| <b>HIPÓTESIS .....</b>                                     | <b>94</b> |



|  |            |
|--|------------|
| <b>VARIABLES .....</b>                                     | <b>94</b>  |
| <b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....</b>           | <b>95</b>  |
| <b>CAPÍTULO III .....</b>                                  | <b>96</b>  |
| <b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>                            | <b>97</b>  |
| <b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>                    | <b>97</b>  |
| <b>POBLACIÓN Y MUESTRA .....</b>                           | <b>97</b>  |
| <b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..</b>  | <b>97</b>  |
| <b>ANÁLISIS E INTRPRETACIÓN DE POBLACIÓN .....</b>         | <b>99</b>  |
| <b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS TESTS PSICOLÓGICOS</b> | <b>106</b> |
| <b>Comprobación de Hipótesis .....</b>                     | <b>114</b> |
| <b>CAPÍTULO IV .....</b>                                   | <b>115</b> |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>                                  | <b>116</b> |
| <b>RECOMENDACIONES .....</b>                               | <b>117</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>                                  | <b>118</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>120</b> |

## ÍNDICE DE CUADROS

|   |     |
|---|-----|
| <b>CUADRO 1</b>   |     |
| Población de Adultos Mayores, Inclusión y Exclusión ..... | 99  |
| <b>CUADRO 2</b>   |     |
| Población de Adultos Mayores Evaluados .....              | 100 |
| <b>CUADRO 3</b>   |     |
| Rango de edades y género .....                            | 101 |
| <b>CUADRO 4</b>   |     |
| Familiares .....  | 104 |
| <b>CUADRO 5</b>   |     |
| Visita de familiares .....                                | 105 |
| <b>CUADRO 6</b>   |     |
| Inventario de Depresión de Beck .....                     | 106 |
| <b>CUADRO 7</b>   |     |
| Escala de Hamilton para la Depresión .....                | 107 |
| <b>CUADRO 8</b>   |     |
| Escala de Depresión Geriátrica .....                      | 109 |
| <b>CUADRO 9</b>   |     |
| Retests del Inventario de Depresión de Beck .....         | 110 |
| <b>CUADRO 10</b>  |     |
| Retests de la Escala de Hamilton para la Depresión .....  | 112 |
| <b>CUADRO 11</b>  |     |
| Retests de la Escala de Depresión Geriátrica .....        | 113 |

## ÍNDICE DE GRAFICOS

|   |     |
|---|-----|
| <b>GRÁFICO 1</b>  |     |
| Población de Adultos Mayores, Inclusión y Exclusión ..... | 99  |
| <b>GRÁFICO 2</b>  |     |
| Población de Adultos Mayores Evaluados .....              | 100 |
| <b>GRÁFICO 3</b>  |     |
| Intervalo de rango de edades .....                        | 101 |
| <b>GRÁFICO 3-A</b>  |     |
| Rango de edad y género de entre 70 a 79 años .....        | 102 |
| <b>GRÁFICO 3-B</b>  |     |
| Rango de edad y género de entre 80 a 89 años .....        | 102 |
| <b>GRÁFICO 3-C</b>  |     |
| Entre 90 a más años .....                                 | 103 |
| <b>GRÁFICO 4</b>  |     |
| Familiares .....  | 104 |
| <b>GRÁFICO 5</b>  |     |
| Visita de familiares .....                                | 105 |
| <b>GRÁFICO 6</b>  |     |
| Inventario de Depresión de Beck .....                     | 106 |
| <b>GRÁFICO 7</b>  |     |
| Escala de Hamilton para la Depresión .....                | 108 |
| <b>GRÁFICO 8</b>  |     |
| Escala de Depresión Geriátrica .....                      | 109 |
| <b>GRÁFICO 9</b>  |     |
| Retests del Inventario de Depresión de Beck .....         | 111 |
| <b>GRÁFICO 10</b>   |     |
| Retests de la Escala de Hamilton para la Depresión .....  | 112 |
| <b>GRÁFICO 11</b>   |     |
| Retests de la Escala de Depresión Geriátrica .....        | 114 |

## RESUMEN

El tema de investigación PSICOTERAPIA DE GRUPO Y SUPERACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA “FUNDACIÓN MARÍA TRONCATTI” DEL CANTÓN SUCÚA, PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO. PERÍODO MAYO-SEPTIEMBRE 2011, fue planteado en base a la necesidad de atención psicológica que requiere la población de adultos mayores. Por lo que, creímos importante aplicar “Psicoterapia de grupo”, ya que, el contexto en la que se encuentra la población a investigar favorecía su aplicación. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que pone en juego el bienestar del individuo que la presenta. Este trastorno es el más común de las enfermedades que aquejan al adulto mayor debido a los diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales que presenta, por lo que, se creyó necesario realizar Psicoterapia de grupo en la población de adultos mayores de la fundación mencionada, para así lograr la superación de la depresión, modificando los pensamientos y conductas. Uno de los objetivos en el presente estudio es: demostrar que la Psicoterapia de grupo contribuye a la superación de la depresión en los adultos mayores, para esto se utilizó diversos tests relacionados con el estado de ánimo (test de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, escala de depresión Geriátrica de Yesavage). Se desarrollaron talleres psicoterapéuticos entre los miembros de grupo para superar la depresión, demostrándose que la Psicoterapia de grupo contribuye a la superación de la depresión en los adultos mayores, ya que al terminar la investigación se pudo observar mediante la aplicación de tests los resultados, mismos reflejaron cambios en el estado de ánimo, logrando así, la superación de la depresión en los adultos mayores de la “Fundación María Troncatti”. Recomendándose entre otros, fomentar programas psicoterapéuticos orientados a los adultos mayores.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**CENTRO DE IDIOMAS**

---

**ABSTRACT**

The research topic **“GROUP PSYCHOTHERAPY AND OVERCOMING DEPRESSION IN ELDER ADULTS OF THE “MARIA TRONCATTI FOUNDATION” SUCÚA CANTON, MORONA SANTIAGO PROVINCE”**. PERIOD MAY-SEPTEMBER, 2011, it was raised on the need for psychological care required by elderly population. So, we thought it was important to apply "Group Therapy" the context in which the population is favored its application in this research.

Depression is a mood disorder that jeopardizes the wellbeing of the individual who suffers of it. This disorder is the most common diseases that afflict the elderly due to various biological, psychological and social features, so it was thought necessary to apply the Group Psychotherapy to elderly population on this foundation in order to overcome depression, changing their thoughts and behaviors. One of the objectives of this research is to demonstrate that the group psychotherapy helps to defeat depression in elder adults, to reach our goal we used various tests related to mood (Beck depression test, depression scale Hamilton depression scale of Yesavage Geriatric). Psychotherapeutic workshops were developed between group members to overcome depression, showing that group psychotherapy helps overwhelm depression in elder adults, since the completion of the investigation could be observed by applying the results of retests, they reflected changes in mood, and therefore, depression was overwhelmed in seniors “Maria Troncatti Foundation ”. We recommend among other psychotherapeutic programs designed to encourage elder adults.

**Reviewed and approved by:**

Dra. Fanny Zambrano Vallejo

**English Professor Languages Center**



Riobamba November 22<sup>nd</sup>, 2012

## INTRODUCCIÓN

En el trajinar de la vida vamos dejando huellas inmemorables que marcan nuestra existencia. Cuando somos jóvenes vivimos nuestro mundo sin pensar en el futuro, sin pensar que alrededor hay personas que necesitan de nuestra comprensión y afecto, personas que en su momento dieron lo mejor de sí con dedicación y amor, en bien de su familia y de la sociedad, personas a las que hoy les llamamos adultos mayores y que no se merecen ser ignoradas y rechazadas por la Sociedad. Por lo tanto, no debemos olvidar que el proceso de la vida nos encaminará a vivir la etapa del adulto mayor que hoy viven nuestros abuelos.

La mayoría de personas consideran al adulto mayor como un estorbo, como la persona a quien hay que cuidar, a la que en muchas ocasiones debemos alimentarlo, bañarlo, vestirlo porque no puede hacerlo solo, ya que por su edad a perdido sus facultades físicas y mentales. Siendo por este motivo rechazado y abandonado en un asilo, circunstancia que provoca en los adultos mayores alteraciones emocionales como los estados depresivos, por tal razón surge la motivación para la realización de esta investigación, con la que se pretende contribuir con un trabajo psicoterapéutico enfocado a la superación de la depresión en los adultos mayores, aplicando “Psicoterapia de grupo”.

El presente trabajo se estructura de la siguiente manera: El Capítulo I tiene que ver con el Planteamiento del problema, formulación del problema y los objetivos. El Capítulo II se relaciona con el Marco teórico, definiciones y teorías, hipótesis y variables. El Capítulo III explica la metodología utilizada, métodos, población y técnicas empleadas en la investigación, además hace referencia a los análisis estadísticos respecto de los resultados obtenidos en razón de la aplicación de los tests, y; en el Capítulo IV se exponen las conclusiones y las recomendaciones, relativas a la investigación planteada “Psicoterapia de Grupo y Superación de la Depresión en los Adultos Mayores de la Fundación María Troncatti del Cantón Sucúa, Provincia de Morona Santiago”. Además se hace contar la bibliografía correspondiente y anexos.

# **CAPÍTULO I**

# **1.- PROBLEMATIZACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro país, el 13,1% de la población (1,4 millones) está comprendida en el grupo de 60 años y más. Para el 2015 la población de 60 años y más alcanzará un 18,4%, y será mayor en términos absolutos y relativos a la de 0-14 años, que no alcanzará el 17% del total. Actualmente, la esperanza de vida de los adultos mayores es aproximadamente de 20 años (para ambos sexos) sobre los 65 años de edad.

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que práctica la marginación social hacia los adultos mayores, sintiéndose relegado, aún en la familia. Por lo tanto, sufren la experiencia de vivir desmotivados, con la estima baja que los lleva a la depresión.

El adulto mayor se encontraría sin las herramientas que le permitan su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y formas de vida.

Por tal razón, en la sociedad ecuatoriana la vejez es uno de los temas prioritarios de atención en todo lo que concierne a marginación y calidad de vida respecto del adulto mayor. Es de anotar que, existen instituciones que se han involucrado en este tema procurando velar por el bienestar y calidad de vida de esta población, se han implementado proyectos con el objetivo de promover el desarrollo óptimo del adulto mayor no institucionalizado, sin embargo, poco se ha logrado en lo que corresponde a las necesidades afectivas, físicas y materiales del adulto mayor que se encuentra aislado y recluido en una institución.

El adulto mayor está en una etapa en la que debe afrontar dificultades tanto físicas como psicológicas, que al no ser atendidas se agudizará la depresión, conflictuándolo mayormente que, de no ser atendido la afectación a su dignidad será evidente. Afectándose por lo tanto la salud mental, motivo de estudio en nuestra investigación, como es la depresión debido a la carencia afectiva.



Por lo tanto, esta investigación se orienta a la Psicoterapia de grupo y la depresión en los adultos mayores, con el único fin de que las técnicas psicoterapeutas contribuyan a la superación de la depresión en la población mencionada. Siendo así, se empleará en el estudio tests psicológicos y técnicas psicoterapéuticas.

Luego de tener un acercamiento inicial con la población y determinar la problemática, se decidió trabajar de manera directa y personal con los adultos mayores institucionalizados en la “Fundación María Troncatti” ubicada en el cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago.

Queremos mencionar además que, el adulto mayor es muestra motivación, razón de la presente investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo puede ayudar la Psicoterapia de grupo a superar la depresión en los adultos mayores de la “Fundación María Troncatti” ubicado en el cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Relacionar la Psicoterapia de grupo con la superación de la depresión en los adultos mayores de la “Fundación María Troncatti” del cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Explicar la psicoterapia de grupo orientada a los adultos mayores.
- ❖ Identificar la depresión en los adultos mayores de la “Fundación María Troncatti” del cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago.
- ❖ Demostrar que la psicoterapia de grupo contribuye a la superación de la depresión en los adultos mayores de la “Fundación María Troncatti” del cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La motivación para la realización de esta investigación obedece a la formación en psicología clínica y a la competencia terapéutica. De ahí que, se ha creído conveniente fundamentar esta investigación relativa a la Psicoterapia de grupo y la superación de la depresión, con la firme convicción de que proporcionará resultados favorables, ya que su trabajo se centra en la interacción de los participantes, de modo que puedan abordarse los problemas interpersonales en el contexto grupal, de esta manera resolver las dificultades emocionales y estimular el desarrollo personal de los participantes.

Nuestro propósito respecto de la investigación es dirigir al grupo, buscando potenciar la interacción grupal y la conexión con el exterior a través de la creación de una matriz grupal que refuerce la autoestima de los participantes.

Por lo tanto, creemos que nuestro aporte será significativo en el desarrollo del adulto mayor que se encuentra institucionalizado, así como en el presente caso “Fundación María Troncatti” del Cantón Sucúa, Provincia de Morona Santiago, donde se ejecutará el proyecto de investigación que no solo sea de utilidad para la población de adultos mayores sino para los estudiantes de psicología, la población en general e instituciones de salud, quienes deben fomentar políticas de atención permanente a los adultos mayores.

# **CAPÍTULO II**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

La línea base del presente estudio es la siguiente: Línea Macro de Salud Integral; en esta investigación se desarrolla la Sublínea de Rehabilitación Integral del Individuo.

### **2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL**

La presente investigación se desarrollará con la aplicación de la “Psicoterapia de grupo”, para tratar la depresión en el adulto mayor. La “Psicoterapia de grupo” es un proceso orientado a la resolución de problemas basados en el intercambio de experiencias personales. El objetivo es ayudar a resolver las dificultades emocionales y cognitivas, aparte de estimular el desarrollo personal de los participantes con la asistencia del Terapeuta.

### **2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

#### **2.3.1. PSICOTERAPIA DE GRUPO**

##### **2.3.1.1. Definiciones**

- Terapia que se aplica a un grupo de personas y que se sirve de la interacción emocional entre los miembros de este para superar el conflicto individual y modificar su conducta. La psicoterapia de grupo puede dirigirse a grupos verbales o a grupos de actividad. Existen diversas modalidades de psicoterapia de grupo. Por lo general, el grupo lo compone un número que oscila entre los seis y las quince personas (entre seis y nueve en la psicoterapia no directiva), en sesiones periódicas dirigidas por uno o dos terapeutas. La finalidad del tratamiento psicoterapéutico de carácter grupal estriba en tres aspectos principales: el ahorro de tiempo, favorecer la catarsis (muchos enfermos verbalizan sus problemas más fácilmente en grupo que en forma individual) y el estímulo al desarrollo de las relaciones sociales por la acción del grupo. Según GENERVARD, existen dos modalidades principales de psicología de

grupo: los grupos de discusión y la modalidad analítica. ALFONSO FERNÁNDEZ distingue entre la psicoterapia de grupo directiva (el terapeuta asume el papel pasivo de observador), la psicoterapia de grupo no directiva (el terapeuta debe mostrarse comprensivo desde el primer momento) y los grupos de discusión (el terapeuta enseña e informa a los pacientes). Es necesario lograr una cierta heterogeneidad en la formación de los grupos, dado que la homogeneidad grupal constituye una entidad en cierto modo alejado de la realidad social y ofrece una mejor elasticidad y capacidad para el cambio de papeles. La composición de los grupos puede atender a factores diversos que deben ser convenientemente analizados, y cuya valoración es siempre discutible: edad, sexo, estatus social, estructura de la personalidad, nivel intelectual y sintomatología o diagnóstico. (1)

- La terapia o psicoterapia de grupo centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales, de modo que puedan abordarse los problemas personales e interpersonales en contexto grupal. La psicoterapia de grupo, al igual que la psicoterapia individual, está destinada a ayudar a las personas que desean mejorar sus habilidades para afrontar los problemas que se presentan en la vida cotidiana. El objetivo de la psicoterapia de grupo es ayudar a resolver las dificultades emocionales y estimular el desarrollo personal de los participantes. El terapeuta elige como candidatos para el grupo a aquellas personas que pueden beneficiarse de este tipo de terapia, así como los que pueden tener una influencia útil para otros miembros del grupo. (2)
- La terapia de grupo ahorra tiempo a los terapeutas y dinero a los clientes, y generalmente no es menos efectiva que la terapia individual (Fuhrman y Burlingame, 1994). Y, lo que es más importante, el contexto social permite a las personas descubrir que los demás tienen problemas similares a los suyos e intentar nuevos modos de conducta. Y puede dar alivio saber que no está solo- para saber que los otros, a pesar de su compostura aparente, comparten tus problemas de soledad, incompetencia o enfado. (3)

## **2.2.1.2. ENFOQUES EN LA TERAPIA DE GRUPO**

### **a. Terapia de grupo interpersonal**

Toda terapia grupal, sea cual sea la orientación del terapeuta que la realiza, es por su propia naturaleza fundamentalmente interpersonal. Cuando un grupo de personas se reúne bajo condiciones estables para trabajar juntos sus problemas psicológicos y preocupaciones, genera ciertas interacciones predecibles: los miembros del grupo reciben de los demás apoyo e información útil, se sienten capaces y útiles cuando pueden ayudar a otro, se sienten más seguros al conocer que otros sufren sus mismos males. Por ello aunque el aprendizaje interpersonal es tan solo un factor de la terapia grupal (Yalom, 1985), los restantes factores que se han identificado – conducta imitativa, altruismo y universalidad- tienen también componentes fundamentalmente interpersonales.

J. Scott Rutan y Walter N. Stone (1984) afirman que las psicopatologías predominantes de una sociedad tan fragmentaria como la actual, son consecuencia de la falta de habilidad de las personas para relacionarse. La terapia grupal es, en consecuencia, el tratamiento natural para estas dolencias. La terapia grupal interpersonal no constituye una escuela de terapia grupal intrínsecamente, aunque pone en énfasis en el aprendizaje interpersonal como mecanismo curativo fundamental, con el objetivo de ayudar a los individuos a mantener relaciones satisfactorias. La terapia grupal interpersonal propone ciertos marcos o técnicas terapéuticas generales para maximizar dicho aprendizaje y ayudar a los miembros a conseguir el objetivo. También se lo denomina <terapia grupal interactiva>. La influencia de la perspectiva interpersonal se ha generalizado, por lo que es la forma de terapia grupal que más se practica en los Estados Unidos. Es más, las técnicas interpersonales se han modificado y aplicado a poblaciones y encuadres terapéuticos muy diversos. (4)

### **b. Terapia de grupo Gestalt**

La terapia Gestalt es una terapia experiencial – existencial que subraya el aquí y ahora de la existencia, las relaciones y el aprendizaje. Tal vez la mayor contribución de la terapia de grupo Gestalt haya sido la incorporación de los

aspectos creativos y de conciencia corporal de la teoría y la terapia Gestalt al proceso grupal y la importancia que se da al aprendizaje experiencial más que al *insight*. Aunque la terapia de grupo Gestalt no representa un abordaje unificado y quizás nunca lo tenga la terapia Gestalt en que se apoya si tiene un cuerpo unitario. (5)

### **c. Terapia de grupo con abordaje Humanista- Existencial**

La tesis subyacente al aborde humanista – existencial en el trabajo con grupos es la de negar la polarización que a menudo existe entre el terapeuta y el paciente. En esencia, se asume que la relación de reciprocidad con el terapeuta es la autentica experiencia grupal. Quienes siguen los abordajes tradicionales lo consideran como echar un ancla en medio de un mar tormentoso, pero, demasiado a menudo, la tradición supone un bloqueo de la flexibilidad y los cambios necesarios. El psicoterapeuta de grupo, como cualquier buen profesor, tiene que validar la libertad de explorar y disfrutar de la vida. La gente se siente más llena cuando toma conciencia de que la vida consiste en cambiar. Erik Erikson (1968) en su obra sobre el concepto de identidad, afirmaba: <<identidad (...) significa el descubrimiento de (...) aquello hacia lo que uno tiende (...), de los recursos internos a partir de los cuales uno puede avanzar hacia algo nuevo (...)>> (6)

## **2.2.1.3. HISTORIA DE LA TERAPIA DE GRUPO**

### **a) Precursores**

Como se señala en los dos capítulos de historia de las ediciones precedentes de este libro (Anthony, 1971; Sadock. Kaplan. 1983), la terapia de grupo en el sentido de una actividad planificada bajo guía profesional para tratar la patología de la personalidad es una invención americana del siglo XX. Entre los pioneros se cuenta a Joseph Pratt (1922); internista que ya en 1905 hacia sesiones de lectura con sus pacientes tuberculosos en un ambulatorio de Boston. En dichas lecturas se combinaba la información con sugerencias útiles para que los pacientes aprendieran a manejarse con su enfermedad crónica. Al observar la mejoría psicológica que proporcionaba este abordaje. Pratt y sus colegas no tardaron en hacer extensivo el método de clases a los pacientes diabéticos y en ocasiones a

pacientes neuróticos. Edward Lazell (1921) psiquiatra adopto el método grupal de Pratt para trabajar con esquizofrénicos en el hospital St. Elizabeth de Washington D.C. Se servía de discusiones de grupo con orientación psicoanalítica además de lecturas de apoyo. Aproximadamente una década más tarde L. Cody Marsh (1931), sacerdote que luego se hizo psiquiatra desarrollo un abordaje grupal con pacientes internos donde se aplicaba tanto el exhorto como la sugerencia. Su lema repetido a menudo era: <<La multitud les corrompió, la multitud debe sanarles>>. También se anticipó al moderno medio de abordaje al promover encuentros comunitarios en su hospital con participación tanto de pacientes como miembros de plantilla.

Hacia la mitad de los años veinte Trigant Burrow (1927) uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Americana desechó el diván a cambio de pequeños grupos informantes de discusión con participación de pacientes, familiares y otros colegas. Aplicando lo que denominó análisis de grupo. Burrow pretendía estudiar en profundidad la conducta social en dichas sesiones colectivas. Cuando viro desde la perspectiva social a la fisiológica lo que suponía la medición de las menores reacciones cenestésicas de los miembros grupo fue expulsado de la American Psychoanalytic Association. Se dice de Burrow que conocía personalmente a Sigmund Freud y Carl Gustav Jung que asedió a Freud y otras luminarias y con cartas y escritos en los que hacía extravagantes declaraciones acerca de su nuevo método por entonces denominado filoanálisis. Probablemente fue Burrow la causa inconsciente del abrupto abandono por Freud del tema de la psicología de grupo después de haber escrito un impresionante tratado al respecto (Freud 1921).

Según Rudolf Dreikurs (1959) en la vienesa etnica pediátrica de Alfred Adler se aplicaba habitualmente la terapia colectiva tanto a sus pacientes niños como a los adultos alrededor de 1925. (7)

## **b) Pioneros**

La utilización de pequeños grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad comenzó en Estados Unidos en la década de 1930 con



los trabajos de Louis Wender, Paul Schilder, Jacob L. Moreno, Samuel R. Slavson, Fritz Redl y Alexander Wolf.

El abordaje de Wender (1936) se inició en el contexto de pacientes ingresados combinando conceptos Freudianos sobre la psicología de grupo (1921) con interpretaciones de la transferencia familiar y la transacción dentro del grupo. Posteriormente extendido su trabajo a grupos de pacientes ambulatorios (Wender Stein 1949). Edward Pinney (1978) considera a Schilder (1936) como pionero de la terapia analítica de grupo debido a su sistemática interpretación tanto de la transferencia como de los sueños.

Aunque Moreno aplicaba métodos de acción dramática (el teatro de la espontaneidad) en Viena a comienzo de los años veinte su abordaje psicodramático como modalidad de tratamiento clínico no surgió en Estados Unidos hasta la mitad de los años treinta con la fundación de un hospital psiquiátrico en Beacon Nueva York y dos institutos de formación. Moreno (1953) la superioridad de sus métodos de acción de cara a la vida real frente al psicoanálisis de Freud estáticamente centrado en las dinámicas intrapsíquicas, como formulo León Fine (1979) el psicodrama <<se sirve de interacciones dramáticas, mediciones sociométricas y dinámica de grupo basándose en la teoría de roles para inducir cambios en individuos y grupos mediante el desarrollo de percepciones y conductas y la reorganización de antiguos patrones cognitivos>>.

Wender Schilder y Moreno eran psiquiatras mientras que S.R. Slavson comenzó como educador y trabajador social, llegando a adquirir una amplia autoformación como psicoterapeuta. A mitad de los años treinta observo que los muchachos en edad de latencia típicamente inhibidos y afectados ganaban en espontaneidad gracias a las interacciones dentro de un grupo. Así puso en marcha una terapia de actividad grupal que como su nombre indica se orienta a la expresión de fantasías y sentimientos mediante acción y juego. Un clima permisivo dentro del grupo favorece una regresión benigna a partir de la que pueden expresarse conflictos precoces en el contexto de un medio aceptador y estable. Los ingredientes terapéuticos básicos surgen de la interacción de los niños entre sí y con el

terapeuta. Con fines terapéuticos se utilizan dentro del grupo diversos materiales, instrumentos, juguetes y alimentos.

(Slavson, 1943). En las dos décadas siguientes Slavson hizo extensivo su método al trabajo grupal con adolescentes y adultos. Desarrollo protocolos de abordaje para grupos de discusión psicoanalítica diseñados para diversas clases de pacientes y niveles de edad (Slavson, 1964).

Fritz Redl (1942) discípulo vienes de August Eichhom introdujo, una vez instalado en Estados Unidos, los grupos de diagnóstico de niños. A ello siguieron muchos años de trabajo abriendo nuevos caminos en el abordaje grupal para el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos graves en el medio hospitalario (Redl Wineman, 1952). Redl (1950) también escribió sobre psicoanálisis grupal y propago y estimulo la aceptación de la terapia de grupo entre sus colegas psicoanalistas.

Impresionado por el trabajo con grupos de Wender (1936) y Schilder (1936). Alexandeer Wolf desarrollo en la década de 1930 un abordaje freudiano para terapia de grupo con adultos. Utilizaba un derivado de la asociación libre incluyendo el análisis de la transferencia, la resistencia y los sueños. Excluyendo cualquier atención a las manifestaciones a nivel grupal en su tratamiento de pacientes individuales en el grupo. Wolf y Emanuel Schawartz (1962) abogaban además por una controvertida innovación a base de sesiones alternas sin la presencia del terapeuta. (7)

### **c) Segunda Guerra Mundial y 1945 – 1960**

Con la segunda guerra mundial la terapia de grupo cobro un llamativo impulso y una creciente popularidad. Debido a la abundancia de casos psiquiátricos, los pocos psiquiátras militares existentes se vieron obligados a utilizar métodos de grupo por necesidad. De esta forma, los hospitales militares americanos y británicos se convirtieron en semillero de expertos en terapia de grupo. Entre los líderes americanos cabe citar a Samuel Hadden, Alexander Wolf, Irving Berger, Donal Shaskan Y Eric Berne. En cuanto a los británicos E. James Anthony S.H. Foulkes, Wilfred R. Bion, Joshua Bierer y John Rickman, entre otros, escribieron

sus primeros artículos sobre trabajo grupal en el Hospital Militar Northfield. William C. Menninger (1916) el principal psiquiatra militar de América considera que el empleo de terapia de grupo durante la segunda Guerra Mundial fue una de las más importantes contribuciones de la psiquiatría militar a la psiquiatría civil. En ese sentido las dos principales asociaciones de terapeutas de grupo, la American Group Psychotherapy Association fundada por S.R. Slavson y la American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama creada por J.L. Moreno vieron la luz durante la Segunda Guerra Mundial y experimentaron su primer estirón en la siguiente década.

En 1943 Giles Thomas los auspicios de la Josiah Macy Jr. Foundation, publicó un artículo sobre terapia de grupo, de interés histórico pero relativamente ingenuo. Aparentemente ignorante de que la terapia de grupo contemporánea ya se había puesto en marcha en los hospitales militares tanto americanos como británicos. Thomas esperaba que sus hallazgos impulsaran la aplicación de métodos de grupo en las emergencias de guerra. Clasificó la terapia de grupo en dos tipos principales: (1) represivo – sugestiva y (2) analítica. Su categoría *represivo – sugestiva* incluía el método de clases de Pratt (1922) y Alcohólicos Anónimos. La categoría *analítica* abarcaba el trabajo de Schilder (1936) y Wender (1936). Thomas estaba perplejo porque sus colegas psiquiatras <<habían hecho tan poco con los métodos de grupo>>, y se preguntaba si ello se debería al miedo a la exposición personal y a que se desataran fuerzas grupales de difícil control. Una década más tarde se publicó un trabajo más complejo de Florence B. Powdermaker y Jerome D. Frank (1953) en que, con una línea psicoanalítica ecléctica los autores estudiaban el proceso en la terapia de grupo tomando los aspectos que consideraban más deseables de cada uno de los diversos modelos de terapia grupal contemporánea. Citando a dichos autores: <<Nuestro abordaje de la terapia de grupo con pacientes neuróticos tiene puntos en común con el Foulkes, Ackerman, Slavson y Wolf, a la vez que nos consideramos influidos por los conceptos analíticos de Schilder y el énfasis de Trigant Burrow sobre el estudio de la interacción grupal>>.

A lo largo de los años cincuenta el campo de la salud mental, incluida la terapia de grupo, se erizó de dificultades debido a las imprevisibles disputas y luchas hegemónicas entre diversas escuelas de pensamiento. Además de las tempranas peleas ideológicas entre los psicoanalistas partidarios de Freud, Adler y los neofreudianos, adscritos a las ideas de Karen Horney y Harry Stack Sullivan surgió una gran cantidad de nuevas terapias competidoras, entre ellas el análisis transaccional, la terapia centrada en la persona, la Gestalt, la terapia racional – emotiva y la existencial. El análisis transaccional (Berne, 1966) y la terapia Gestalt (Perls, 1969) nacieron en contextos grupales, pero el resto de abordajes, inicialmente individuales, pronto comenzó a extender sus conceptualizaciones sobre terapia individual al ámbito del grupo (Corsini, 1973).

La literatura de terapia de grupo de los años 50 demostró la aplicabilidad del tratamiento grupal en una amplia gama de *settings*, incluyendo hospitales generales y psiquiátricos, ambulatorios, programas de rehabilitación e instituciones correccionales. La población de pacientes abordables ocupaba un amplio espectro, desde niños y adolescentes hasta adultos con trastornos psiquiátricos diversos incluyendo problemas psicósomáticos, homosexuales y retrasados mentales.

Uno de los temas principales al comienzo era la aceptación de la terapia de grupo como forma válida de tratamiento, una vez lograda tal aceptación, una corriente de contribuciones teóricas intentó ligar la terapia de grupo con el campo psicoanalítico, dada la posición dominante del mismo entre los psicoterapeutas. Al hilo de tales producciones teóricas surgieron publicaciones que abordaban aspectos básicos del <<cómo y cuándo>> de la terapia de grupo, sentando criterios diferenciales respecto de aplicabilidad, grupos homogéneos versus heterogéneos, tratamiento combinado y conjunto y manejo de separación de pacientes. (7)

#### **d) Moreno y Slavson**

Desde la perspectiva de hoy día resulta difícil comprender la abierta prolongada e intensa rivalidad entre Jacob L. Moreno y Slavson, dos brillantes y apasionados

exponentes del movimiento de terapia de grupo. El conflicto entre ambos, que también implicó a sus discípulos, comenzó disputándose la primacía. Moreno (1959), pretendía haber sido el primero en acuñar el término <<terapia de grupo>> en 1931, iniciando así la terapia de grupo científica. A ello su mujer, Zerka T. Moreno (1966), añadía: <<la época de la literatura bajo el título de terapia de grupo comienza con Moreno>>. En otro lugar, Jacob Moreno (1958) afirmó que <<pretender que Joseph Pratt es el pionero de la terapia de grupo es un mito>>. Slavson (1979) por su parte declaraba que sus grupos de actividad de 1934 constituían el comienzo de la terapia de grupo <<con la introducción del grupo pequeño>>. Que tuvo lugar en 1934. Slavson menospreciaba el valor del psicodrama afirmando que solo útil para pacientes psicóticos y que <<el psicodrama puede servir como *inductor de catarsis*, técnica de ensayo y medio de comunicación pero nunca como una terapia total>>.

Está claro que Moreno tenía razón al quejarse de que no había sido suficiente considerado por los abordajes Gestalt existencial y grupo de encuentro, todos los cuales adoptaron muchas de sus ideas, pero probablemente se equivocaban a la acusar a Schilder. Foulkes y Ezriel de haberse apropiado de sus conceptos.

Tras la muerte de Moreno en 1974 su esposa y heredera profesional le describió como <<un líder disidente, solitario, narcisista, carismático pero reservado, gregario pero selectivo, amable pero excéntrico, antipático pero atractivo (Fine 1979). Igualmente, al evaluar el legado de Slavson. Anthony (1971) le describió de forma variable como un auto designado<< perro guardián con el que se puede contar para ladrar a los extraños y morder a los salvajes que rondan los márgenes de la terapia de grupo (...) un poderoso ímpetu para el desarrollo de la terapia de grupo: al mismo tiempo (...) plantea limitaciones para el ulterior crecimiento de la terapia de grupo como forma de tratamiento por propio derecho (...). Como teórico es más categórico que creativo y se da una firmeza en su postura que difícilmente encontramos en el aire>>.

Resulta lamentable que <<aun siendo una figura de talla internacional. Cuyas obras se han publicado en muchas lenguas con seguidores en todo el mundo. Todavía tiene poco crédito y reconocimiento>> (Fine.1979).Lo mismo puede

decirse de Slavson. Con la salvedad de que la American Group Psychotherapy Association que el fundo, ha logrado sobrevivir como la mayor y más respetada organización profesional de terapeutas de grupo. Tras la muerte de Slavson la asociación adopto un carácter más plural, lo que atrajo en su seno a terapeutas de grupo de todas las orientaciones ideológicas (incluyendo psicodramatistas). Por otro lado, dicha asociación fue elemento impulsor para la constitución en 1974 de la democrática International Association of Group Psychotherapy (Scheidlinger. Schamess, 1992). Solo cabe especular sobre lo que el movimiento de terapia de grupo sería hoy día en todo el mundo si Moreno y Slavson, trabajadores infatigables ambos. Hubiesen unidos sus esfuerzos en vida en lugar de disputar y promover organizaciones, conferencias y publicaciones competidoras. (7)

#### **2.2.1.4. SELECCIÓN Y PREPARACIÓN DE PACIENTES. ORGANIZACIÓN DEL GRUPO.**

Los beneficios que los pacientes derivados a terapia de grupal pueden obtener de este tipo de tratamiento dependen en gran medida de una adecuada selección y preparación. Estos trámites inciden igualmente en la experiencia subjetiva que el paciente tiene del grupo. Mitigan las expectativas exageradas que luego provocan decepción y bajas, y además disminuyen la ansiedad anticipatoria del paciente. Muchos informes clínicos indican que cuando se ha realizado un proceso minucioso de selección y preparación, la tasa de asistencia es significativamente más alta, aumenta la comprensión de los procesos grupales y se adquiere con más rapidez una conducta favorecedora de la terapia: así mismo se incluye positivamente sobre los resultados de la terapia. Los resultados de las investigaciones formales son más ambiguas que los informes clínicos, principalmente a causa de la variedad de factores simultáneos que pueden afectar a los pacientes de la terapia grupal en las etapas de selección, preparación y en la propia terapia. Por ello la metodología se complica cuando coexiste (1) tratamiento médico, (2) terapia individual, de pareja o familiar y (3) acontecimientos externos que deben tomarse en cuenta.

La elección de pacientes también resulta afectada por la agilidad con que se realiza. En muchos entornos la incorporación de pacientes a un grupo específico

se guía por leyes de oferta y demanda tales como número y calidad de derivaciones y disponibilidad de terapeutas.

El contenido desarrollo en este capítulo, es aplicable, con modificaciones, a la mayoría de adultos ambulatorios con orientación psicodrama.

#### **2.2.1.4.1. SELECCIÓN**

##### **a) Teoría**

Para reducir las tasas de abandono, estimadas en un 35 por ciento (Yalom, 1966), es imprescindible seleccionar adecuadamente a los candidatos. Es más, una selección adecuada contribuye al desarrollo de la cohesión, incrementa la tasa de asistencia y acelera el establecimiento de las conductas grupales que permiten el cambio.

Los criterios específicos de selección son difíciles de definir. No sea comprobado que la práctica de elegir a los pacientes en función de sus diagnósticos psiquiátricos sea fiable. Muchos pacientes con diagnósticos incluidos en el Eje dos teóricamente deberían beneficiarse de la terapia grupal, pero no es así, debido a la ausencia de motivación, dificultades en el control de los impulsos, predominio del narcisismo, problemas de rivalidad fraternal o dificultades con las figuras de autoridad. Sin embargo puede funcionar con pacientes esquizofrénicos (Leszez 1986: Yalom, 1983), con perturbaciones emocionales (Salvendy, Joffe, 1991) y trastornos por ansiedad.

Resulta más provechoso centrarse en la evaluación inicial de la psicodinamia del paciente que en el diagnóstico. La primera alternativa ofrece al entrevistador una comprensión global de las diversas experiencias vitales que han conformado la autoimagen de la persona. Sin embargo. A la hora de medir el nivel de funcionamiento en la vida cotidiana de los posibles miembros de un grupo, la exploración intrapsíquica generalmente asociada con las técnicas psicoanalíticas, es frecuentemente insuficiente. Por ello, es relevante y relevador enfocar el tipo de relaciones interpersonales del paciente con su familia de origen, sus amistades y

relaciones íntimas actuales, las relaciones laborales de jerarquía e igualdad, las relaciones con sus hijos y pareja.

El método óptimo es una aproximación pragmática que integre aspectos del funcionamiento tanto intrapsíquico como interpersonal. Sin embargo el perfil psicológico del paciente es sólo una de las muchas variables a considerar en el proceso global de selección.

#### **b) Consideraciones Prácticas.**

A pesar de las indicaciones empíricas mensurables, no se dispone de métodos fiables para predecir la conducta final de un paciente dentro de un grupo. De hecho, solo la conducta en grupo o en una situación muy precisa puede predecir el desarrollo posterior en la terapia.

Además hay una serie de factores prácticos que inciden en el proceso de selección. El principal es la disponibilidad de candidatos adecuados. En muchos entornos clínicos en que el grupo de terapia no tiene arraigo, la cantidad y calidad de derivaciones puede ser baja. Los terapeutas, en su práctica privada, pueden no tener una cantera suficiente de pacientes disponibles para empezar un grupo en un momento dado. Los terapeutas grupales tienen que educar a sus fuentes de derivación para suponer los prejuicios y malentendidos sobre la aproximación al tratamiento.

La pericia del terapeuta grupal también afecta al proceso de selección. Los terapeutas inexpertos tienen a realizar sus evaluaciones en una única sesión con el esquema de la consulta psiquiátrica, lo cual dice muy poco acerca de la adaptación a la terapia grupal.

En la mayoría de los casos, la evaluación se la realiza por medio de varias entrevistas individuales. El autor ve a todos los candidatos un mínimo de tres veces antes de incorporarlos al grupo. En la primera entrevista el foco de atención se centra en los problemas de presentación del paciente, tras fondo familiar, relaciones tempranas y actuales, e historial social, laboral y sexual. En la segunda entrevista el terapeuta da la información detallada sobre las razones



fundamentales de la terapia grupal, y describe en lenguaje claro el funcionamiento del grupo. El terapeuta informa al paciente de lo que debe esperar del grupo y del rol de terapeuta. Describe las reglas que rigen el funcionamiento y las dificultades más comunes. En la tercera sesión el terapeuta aclara las dudas y preguntas del paciente sobre el grupo y la información recibida. El tiempo restante lo dedica a reunir datos sobre las relaciones importantes y a establecer los objetivos específicos del tratamiento. Se fija una sesión individual de seguimiento para seis semanas después del comienzo del grupo y para hacerle una devolución en un ambiente menos amenazador, caso que la conducta temprana grupal de lugar a ello.

No se ha mostrado la utilidad de los test psicológicos para predecir que pacientes van a funcionar adecuadamente en la terapia de grupo. Sin embargo, Mary, Mcallum y Willian Pinper (1990), han desarrollado un procedimiento de evaluación la conciencia psicológica en el que el candidato observa un video corto con interacciones paciente-terapeuta ficticias. Después se la hace al candidato una serie de preguntas del tipo <<¿Qué cree que le está produciendo problemas a esta mujer?>>. La idea es medir la capacidad del paciente de identificar componentes dinámicos conflictivos y relacionarlos con las dificultades de las personas.

Aunque generalmente es el propio terapeuta el que evalúa a los candidatos del grupo, en algunos entornos la selección y a veces la preparación la realizan otros profesionales. En estos casos el rol de terapeuta no se desvirtúa en función de la actitud directiva mantenida en las sesiones preparatorias. En contra partida, cuando es el terapeuta el que lleva a cabo las sesiones de evaluación, es posible establecer una alianza terapéutica temprana y se pueden detectar las incompatibilidades de personalidad antes del que el paciente se integre en el grupo.

### **c) Criterios de inclusión**

A los pacientes se les debería ofrecer el grupo más adecuado para su problema, en vez del que el terapeuta tenga posible. El terapeuta debería explorar la motivación del paciente. Es probable que la terapia no sea beneficiosa en los casos en que los

pacientes van a terapia coaccionados, lo hacen por decisión de un juez, un superior en el trabajo, o su pareja: por el contrario, es más probable que se beneficien los que acuden por una motivación personal. Se puede aceptar pacientes que van coaccionados, pero se debe trabajar el tema de motivación antes de incorporarlos al grupo.

Los pacientes deben estar predispuestos a la terapia de forma constante durante un periodo largo de su vida, por ello, el terapeuta debería trabajar con detenimiento los aspectos de la realidad en aquellos casos en que los pacientes viven lejos, tienen turnos de trabajo o son padres con dificultades para encontrar a alguien que cuide de sus hijos.

Un pionero del Movimiento Americano de la Terapia Grupal señaló que todos los candidatos tienen que soportar los efectos de una gran cantidad de relaciones e interacciones en el grupo, por ello los candidatos deben haber tenido relaciones satisfactorias con al menos una persona, especialmente durante su infancia (Slavson, 1964). El criterio más adecuado para la selección en cualquier grupo es la capacidad del paciente para llevar a cabo la tarea del grupo (Vinogradov, Yalom, 1989). J. Scott Rutan y Walter N. Stone (1984) considera que los candidatos deben asumir que tienen un problema interpersonal, comprometerse a cambiar en sus relaciones, desear que el grupo les influya comprometerse a una apertura apropiada hacia los demás y estar motivado para ayudar al resto del grupo.

Muchos pacientes se pueden beneficiar tanto de la terapia individual como de la grupal. Las indicaciones específicas para terapia grupal incluyen bajo auto-estima, sentimientos depresivos (de naturaleza distímica), dificultades de comunicación y problemas de relación con compañeros, socios y figuras de autoridad, inhibición en situaciones sociales y miedo a la asertividad y la agresión incontrolada. También puede indicarse a pacientes con fobias sociales de grado leve, miedo, como temor a comer o hablar en público. Igualmente puede complementarse la inclusión de personas con enfermedades psicosomáticas bajo control médico adecuado (por ejemplo desórdenes en alimentación, síndrome de colon irritable y asma), individuos excesivamente intelectualizadores, pacientes con intolerancia a

la intimidad diádica y aquellos que provocan respuestas contratransferenciales perjudiciales de sus terapeutas individuales (Erances, Clarkin, Marachi, 1980).

A menudo la disponibilidad de terapeutas grupales y las actitudes de las fuentes de derivación se constituyen en factores determinantes. En general, el grupo representa una réplica más exacta de la sociedad que la relación diádica: por ello ofrece mayores oportunidades de aprendizaje correctivo y de enseñanza de las normas sociales. Un paciente que se torna exageradamente dependiente de su terapeuta individual puede beneficiarse de las múltiples transferencias diluidas del grupo. Es más, el grupo ofrece muchas posibilidades de recibir *feedback* y la oportunidad de su supuesta en práctica inmediata. De este modo, los miembros del grupo y el propio terapeuta pueden observar la conducta del paciente de la forma directa y comentar las posibles distorsiones. A menudo las personas que no tienen una orientación verbal, exasperan a sus terapeutas individuales y no perduran en la situación diádica. Se sienten más cómodos en el grupo donde el foco de atención no se centra den ellos durante mucho tiempo y pueden aprender por osmosis. Los pacientes con suficiente motivación, pero sin mucha conciencia psicológica encuentran en el grupo la oportunidad de aprender y gradualmente modelarse ab si mismos a través de otros miembros sensibles más expresivos y orientados hacia lo psicológico.

#### **d) Criterios de exclusión**

No hay evidencias experimentales que validen criterios de exclusión por lo que estos tienden a ser más empíricos y relativos. Generalmente los terapeutas excluyen a aquellas personas que no pueden tolerar la situación grupal, que adoptarían un rol desviado, (Yalom, 1966), que son reticentes a la aceptación de normas grupales que se encuentran en una situación de crisis aguda y con bajo nivel de tolerancia a la ansiedad y frustración. Funcionan mejor en terapia individual los pacientes que no muestran interés por los demás, los incapaces de compartir terapeuta, los que son demasiado auto-referenciales y paranoides (Friedman, 1989: Rutan, Stone, 1989). Organicidad y bajo nivel de inteligencia probablemente generaran dificultades en el pensamiento abstracto indispensable para seguir los procesos grupales. Un dominio insuficiente del lenguaje puede

conducir a problemas similares, potenciado, además, por la incapacidad de expresarse a sí mismo con la sutileza necesaria. Tartamudeo y balbuceo pueden agravarse por las condiciones de tensión del grupo. Pacientes con enfermedades médicas graves (como presión sanguínea lábil, ataques frecuentes de asma, epilepsia incontrolada y angina severa), pueden experimentar deterioro grave de su estado físico en condiciones de grupo.

Los pacientes psicóticos tienden a ser demasiados discutidores y a veces amenazantes con otros miembros del grupo. No son apropiados los pacientes con ansiedad, psicosis, tendencia suicida o manía agudas. Sin embargo, algunas investigaciones recientes indican que podría recomendarse terapia grupal a pacientes depresivos, con medicación antidepresiva complementaria. Pacientes excesivamente defensivos y personas sin sensibilidad hacia lo psicológico son igualmente frustrantes dado que ocupa la mayor parte del tiempo del grupo y realizan pocos procesos (Vinogradov, Yalom, 1989; Yalom, 1985).

#### **e) Composición**

Los parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad incluyen la dinámica del paciente, diagnósticos, clase social, raza, etnia, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil, Myron Weiner (1986) hizo un listado de grupos homogéneos para: pacientes fóbicos, personas violentas, exhibicionistas, adictos a sustancias, alcohólicos, ludópatas, pacientes con ansiedad social, pacientes internados en servicios hospitalarios, obesos, pacientes medicamente enfermos y pacientes de cáncer. El autor (Salvendy, 1989<sup>a</sup>, 1989b) investigó los grupos los grupos homogéneos para personas de la tercera edad y pacientes *borderline*. En su trabajo con pacientes internados. Melyn Lezcz (1986) e Irvin Yalom (1983) defienden el mayor grado de homogeneidad posible: Erickson (1986) haciendo referencia a factores de la realidad, termina apoyando los grupos heterogéneos. Hay un acuerdo general entre los clínicos referente a las ventajas de los grupos heterogéneos sobre los grupos a largo plazo homogéneos, grupos orientados hacia el *insight* y grupos interaccionales (Yalom, 1985). Los grupos homogéneos ofrecen ventajas cuando se pone el acento en el apoyo o en la mejoría sintomática a corto plazo; generalmente están indicados para pacientes que acuden con quejas

mono sintomáticos. Los grupos homogéneos cuajan, más rápidamente que los heterogéneos, tienen tasas más altas de asistencias, son más cohesivos y ofrecen apoyo más inmediato son menos conflictivos, y generan un alivio sintomático más rápido. La heterogeneidad (Bednar, Lawlis, 1971) supone una disonancia suficiente como para generar modelos de rol alternantes. Dorothy Whitaker y Morton Lieberman (1964) intentaron integrar las diferentes ópticas en la composición de grupos orientados al insight a largo plazo, recomiendan a los terapeutas tratar de lograr un máximo de heterogeneidad en las áreas de conflicto de los pacientes y modos de enfrentarse a los problemas, y homogeneidad en el grado de vulnerabilidad y capacidad de tolerar la ansiedad.

En la práctica clínica se incluye generalmente en grupos heterogéneos a largo plazo, a los pacientes distímicos y a aquellos que sufren perturbaciones de personalidad leve o moderada. En tales grupos un paciente con personalidad con *bordeline* suele funcionar bien (Salvendy, 1985).

Raza, origen étnico y clase social tanto del paciente como del terapeuta afectan al funcionamiento del grupo y sus resultados (Greene, Adramowitz, Davidson, Edwards, 1980; Carkhuff, Pierce, 1967). A mayor grado de polarización racial dentro de una comunidad específica, mayor dificultad se genera en el trabajo con grupos combinados. La experiencia del autor, en su experiencia con grupos que cuentan con miembros de las minorías, indica que es necesario trabajar el trasfondo socio-cultural de los pacientes en una etapa temprana de la terapia para que el grupo funcione adecuadamente (Salvendy, 1985). La norma grupal de apertura y aceptación de las diferentes experiencias culturales compensa la tendencia del grupo a escindirse en función de criterios raciales o culturales (Tsui, Schultz, 1988). Lo mismo vale para los miembros homosexuales de grupos heterogéneos. El autor considera factible tomar en tratamiento grupal a un miembro único de una minoría étnica u orientación sexual específico, teniendo en cuenta las condiciones referidas previamente.

El balance entre hombres y mujeres no es muy significativo siempre que se cuente con un mínimo de dos miembros del mismo sexo, excluyendo al terapeuta. Los límites de edad, en grupos de adultos, no tienen por qué ser rígidos, mientras el

terapeuta excluya los extremos: problemas de adolescencia y de la tercera edad. Los diferentes grupos de edad tienden a encajar bien y propician un matiz de transferencias paterno-filiales (Salvendy, 1985).

La adecuación y compatibilidad entre pacientes, por una parte, y terapeutas y sus técnicas, por otra, son variables importantes que influyen tanto en la tasa de abandono como en los resultados terapéuticos. La evaluación inicial de los pacientes debería incluir la comprensión de los mecanismos de defensa. Probablemente presentarán problemas en la terapia los pacientes demasiado rígidos o muy frágiles. Del mismo modo, deben explorarse las posibles reacciones transferenciales hacia el terapeuta o hacia otros miembros del grupo (rivalidades fraternales). Las transferencias negativas severas, en particular las de pacientes que no sean sensibles a los psicólogos, pueden impedir el desarrollo del grado necesario de confianza para beneficiarse de los procesos grupales.

La duración del grupo también influye sobre la composición. Los pacientes seleccionados para un grupo a corto plazo deberían ser homogéneos en cuanto a su problema y su nivel de tolerancia al estrés. Este tipo de grupos se centra en un número limitado de problemas y los dirige un terapeuta activo y facilitador. En los grupos con límites temporales, el proceso terapéutico se restringe en tiempo y actividad, por ello los candidatos han de poseer las habilidades interpersonales adecuadas, capacidad para tolerar ansiedad social y expectativas razonables en cuanto a los resultados (Piper, 1991).

#### **2.2.1.4.2. PREPARACIÓN.**

En una amplia investigación, R. Klein y R. Carroll (1986) confirmaron que un conjunto bien preparado acusa menores tasas de abandono y trabaja mejor en grupo. Karl Konig y Wulf-Volker Lindner (1991) subrayan que los primeros encuentros preparatorios son, a la vez, sesiones terapéuticas, durante las cuales se establecen la interacción y transferencia entre pacientes y terapeuta.

Algunos terapeutas utilizan cuestionarios de auto-informe, videos para la transmisión de la información y folletos que los pacientes pueden llevar a casa (Power, 1985). Cuando se da información a candidatos potenciales, el terapeuta

debería incidir en la variabilidad de las respuestas individuales a la experiencia grupal (Korda, Pancrazio, 1989). Las deficiencias a la hora de explicar el funcionamiento grupal conducen, frecuentemente, a una falta de cohesión y al incremento de abandonos.

#### **a) Preparación del contexto**

En el proceso de preparación el terapeuta debería abordar ciertos temas con cada de los pacientes.

1. El terapeuta debe llegar a un acuerdo respecto a los objetivos del tratamiento, utilizando criterios específicos.
2. El terapeuta debería definir el rol del paciente: compromiso con el concepto del cambio, apertura al *feedback* del grupo y hablar abiertamente.
3. El terapeuta debe clarificar su propio rol: interpretar a nivel individual y grupal, reconocer la evolución de los pacientes, ayudar a los miembros del grupo a centrarse en el grupo y resolver las situaciones del grupo.
4. El terapeuta debe tratar el lugar, hora y duración de las sesiones y la duración de la terapia, despejando cualquier expectativa irreal de soluciones inmediatas.
5. El terapeuta debe explorar las fantasías y malentendidos del paciente respecto al grupo.
6. El terapeuta debería explicar las razones fundamentales del grupo: aumentar el *insight* de las acciones y pensamientos del paciente, aumentar la comprensión de las conductas de otras personas, mejorar la auto-imagen y la confianza en sí mismo del paciente, así como las relaciones interpersonales por medio de una comunicación más empática.
7. El terapeuta debería señalar los temas administrativos y de la organización, incluyendo puntualidad, regularidad en la asistencia, significación y manejo de los retrasos, pago de sesiones a las que no se asiste, motivos razonables para la ausencia de una sesión (enfermedad o muerte de una persona próxima), como se trabajan las vacaciones de los miembros y como se manejan las ausencias del terapeuta. Debe igualmente aclarar la inaceptabilidad de la violencia física y desalentar a los miembros de mantener relaciones sexuales entre ellos.

8. El terapeuta debería aclarar las características del grupo y sus consecuencias conductuales, según sea abierto o cerrado, ambiente seguro y tolerante, orden del día variable. Los miembros pueden exponer en el grupo cualquier tema personal relacionados con las motivaciones que le llevaron a incluirse en él. Las normas de confidencialidad se aplican a todos los miembros. El terapeuta se compromete a no divulgar información alguna sin el consentimiento de los pacientes, y se presupone que los miembros mantendrán el anonimato de los demás participantes, utilizando solo sus nombres de pila. Muchos terapeutas permiten usar los apellidos siempre que se respete la confidencialidad. Caso de que se graben las sesiones o haya un observador, el terapeuta debe asegurarse de que se mantiene el secreto. A pesar de todo lo anterior, en la era de la computarización y de los pagos a través de terceros, los pacientes deben ser conscientes de la limitación en la confidencialidad (Roback, Ochoa, Bloch, Purdon, 1992). Se desalienta a los miembros a mantener relaciones sociales entre si fuera del grupo, dada la posibilidad de perder información relevante, al tiempo que se compromete la objetividad de los miembros y se forman subgrupos potencialmente perjudiciales, ya que otros quedan excluidos.
9. El terapeuta y paciente deberán acordar la cobertura económica de las sesiones grupales.
10. Las decisiones vitales de importancia deben ser tratadas en el grupo y en ocasiones retrasadas temporalmente.
11. El terapeuta debería anticipar los posibles problemas del grupo: pacientes molestos debido al *feedback*, dificultades en el logro de un espacio para hablar en el grupo, sentimientos de excesiva lentitud o velocidad, o la sensación de que los temas tratados en el grupo no tienen relevancia para ellos. El terapeuta debe explicar cómo expresar dichos sentimientos y alertar de que esta ansiedad es común en los grupos, especialmente durante las primeras sesiones.
12. El terapeuta debería examinar los parámetros de terminación y comienzo para evitar turbulencias y *acting-out* posteriores. En la situación ideal, los miembros del grupo están preparados para abandonar la terapia cuando sienten que han cumplido con los objetivos por los que se sumaron al grupo y cuando el resto del grupo junto al terapeuta coinciden con esa percepción.



La influencia de la fuente que ha referido al paciente es determinante en el proceso de selección y preparación, pero a menudo se subestima. Los profesionales de la salud desinformados, hostiles o rechazantes pueden traumatizar a los pacientes y apartarlos del grupo.

### **b) Pre-entrenamiento**

Durante las dos últimas décadas se ha desarrollado un método específico de preparación que se asemeja a la propia situación de grupo. Se le ha llamado <<pre-entrenamiento>>. Los diferentes enfoques han sido el instructivo, el de estructuración cognitiva o el interaccionar. En lo referente al pre-entrenamiento el supuesto básico es que predice la adecuación del paciente a la terapia de grupal, evita los abandonos, incrementa la cohesión y afecta positivamente a los resultados.

Un futuro terapeuta puede saber cuán activo va a ser un determinado paciente, cuánto trabajo va a realizar, su responsabilidad al terapeuta, y cuándo trabajará una vez cuente con las intervenciones del terapeuta (Piper, Marrache, 1981). Sin embargo las investigaciones no han confirmado todas estas expectativas, Simon Budman, Mary Clifford, Lawrence y Beverly Bader (1981) concluyen que el pre-entrenamiento permite a los pacientes tomar una decisión fundamentada respecto a su inclusión fundamentada respecto a su inclusión en el grupo terapéutico, que el grado de compromiso con el tratamiento grupal se incrementa y que el paciente tiene la oportunidad de aprender a trabajar eficazmente en un grupo. McCallum y Piper (1990), en un contexto de pre-entrenamiento que incluía observar e interpretar un video con interacción terapeuta-paciente simulada, encontraron que la sensibilidad a lo psicológico de los candidatos era muy predictiva de los abandonos. Donald France y James Dugo (1985) observaron una mejoría en la tasa de asistencia y mayor rapidez en la formación del clima grupal, lo cual se correlaciona con resultados positivos. Posteriormente William Piper y Eln Perrault (1989) confirmaron esa mejoría en la tasa de asistencia, pero concluyeron que los efectos del pre-entrenamiento en el proceso y en los resultados eran sólo sugerentes. A pesar de todo, en una investigación bibliográfica. Theodoro Kaul y Richard Bednar (1986) subrayan que los estudios

disponibles coinciden como el mejor método de preparar a pacientes para la terapia grupal.

Los pre-entrenamientos frecuentemente cuentan con videos, tanto con el propósito de instruir (France, Dugo, 1985; Power, 1985) como de medir la sensibilidad hacia lo psicológico de los candidatos (McCallum, 1990). Las principales desventajas asociadas con el pre-entrenamiento son el incremento de tiempo y personal requerido para realizar el trabajo clínico y análisis de las sesiones de pre-entrenamiento.

### **c) Inclusión de nuevos miembros**

En la mayoría de los grupos se incluye a un nuevo paciente cuando otro abandona o termina su terapia. En estos casos el nuevo miembro ha de ser preparado cuidadosamente para unirse a un grupo ya existente, igualmente el grupo ha de ser preparado para recibirlo (Friedman, 1989).

### **d) Preparación del terapeuta**

El terapeuta grupal principiante también debería prepararse. En este campo la literatura es escasa, pero la evidencia clínica indica que los terapeutas neófitos son conscientes de su falta de experiencia. A causa de esta ansiedad tienden a ser defensivos y resistentes y a menudo contribuyen al estancamiento del grupo o a elevar la tasa de abandonos (Roback, Smith, 1987; Yalom, 1966). Las entrevistas preparatorias con supervisor, centradas en las ansiedades de los terapeutas principiantes suelen ser beneficiosas. Los supervisores deberían explorar todos los motivos posibles de preocupación en el terapeuta. El autor ha instituido un seminario introductorio (dos sesiones de dos horas de duración cada una) para los terapeutas principiantes, dos semanas antes de que empiecen con su primer grupo. En ellos el foco se centra en temas relacionados con fenómenos grupales generales y temas organizacionales. Después de comenzar con los grupos terapéuticos, el autor ha constatado la utilidad de las sesiones de supervisión en grupo e individuales. En las supervisiones en grupo con otros terapeutas principiantes pueden surgir las preocupaciones y ansiedades comunes, con lo que

se reafirma a los terapeutas inexpertos en relación con sus sentimientos de incompetencia.

#### **e) Abandonos**

Los métodos perfeccionados de selección y preparación han tenido un efecto positivo sobre la tasa de abandonos, pero no la han eliminado completamente. En los primeros meses de terapia la tasa varía entre un 36 por ciento con el mínimo de preparación y selección (Yalom, 1966), hasta un 10 por ciento después de una selección y preparación minuciosas (France, Dugo, 1985). Generalmente los efectos del abandono son percibidos de forma negativa por el grupo y el terapeuta, influyendo a la cohesión y moral grupales (Yalom, 1966). Leslie Lothstein (1978) suscribe la posición contraria, afirmando que en los casos de abandono, al terapeuta no le gustaba el paciente, y a menudo ellos mismos eran hostiles con él. Lothstein considera que a veces los abandonos son necesarios para mejorar la cohesividad del grupo y no significan necesariamente un hecho traumático para la vida del grupo.

Howard Roback y Maribeth Smith (1987) amplían su concepción del fenómeno del abandono e identifican algunos factores concurrentes en el paciente, grupo y terapeuta. La mayoría de los pacientes que se da de baja muestra defensas caracterológicas que provocan dificultades con la intimidad y la expresión espontánea, desconfianza, uso excesivo de la negación y una tendencia a ser hostiles y abusivos verbalmente. Otros pacientes que abandonan muestran débil motivación, expectativas irreales o se encuentran en medio de una crisis aguda (Rutan, Stone, 1984; Yalom, 1966). Los factores grupales que provocan abandono incluyen baja cohesividad y búsqueda de chivos expiatorios (Lothstein, 1978; Roback, Smith, 1987). Factores relativos al terapeuta incluyen distancia, falta de apoyo, y falta de afinidad por el paciente (Lothstein, 1987). Igualmente contribuyen a aumentar la tasa de abandono los estilos de la personalidad y contratransferencias del terapeuta, así como la insuficiencia de conocimientos sobre lo relativo a la terminación prematura, Roback y Smith (1987) recomiendan tener en cuenta la compatibilidad paciente-grupo y los aspectos transferenciales y contratransferenciales paciente-terapeuta.

### **2.2.1.4.3. ORGANIZACIÓN DEL GRUPO**

#### **a. Entorno físico**

El establecimiento y mantenimiento de las condiciones físicas adecuadas para la terapia grupal son variables significativas que afectan a los resultados. Una habitación tranquila, bien iluminada y climatizada, con sillas cómodas dispuestas en círculo o en forma de U, son indispensables. Para interrumpir durante el proceso de la terapia y evitar fisuras en la confidencialidad, el terapeuta debería restringir el acceso a la habitación.

#### **b. Lista de espera**

Cuanto hay lista de espera, los candidatos deben ser vistos, aunque sea esporádicamente como una forma más de evaluación y para evitar la desmoralización y el abandono. En algunas instituciones con amplios programas grupales, el período de espera se utiliza con fines de pre-entrenamiento.

#### **c. Candidatos rechazados**

Si después de una evaluación completa, el terapeuta grupal considera que una persona no encaja en la terapia, debería comunicárselo al paciente con empatía y tacto. Puede referirse tanto a factores de la realidad que desanimen a integrarse en el grupo (por ejemplo una crisis aguda), o señalar que ese grupo en particular no es adecuado; el terapeuta no debería traumatizar al paciente transmitiéndole que no es aceptable.

#### **d. Tiempo**

La mayoría de los grupos a largo plazo, orientados al *insight* no cuentan con un final prefijado y tienen una rotación lenta de pacientes. Los grupos cerrados con miembros fijos suelen establecer una limitación temporal.

Los grupos de pacientes no internados se reúnen generalmente una o dos horas cada sesión siendo la media 90 minutos. Más de dos horas supone una debilitación en las defensas de los miembros. Algunos terapeutas realizan sesiones largas, de casi 12 horas, durante el fin de semana para integrar a los

pacientes defensivos o cuanto el conjunto del grupo se muestra resistente. El inconveniente consiste en que después de tantas horas puede disminuir la concentración de muchas personas, incluyendo la del terapeuta. Los pacientes no internados se reúnen generalmente una vez por semana por motivos de comodidad, mientras que los grupos de pacientes internados o de hospitales de día suelen reunirse diariamente.

#### **e. Tamaño**

El tamaño de los grupos pueden variar entre a 4 y 15 personas, aunque la mayoría de los clínicos considera 8 el número ideal de pacientes. En una revisión de la bibliografía Henry Kellerman (1979) señaló que lo importante no es tanto el número exacto de pacientes como el hecho de que los miembros representen una variedad completa en términos de expresividad emocional y naturaleza de los problemas. Teniendo en cuenta la tasa probable de abandonos, el terapeuta debería comenzar con un grupo ligeramente superior al ideal, de forma que ni el terapeuta ni el grupo tengan de que preocuparse por la disminución en el número a medida que los miembros se dan de baja.

Los terapeutas grupales noveles a menudo se sienten amenazados por el hecho de que el abandono de un miembro refleje su nivel de incompetencia, por ello tienden a retener a cualquier precio al paciente. Estos esfuerzos rara vez tienen éxito y pueden minar la confianza del resto del grupo. Se debería animar a los miembros del grupo a expresar sus sentimientos respecto al abandono para permitir la elaboración de los distintos sentimientos que haya suscitado. Aunque los pacientes que se van, a menudo parecen victimizados y enfadados, generalmente están afectados por el proceso. Para estos pacientes es muy beneficioso elaborar las circunstancias de su partida de forma no enjuiciadora, tanto en el grupo como en una posterior sesión de seguimiento individual.

#### **f. Mecanismo de defensa**

Un modo de prevenir el abandono en el grupo consiste en estar atento a las dinámicas de los miembros y sus mecanismos de defensa. En algunos pacientes que ponen obstáculos para su integración en el grupo o que una vez dentro se

muestran ansiosos e inhibidos, la preocupación puede estar relacionada con la rivalidad fraterna. Aun con eso, el grupo es el lugar ideal para facilitar experiencias emocionales correctivas.

Otros pacientes que mantienen fuertes relaciones sin resolver, hostiles o ambivalentes, con las figuras de la autoridad pueden preferir el grupo. En él, el control potencialmente amenazador del terapeuta quede diluido por la presencia de otros miembros, que también pueden ofrecer distintos modelos y apoyo moral al paciente.

La proyección es un mecanismo de defensa común en los grupos. A través de ella, las pacientes atribuyen sus impulsos inaceptables a otros. El grupo ofrece a estos pacientes una confrontación efectiva con la realidad.

En las relaciones transferenciales los pacientes reaccionan al terapeuta o a otros miembros de la misma forma en que se relacionaron con las figuras significativas de su pasado. El grupo ofrece un ámbito más amplio de la transferencia que la relación diádica, y esa óptica es precisamente una de las ventajas del grupo frente a la terapia individual. En grupo, la reacción transferencial debe ser identificada, analizada y elaborada, de forma que el paciente inmerso en ella sea capaz de utilizar su *insight* en el grupo y fuera de él.

Otras defensas frecuentes son la presión, supresión y la negación. Cuando aparecen, el paciente ha eliminado de su conciencia los pensamientos, sentimientos, y otras asociaciones mentales que amenazan su auto-imagen. Los mecanismos de defensa son fácilmente accesibles en grupo. Este, no solo genera un afecto considerable, si no que enfrenta de forma activa a los pacientes con sus defensas, lo que se hace más patente a medida que los miembros de grupo se van conociendo más.

En situaciones de aislamiento los pacientes separan las emociones de sus pensamientos, por lo que paciente puede estar describiendo una situación conmovedora y no mostrar sentimiento alguno. Generalmente los participantes del grupo son diestros a la hora de señalar tal escisión entre el contenido de lo que se transmiten y la carencia de carga emocional.

Cuando los miembros de un grupo tienen dificultades para abordar directamente un tema, a menudo lo actúan, en detrimento de grupo y de sí mismo. El *acting-out* en un grupo puede considerarse el desplazamiento de una respuesta conductual de una situación a otra.

Entre otras formas de *acting-out* se pueden contar: el impago de las sesiones <<olvido>>de una sesión concreta y tomar vacaciones cuando el grupo se reúne.

#### **g. Registro**

Por motivos médicos-legales y en ocasiones, para ayudar a la memoria del terapeuta, es necesario llevar un registro escrito de las asistencias, así como un resumen: de cada sesión grupal. El registro debería llevarse de tal manera que puedan detectarse fácilmente las desviaciones frecuentes de la norma esto es, retraso y sesiones perdidas. Es recomendable dictar o escribir el resumen de la sesión justo después de esta, mientras el recuerdo está reciente. Las notas deben incluir la fecha, nombre de los presentes y ausentes y un resumen sucinto de las interacciones individuales significativas, así como de las del grupo como conjunto. (8)

#### **h. Tareas del terapeuta**

Las primeras sesiones terapéuticas de un grupo tienen la influencia desproporcionada sobre el resto del tratamiento, porque es precisamente durante esa etapa cuando se establecen normas grupales. Por ello, las intervenciones del terapeuta sobre este punto deben ser extremadamente claras y escuetas. Esta postura es imprescindible debido al alto grado de ansiedad propio de estas primeras etapas, debido a la tendencia regresiva de los pacientes. Cuando el terapeuta se comporta de esta manera, el paciente se integra mejor, tanto cognitiva como emocionalmente, que cuando el terapeuta es más pasivo (Konig, Lindner, 1991). Es muy importante que la comunicación sea clara y empática dado que las evidencias demuestran que los pacientes que establecen una alianza terapéutica con el terapeuta, tienden a realizar mayores progresos que aquellos con un *rapport* no tan bueno (Tschuschke, Czogalik, 1990).

Una de las tareas más importantes, desde el comienzo, consiste en ayudar a crear una cultura grupal de normas y reglas respecto a las conductas que son aceptables. El terapeuta influye activamente, a través de las prescripciones de reglas y esfuerzos conductuales, como implícitamente, a través del establecimiento de un modelo (Vinogradov, Yalom, 1989). Los terapeutas fomentan una atmósfera de aceptación incondicional y de reconocimiento de los problemas y recursos de los pacientes. Los terapeutas recompensan las conductas deseables por medio del refuerzo social, se ocupan de los límites temporales, y desalientan al grupo e procedimientos y actitudes no terapéuticos. Los miembros del grupo deben sentir que el terapeuta ha establecido y mantiene un entorno seguro a través de reglas claramente definidas. Los terapeutas se oponen a las presiones a favor de una excesiva apertura y espontaneidad, al tiempo que favorecen la adecuada expresión verbal de sentimientos, necesidades y pensamientos. Incitan a la validación grupal de las percepciones individuales sobre el terapeuta (Korda, Pancrazio, 1989) y ayudan a disipar la fantasía de la omnisapiencia del terapeuta.

Muchos pacientes sienten que deberían pasar a la trastienda sus preocupaciones, a causa de las necesidades más urgentes de otros miembros o de sus métodos más afirmativos a la hora de presentarse. El terapeuta debe a los pacientes que sus preocupaciones individuales van a ser atendidas equitativamente. A menudo los terapeutas tienden a integrar a los miembros más pasivos, al tiempo que ayudan a los monopolizadores y “coterapeutas” a sosegar. Mantienen la continuidad entre sesiones para evitar que se conviertan en una sucesión de interacciones fragmentarias. Pueden subrayar la continuidad recomendando a los pacientes que piensen en la sesión y que compartan sus sentimientos e *insights* en la sesión siguiente.

El terapeuta fomenta la honestidad y la espontaneidad y trae al grupo los sentimientos inmediatos, la aceptación del otro, la apertura, el deseo de comprensión y cambio, y los retos a los demás. Yalom (1985) ofrece una herramienta eficaz para generar una atmósfera terapéutica en el grupo: centrarse en el aquí y ahora: esto es, en los acontecimientos del grupo, a través de la comunicación, catarsis, *feedback*, explicaciones relacionales de las conductas de



los miembros. El terapeuta puede fomentar esta óptica dirigiendo, explicando, recompensando, modelando, enfocando y resumiendo. Para lograr una mayor eficacia observa tanto el contenido como el proceso, los efectos y la comunicación no verbal. Devuelven observaciones e interpretaciones iluminan puntos ciegos, evitan la utilización de chivos expiatorios, centran el grupo en el tema reconoce los progresos reales y ofrecen modelos apropiados para correr riesgos, cuidar y expresar elogios.

### **i. Coterapia**

En el modelo de coterapia las tareas son similares a las terapias dirigidas por un solo profesional, pero los coterapeutas deben observarse para evitar contraindicaciones y no convertirse en motivo de escisiones. Un equipo de coterapeutas de dos sexos es ideal para traer a la superficie transferencias parentales o de pareja y ofrecer modelos. La coterapia es más útil cuando los dos terapeutas compañeros tienen el mismo estatus, cuando vienen de disciplinas diferentes se pueden generar *insights* diferentes. Los coterapeutas deben respetarse mutuamente, aceptar sus diferencias y sus distintas ópticas, y encontrar vías para trabajar sus discrepancias de modo constructivo. Se recomienda comentar las incidencias después de cada sesión, ya que permite al equipo clarificar los temas y trabajar los desacuerdos (Williams, 1976). (8)

### **2.2.1.5. PAPEL DEL LÍDER EN LA TERAPIA DE GRUPO**

El papel del líder en un grupo terapéutico conlleva responsabilidades que incluyen definir los objetivos del grupo, seleccionar a los miembros, establecer un contrato con ellos, indicar y mantener el proceso terapéutico, evitar que los miembros se lesionen y dar por terminado el proceso terapéutico en el momento oportuno. Idealmente el líder de un grupo de terapia es un profesional de la salud mental, adecuadamente entrenado, consciente de sí mismo que ha llegado a un diagnóstico correcto y propone la terapia de grupo como tratamiento de elección o complementario. Por ejemplo. La terapia de grupo puede aplicarse como tratamiento primario de la distimia, pero es un complemento de la farmacoterapia y la educación familiar en la esquizofrenia (Kanas, 1991). Caso en que puede

constituir fundamentalmente en un entrenamiento para la adquisición de las habilidades que no se desarrollaron con anterioridad debido al efecto de la enfermedad sobre la evolución psicosocial del paciente.

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

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

proclives a actuarlos dentro y fuera del grupo a consecuencia de la estimulación ejercida por el mismo.

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

Hacerse estas preguntas ayuda al terapeuta a despejar, muchos aspectos pertinentes antes de empezar un grupo terapéutico. La primera pregunta está especialmente indicada en el caso de terapeutas neófitos o terapeutas con experiencia que pretenden aplicar una nueva teoría o trabajar con un tipo nuevo de pacientes. Si se trata de un terapeuta sin experiencia conviene consultar con otro líder grupal más experimentado, con el que poder también hacer supervisiones, y quizás trabajar con un coterapeuta. Cuando se quiere ensayar una nueva teoría, debe plantearse como un proyecto de investigación contrastando el nuevo modelo teórico en un grupo de ensayo con efectos de la terapia habitual en un grupo control. En relación con la segunda pregunta, el terapeuta debe aclarar si lo que busca es satisfacer sus propias necesidades en lugar de obrar en beneficio de los pacientes. La tercera pregunta tiene que ver con el apoyo institucional, el flujo de pacientes potenciales y las características psicológicas de los ya disponibles. Una institución que no pueda acoger a un grupo de adolescentes actuadores quizás pueda, en su lugar, hacerse cargo de un grupo de mujeres deprimidas. Incluso con el apoyo de una institución, cabe que el flujo de pacientes se insuficiente para organizar un grupo si no se tiene una importante red de contactos con posibles fuentes de derivación. El líder de su grupo de formación también debe atender al estilo cognitivo y la situación vital de los posibles participantes. Los pacientes con pensamiento de tipo concreto probablemente obtendrán más beneficios de un grupo educativo que de uno de tipo interpersonal. Lo mismo es aplicable el caso de pacientes que solo pueden participar en el grupo durante un corto periodo de tiempo, como ocurre con los pacientes psiquiátricos de la unidad de agudos o los pacientes de un centro de rehabilitación para cardiópatas. Un terapeuta

responsable debe ser consciente de la complejidad de factores técnicos y emocionales que intervienen en los resultados de la terapia de grupo. Las variables técnicas incluyen la habilidad del terapeuta, los objetivos del grupo, la composición del mismo, las circunstancias en que se organiza el grupo, el tipo de contrato y la capacidad del líder y de los miembros del grupo para trabajar juntos. Constituir un nuevo grupo o entrar de nuevas en uno es como acceder a una cultura diferente. Cada grupo tiene su propia personalidad que en la mayoría de los casos en parte es reflejo de la personalidad y el estilo del líder. Para bien o para mal, a lo largo del proceso grupal se ponen de manifiesto muchas facetas de la personalidad del grupo. Los miembros del grupo suelen disculpar los efectos del líder si este desempeña su trabajo con competencia y no utilizan al grupo fundamentalmente como un vehículo para su propia curación. (9)

#### **2.2.1.5.1 ATRIBUTOS DEL LÍDER**

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

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

El terapeuta que prefiere liderar grupos interpersonales tiende a sentirse más cómodo en la retaguardia del grupo y suele disfrutar con las interacciones de unos

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

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

#### **a) Actitudes**

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

idea de que sean todo cuanto el terapeuta debe poner en juego; también parece necesaria una estructuración de conocimientos.

### **b) Autoexposición (mostrarse uno mismo)**

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

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

### c) **Formación**

No es posible definir con precisión el grado de entrenamiento didáctico necesario para trabajar como terapeuta de grupo, cuantas horas de supervisión o de llevar grupos hacen falta para considerar suficiente la preparación para funcionar con independencia. Las habilidades requeridas para la terapia de grupo son similares a las exigibles a todo profesional de la salud mental, pero la duración, intensidad y características de la formación de dichos profesionales es muy variable y resulta difícil hacer afirmaciones generales. Una persona bien formada como terapeuta individual, que se siente cómoda con grupos puede necesitar menos tiempo de entrenamiento en terapia grupal que otra con escasa formación teórica y práctica en terapia individual y para que la terapia de grupo se la fuente principal de experiencia. Los terapeutas de grupo deberían tener un adecuado conocimiento teórico y práctico de psicopatología y de una serie de técnicas terapéuticas individuales como fundamento para formarse en terapia de grupo. También son necesarios los seminarios teóricos, las lecturas personales y las supervisiones de prácticas con grupos. (9)

#### **2.2.1.6. Elementos de la Terapia**

- a) **Interacción.-** El proceso terapéutico se pone en marcha y se mantiene gracias a la interacción de los miembros del grupo en forma coherente con los objetivos y el tipo de terapia elegido.
- b) **Esperanza.-** La esperanza puede estimularse incluyendo en el grupo a personas que ya hayan tenido experiencias provechosas de trabajo en grupo o en terapia individual. Sin la presencia de tales miembros, el optimismo del líder grupal es un estímulo para la esperanza.
- c) **Identificación.-** Los miembros del grupo deben ser capaces de establecer de alguna forma identificaciones entre ellos. La identificación puede darse a partir de los mismos síntomas o las mismas situaciones vitales, pero en cualquier caso la identificación recíproca es lo que proporciona al grupo en sus inicios suficiente cohesión para seguir adelante. La identificación con miembros del grupo afortunados es también base para el sentimiento de esperanza.

- d) Cooperación.-** Se fomenta la cooperación mostrando a los miembros que se espera de ellos en el grupo que se prevé discutir a la manera de hacerlo.
- e) Sugerencia.-** Las sugerencias del terapeuta soportan la mayor parte del peso al comienzo del grupo, posteriormente, las sugerencias hechas por los compañeros llegan a ser igualmente aceptables, ya que progresivamente miembros del grupo valoran cada vez más los juicios de los demás.
- f) Manipulación.-** Se refiere a los esfuerzos encubiertos del terapeuta para cambiar la conducta de los miembros del grupo. La técnica más sencilla es la de esperar, lo que induce a los miembros a hablar debido a su deseo de satisfacer al terapeuta. El líder puede también hacer sugerencias paradójicas, tales como <<Probablemente no estamos todavía en condiciones de hablar de mis vacaciones, pero pensé que debía sacar el tema>>. Plantear el tema de esta manera saca partido a la tendencia de algunos miembros del grupo de desafiar al líder: hacer la sugerencia en términos negativos permite a tales miembros mostrarse desafiantes y abordar así la oportuna tarea.
- g) Educación.-** Resulta evidente que los pacientes aprenden de la terapia, pero que y como son temas controvertidos. La educación de los miembros del grupo a su nivel más elemental consciente en proporcionarles información acerca de su mundo y las vías más eficaces para sobrevivir en él. Los pacientes con trastorno bipolar pueden aprender que no son culpables de su enfermedad, que probablemente se trata de una condición determinada genéticamente y que su evolución puede modificarse en gran medida con el empleo continuado de compuestos de litio. A las personas con problemas conyugales se les puede enseñar que en la raíz de muchos problemas interpersonales esta la tendencia a culpabilizarse recíprocamente en lugar de asumir las responsabilidades propias: se les puede preguntar si una generalización de ese tipo es aplicable a su caso. A los miembros del grupo con dificultades para ver los puntos de vista de otras personas se les puede pedir que hagan *rol – playing* de dicha persona.
- h) Reestructuración.-** la reestructuración consiste en tomar un aspecto de la información presentado en forma negativa y darle la vuelta para ver su faceta positiva. Por ejemplo, a los miembros del grupo que se quejan de las pesadas



tareas que les encomiendan sus jefes se les puede decir que parece que sus jefes tienen mucha confianza en ellos, a la vez que se les pregunta que hacen para provocar que los jefes les exijan tanto. Los señalamientos reestructurantes pueden emplearse solo ocasionalmente, pero tienen la ventaja sobre otro tipo de intervenciones de que no requieren una relación terapéutica fuerte. Lo que cuentan mucho en este tipo de intervenciones es el factor de sorpresa para llamar la atención del paciente.

- i) **Aliento para encarar los conflictos emocionales.-** El terapeuta puede enfocar al paciente pensamientos, recuerdos y sentimientos que habitualmente elude.
- j) **Catarsis.-** Consiste en la expresión de emociones que habían sido reprimidas.
- k) **Desensibilización.-** Se produce a base de abordar reiteradamente la discusión de temas cargados emocionalmente. Puede favorecerse un proceso de desensibilización psicológica para ayudar a determinados miembros del grupo a enfrentar sus síntomas fóbicos.
- l) **Feedback.-** La retroalimentación es el primer mecanismo terapéutico en los grupos interpersonales. El líder y los miembros del grupo responden, aquí y ahora, a lo que otros miembros del grupo dicen, sienten o hacen a lo que parecen decir, sentir o hacer. Los miembros del grupo expresan cuando otros miembros estimulan en ellos sentimientos de desesperanza, rabia, simpatía y tristeza, a la vez que indican a donde se orientan sus respuestas a tales sentimientos. De esta forma, los miembros del grupo empiezan a darse cuenta del efecto que producen en otras personas. El feedback sirve también para el refuerzo positivo o negativo de conductas.
- m) **Atribución de significado.-** Todas las personas quieren comprenderse a sí mismas y a su entorno lo bastante bien para vivir cómodamente. Esto se logra mediante la atribución de significado a los síntomas o tribulaciones de los pacientes por parte del terapeuta organiza una estructura de referencia mediante la cual los miembros del grupo pueden abordar sus problemas. Hacer un diagnóstico es ya una atribución de significado; supone afirmar que el paciente tiene algo de común con un amplio grupo de personas con el mismo

diagnóstico. El diagnóstico de trastorno bipolar, por ejemplo permite a los pacientes tomar la medicación adecuada.

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

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

**n) Comprobación de percepciones.-** La terapia de grupo es un medio excelente para someter a prueba las percepciones. Los miembros del grupo exponen sus

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

- o) Refuerzo.-** Cuando cambia la conducta de un miembro del grupo, los cambios son reforzados por el resto de miembros, que animan a otros miembros a desarrollar una actividad constructiva, desechando los comportamientos inapropiados.
- p) Estimulo del apoyo externo.-** Los cambios, aunque sean saludables conforme al punto de partida del paciente, pueden romper relaciones basadas en patrones de interacción firmemente establecidos; personas importantes en la vida del paciente pueden mostrar resistencia para aceptar los cambios. Para contrarrestar esta tendencia a la homeostasis, se anima a los miembros del grupo a cultivar relaciones que apoyen sus cambios saludables mientras intentan modificar las previamente establecidas con personas significativas.
- q) Elaboración.-** La elaboración consiste en traducir a nuevos patrones establecidos de conducta cuanto se ha aprendido, ya sea mediante la enseñanza o las experiencias interpersonales. La elaboración es una tarea ardua y reiterativa, ya que los miembros del grupo deben afrontar una y otra vez las racionalizaciones ajenas para conservar una conducta mal adaptativa. La integración del conocimiento adquirido sobre uno mismo se parece al aprendizaje de una actividad motriz, como puede ser, lanzar una pelota de beisbol; después de muchos ensayos y errores, la habilidad se automatiza. Los pacientes tienen la oportunidad de practicar, dentro de los nuevos comportamientos, siendo un medio eficaz para ello el *rol – playing*. Así, una persona vergonzosa puede practicar como iniciar una conversación con un desconocido o un individuo arrogante puede ensayar como acomodarse a los demás.

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

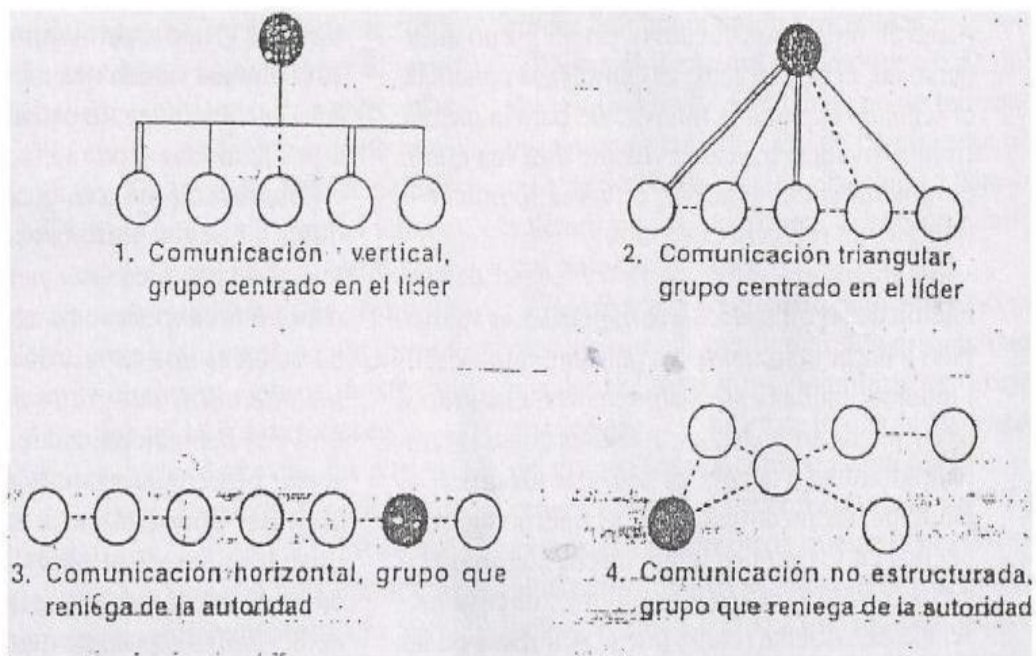
**s) Comunicación**

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

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

Todos los grupos se inician como una comunicación de tipo vertical o triangular. El terapeuta, designado como ayudador profesional, es el primer nexo de unión para todos los miembros del grupo. Al principio de la terapia, los miembros del grupo no están completamente seguros de poder confiar en los demás. En los grupos de duración limitada la estructura vertical o triangular

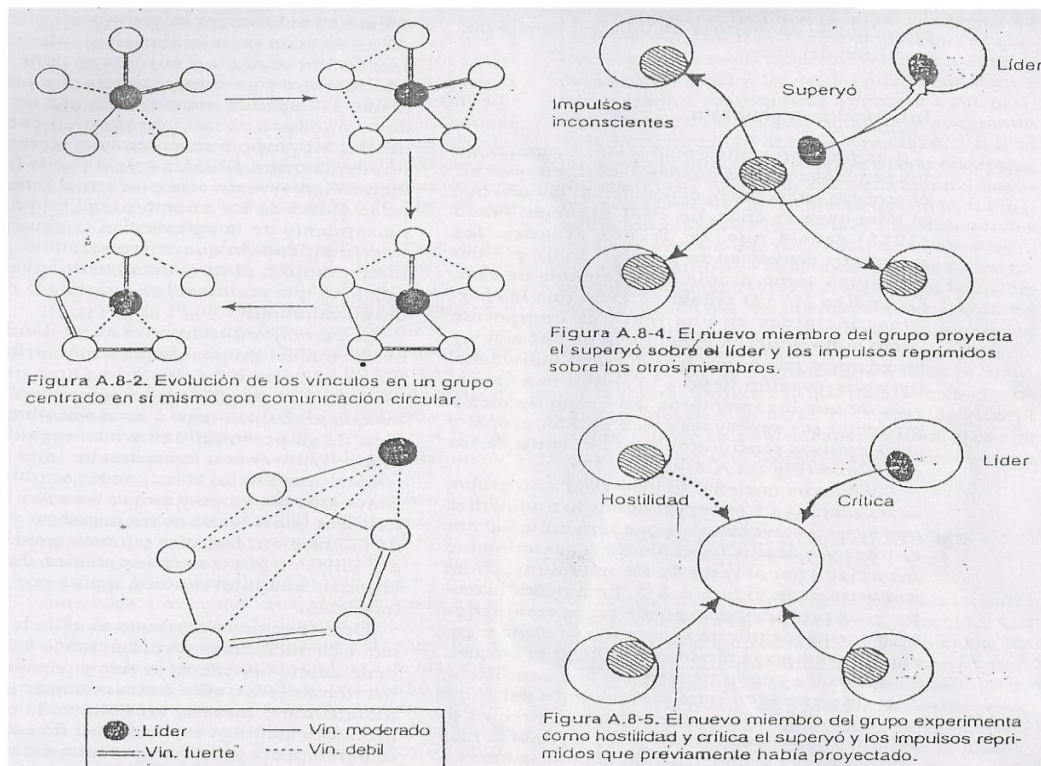
se mantiene todo el tiempo. En grupos abiertos la tendencia es a formar vínculos estrechos entre los miembros del grupo y a desarrollar una comunicación de tipo circular (Figura A.8-2). La comunicación circular es directamente promovida por los terapeutas de grupos de orientación interpersonal, pero también puede servir de resistencia al líder, como se ilustra en la figura A.8-3, donde la influencia del líder es menor que la del miembro en posición inferior derecha, que mantiene vínculos fuertes con otros dos miembros del grupo y que no está significativamente influido por el líder.



**Figura A-1: Tipos de comunicación grupal.**

Determinados tipos de comunicación grupal reflejan aspectos del estilo de liderazgo. Los patrones de comunicación vertical y triangular son característicos de los líderes autoritarios y carismáticos en grupos educativos de duración limitada. Este tipo de comunicación es necesario cuando el objetivo fundamental es didáctico: también se encuentra cuando el líder tiene miedo de las interacciones entre los miembros. En momentos de tensión, los grupos que habían desarrollado una comunicación de tipo circular regresan al patrón vertical o triangular, buscando la protección del líder frente al mundo exterior y los demás miembros. Los patrones de comunicación horizontal y no estructurada son típicos de grupos desorganizados o de aquellos en que el líder fracasa en el ejercicio de su rol. Los grupos de supuesto básico descritos por

Wilfred Bion (1961) surgen en esas condiciones. Idealmente, los grupos educativos abiertos, los grupos de interacción se trasladan desde el patrón vertical o triangular hacia la comunicación circular, pero, como se muestra en la figura A.8-3, la comunicación circular entre miembros del grupo puede convertirse en una resistencia por exclusión del líder. (9)



**Figura A-2: Comunicación circular como resistencia.**

#### t) Interacciones grupales

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

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

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

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

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

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

Otro fenómeno corriente es el de la *plataforma*. Los miembros van progresando en su manera de desenvolverse en la vida y relacionarse con los demás, pero solo hasta alcanzar una cierta plataforma o meseta, más allá de lo cual no se producen cambios espontáneos en ese momento el terapeuta debe escoger entre sacar a relucir temas adormecidos o dejar que el grupo siga funcionando a ese nivel. (9)

#### **u) Resistencias grupales**

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

Poner etiquetas puede ser una forma útil de comunicación taquigráfica, por ejemplo etiquetar con un <<Sí, pero...>> la repuesta de socorro, rechazo típico de un determinado miembro. Menos útiles son las etiquetas que denotan a alguien como amargado o inhibido emocionalmente, por ejemplo; esas etiquetas empujan al miembro etiquetado a asumir un rol reforzado por el grupo. Cuando surge estos tipos de etiquetas, el terapeuta sugiere que puede ser razonable constatar que una persona está enfadada o inhibida emocionalmente en ese momento, pero que ponerle un rol de esto o lo otro es una manera de definirle.

La *formación de subgrupos* es un fenómeno normal en los grupos. Algunos miembros de grupo tienen más afinidades entre sí que con otros, como se ilustra en la Figura A.8-2. El subagrupamiento se trasforma en resistencia cuando los



integrantes de un subgrupo empiezan a reunirse en otro sitio y otra hora y luego no comparten los contenidos de esos encuentros con el resto de los miembros. La formación de subgrupos es además el medio abandonado para el *acting out*. A menudo, un subgrupo está constituido por el emparejamiento de un miembro dominante y otro sumido, con el acuerdo que el sumido ocultara al grupo los secretos del dominante. Cuando se pone de manifiesto un subgrupo se pide a sus miembros que compartan con todos la información que han intercambiado o lo que ha pasado entre ellos. Frecuentemente, el subgrupo es expresión de la rivalidad edípica con el líder.

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

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

diferenciándolo así mismo de la estructura masivos de la distorsionada visión que los miembros tienen de él. En esta situación, otros miembros del grupo pueden ser portavoces de la realidad.

El terapeuta de grupo también puede reconocer la contratransferencia que interfiere en el proceso terapéutico. Si no se ve capaz de evitar el *acting out* de su contratransferencia, tiene la opción de llevar el asunto a supervisión o a su terapia personal. (9)

### **2.2.1.7 EVITAR QUE LOS MIEMBROS SE LESIONEN**

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

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

La contratransferencia del terapeuta puede resultar lesiva para los miembros del grupo (Vanicelli, 1991). Una contratransferencia hostil puede atrapar a los miembros en una dinámica de intercambios sadomasoquistas; o bien la movilización de las tendencias omnipotentes del terapeuta, puede reforzar la dependencia infantil de los miembros del grupo. Es posible inferir que la contratransferencia está operando de forma significativa por sueños de los

miembros de grupo o porque el terapeuta se dé cuenta de sus sentimientos excesivamente cálidos u hostiles. Además de la supervisión y la terapia personal, el terapeuta dispone de otras dos opciones para manejar su contratransferencia; puede trabajar con un coterapeuta o filmar en video las sesiones para hacer luego una revisión conjunta entre miembros y terapeuta. (9)

### **2.2.1.8 TERMINACIÓN**

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

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

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

En un grupo abierto, sin límites fijos, la terminación acostumbra ser una decisión unilateral de un miembro del grupo. El terapeuta puede aprovechar positivamente para el grupo la decisión de terminar de uno de sus miembros. Los demás miembros del grupo pueden resistirse a la terminación por parte de un compañero para evitar los sentimientos de abandono o la sensación de que ellos nunca llegaran a un desenlace feliz para sí mismo. Esta última reacción se da sobre todo si el miembro que termina no ha alcanzado un mejor nivel de funcionamiento que al principio o si incluso está peor que cuando entro en el grupo. Ya se trate de una escapada de la terapia o sea de un paso hacia una vida más adulta, la puerta debe quedar abierta para un posible retorno. Uno de los logros positivos de la terapia es la mayor capacidad del paciente para manejarse con las complicaciones de la vida y la posibilidad de vivir mejor dentro de su propia piel. (9)

#### **2.2.1.9 EVALUACIÓN DE LOS LOGROS**

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

Los efectos del tratamiento de grupo en enfermos mentales pueden evaluarse aplicando el Brief Psychiatric Rating Scale (Overall, Gorham, 1962) antes de iniciar la terapia y después de un periodo de tiempo de entre seis meses o un año. Puede compararse la frecuencia de reingresos hospitalarios en más de un tipo de tratamiento grupal o entre el tratamiento de grupo y el tratamiento farmacológico solo. En pacientes deprimidos es un útil tratamiento la medición de Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1967). Hay muchas otras escalas de frecuencia, que requieren poca experiencia para pasarlas o interpretarlas. Conviene ser cautos con los test computarizados, que no toman en cuenta los datos clínicos; los test que se aplican sin considerar al paciente como individuo

particular omiten muchas variables, dando lugar a una híper o infravaloración de la psicopatología. Por esta razón, las escalas psicológicas deben enriquecerse con la visión que el clínico tiene del paciente en lo relativo a psicopatología y mejoría o estancamiento. (9)

#### **2.2.1.10. PROCESOS DE TERMINACIÓN EN TERAPIA GRUPAL.**

En terapia grupal el concepto de terminación se entiende mejor contextual y pragmáticamente en términos de un continuo de etapas de desarrollo, con un principio, una etapa media y una fase final (Mac Kenzic, Livesley, 1984). Desde esta perspectiva, la terminación de un grupo puede ocurrir en cualquier punto de este continuo y se relaciona directamente con el tipo de grupo, los objetivos de la terapia, la duración del grupo y el tipo de pacientes que lo componen. (10)

##### **2.2.1.10.1. TEORÍA**

El concepto de terminación es neutro, remueve (tanto en los clínicos como en los miembros del grupo) asociaciones separación individuación, <<perdida, disolución, futilidad, impotencia, dependencia, muerte, inadecuación y abandono>>(McGcc, Schuman, Racusen,1972). Cuando los terapeutas hablan de terminación, lo relacionan directamente con <<conductas y sentimientos emocionalmente destructivos>>(Rose, 1982). Para etiquetar la experiencia grupal o individual de la terminación prematura o sin éxito de un grupo se utilizan palabras como <<traumático>>, <<infantil>> y <<devastador>>. Los clínicos, para referirse a los pacientes que dejan la terapia antes de con seguir sus objetivos terapéuticos, utilizan términos cargados de valoración como <<desertor>> (Bross, 1956), <<terminador prematuro>>(Kndis, Weiner, Winick, Foulkes, 1974),y <<expulsiones o abandonos>>(Yalom, 1966). Cuando un grupo termina de forma prematura se le llama peyorativamente <<terminación precipitada, no prevista unilateral(o forzada)>>(Fiedsteel,1990) y <<desintegración del sistema>>(Mackenzie, Sachuman, Racusen, 1972).

El concepto de terminación se ha aplicado indiscriminadamente, atender al tipo del grupo (sin limitación final o con ella, a largo plazo vs corto plazo, homogéneo vs heterogéneo), el *setting* (pacientes internados, no internados,

tratamiento de día, centro de salud mental comunitario, encuadre médico o psiquiátrico) y el tipo de paciente (infantil, adolescente, adulto o geriátrico).

Como fenómeno de la terapia grupal, la palabra <<terminación>> se ha utilizado para designar diferentes experiencias incluyendo retrasos, ausencia, asistencia intermitente, terminación de una sesión, terminación de un miembro o miembros (Zimmerman, 1968), terminación prematura, abandonos y expulsiones, terminación del terapeuta o coterapeutas (Long, Pendleton, Winter, 1988; McGee, 1974; Smith, Vannicelli, 1985), terminaciones planificadas, fortuitas y tardías (Stone, Blaze, Buzzuto, 1980) y terminación del grupo como un todo (Johnson, 1974; Day, 1981). Algunos analistas apoyan la idea de que el único modo terminar un análisis exitosamente consiste en poner al analizando en un grupo terapéutico llevado por el analista (Whiple, 1979). A nadie asombra que los analistas tengan dificultades a la hora de explicar a que se refieren con el concepto de terminación en una discusión clínica.

En su forma más pura, terminación es la resolución planificada y exitosa de los problemas que llevaron al paciente a tratamiento. No puede hablar de terminación planificada sin reconocer la importancia de establecer objetivos terapéuticos específicos para cada paciente. Esos objetivos definen los criterios que deben alcanzarse antes que el paciente termine exitosamente su terapia.

Sin embargo, si los objetivos del paciente no concuerdan con los del terapeuta, lo que puede surgir es la máxima desilusión de la terapia en sí, esto es, el tratamiento o la terminación son percibidos como un fracaso (Fieldsteel, 1990). Alexander Wolf ha dicho que <<no podemos gobernarnos por eso ideales extravagantes, poco prácticos o rígidos sobre los logros ilimitados>>. Estos objetivos hacen que la terapia sea interminable (Papeneck, 1990) y dejen al paciente frustrado y desilusionado.

Un número llamativamente escaso de investigadores se ha interesado por los sentimientos contratransferenciales que genera en el terapeuta la terminación de un paciente. Una razón puede ser que la ansiedad contratransferencial generada sea tan arrolladora que excluya la claridad de pensamiento sobre este asunto.

Max Day (1981) afirmó que la ansiedad del terapeuta puede interferir con el proceso de terminación, a menos que tenga una gran experiencia de terminaciones positivas. Además el terapeuta necesita elaborar los sentimientos contratransferenciales relacionados con la conmoción de las emociones asociadas con la pérdida, separación, muerte y culpa de abandono (Viorst, 1982). (10)

#### **2.2.1.10.2. TIPOS DE TERMINACIÓN**

Las terminaciones prematura, forzada y circunstancial cierran el paso a la elaboración de la mayoría de los problemas que llevaron al paciente a la terapia (a excepción de los grupos de corto plazo con una orientación focalizada). Tales terminaciones son un recordatorio de que algo ha fallado y de que los objetivos no se han alcanzado. Hablamos de terminación planificada cuando el grupo, los terapeutas y el paciente de mutuo acuerdo, deciden que se han alcanzado los objetivos, y que la participación en el grupo ya no es necesaria.

##### **a) Terminación prematura**

La primera fase de la terapia grupal es la más difícil para los pacientes. La tasa de abandonos es alta y las tensiones suelen llevar al abandono prematuro, Irvin Yalom (1966) fue el primero en escribir sobre este fenómeno como un tipo de experiencia de terminación. Sostiene que el porcentaje de bajas esperable durante las primeras 12 sesiones es del 36 por ciento. Durante esa fase inicial, para los grupos a largo plazo, la tasa de abandonos que se baraja oscila entre el 13 y el 63 por ciento, con una media del 35 por ciento.

H.- Roback y M. Smith (1987) resumieron la bibliografía empírica sobre este fenómeno desde varias perspectivas, incluyendo el tipo de grupo, nivel de experiencia del terapeuta, número de participantes, y momento del abandono. Afirmaron que los factores que más contribuyen son <<estados situacionales del paciente... defensas caracterológicas... problemas con la apertura, dificultades con la intimidad, uso excesivo de la negación y tendencia a ser sumisos u hostiles verbalmente>>. Los autores concluyen que no es tanto que el paciente fracase en la terapia grupal, si no que fracasen en un determinado grupo.

Harold Bernard (1989) cita como motivos de terminación prematura los siguientes factores: variables específicas del paciente ( *deiance*, conflictos con la intimitad y apertura, miedo al contagio y defensa caracterológicas), del terapeuta (integración del paciente a un grupo inadecuado, preparación deficiente), interacción terapéutica – paciente (falta de afinidad entre ambos, terapeuta demasiado agresivo o fracaso en la alianza con pacientes específicos) y de cultura grupal (formación de subgrupos, efectos negativos del provocador en una etapa inicial, vacíos persistentes y no resueltos).

**Vulnerabilidad de la fase inicial.** En la primera etapa del grupo los pacientes son particularmente vulnerables. Los requisitos inherentes al grupo implican tener que compartir el escenario con seis o siete extraños y tener que mostrar material muy íntimo en público. Esto lleva a primer plano de los temas relacionados con la confianza, confidencialidad, privacidad, límites y autoestima. Los pacientes derivados a grupos de corto plazo con frecuentes entradas y salidas de los participantes sufren la experiencia de una terminación continua, ya que la norma es la finalización rápida (Bahrey, MaCallum, Piper, 1991; McGuire, 1988). En la era de los seguros privados, algunos pacientes pueden que solo acudan a una o dos sesiones de un grupo de pacientes internados antes de que les den de alta. En este sentido el fenómeno de entrada y salida de pacientes refleja el tema central de estos grupos.

En los grupos a largo plazo, sean abiertos o cerrados, se establecen normas (abiertas o encubiertas) que determinan los criterios de inclusión y participación en el grupo. En estos grupos las manifestaciones de hostilidad grupal al principio de la llegada de un paciente pueden generar problemas especialmente a los pacientes con poca capacidad para tolerar la asertividad grupal (Lothstein, 1978). Los pacientes más vulnerables pueden vivir esta agresión y hostilidad como algo insoportable y dejar el grupo prematuramente.

Algunas de las razones para abandonar un grupo a largo plazo son la compulsión a la repetición de abuso sexual o físico infantil; la reactivación de conflictos sexuales o agresivos latentes que amenazan con explotar, causando una ansiedad insoportable y de la que hay que huir y una vivencia del clima grupal como no



empática, fría y desapegada. Estas vivencias remueven fantasías de pérdida, rechazo y abandono de las cuales el paciente puede defenderse abandonando el grupo para proteger su *self* nuclear.

Los pacientes más propensos al abandono prematuro son los que en poco tiempo transmiten demasiado de sí mismos, por lo que quedan expuestos a una disminución catastrófica de su autoestima; pacientes cuya única patología es un síntoma poco usual o excesivamente llamativo y aquellos que son muy directos, agresivos, competitivos o manipuladores. Con algunos de estos pacientes, el terapeuta puede inclinarse por una terminación forzosa de su terapia grupal.

Incluso cuando se utilizan los mejores métodos de preparación, la fase inicial de la terapia grupal es muy voluble, por lo que el terapeuta debe esperar una tasa de abandono alrededor del 30 por ciento durante las primeras doce sesiones. Aunque la selección de pacientes pueda atenuar la tasa de abandonos, generalmente no la altera significativamente.

**Abordaje de la terminación prematura.** Durante las primeras etapas de la terapia grupal, la mayoría de los pacientes que abandona la terapia no suele discutir sus planes en el grupo. Puede que llamen al terapeuta, escriban una nota o incluso que no comuniquen su decisión de dejar el grupo. El mejor indicador del compromiso del paciente de mantenerse en terapia, es su determinación a compartir con el grupo su ambivalencia hacia la terapia grupal de forma no paranoide. Los terapeutas deberían animar a sus pacientes a que hablen abiertamente de las limitaciones del grupo, de sus miedos a que la terapia sea inútil, a que los terapeutas sean incapaces de ayudarles y todos los pensamientos y sentimientos ambivalentes sobre la experiencia grupal. Se debería provocar a los pacientes que se muestran abiertamente positivos, estáticos y defensores de la experiencia grupal para que aborden su ambivalencia, de otra forma se convierten en candidatos seguros al abandono.

Las tácticas, técnicas y estrategias que aseguran la permanencia de los pacientes, y que deben inocularse para evitar los abandonos son: fomentar la discusión sobre la ambivalencia de los pacientes para comenzar una terapia grupal, la

confrontación temprana con su ambivalencia, predicción de los posibles pacientes susceptibles de abandono, intervenir a favor de los pacientes que le apoyan y rechazo de la actitud adulatora de los pacientes nuevos que afirman que la terapia es lo mejor que les ha ocurrido en la vida.

Los terapeutas deben ser muy activos en esta fase, pero también deben tener cuidado de no amenazar el difícil equilibrio distancia – intimidad del grupo, por que puede provocar abandonos. En esencia, la importancia del terapeuta es paralela a la de los pacientes en relación de los abandonos. La terminación nunca se debe exclusivamente a una carencia o deficiencia del paciente. El continuo terapeuta – paciente grupal supone un campo multipersonal, intersubjetivo en que todas las partes están implicadas con su responsabilidad.

Algunos pacientes, no importa qué tipo de preparación hayan recibido, no están preparados para la terapia grupal. Algunas razones de abandono prematuro incluyen: los pacientes inusuales (en términos de síntomas, estructura de carácter y proveniencia) pueden vivirse en el grupo como bichos raros y, como consecuencia, retirarse (<<No pertenezco al grupo>>), los pacientes que tienen una patología infrecuente o una perversión atípica que no sean capaces de soportar la vergüenza de abrirse a otros; pacientes que se encuentran en un estado de ánimo de tensión aguda por haber enfrentado recientemente recuerdos de abuso sexual u otras situaciones traumáticas.

Los pacientes que se integran a un grupo homogéneo suelen sentir, menos vergüenza y culpa, y más sentimientos de aceptación y solidaridad en las primeras fases, que los pacientes de grupos heterogéneos. Dada la homogeneidad, todos sufren el mismo problema, ya sea alcoholismo, adicción sexual, melancolía, enfermedad mental crónica, necesidad de medicación o viudez. Los miembros muestran menor hostilidad, competitividad y rivalidad. Consecuentemente se produce menos búsqueda de chivos expiatorios, acusaciones y menor necesidad de consolidar la estabilidad del grupo a través de expulsiones o abandonos voluntarios.

Las defensas narcisistas contra la vergüenza pueden alejar a los pacientes de la terapia, dado que no están preparados para manejar un colapso brusco de sus procesos defensivos. Los pacientes paranoides son particularmente propensos al abandono, porque no ven el valor de la subjetividad. Estos pacientes fracasan en el intento de vincularse con el grupo o el terapeuta. Sus proyecciones pueden impedir que otros pacientes (que desean la intimidad y tienen capacidad de empatía e intersubjetividad) lleven al grupo material íntimo y personal.

En los grupos homogéneos de ancianos que se focalizan en temas de los ciclos vitales, los asuntos principales son los que se refieren a: cambios en la autonomía e independencia, soledad, jubilación, aislamiento, cambios en las estructuras del *self* y muerte. En un segundo plano quedan la hostilidad y competitividad. El grupo se constituye con una transferencia de objetivos del sí mismo positiva, previamente formada (Lothstein, 1988; Lothstein, Zimet, 1988). Los grupos de pacientes de la tercera edad tienen menor tasa de abandonos y se genera entre los miembros una vinculación intensa e inmediata; perciben al grupo como una fuente de salud, empatía y alivio. La transferencia de objetos del sí mismo debe clarificarse y aceptarse como parte del proceso curativo. En algunos grupos la principal intervención terapéutica para evitar abandonos tempranos consiste precisamente en reforzar esa transferencia de objetos del sí mismo. (10)

#### **b) Terminación forzosa u obligada**

Algunas circunstancias requieren que el terapeuta actúe unilateralmente haciendo terminar a un miembro. Myron F. Weiner (1984) lo considera necesario cuando el terapeuta decide <<que la continuación de un paciente en el grupo va contra los intereses del individuo o del grupo, y se lleva a cabo cuando un miembro está empeorando en la terapia o es demasiado desviado para que el grupo lo tolere>>.

Cuando se saca a un miembro se debe trabajar a fondo para convertirlo en una experiencia positiva, tanto para el grupo, como para el individuo que se va. En el ejemplo anterior se interpretó la conducta de Joe tomara la decisión por sí mismo. La táctica le permitió dejar el grupo sin una pérdida considerable de autoestima y mostrar al resto que su terminación no era un fracaso.

Cuando se le pide a un miembro que abandone al grupo, la fantasía común es que, si otros miembros actúan como ese paciente serán obligados a dejar el grupo, por lo que también a ellos podrían pedirles que se fuesen y ser abandonados por el terapeuta. El terapeuta, animando al grupo a plantear estos temas, pueden atender la probabilidad de abandonos posteriores y trabajar el temor inconsciente del paciente de una venganza por parte del terapeuta.

Cuando se pide a un miembro que deje al grupo los demás pueden reaccionar temiendo el poder del terapeuta para expulsarles y abandonarles. Pacientes que en general son sólidos y estables pueden empezar a actuar autodestructivamente y dejar el grupo antes que se plantee esa situación o forzar al terapeuta a que los expulse y cumplir, con ello, sus expectativas. La conclusión de los pacientes sobre el tema de las terminaciones forzosa es un fenómeno impredecible pero esperable.

Un terapeuta puede pedir a un miembro que deje el grupo por diversas razones. En algunos casos la patología caracterial del paciente (por ejemplo, sociópata, narcisismo maligno) puede indicar la terminación forzosa de la terapia. En otros casos el terapeuta puede hacerlo para preservar la integridad del grupo. En este sentido, la terminación se relaciona con la naturaleza de la composición del grupo y no con el problema caracterial del paciente. Al abordar la terminación se debe distinguir entre el paciente a quien se le pide que abandone la terapia porque es perjudicial y los modos en que los miembros del grupo responden a esa terminación forzosa. (10)

### **c) Terminación circunstancial**

Se habla de terminación circunstancial cuando la agenda del paciente cambia, interfiriendo con las horas de encuentro del grupo. Por ejemplo, en el curso del tratamiento al paciente pueden cambiarle los horarios del trabajo, o salirle un trabajo fuera de la ciudad, o enfermar. En estos casos, los pacientes pueden traer su necesidad de terminar la terapia debido a causas fuera de su control. El material presentado no ofrece más alternativa que dejar el grupo. En otros casos pueda que el paciente no lo traiga como material a discutir por el grupo. Puede que no

aparezca, que llame o escriba al terapeuta, en cuyo caso, este se convierte en el portavoz de la terminación del paciente. Cuando los pacientes dejan el grupo por razones circunstanciales no pueden elaborar los conflictos que les llevaron a terapia.

Las terminaciones circunstanciales pueden no ser inevitables o imprevisibles. Pueden clasificarse de tal forma que paciente y grupo dispongan del tiempo necesario para despedirse. Por ejemplo, los grupos de consejo psicológico para universitarios pueden reunirse alrededor de las horas de clase y en vacaciones. Los pacientes de grupos a largo plazo deberían ser avisados con atención de la importancia de planificar su terminación y deberían contar con varias sesiones para elaborar su partida.

Las circunstancias también cuentan para los terapeutas. Las razones más frecuentes son: asuntos relacionados con la formación, salud, cambios de trabajo y muerte. En los grupos en que se trabaja con coterapeuta, se puede dar el caso de los dos terminen la terapia. En grupos en que los terapeutas están en fase de entrenamiento, el supervisor del grupo debería facilitar la continuidad.

Dependiendo de la naturaleza de la composición del grupo (por ejemplo, grupo para pacientes con poca fuerza yoica, grupo de recuperación para pacientes que han sufrido abusos sexuales, grupo de medicación para pacientes esquizofrénicos, grupo para el abordaje de las consecuencias del envejecimiento, drogadicción, agresiones sexuales, alcoholismo), la pérdida del terapeuta tiene un significado psicodinámico diferente y específico para cada paciente. Además, la sincronización de la partida del terapeuta debe explorarse previamente.

Los grupos de duración limitada tienen previstas previamente las terminaciones circunstanciales y planificadas, ya que a cada grupo se le asigna un tiempo preestablecido para completar su labor. A pesar de los esfuerzos del terapeuta, los pacientes de este tipo de grupos reprimen (suprimen el hecho de la terminación y trabajan esforzándose para construir una alianza de trabajo terapéutico y fingen que el grupo tiene un tiempo ilimitado para reunirse. Si el grupo logra un grado de cohesividad, pueden surgir fuerzas que se oponen a la terminación del grupo. En

otros casos los miembros abandonan prematuramente y comienzan a enrolarse una sucesión de grupos tan tándem (terapia grupal continuas sustituciones de miembros, que se enmascaran como terapias grupales a corto plazo), en los que la terminación nunca llega a trabajarse con profundidad.

En los grupos a corto plazo, los terapeutas deben tener presente la importancia de las dinámicas de separación y pérdida en la experiencia de terminación (Bahrey, McCallum, Piper, 1991), P. Kauff (1977), en su trabajo con grupos a largo plazo orientados psicoanalíticamente, ha profundizado en las vivencias de separación y pérdida desde el punto de vista de la terminación del terapeuta, no del paciente. Aunque los grupos de duración limitada pueden establecer objetivos y una fecha para la terminación, los pacientes pueden escudarse tras las normas y fracasar en cuanto al lograr una terminación adecuada. Puede que estos pacientes necesiten tratamiento posterior.

#### **d) Terminación planificada**

En las terminaciones planificadas, el terapeuta y el paciente están de acuerdo que se han logrado los objetivos, que los pacientes están preparados para funcionar sin la ayuda del grupo, una vez que han logrado las habilidades y fuerza del yo oportunas para afrontar los retos de la vida diaria; que sus síntomas han cesado, que tienen mayor control sobre sus vidas, que se han minimizado las distorsiones transferenciales y que una posible vuelta a la terapia no indicaría un fracaso de esta, T. McGee, B. Schuman y F. Racusen (1972) afirmaron que <<la terminación adecuada de un grupo se produce cuando todos, el miembro que se va, el terapeuta y el resto del grupo, participan de forma activa en el proceso de terminación>>. Cuando un paciente a largo plazo (en un grupo sin límites temporales prefijados) terminan exitosamente, los otros miembros pueden sentirse molestos por que el terapeuta no les haya ayudado antes, celosos de la salud emocional del que termina y deprimidos y desesperanzados con su propia posibilidad de desarrollo, sin expectativas de mejoría. En muchos casos, el paciente que termina deja a los demás miembros celosos, ansiosos, vacíos, deprimidos y con baja autoestima. Los pacientes más primitivos pueden vivenciar que su agresión destruido al paciente, alejándolo del grupo: estas fantasías de control omnipotente deben interpretarse.

Durante esta fase de la terapia algunos pacientes actúan su salida del grupo para defenderse del dolor interno y de su cólera contra el terapeuta. El terapeuta debe trabajar ese material transferencial.

### **2.2.1.10.3. TÁCTICAS DE TERMINACIÓN**

Casi todos los terapeutas comienzan su formación leyendo el manual de Yalom (1985). Generalmente piensan, en términos de la perspectiva de Yalom, que la elaboración de la mayoría de los problemas en terapia grupal lleva un mínimo de 18 meses. Desde la perspectiva de la práctica grupal psicoanalítica (para la cual el tratamiento puede durar entre tres y cinco años y en la que los pacientes se reúnen dos o tres veces semanales) con pacientes ambulatorios Day (1981) escribió:

\*\*\* Para realizar una terminación satisfactoria, animamos al paciente a que se tome el tiempo que necesite para despedirse, a menudo entre tres y seis meses. En primer lugar, se ayuda al paciente a revisar que le llevo a terapia, que problemas se han abordado, que nuevos problemas ha descubierto, cuales no se han abordado y de qué modo el grupo o los terapeutas le ha decepcionado.

Aunque en los grupos a largo plazo, analíticamente orientados tres o seis meses son de rigor; el consejo puede tener matices para una mayoría de terapeutas que trabaja con grupos a corto plazo. Haber experimentado varias terminaciones exitosas de terapia grupal, puede ser muy útil a la hora de decidir cuando un paciente está preparado para la terminación.

En los grupos abiertos, sin limitación temporal, el grupo global continúa aunque los pacientes individuales dejen el grupo global continua aunque los pacientes individuales dejen el grupo. Aunque los pacientes ya entran en estos grupos con una cierta consciencia del tiempo que van a permanecer la planificación de la terminación lleva generalmente tres o cuatro sesiones, no tres o seis meses (McGee, Schuman, Racusen, 1972).

Los miembros que permanecen pueden intentar negar la ansiedad que les produce la partida de otro paciente, a menudo esta se expresa en la creación de una atmosfera de fiesta de despedida. El grupo puede proponer una fiesta de graduación, salir a comer, hacerle un regalo, o darle un diploma. Esta ansiedad

debe ser recogida abiertamente por el terapeuta y tratada por el grupo. Deben tenerse en cuenta tanto los aspectos constructivos de la terminación, como los destructivos (Rose, 1989). Los miembros deben verbalizar los temas relativos a la terminación (Smith, Vanicelli, 1985).

En algunas terapias grupales puede ser apropiado hacer una fiesta o entregar regalos, lo cual no es incompatible con la verbalización. Los fundamentos teóricos que desacreditan las fiestas y regalos provienen de la teoría psicoanalítica, que desaconseja la gratificación de las necesidades de los pacientes en la terapia. Sin embargo, puede ser anti terapéutico no hacerlo en los siguientes grupos: grupos de actividades infantiles, grupos de pacientes adolescentes internados con problemas de desarrollo o con retrasos mentales, grupos de adolescentes, grupos de enfermos de la tercera edad y grupos con enfermedades mentales crónicas.

Los avances en la psicología del *self* sugieren que algunas formas de gratificación transferencial pueden ser compatibles con la actitud interpretativa. Por ejemplo, J Scott, Rutan y Walter N, Stone afirman que los terapeutas pueden generar resistencias y frenar el progreso terapéutico no contestando determinadas preguntas del paciente, o manteniendo una distancia pseudo analítica. Asimismo afirman que se pueden responder a las preguntas y luego investigar las motivaciones subyacentes. Para algunas patologías, esta es la técnica terapéutica más adecuada.

En terapia grupal el plan terapéutico se de ajustar a los problemas específicos del paciente. Un marco interpretativo que se aplica a todo tipo de patologías, bajo cualquier circunstancia, tiene las mismas probabilidades de ser adecuado como de fracasar. Sin embargo, la norma de evitar los regalos y las fiestas puede ser acertada para los principiantes, que deben aprender cómo ser asertivos, establecer límites y decir no a los pacientes. (10)

#### **2.2.1.10.4. TRATAMIENTO POSTERIOR**

A menudo los clínicos afirman, que cuando se trata de la terminación, los terapeutas deberían dejar clara la norma de que la persona que deja el grupo no puede volver a él. Los fundamentos que la sustentan derivan de la necesidad de



reconocer la irrevocabilidad de la terminación. Se dice que los terapeutas que son ambivalentes en este tema, están actuando sus ansiedades de pérdida y separación. Se trata de un buen consejo en las terapias a largo plazo, psicodinámica o psicoanalíticamente orientadas. Sin embargo las terapias que se guían por otro modelo, por ejemplo, terapia a largo plazo intermitente o a corto plazo con duración limitada, puede requerir un modo diferente.

Se debería animar a los pacientes a volver al tratamiento si llegan a experimentar una crisis de funcionamiento. La política de puertas abiertas puede facilitar una buena terminación, más que interferir con ella. Se debería fomentar la verbalización, y el terapeuta debería tratar el tema desde todas sus perspectivas. Bajo ciertas condiciones, la verbalización del deseo de dejar abierta la posibilidad de retornar al grupo posteriormente, puede considerarse resistencia. Para muchos pacientes la mejor solución es trabajar los temas de la terminación y dejar abierta la posibilidad de la vuelta al grupo, en caso necesario.

El permiso del terapeuta para dejar esta posibilidad abierta se explica en términos del progreso del paciente. Más que tomarlo como una recaída o una prueba de que la terapia no está completada, se puede tomar positivamente, como muestra de la capacidad del paciente de pedir ayuda cuando lo necesita.

Los pacientes que se quedan en el grupo terapéutico pueden vivir la política de puertas abiertas desde varias perspectivas; sintiéndose aliviados de que la terminación no implique irrevocabilidad o sintiéndose confundidos respecto a los objetivos del tratamiento. ¿Significa una vuelta al tratamiento que el paciente ha fracasado o recaído? o ¿significa que tiene suficiente fuerza del yo, flexibilidad e *insight* para saber cuándo necesita una ayuda adicional para afrontar nuevas ansiedades? Se debe abordar este tipo de preguntas abiertamente con el grupo. Para algunos pacientes con patología primitiva, es anti terapéutico cerrar la puerta cerrar la puerta a una terapia posterior. El terapeuta debería pedir al paciente que lleve más de dos años en terapia que espere un poco antes de comenzar una nueva terapia. Ciertamente, es bueno terminar de forma completa una terapia antes de empezar otra, pero no siempre es posible o aconsejable. (10)

### **2.2.1.11. ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS EN TERPIA GRUPAL**

Con frecuencia se comete el error de asimilar ética moral. Lo que es ético puede que no sea moral, pero es lo que una buena persona haría en una situación imprevista. La ética se refiere a las elecciones y decisiones personales. La moral constituye los principios que debe seguirse. Los principios éticos de la Asociación Americana De Terapia Grupal (AGPA) establecen normas de conducta. Estos principios resuelven el principio de la pertenencia a distintas profesiones pidiendo a sus miembros que sigan los principios éticos de sus respectivas asociaciones profesionales de origen. En el caso de que algunos profesionales que no cuentan con alguna asociación profesional, debería seguir los principios éticos de los psicólogos, publicados por la Asociación De Psicología Americana.

La diferencia principal entre los principios de ambas asociaciones consiste en que la asociación en que la asociación americana de psicología prohíbe mantener relaciones entre los supervisores o profesionales y estudiantes o supervisados, mientras que la prohibición de la AGPA se dirige exclusivamente a terapia y pacientes.

Jonathan D. Moreno (1991) considera la terapia grupal desde una perspectiva bioética: desde su óptica, la justicia constituye el concepto moral fundamental de la terapia de grupo.

#### **2.2.1.11.1 TRANSGRESIONES SEXUALES**

Las relaciones sexuales entre terapeuta y paciente están prohibidas en todos los códigos éticos, sin embargo la realidad es que las relaciones sexuales ocurren. Las relaciones amorosas comienza al fallar el terapeuta en su función técnica: el terapeuta no reconoce la reacción negativa hacia la terapia y el terapeuta. Esta falta de reconocimiento se hace evidente posteriormente, cuando queda claro que la terapia ha fracasado.

##### **a) Violación de las fronteras sexuales**

Robert I. Simón (1991) afirma que los terapeutas que violan el principio de abstinencia transgreden los límites del tratamiento y que los terapeutas que

proponen relaciones sexuales perjudican a sus pacientes. En el caso de familiaridades inapropiadas también se atenta contra la práctica psicoterapeuta. Para ilustrarlo Simón presenta el siguiente caso.

Un terapeuta recientemente divorciado quedó prendado de una paciente veinte años más joven que él, deprimida a causa de la muerte reciente de su marido con quien había estado casado durante tres años. La belleza y la inteligencia de la paciente cautivaron al terapeuta. En consecuencia dejó de diagnosticar un trastorno de la personalidad del Eje II y no llevó un control de la medicación.

Como la depresión continuaba, el número y duración de las consultas, últimamente nocturnas, se incrementó. El terapeuta se sintió solo y a la vez cautivado por la paciente, por lo que empezó a compartir sus problemas con ella. Intervinieron en las decisiones de la paciente fomentando su dependencia. Abrazaba a la paciente, la acariciaba y permitía que se produjeran situaciones sociales en la terapia. El terapeuta pensaba que la paciente estaba respondiendo positivamente al tratamiento. La paciente empezó a depender de él, aunque sus problemas se acumulaban y, a menudo sentía pánico y depresión cuando se acentuaba la intimación.

Después de 18 meses comenzaron una relación sexual. La paciente esperaba que las relaciones sexuales implicaran el establecimiento de una relación permanente. Posteriormente el terapeuta se cansó de ella y la abandonó. La paciente hizo un intento de suicidio y fue hospitalizada. Tania un diagnóstico de trastorno de la personalidad dependiente, derribada de su infancia y un historial de abusos de sustancias. Demandó al terapeuta y ganó (ya que él había permitido el contacto sexual).

### **b) Relaciones duales**

La Asociación Americana de Psicología aborda el problema de las relaciones sexuales duales proponiendo a los psicólogos que eviten combinar la relación de terapeuta con otro tipo de relaciones, incluyendo relaciones sexuales con estudiantes y sus familiares. Las relaciones sexuales con los pacientes en tratamiento son específicamente no éticas.

### **c) Quejas**

La discriminación y el abuso sexual son aspectos legales y éticos de actualidad, debido a la creciente preocupación por la igualdad de la mujer y el hombre en cuanto a sus capacidades y a la integración, cada vez mayor, de las mujeres en profesiones hasta el momento copadas por los hombres.

A medida que la situación de la mujer se ha ido planteando más abiertamente, las quejas sobre explotación sexual se han incrementado. Las investigaciones indican que el 5 por ciento de los psiquiatras han mantenido relaciones sexuales con los pacientes. Una investigación realizada con psicólogos indica que un porcentaje de 5.5 en los varones y un 0,6 de mujeres han mantenido relaciones sexuales con sus pacientes. Las pocas denuncias que ha habido en relaciones con psiquiatras varones se refieren a abusos sexuales de menores (Moore, 1983)

A medida que las mujeres han empezado a ejercer en la terapia, se ha ido incrementando la denuncia de las relaciones sexuales entre terapeutas mujeres y sus pacientes. Glen O. Gabbard (1991b) informa de un caso en que el terapeuta se volvió paranoico tras la ruptura de su compromiso matrimonial; estaba convencida que a través de su amor podía curar a los pacientes. Viajó a lo largo del país con un paciente que se había fugado del hospital en que estaba internado, para casarse. Mantuvieron relaciones sexuales en muchas ocasiones. Estaba convencida de que se curaría con su amor.

En otro caso, una terapeuta frustrada por el silencio continuo de su paciente, que era una chica con una historia de incesto, dejó las técnicas tradicionales de consejo psicológico y comenzó a utilizar manifestaciones físicas: cogerle las manos a la paciente, poner en palabras sus deseos y abrazarla. La terapeuta consideraba que al mostrarle a la paciente estas manifestaciones cariñosas, la animaría a comunicarse. La paciente se mantenía en su silencio y la terapeuta empezó a darse cuenta de que estaba excesivamente implicada con la paciente. La terapeuta incrementó paulatinamente sus contactos físicos hasta que aquello se convirtió en una manifestación sexual entre ambas. Entonces la terapeuta buscó la ayuda de otro terapeuta más experimentado, aunque no le comunicó nada acerca de la relación física que mantenían, dado que quería que continuara. Cuando, al final, la paciente se decidió a hablar se produjeron evidencias de regresión. Sin embargo la terapeuta continuó el tratamiento, creyendo que todavía podía ayudar a la paciente. Al tratar de rescatar a la paciente, la terapeuta había convertido la terapia en un abuso sexual.

#### **d) Relaciones sexuales intragrupo**

Los psicoterapeutas grupales, al enfrentarse al problema de las tareas evolutivas de la adolescencia no resueltas, manifiestan a su aquiescencia cuando otros componentes del grupo se ofrecen para ayudar a estos pacientes inmaduros teniendo relaciones sexuales con ellos. Estas situaciones van claramente en contra de la ética. La terapia grupal no puede ofrecerse como sustituto de relaciones sociales válidas: intentar que las relaciones sociales del grupo terapéutico

sustituyan a las relaciones sociales reales supone poner en peligro los objetivos de la terapia.

En un caso reciente que ha sido muy difundido, el terapeuta grupal llevaba al grupo durante al fin de semana a una graja. Allí los miembros del grupo y el terapeuta mantenían relaciones sexuales. Los pacientes no eran tratados sino explotados, a la vez que se obstaculizaba la expectativa de una futura relación terapéutica. Se llevó el caso a los tribunales, que retiraron al terapeuta su licencia para ejercer.

Una solución diferente para este mismo problema consiste en fomentar que otros pacientes del grupo animen a los pacientes inmaduros que mantengan relaciones íntimas con otras personas que no pertenezcan al grupo. Esta actuación es una buena técnica terapéutica a la vez que una solución ética válida.

#### **2.2.1.11.2 CONFIDENCIALIDAD**

Se requiere que los pacientes que acuden al grupo mantengan la confidencialidad. La confianza y el respeto mutuos entre los pacientes son vitales a la hora de manejar los datos personales íntimos. El código deontológico de la AGPA exige que los terapeutas logren un acuerdo entre los participantes, al inicio de las relaciones grupales, para proteger la identidad y mantener en secreto las discusiones del grupo. El terapeuta del grupal también está obligado a pedir permiso al grupo para utilizar información sobre este para otros objetivos educativos o extra-terapéuticos, a menos que la ley le exija esta información.

##### **a) Aspectos legales**

El terapeuta está obligado ética y legalmente en mantener en secreto la información que se produce en las sesiones, tema que está relacionado con los límites del proceso terapéutico. Revelar información confidencial sobre el tratamiento supone la pérdida de credibilidad del profesional.

Las excepciones a la confidencialidad, a requerimiento de las autoridades, son un problema continuo. Muchas situaciones, compañías de seguro y los propios pacientes tienen derecho legal a consultar los registros. Prácticamente la única forma de mantener un mínimo de confidencialidad consiste en que el terapeuta sea parco en lo que transcribe en el historial del paciente. Se considera que la

confidencialidad, basada en la confianza, es fundamental para el éxito del tratamiento.

En una ocasión un juez anuló la confidencialidad dictaminando que no había confidencialidad porque tanto el marido como la mujer, a la vez, estaba recibiendo conjuntamente *counseling* psicológico. Sus afirmaciones no se realizaban individualmente en presencia del doctor. Desde el punto de vista legal, si se convierte esta situación en precedente, nada de lo que se diga en una terapia grupal puede tomarse como información confidencial.

Esta situación ilustra el tema de que de lo que es legal no tiene por qué ser necesariamente moral o ético, si no solo la consecuencia de un sistema legal de adversarios. Los resultados frecuentemente sorprendentes de los procesos legales por negligencia profesional, son otros ejemplos de lo imprescindible del sistema legal de adversarios.

A pesar de los crecientes obstáculos y requerimientos gubernamentales que se les plantea a los profesionales de la terapia, en lo referente a la confidencialidad la dificultad de hacer una afirmación precisa de lo que sucede en una sesión de terapia grupal puede suponer un apoyo. Cada participante tiene una percepción distinta de lo que está ocurriendo en el grupo. Las grabaciones en video probablemente pueden ser más representativas de la realidad, sin embargo, todavía se discute su utilidad para determinar si lo que ocurrió es ético.

#### **b) Incumplimientos del terapeuta.**

Ernest R. Taylor y George M. Gazda (1991) plantean interrogantes sobre la combinación de la terapia grupal y la individual, cuando el terapeuta menciona durante las sesiones grupales algo dicho en terapia individual. El tutor considera que es antiético informar al grupo de algo que ha sucedido en terapia individual. Sin embargo, es el paciente quien lleva el material, puede hacer preguntas puntuales sobre ellos, pero no es necesario ni ético revelar información confidencial.

En base al juramento hipocrático y al código deontológico, los psiquiatras se han negado a divulgar información a las autoridades legales, por lo que, en ocasiones, han sido encarcelados o castigados de otro modo. La mayor parte de las controversias se basan en el compromiso para divulgar la parte de información

que la justicia requiere y mantener en secreto el resto de información disponible. Los siguientes dos casos ilustran algunos de los problemas:

A finales de 1969 se envió a un psiquiatra a la cárcel por desacato al tribunal. Se había negado a divulgar el contenido de sus comunicaciones terapéuticas con un supuesto antiguo paciente. El paciente había alegado su estado emocional en una demanda por daños y perjuicios. Cuando se le pidió al psiquiatra que entregara sus notas, este se negó aduciendo que la divulgación de la información perjudicaría notablemente a otros pacientes, actuales y futuros, por los que les haría dudar de que le dijeran al terapeuta, este podría repetir, en un estrato como testigo. También argumentó que el paciente, al desconocer todo el contenido de la información que le pedía al terapeuta, no podía dar consentimiento válido. En mayo de 1970, diversos tribunales de apelación había clarificado la situación del psiquiatra. Se podía excluir cualquier información marginal y potencialmente perjudicial sobre el paciente. El psiquiatra testificó que había tratado al paciente y dio las fechas del tratamiento, sin aportar más detalles. La información satisfizo al jurado.

### **c) Pacientes peligrosos**

Los psicoterapeutas grupales deben trabajar con pacientes peligrosos para proteger al público y satisfacer las necesidades terapéuticas del paciente, el terapeuta tiene la obligación legal de alertar y proteger a las amenazas serias de un paciente. Alan R Felthous (1991) señaló que el deber del psiquiatra de alertar y proteger no es una mera doctrina, como se ha venido suponiendo. Él recomienda consultar las primeras notas sobre amenazas con otro colega experimentado. (11)

## **2.2.2. EL ADULTO MAYOR**

### **2.2.2.1. Definición**

- Por fines legales, médicos, económicos y estadísticos se considera adulto mayor todo varón de 65 años o más, y a toda mujer de 60 años o más; en esta época de la vida, el proceso de envejecimiento, que según la Organización Mundial de la Salud se inicia desde la concepción y que finaliza con la muerte del individuo, se hace más evidente, trayendo consigo cambios tanto a nivel físico como en el ámbito psicosocial del individuo que hacen cada vez más difícil la adaptación del sujeto al mundo que le rodea. (12)

- Para los siguientes autores el concepto de vejez se define de la siguiente manera: para Galeno, el adulto mayor o la vejez era de naturaleza intrínseca y se encontraba en el mismo proceso generativo, vinculando así el desarrollo y la decadencia de la persona humana. Erasmo, en el siglo XVI, concebía la vejez como una carga, considerando que la locura era el único remedio contra la vejez. La vejez es un estigma, según el gerontólogo social norteamericano Robert Atchley (1980), y la mayoría de las veces tal estigma es el resultado injusto de falsos estereotipos que se han ido acumulando a través de los tiempos. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad Padilla, (2002), esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos. (13)
- La expresión tercera edad es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que está jubilada y tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término *personas mayores* (en España y Argentina) y *adulto mayor* (en América Latina). (14)
- Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. (15)

#### **2.2.2.2. Características del adulto mayor**

##### **➤ Aspectos biológicos**

El aspecto general refleja el envejecimiento, la silueta se pone pesada por la gordura que predomina en ciertas regiones (vientre, caderas). La piel pierde su



hidratación y elasticidad, se arruga; las varicosidades se acusan, las venas sobresalen, los cabellos se encanecen y se hacen escasos. A esto se le suman las alteraciones autoperceptibles de las funciones oculares y auditivas, el incremento de la fatigabilidad muscular y un cambio en la velocidad de respuesta adaptativa a ciertos estímulos (por ejemplo, sexuales)

Ahora bien, todas estas modificaciones que, deben ser consideradas fisiológicas en tanto no derivan de problemas patológicos definidos tendrán repercusiones personales y serán vividas de manera totalmente diferente por los individuos que la padecen y que dependerá de la personalidad previa de cada uno y del rol socioeconómico que desempeñe. Por ejemplo, la pérdida de belleza y del encanto físico no tendrá el mismo efecto en una personalidad narcisista que en una depresiva. Las combinaciones de personalidades, profesiones y roles sociales multiplican las posibilidades hasta el infinito, lo cual hace sumamente difícil, la pretensión de establecer generalidades del proceso de envejecimiento. De esta última afirmación se desprende la necesidad de ahondar en los factores psicológicos y sociales que intervienen en éste proceso, como así también sobre la relación entre éstos y lo biológico. (16)

#### ➤ **Aspecto psicológico**

La persona mayor vive bajo un cierto tono amenazante: la proximidad de la muerte, la pérdida de seres queridos, la obligada pasividad de la jubilación, las limitaciones psicofísicas.

Por otro lado, su concepción del tiempo se distorsiona: los días, las semanas y los años parecen transcurrir con mucha rapidez. El anciano lucha inconscientemente contra la muerte. Lo expresa mediante conductas de evitación, la mayor dedicación a los suyos, a los que reclaman afecto y compañía; tiende a conservar lo que tiene: objetos, abalorios, recuerdos, inmuebles, ahorros. Se vuelve reaccionario ante los cambios, anhela lo permanente, lo de siempre.

El deterioro de las habilidades motoras y las capacidades intelectuales varían enormemente de uno a otros, si bien, por lo general, ambas se desarrollan en cierta

medida. Se siente frágil. Vulnerable, por lo que reclama continuas atenciones y cuidados, advirtiéndonos de peligros y temores de la enfermedad. Aunque la memoria le vaya fallando, sigue conservando bien la memoria a largo plazo, que le gusta evocar a menudo de ahí las famosas e interminables *batallitas de abuelo*.

JIMENEZ HERRERO (1994) señala que en la senectud el hombre busca adaptarse a los conflictos de la vida, y los hace mediante conductas como:

- a) Comportamiento contradictorio: desea la soledad pero al mismo tiempo la teme.
- b) Labilidad emocional y afectiva: es muy sensible, con pequeños motivos se entristece o llora.
- c) Mayor demanda de afecto: necesita que le dedique más atención afectiva.
- d) Machaconería: repite muchas veces las cosas.
- e) Quejosos: se queja excesivamente de aspectos de la vida poco importantes: sobre la comida, su presente comparado con el futuro. Etc.
- f) Irritabilidad, agresividad como forma de reclamar atención: es el llamado cascarrabias.
- g) Toxicofilia: tendencia a depender de los medicamentos, ya que suele padecer diversas afecciones que obligan auto medicarse. Pero muchos de los que ya no necesita los sigue tomando, pues teme que al dejarlos reaparezca la afección que trato con estos.
- h) Regresión de la libido: menor tendencia a disfrutar de las cosas, prefiriendo quedarse en la casa, estar en la cama viendo la tele...

Estas conductas varían de unos ancianos a otros, y no tienen por qué adoptarlas. De hecho, muchos de ellos se comportan de manera que no parecen ancianos. Probablemente, el nivel de satisfacción del presente depende de gran parte del nivel de satisfacción de su pasado, lo cual condiciona su conducta social habitual.

(17)

### ➤ Aspectos sociales

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión.

En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además de que siente que la sociedad no lo valora en la forma en que el adulto mayor considera que sería lo justo.

Por otra parte, encontramos que existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido. Es de ellos de quien se debe aprender. (16)

Los adultos mayores son discriminados en nuestra sociedad por su edad. A esto se llama viejísimo que es el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores en función de su edad.

Es preciso señalar que entre los factores sociales que inciden en el proceso de envejecimiento, no debemos pasar por alto las modificaciones que los avances tecnológicos han provocado en la estructura tradicional familiar, estructuras consideradas hasta entonces, poco menos que inamovibles.

En la sociedad actual, el concepto de vejez tiene una estrecha relación con el proceso de producción, el consumo de determinadas tendencias y por los ritmos vitales impuestos por la industrialización. A partir de una determinada edad, fijada legalmente, los individuos deben dejar de trabajar, marginándolos forzosamente del mundo del trabajo y de todo lo que ello implica. (Beneficios económicos, relaciones, etc.). A diferencia de lo establecido por la doctrina y la jurisprudencia, la jubilación, en la mayoría de los casos, no permitirá al anciano mantener el mismo nivel de vida que al tiempo del retiro. La seguridad social argentina ha

sufrido diversas modificaciones. En los tiempos que corren, la seguridad social ha pasado a ser definida como un conjunto de riesgos y capitales. Poco o casi nada conserva esa definición de los esquemas tradicionales de previsión con fundamento en la solidaridad intergeneracional. Con el aumento de la población envejecida ocurrido en los últimos tiempos, la caída de la tasa de dependencia (relación activo/pasivo) tiene consecuencias sobre la seguridad social, ya que al caer la proporción de activos y crecer el número de beneficiarios aumenta el "gasto" sin que lo hagan los ingresos, lo que se traduce en un empobrecimiento de la calidad de vida de estos actores sociales.

Puede notarse aquí otra estigmatización hacia el grupo anciano, reconociéndoselo como un "pasivo" que acarrea un "gasto". El rótulo del sector pasivo para los ancianos, en un mundo hiperactivo, refleja el énfasis puesto en lo que disminuye, en lo que ya no es.

Tras este retiro forzoso, en la sociedad actual, se puede notar aún una falta de definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos y en cuyo desempeño éstos podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social. De existir estas definiciones, podrían contrarrestarse contenidos negativos de la ideología del "viejísimo" e influir en la percepción social de los ancianos y en su propia autoestima. Ante la ausencia de éstas definiciones, la falta de tareas especificadas culturalmente conlleva la dificultad de saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada anciano debe buscar que hacer, debe crearse una rutina compuesta de tareas que pueden llegar a ser más o menos valiosas para él, pero sin tener ninguna garantía de que ellas serán reconocidas socialmente. La dificultad para llevar esto a cabo produce en aquellos que no puedan realizarlo, resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar, donde vive sin transcurrir anhelos, sin entusiasmos, sin horizontes.

Socialmente, con la vejez se interrumpe la continuidad de aquella construcción de futuro, origen de logros en cada etapa de la vida. A la vez, "un anciano es alguien despojado de un futuro construido por el mismo". (18)

### **2.2.3. DEPRESIÓN**

**2.2.3.1. Definición.-** La depresión (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque éste es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. (19)

#### **2.2.3.2. Clasificación de la depresión según el CIE-10**

##### **2.2.3.2.1. F32 EPISODIOS DEPRESIVOS**

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre de un humor depresivo una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz puede predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas excesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser acertados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Las categorías de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1), y grave (F32.2 y F32.3) que se describen con mayor detalle a continuación, deben ser utilizadas únicamente para episodios depresivos aislados (o par el primero). Los

posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Se incluye los niveles de gravedad para poder cubrir el amplio espectro de los cuadros clínicos que se ven en los diversos tipos de prácticas psiquiátricas. Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que en las unidades de internamiento psiquiátricas suelen ocuparse de las formas más graves de episodios depresivos. Los actos autoagresivos, con frecuencia intoxicaciones involuntarias con la medicación prescrita, que acompañan a los trastornos del humor (afectivos), deben codificarse mediante un código adicional del capítulo XX de la CIE-10 (X60-X84). Estos códigos no implican valoraciones acerca de la diferenciación entre intentos de suicidio y “para suicidio”. Ambos se incluyen en la categoría general de autoagresión. La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una aplicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad.

La presencia de demencia (F00-F03) o de retraso mental (F70-F79), no excluyen el diagnóstico de un episodio depresivo tratable, aunque las dificultades de comunicación hacen que sea necesario confiar más de lo habitual para hacer el diagnóstico, confiar más de lo habitual en los síntomas somáticos objetivos observados como la inhibición psicomotriz, la pérdida de apetito y de peso y los trastornos del sueño.

Incluye: episodios aislados de reacción depresiva

depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2)

depresión reactiva(F32.0, F32.1 ó F32.2)

depresión mayor (sin síntomas psicóticos)

### **a) F32.0 Episodio depresivo leve**

#### **Pautas para el diagnóstico**

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

- **F32.00 sin síndrome somático**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

- **F32.01 con síndrome somático**

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

### **b) F32.1 Episodio depresivo moderado**

#### **Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.



Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndromes somáticos:

- **F32.10 sin síndrome somático**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndrome somático.

- **F32.11 con síndrome somático**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

- c) **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo los sentimientos de inutilidad o culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

### **Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas

son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Utilice esta categoría para episodios aislados de trastorno depresivo grave. Si hubieran presentado otros episodios utilice la categoría trastorno depresivo recurrente (F33).

Incluye: Episodios depresivos aislados de depresión agitada

Melancolía

Depresión vital sin síntomas psicóticos

#### **d) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas de F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

#### **Diagnóstico diferencial**

El estupor depresivo hay que diferenciarlo de la esquizofrenia catatónica (F20.2), del estupor disociativo (F44.2) y de las formas orgánicas de estupor. Se debe utilizar esta categoría únicamente para los episodios aislados de depresión grave con síntomas psicóticos; para los episodios sucesivos se debe utilizar una de las subcategorías de trastorno depresivo recurrente (F33).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos

Depresión psicótica

Psicosis depresiva psicógena

Psicosis depresiva reactiva

**e) F32.8 Otros episodios depresivos**

Se deben incluir aquí episodios que no reúnen las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como la tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye: Depresión atípica

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación

**f) F32.9 Episodio depresivo sin especificación**

Incluye: Depresión sin especificación

Trastorno depresivo sin especificación

**2.2.3.2.2. F33 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE**

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación de estados de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o

hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también pueden tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos a de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto en los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

El riesgo de que un enfermo con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia del número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presentara un episodio maniaco debe cambiarse el diagnóstico a trastorno bipolar.

El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse como se indica a continuación, especificando primero el tipo del episodio actual y después (si se dispone de suficiente información) el tipo que predomina en todos los episodios.

Incluye: Episodios recurrentes de:

Reacción depresiva. Depresión psicógena. Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1).

Episodios recurrentes de: Depresión endógena. Depresión mayor. Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo). Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica. Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye: Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

### **a) F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve**

#### **Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0). b) además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos deben haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

- **F33.00 Sin síndrome somático (ver F32.00)**
- **F33.01 Con síndrome somático (ver F32.01)**

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

### **b) F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado**

#### **Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para el episodio depresivo moderado (F32.1). b) además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe reunirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

- **F33.10 Sin síndrome somático (ver F32.10)**
- **F33.11 Con síndrome somático (ver F32.11)**

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

**c) F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos**

**Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2). b) además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

**d) F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos**

**Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3). b) además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Si fuera necesario, las alucinaciones o ideas delirantes pueden distinguirse entre congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

#### **e) F33.4 Trastorno depresivo recurrente actual en remisión**

##### **Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico preciso: a) en el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33), pero en el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39. b) además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Esta categoría puede utilizarse también si el enfermo está recibiendo tratamiento para disminuir el riesgo de nuevos episodios.

- **F33.8Otros trastornos depresivos recurrentes**
- **F33.9Trastorno depresivo recurrente sin especificación**

Incluye: Depresión monopolar sin especificación. (20)

### **2.2.3.3. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Es un trastorno que ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos. Debemos tener un constante estado de alerta que permita su detección, para poder abordarla con los tratamientos que disponemos.

Como muchas otras enfermedades, la depresión en el anciano tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza. “A veces los ancianos con depresión, en lugar de manifestar que están tristes, se retraen o se aíslan o se vuelven más irritables.” Es decir, la persona anciana puede no quejarse de que está mal o triste, y que sólo observándola nos demos cuenta de que puede estar deprimida. Tampoco es raro que junto a la tristeza la persona anciana deprimida note una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores. Puede ocurrir también que sean los propios familiares o incluso el médico los que achaquen los síntomas de la depresión al propio envejecimiento, lo cual también impide hacer el diagnóstico y por tanto tratar la enfermedad.

El término “depresión” es un término con el que nos podemos estar refiriendo a tres realidades distintas: a un síntoma anímico, a un síndrome (conjunto de síntomas covariantes) o a una categoría diagnóstica o cuadro clínico (ya que además de la presencia de un síndrome, exige la congruencia de otras condiciones etiológicas, clínicas y evolutivas).

Durante la vejez ocurren una serie de factores que favorecen la aparición de este trastorno. Entre ellos se encuentran:

Pérdida de salud la cual es propia de la edad y en donde en muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.

- Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos que en ocasiones se acompañan de duelo patológico.
- Disminuye la capacidad económica.
- Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.
- Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.



- Factores biológicos, aunque no son suficientes para la depresión. Entre ellos se encuentran los cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión, sistemas hormonales
- Menor soporte social del anciano deprimido.
- Posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario.
- Pérdida de motivación para el autocuidado.(21)

En cuanto a la depresión en el adulto mayor, se debe partir por señalar que los problemas afectivos en los ancianos son importantes por su frecuencia, por su impacto sobre el estado mental y por su potencial influencia sobre la evolución de las enfermedades físicas. Los investigadores señalan una prevalencia de trastornos mentales severos que oscila entre un 15 a 25% en los ancianos que viven en comunidad, y hasta el orden del 40 a 75% en contextos residenciales de atención especial (Kermis, 1986). En nuestro país, se ha reportado una prevalencia de hasta un 47% de depresión en una muestra de adultos mayores (Hoyl, Valenzuela & Marín, 2000).

Para Calderón (1990), la vejez es una etapa especial, en la que el individuo debe hacer un gran esfuerzo por adaptarse a los múltiples cambios en diversas dimensiones que debe enfrentar. Esta perspectiva es bastante coherente con una visión de proceso de envejecimiento más que de una distinción entre lo normal y lo patológico del tipo DSM IV o CIE 10. En virtud de esto último, la depresión sería un continuo y la descripción de esta debería basarse más en criterios cuantitativos que cualitativos.

Sin embargo, en términos diagnósticos, existe en el DSM-IV, una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos, siendo el común denominador en todos ellos la modificación profunda del estado anímico, con predominio de la tristeza y el sufrimiento, o la preocupación excesiva. A menudo, en el uso corriente, se confunde este común denominador con una entidad única y global, confundiendo más que aclarando el diagnóstico.

Así, debido a que el término depresión hace referencia tanto a un constructo como a un conjunto de síntomas, se produce una utilización ambigua del mismo, estando frecuentemente presentes ambos significados. De hecho, con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes incompletos, denominados trastorno depresivo no especificado, trastorno del estado de ánimo no especificado, depresión menor o depresión por el DSM-IV, pudieran tener la misma repercusión en cuanto a morbilidad que la depresión mayor (Hoyl, Valenzuela & Marín, 2000).

Como respuesta al problema conceptual de la depresión, se ha intentado establecer una mejor delimitación y diagnóstico de la depresión en personas mayores, destacándose la propuesta de Gallagher y Thompson (1983), quienes consideran la depresión como un producto final, que refleja una serie de problemas relacionados con distintas áreas psicológicas, sociales y biológicas. Es importante destacar que Gallagher y Thompson no incluyen otros síntomas regularmente contemplados en el diagnóstico de la depresión que discriminan escasamente en este grupo de edad, como son los sentimientos excesivos de culpabilidad, inadecuación, preocupación excesiva y quejas hipocondríacas.

El bienestar emocional de los adultos mayores declina con niveles más bajos de ejercicio y salud física. Se ha observado que entre los mayores, la depresión se correlaciona fuertemente con limitaciones tales como dificultad para preparar alimentos, comprar, salir, bañarse, etc. Más aún un bajo sentido de control sobre la propia vida aumenta la depresión. Un ajuste de las funciones físicas y sentido de control, eliminaría algunas de las apariciones de depresión asociadas con esta edad (Mirowsky & Ross, 1992).

Ahora bien, en este contexto y en resumen, sería necesario hacer al menos dos observaciones básicas: que los criterios diagnósticos tipo DSM IV se vuelven insuficientes para la conceptualización de los trastornos del ánimo en esta población, y segundo, que muchos de los estresores que podrían estar causando

reacciones adaptativas que cursen con síntomas depresivos en los adultos mayores, se relacionan con la capacidad funcional del adulto mayor. (22)

## **2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.3.1 HIPÓTESIS**

La Psicoterapia de grupo contribuye a la superación de la depresión en los adultos mayores.

### **2.3.2. VARIABLES**

#### **2.3.2.1. Variable Independiente**

Psicoterapia de Grupo

#### **2.3.2.2. Variable Dependiente**

Superación de la depresión

## 2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**HIPÓTESIS** La Psicoterapia de grupo contribuye a la superación de la depresión en los adultos mayores.

| VARIABLES   | DEFINICIONES CONCEPTUALES  | CATEGORIAS  | INDICADORES   | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS   |
|---|--|---|---|---|
| <b>Independiente</b><br>Psicoterapia de grupo       | Terapia que se aplica a un grupo de personas y que se sirve de la interacción emocional entre los miembros de este para superar el conflicto individual y modificar su conducta. | Terapia<br>Aplicación<br>Grupo -<br>Personas<br>Interacción-<br>emocional<br>Conflicto<br>Modificación de<br>conducta | Técnicas<br>Acción -<br>efecto<br>Pacientes<br>Alteración<br>Síntomas<br>Cambio         | Tests psicológicos:<br>- Beck<br>- Hamilton<br>- Yesavage<br>Fichas de registros.<br>Técnicas<br>psicoterapéuticas. |
| <b>Dependiente</b><br>Superación de<br>la depresión | Restablecimiento de la salud mental del paciente a través de un proceso terapéutico, luego de haber presentado un estado depresivo.  | Restablecimiento<br>Salud mental<br>Patología<br>Técnicas<br>Depresión  | Recuperación<br>Restitución<br>Rehabilitación<br>Síntomas<br>Signos<br>Bienestar mental | Retests:<br>Tests psicológicos:<br>- Beck<br>- Hamilton<br>- Yesavage   |

# **CAPÍTULO III**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

**3.1.1. Método científico.-** Inductivo: ya que; a partir de hechos particulares se obtiene conclusiones generales.

**3.1.2. Tipo de Investigación:** Estudio de tipo transversal, puesto que se lo realizará en un período determinado, en este caso, de noviembre del 2011 a enero del 2012.

**3.1.3. Diseño de la Investigación:** Es un estudio Cuasi Experimental porque se manipula la variable independiente en este caso la Psicoterapia de grupo.

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

**Población:** Grupo de adultos mayores (hombres y mujeres) conformado por 18 personas de la Fundación “María Troncatti” de la ciudad de Sucúa de la Provincia de Morona Santiago.

**Muestra:** No existe muestra porque el número de adultos mayores (18 personas) es bajo, optándose por lo tanto realizar la investigación con el total con el total de la población de Adultos mayores atendidos en la fundación. Sin embargo, la población de 18 adultos mayores debió ser sometida a los criterios de inclusión y exclusión (respecto de la Terapia de grupo), razón por la cual se descartaron 6 Adultos mayores, quedando de esta forma 12 adultos mayores idóneos para la realización del concerniente estudio.

#### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas e instrumentos que se utilizarán para la Investigación. (cuantitativas; observación):

1. (BDI) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Aplicado a los adultos mayores para determinar los niveles de Depresión. Se aplicó antes del desarrollo de la Psicoterapia de Grupo y al terminar la misma en un retest.

2. (HDRS) ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN: Aplicado a los adultos mayores para determinar los niveles de Depresión. Se aplicó antes del desarrollo de la Psicoterapia de Grupo y al terminar la misma en un retest.
3. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE: Aplicado a los adultos mayores para determinar los niveles de Depresión. Se aplicó antes del desarrollo de la Psicoterapia de Grupo y al terminar la misma en un retest.
4. FICHA DE REGISTRO (observación): Fue creada con el propósito de registrar las actitudes y comportamientos de los adultos mayores, observados durante la realización de la Psicoterapia de Grupo.

### **3.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de las técnicas aplicadas para la recopilación de datos se interpretarán estadísticamente (cuadros y/o gráficos), por lo que, se los representará gráficamente de forma ordenada, que nos permitan su estudio o análisis posterior.

Los gráficos y análisis se encuentran divididos en dos partes; la primera parte pertenece a la aplicación de los tests antes de la realización de la Psicoterapia de Grupo, y la segunda parte pertenece (una vez concluida la Psicoterapia de Grupo) a la aplicación de Retests para verificar los cambios producidos en la Depresión, luego de la Psicoterapia. Al final de la investigación se formularán las conclusiones y recomendaciones, relativo a los adultos mayores y la aplicación de la Psicoterapia de Grupo.

Los resultados estarán en relación directa con la hipótesis y objetivos de la investigación

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA POBLACIÓN

### CUADRO N° 1

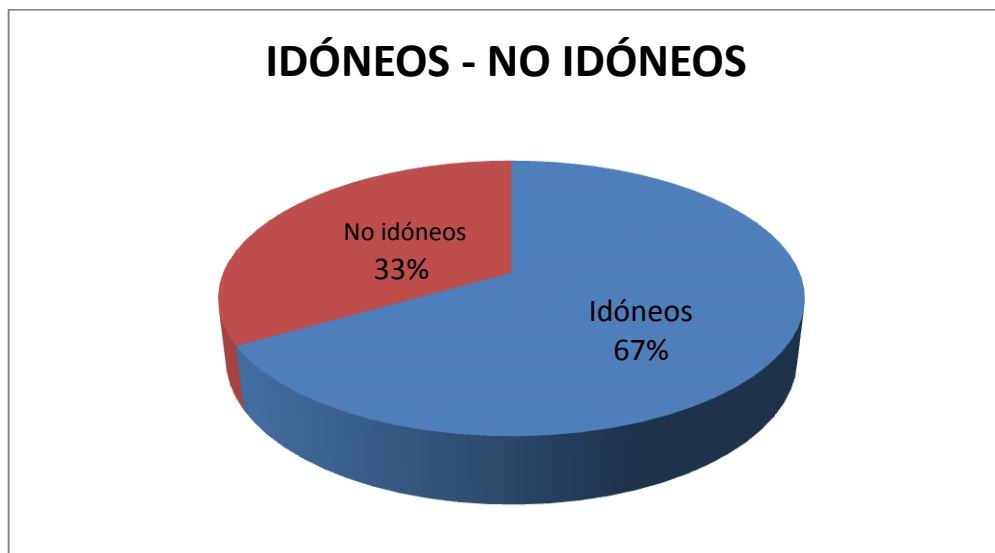
#### Población de Adultos Mayores Previo a los Criterios de Inclusión y Exclusión

| POBLACIÓN    | CANTIDAD  |
|--------------|-----------|
| Idóneos      | 12        |
| No idóneos   | 6         |
| <b>TOTAL</b> | <b>18</b> |

**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

### GRÁFICO No 1



**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis:** De los 18 adultos mayores (hombres y mujeres) que equivalen al 100%: 12 adultos mayores (hombres y mujeres) son idóneos para someterse al proceso de Psicoterapia de grupo.

Los 6 adultos mayores (hombres y mujeres) que equivalen al 33% fueron excluidos por presentar deficiencias cognitivas y físicas acentuadas. Según los basamentos teóricos, no es recomendable reciban Terapia de grupo estos casos.



## CUADRO N° 2

### Población de Adultos Mayores (Idóneos para el presente estudio)

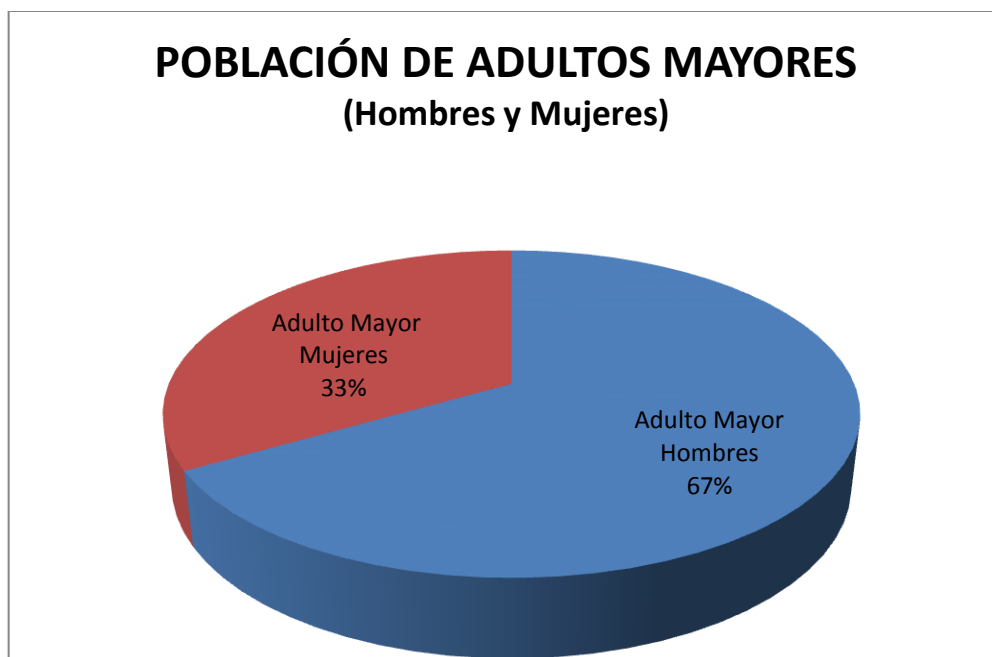
#### Evaluados Psicométricamente

| POBLACIÓN            | CANTIDAD  |
|----------------------|-----------|
| Adulto Mayor Hombres | 8         |
| Adulto Mayor Mujeres | 4         |
| <b>TOTAL</b>         | <b>12</b> |

**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

## GRÁFICO No 2



**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis:** De los 12 Adultos mayores que equivalen al 100%; 4 que es el 33% son mujeres, y 8 que es el 67% son hombres.

Observándose que el mayor porcentaje (67%) son hombres. Aclarándose que, los 12 Adultos mayores (hombres y mujeres), en razón de los criterios de inclusión y exclusión son IDÓNEOS para recibir Psicoterapia de grupo, y consecuentemente someterse al proceso investigativo. Por lo tanto, los 12 adultos mayores representan en este caso el 100%.

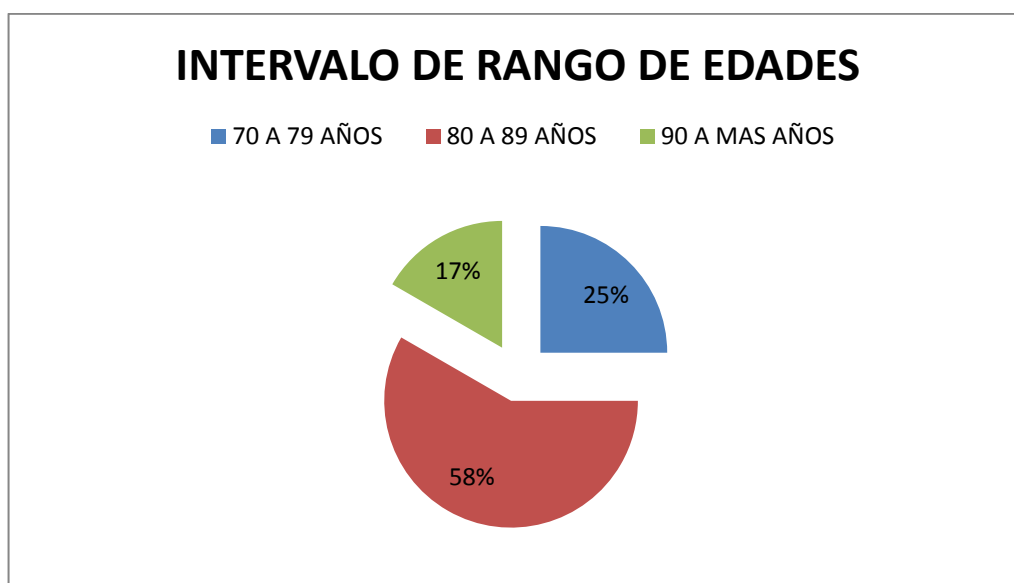
**CUADRO N° 3**

| RANGO DE EDADES<br>EN AÑOS |              | GÉNERO   |          | TOTAL     |
|----------------------------|--------------|----------|----------|-----------|
|                            |              | Mujer    | Hombre   |           |
| <b>A</b>                   | 70 – 79 años | 1        | 2        | <b>3</b>  |
| <b>B</b>                   | 80 – 89 años | 3        | 4        | <b>7</b>  |
| <b>C</b>                   | 90 – más     | 0        | 2        | <b>2</b>  |
| <b>TOTAL</b>               |              | <b>4</b> | <b>8</b> | <b>12</b> |

**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**GRÁFICO No 3**



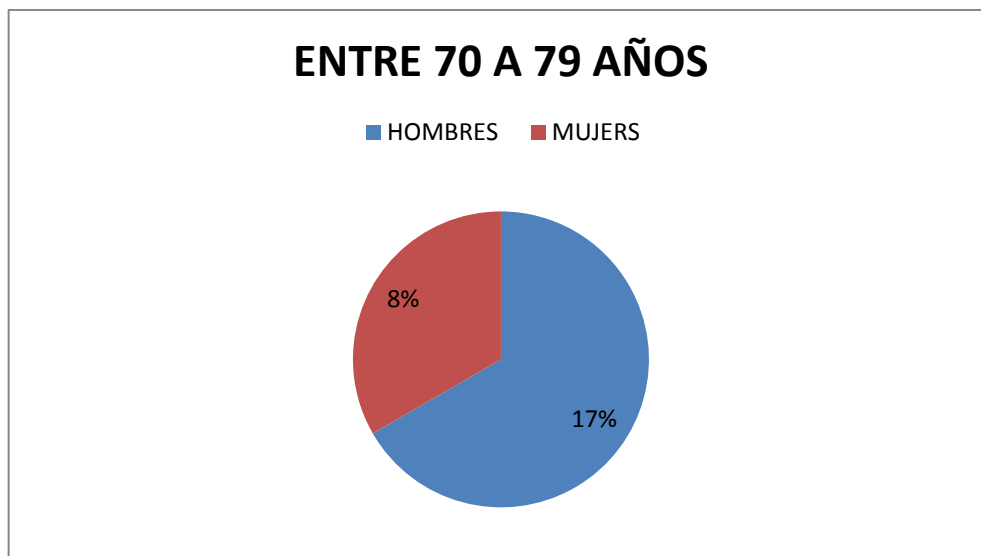
**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis:** Del estudio realizado en los 12 Adultos mayores que es el 100%: 3 (H y M) que equivale el 25% están comprendidos en el rango de edad 70 – 79 años; 7 (H y M) que equivale al 58% están comprendidos en el rango de edad 80 – 89 años, y; 2 (H) que equivale al 17% están comprendidos en el rango de edad más de 90 años, evidenciándose que el mayor porcentaje de adultos mayores se encuentra en el rango de 80 a 89 años de edad. Haciéndose ver que la incidencia en la población de adultos mayores va en aumento.

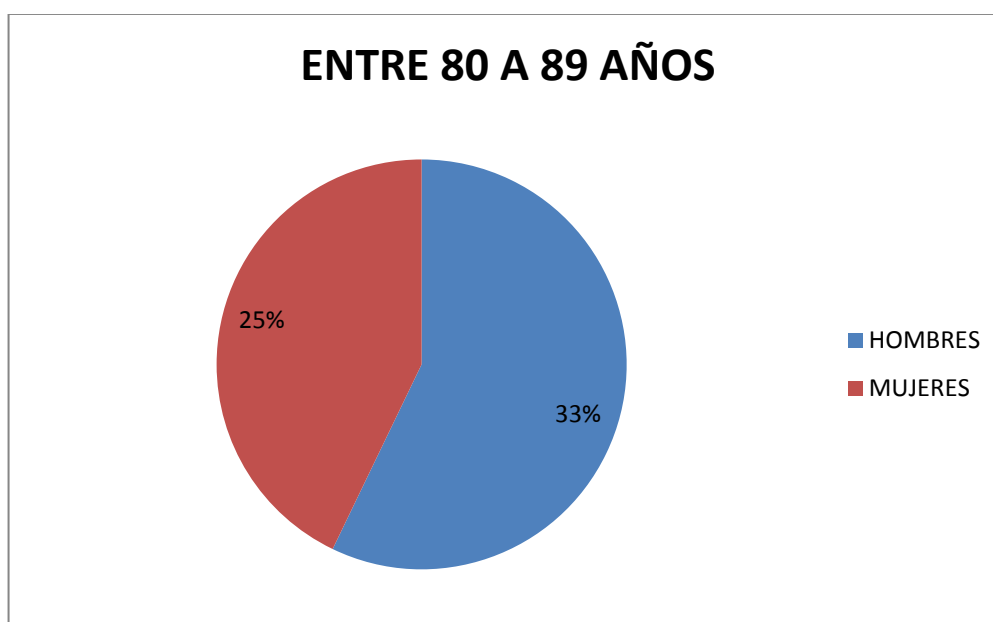
## RANGOS DE EDAD Y GÉNERO

GRÁFICO No 3 - A



**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

GRÁFICO No 3 - B



**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

GRÁFICO No 3 - C



**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis:** De los 12 Adultos mayores (100%) en estudio: 3 que equivale del 25% y que se encuentran en el rango 70 – 79 años se encuentran divididos en 1 mujer 8% y 2 hombres 17%; 7 que equivale al 58% y que se encuentran en el rango 80 – 89 años están divididos en 3 mujeres 25% y 4 hombres 33%; 2 que equivale al 17% y que se encuentra en el rango de más de 90 años son hombres 17%.

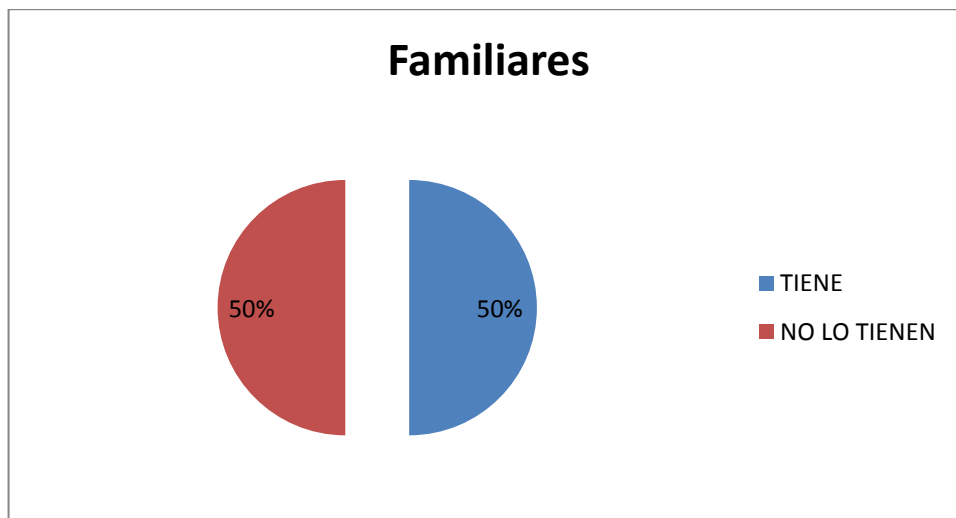
## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE FAMILIARES

CUADRO N° 4

| FAMILIARES |   |
|------------|---|
| Tiene      | 6 |
| No tiene   | 6 |

**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

GRÁFICO No 4



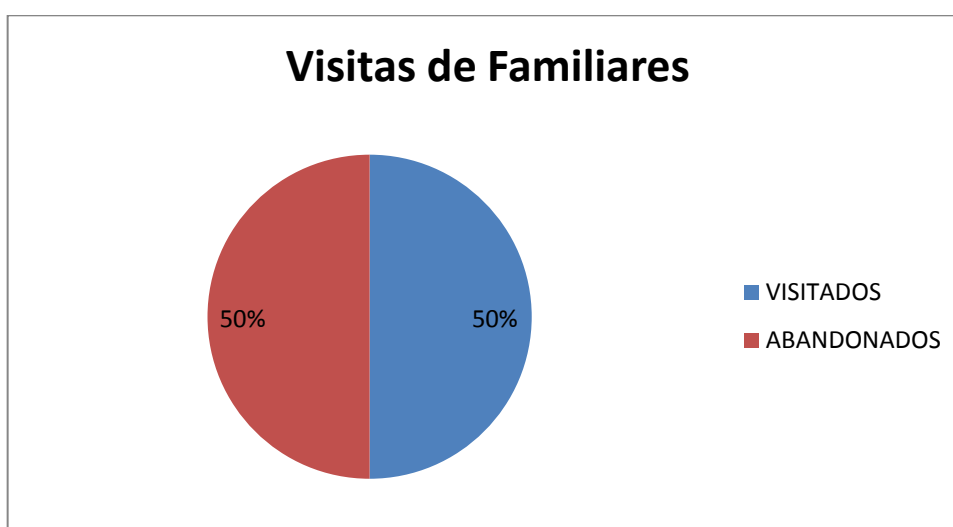
**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**CUADRO N° 5**

| <b>VISITAS DE FAMILIARES</b> |   |
|------------------------------|---|
| VISITADOS                    | 3 |
| NO VISITADOS                 | 3 |

**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**GRÁFICO No 5**



**Fuente:** Administración de la Fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

- De los adultos mayores que es el 100%: 6 que equivale al 50% tiene familiares; así mismo, 6 que equivale al 50% no tiene familiares.
- De igual forma, el 50% recibe visita de familiares y el otro 50% no recibe visita de familiares, observándose un alto índice de abandono familiar. Determinándose de esta forma que, en la sociedad de consumo el adulto mayor tiende a ser excluido, de ahí la importancia de realizar estudios en este campo, para fomentar la integración familiar.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS TESTS PSICOLÓGICOS**  
**(Previo a la Aplicación de la Psicoterapia de Grupo)**

❖ **(BDI) ANÁLISIS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.**

**CUADRO No 6**

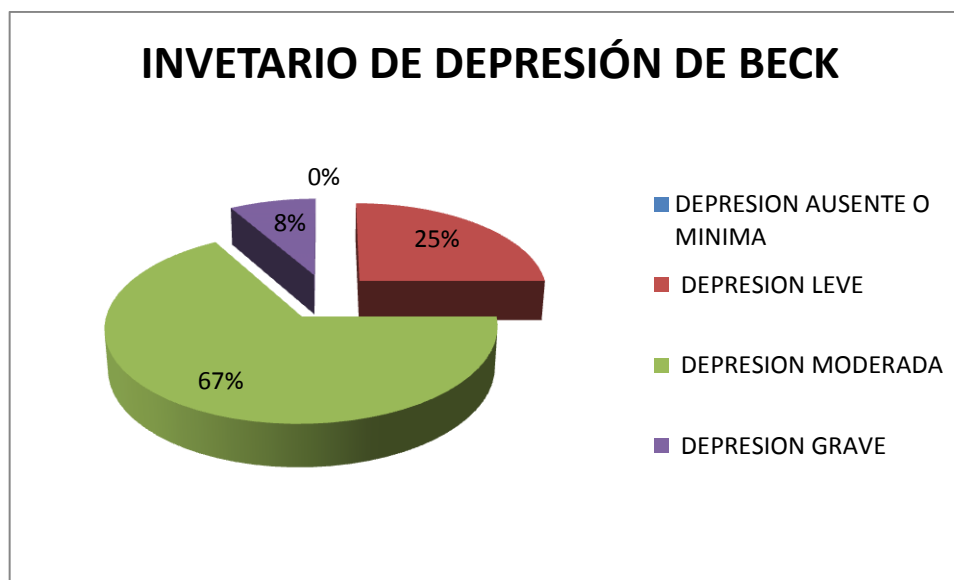
**Inventario de Depresión de Beck**

| <b>NIVELES DE DEPRESIÓN</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Depresión ausente o mínima  | 0                 | 0%                |
| Depresión leve              | 3                 | 25%               |
| Depresión moderada          | 8                 | 67%               |
| Depresión grave             | 1                 | 8%                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>12</b>         | <b>100%</b>       |

**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**GRÁFICO No 6**



**Fuente:** Interpretación de los Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis:** El porcentaje de adultos mayores relacionado con depresión ausente o mínima fue del 0%; con depresión leve fue del 25%; con depresión moderada fue del 67%, y; con depresión grave fue del 8%. Lo que nos indica que se hace necesario brindar atención psicológica a la población de adultos mayores, brindando por ejemplo Psicoterapia de grupo, misma ayude a superar la depresión en los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”. Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de adultos mayores presentan Depresión Moderada causada por sentimientos de abandono, soledad, enfermedad y marginación socio - familiar.

❖ **ANÁLISIS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS).**

**CUADRO No 7**

**Escala de Hamilton para la Depresión**

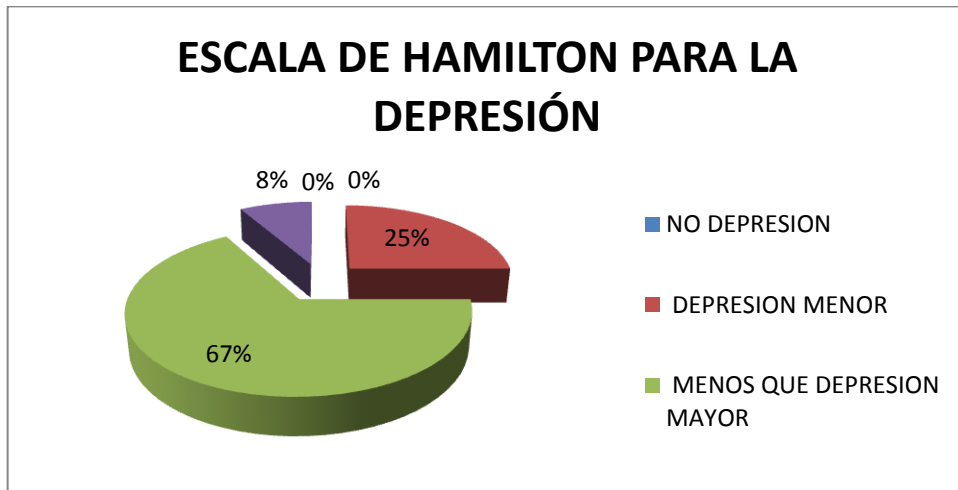
| <b>NIVELES DE DEPRESIÓN</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| No depresión                | 0                 | 0%                |
| Depresión menor             | 3                 | 25%               |
| Menos que depresión mayor   | 8                 | 67%               |
| Depresión mayor             | 1                 | 8%                |
| Más que depresión mayor     | 0                 | 0%                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>12</b>         | <b>100%</b>       |

**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga



GRÁFICO No 7



**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis:** El porcentaje de adultos mayores relacionado con no depresión fue del 0%; con depresión menor fue del 25%; con menos que depresión mayor fue del 67%, y; con depresión mayor fue del 8%. Lo que nos indica que se hace necesario brindar atención psicológica a la población de adultos mayores, brindando por ejemplo Psicoterapia de Grupo, misma ayude a superar la depresión en los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”. Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de adultos mayores presentan Depresión Moderada causada por sentimientos de abandono, soledad, enfermedad y marginación socio - familiar.

❖ **ANÁLISIS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.**

**CUADRO No 8**

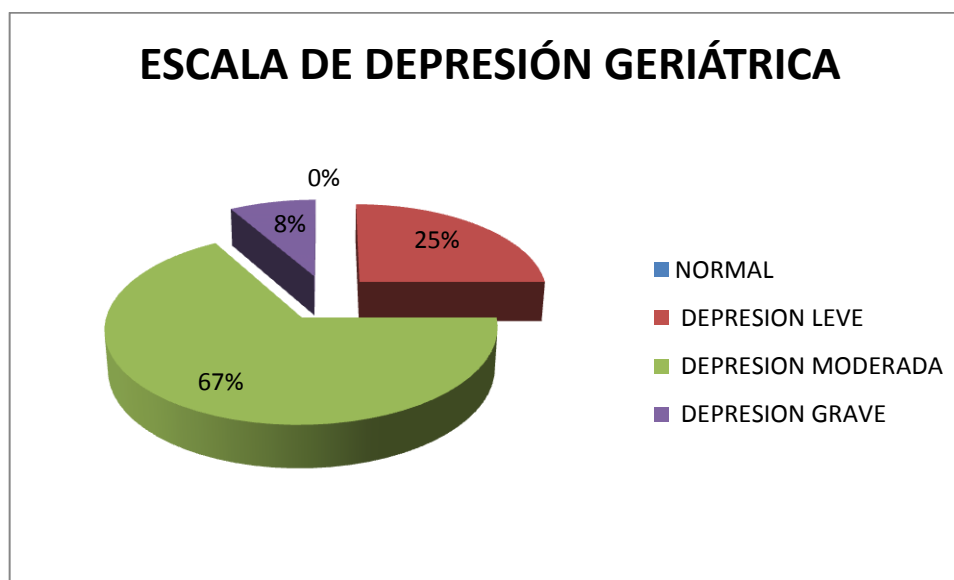
**Escala de Depresión Geriátrica**

| <b>NIVELES DE DEPRESIÓN</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Normal                      | 0                 | 0%                |
| Depresión leve              | 3                 | 25%               |
| Depresión moderada          | 8                 | 67%               |
| Depresión grave             | 1                 | 8%                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>12</b>         | <b>100%</b>       |

**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**GRÁFICO No 8**



**Fuente:** Interpretación de los Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis:** El porcentaje de adultos mayores relacionado obtenido con normal fue del 0%; con depresión leve fue del 25%; con depresión moderada fue del 67%, y; con depresión grave fue del 8%. Lo que nos indica que se hace necesario brindar atención psicológica a la población de adultos mayores, brindando por ejemplo

Psicoterapia de Grupo, misma ayude a superar la depresión en los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”. Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de adultos mayores presentan Depresión Moderada causada por sentimientos de abandono, soledad, enfermedad y marginación socio - familiar.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS  
(Post Aplicación de la Psicoterapia de Grupo)**

**❖ RETESTS DE LA APLICACIÓN DEL (BDI) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.**

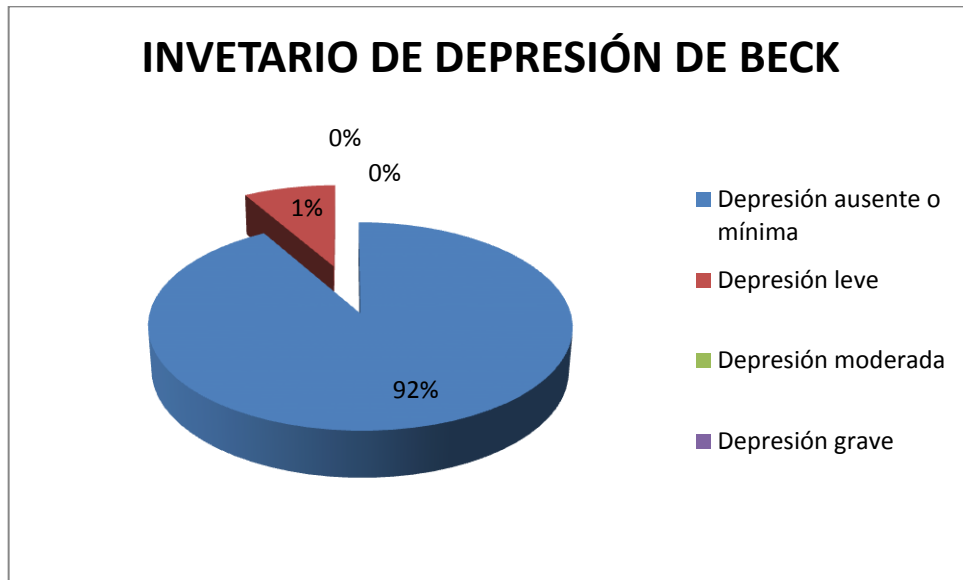
**CUADRO No 9**

**Inventario de Depresión de Beck**

| <b>NIVELES DE DEPRESIÓN</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Depresión ausente o mínima  | 11                | 92%               |
| Depresión leve              | 1                 | 8%                |
| Depresión moderada          | 0                 | 0%                |
| Depresión grave             | 0                 | 0%                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>12</b>         | <b>100%</b>       |

**Fuente:** Tests aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

GRÁFICO No 9



**Fuente:** Interpretación de los Retests aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis del Retests:** Del análisis de los retests aplicados a la población de adultos mayores se obtuvo los siguientes resultados: El porcentaje obtenido con depresión ausente o mínima fue del 92%; con depresión leve fue del 8%; con depresión moderada fue del 0%, y; con depresión grave fue del 0%. Lo que nos indica que las Técnicas aplicadas (Psicoterapia de Grupo) ayudaron en un porcentaje muy alto a superar la depresión en los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”.

Prestando atención a los resultados obtenidos podemos decir que, la mayoría de adultos mayores lograron modificar su trastorno, mejorando de esta manera su conducta, estado de ánimo y relación con los demás.

❖ **RETESTS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DERESIÓN (HDRS).**

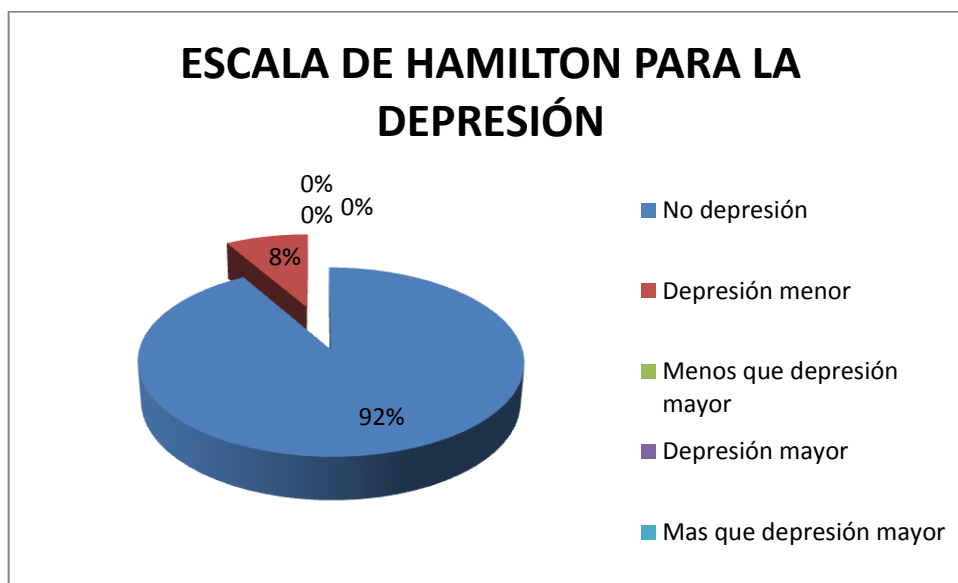
**CUADRO No 10**

**Escala de Hamilton para la Depresión**

| <b>NIVELES DE DEPRESIÓN</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| No depresión                | 11                | 92%               |
| Depresión menor             | 1                 | 8%                |
| Menos que depresión mayor   | 0                 | 0%                |
| Depresión mayor             | 0                 | 0%                |
| Más que depresión mayor     | 0                 | 0%                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>12</b>         | <b>100%</b>       |

**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**GRÁFICO No 10**



**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”  
**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis del Retests:** Del análisis de los retests aplicados a la población de adultos mayores se obtuvo los siguientes resultados: El porcentaje obtenido con no depresión fue del 92%; con depresión menor fue del 8%; con menos que depresión mayor fue del 0%; con depresión mayor fue del 0%, y; con mas que depresión mayor fue del 0%. Lo que nos indica que las Técnicas aplicadas (Psicoterapia de Grupo) ayudaron en un porcentaje muy alto a superar la depresión en los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”.

Prestando atención a los resultados obtenidos podemos decir que, la mayoría de adultos mayores lograron modificar su trastorno, mejorando de esta manera su conducta, estado de ánimo y relación con los demás.

❖ **RETESTS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.**

**CUADRO No 11**

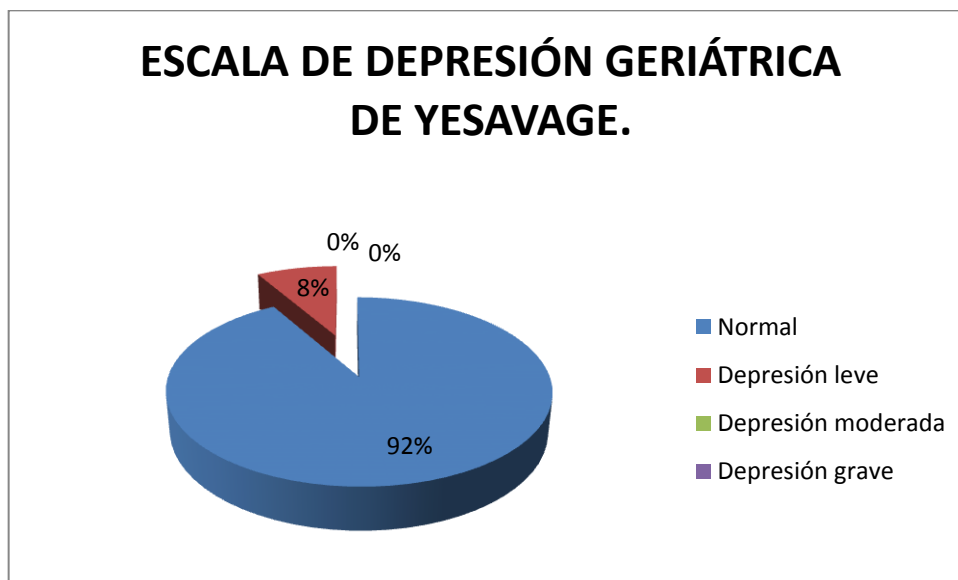
**Escala de Depresión Geriátrica**

| <b>NIVELES DE DEPRESIÓN</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Normal                      | 11                | 92%               |
| Depresión leve              | 1                 | 8%                |
| Depresión moderada          | 0                 | 0%                |
| Depresión grave             | 0                 | 0%                |
| <b>TOTAL</b>                | <b>12</b>         | <b>100%</b>       |

**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

GRÁFICO No 11



**Fuente:** Test aplicados a los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”

**Realizado por:** Cristina Chocho y Blanca Tuquinga

**Análisis del Retests:** Del análisis de los retests aplicados a la población de adultos mayores se obtuvo los siguientes resultados: El porcentaje obtenido con depresión normal fue del 92%; con depresión leve fue del 8%; con depresión moderada fue del 0%, y; con depresión grave fue del 0%. Lo que nos indica que las Técnicas aplicadas (Psicoterapia de Grupo) ayudaron en un porcentaje muy alto a superar la depresión en los adultos mayores de la fundación “María Troncatti”. Prestando atención a los resultados obtenidos podemos decir que, la mayoría de adultos mayores lograron modificar su trastorno, mejorando de esta manera su conducta, estado de ánimo y relación con los demás.

#### 4.7. Comprobación de Hipótesis

Una vez realizada la investigación en la que se aplicó Psicoterapia de grupo a una población de adultos mayores que presentaron depresión, los resultados obtenidos permiten comprobar la hipótesis planteada “La Psicoterapia de grupo contribuye a la superación de la depresión en los adultos mayores”. Resultados que son corroborados con la aplicación de tests y retests relativos a la depresión.

# **CAPÍTULO IV**



## **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1. CONCLUSIONES**

Finalizada la investigación se puede decir que:

- Se logró superar los niveles de depresión en los adultos mayores de la “Fundación María Troncatti de Sucúa”.
- Mediante el desarrollo de la Psicoterapia de grupo se demostró que se puede superar la depresión ya que se obtuvo óptimos resultados en la segunda fase, comprobado con la aplicación de Retests. El porcentaje de adultos mayores de la Fundación superaron su depresión, logrando así un mejor estado emocional y adaptación al medio. Así el porcentaje con depresión ausente o mínima fue 92%, con depresión leve 8%, y con depresión moderada y grave 0%, resultado obtenido con el “Inventario de Depresión de Beck”(Restst); de igual forma: el porcentaje obtenido con no depresión fue 92%, depresión menor 8%, y con depresión mayor 0%, resultado obtenido de la “Escala de Hamilton para la depresión” (Retest); de igual forma el porcentaje obtenido con depresión normal fue 92%, con depresión leve 8%, con depresión moderada y grave 0%, resultado obtenido de la “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage”. Concluyéndose que el proceso terapéutico (Psicoterapia de grupo) surtió efectos curativos relativos a la Depresión en los adultos mayores.
- Las diversas actividades y talleres realizados con los adultos mayores que presentaron depresión.
- Al finalizar esta investigación se observó la superación de la depresión y mejores relaciones interpersonales entre los adultos mayores, ya que al superar la depresión se sintieron motivados e interaccionaron mejor.
- El afecto, interés y buen trato de parte de los familiares son factores determinantes para el desarrollo y superación de la depresión en los adultos mayores.

## **4.2. RECOMENDACIONES**

Finalizada la investigación creemos necesario sugerir las siguientes recomendaciones:

- Se debe brindar mayor tiempo e importancia a los adultos mayores, para mantener su salud mental.
- Concientizar a los familiares de los adultos mayores respecto de la importancia del buen trato y cuidado para fortalecer su estado emocional y salud integral.
- Orientar al personal responsable del cuidado de los adultos mayores en conocimientos básicos de psicología, así por ejemplo alteraciones mentales en el adulto mayor, terapia recreativa-ocupacional y ejercicios cognitivos.
- Seguir con las reuniones grupales, ejecutando actividades de interés con el objetivo de evitar recaídas o depresiones recurrentes y otros trastornos.
- Por lo tanto, se debe fomentar programas psicoterapéuticos orientados a los adultos mayores y concientización de principios humanistas hacia la población en general.
- La Universidad Nacional de Chimborazo con la Escuela de Psicología Clínica, en su programa de “Vinculación con la Comunidad” realice proyectos de atención a la salud mental, orientada a la población de adultos mayores de Chimborazo y del país.

### **4.3. BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- GENERVARD Y ALFONSO FERNANDEZ. Terapia de grupo.
- 2.- <http://www.terapiadegrupo.info/terapia-de-grupo/requisitos-para-participar-en-una-terapia-de-grupo>.
- 3.- DAVID G. MAYARS. Psicología 5ta edición. Editorial Médica Panamericana, S:A 2000 Madrid-España.
- 4.- VICTOR J. YALOM, PH.D. SOPHIA VINAGRADOV, M.D. Terapia grupal interpersonal.
5. - DUGLAS WILLIAN GREVE, M.D. Terapia Gestalt.
- 6.- MAX ROSENBAUM, PH.D. Terapia de grupo con abordaje Humanista-Existencial.
- 7.- SAUL SCHEIDLINGER, Ph. D. Historia de la terapia de grupo.
- 8.- JOHN T SALVENDY, M.D Selección y preparación de pacientes. Organización del grupo.
9. - MYRON F. WEINER, M.D. Papel del líder en terapia de grupo.
- 10.- Procesos de terminación en terapia de grupo.
- 11.- EDWARD L. PINNEY, JR, M.D. Aspectos Legales y Éticos en Terapia de Grupal.
- 12.- WIKIPEDIA. [http://es.wikipedia.org/wiki/Tercera\\_edad](http://es.wikipedia.org/wiki/Tercera_edad). Consultado 10 de enero del 2012 a las 16h00.
- 13.- <http://www.espaciovisual.org/fundación/id16.htm>: Consultado el 15 de diciembre del 2011 a las 13h00.
- 14.- WIKIPEDIA: [http://es.wikipedia.org/wiki/Tercera\\_edad](http://es.wikipedia.org/wiki/Tercera_edad): Consultado 10 de enero del 2012 a las 16h00.
- 15.- [http:// www.misrespuestas.com/que-es-el-adulto-mayor.html](http://www.misrespuestas.com/que-es-el-adulto-mayor.html): Consultado 10de enero del 2012 a las 16h30.
- 16.- [http://www.yinyangperu.com/adulto\\_mayor\\_nueva\\_etapa\\_de\\_vida.htm](http://www.yinyangperu.com/adulto_mayor_nueva_etapa_de_vida.htm): Consultado el 18 de enero del 2012 a las 18h25.
- 17.- MANUEL GALLAR. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. Editorial THOMSON\*PARANINFO.4ta Edición.

**18.-** <http://www.redba.com.ar/Monografias/luquelargos.htm>: Consultado el 19 de enero del 2012 a las 17h14.

**19.-** <http://es.wikipedia.org/wiki/Deprisi%C3%B3n>. Consultado el 05 de Diciembre del 2011 a las 14h10.

**20.-** CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

**21.-** <http://psicologiaypsicodiagnostico.blogspot.com/2010/07/depresion-en-el-adulto-mayor.html>: Consultado el 22 de enero del 2012 a las 14h00.

**22.-**[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07182282004000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07182282004000100007&script=sci_arttext): Consultado el 12 de enero del 2012 a las 15h00.

# **ANEXOS**

## **(BDI) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ( Anexo1)**

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos.

A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
  - 1 Me siento triste.
  - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
  - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado (a) ante el futuro.
  - 1 Me siento desanimado (a) con respecto al futuro.
  - 2 Siento que no tengo nada que esperar.
  - 3 Siento que el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden Mejorar.
3. 0 No creo que sea un fracasado.
  - 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de Fracasos.
  - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
  - 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
  - 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
  - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - 2 Me siento bastante culpable casi siempre.
  - 3 Me siento culpable siempre.
6. 0 No creo que esté siendo castigado (a).
  - 1 Creo que puedo ser castigado (a).
  - 2 Espero ser castigado (a).
  - 3 Creo que estoy siendo castigado (a).
7. 0 No me siento decepcionado (a) de mí mismo (a).
  - 1 Me he decepcionado a mí mismo (a).
  - 2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a).
  - 3 Me odio.
8. 0 No creo ser peor que los demás.
  - 1 Me critico por mis debilidades y errores.
  - 2 Me culpo siempre por mis errores.
  - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. 0 No pienso matarme.
  - 1 Pienso en matarme, pero ni lo haría.
  - 2 Me gustaría matarme.
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más que de costumbre.
  - 1 Ahora lloro más de lo que solía hacer.
  - 2 Ahora lloro todo el tiempo.
  - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. 0 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
  - 1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.

- 2 Estoy bastante irritado (a) o enfadado (a) una buena parte del tiempo.
- 3 Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo.
- 12 0 No he perdido el interés por otras personas.
- 1 Estoy menos interesado (a) en otras personas que de costumbre.
- 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
- 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13 0 Tomo decisiones casi como siempre.
- 1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
- 14 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo (a) sin atractivos.
- 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen  
Parecer poco Atractivo (a).
- 3 Creo que me veo feo (a).
- 15 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- 3 No puedo trabajar en absoluto.
- 16 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me  
Cuesta mucho volver a dormirme.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a  
Dormirme.
- 17 0 No me canso más que de costumbre.



- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
  - 2 Me canso sin hacer casi nada.
  - 3 Estoy demasiado cansado (a) para hacer algo.
- 18 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
  - 2 Mi apetito está mucho peor ahora.
  - 3 Ya no tengo apetito.
- 19 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- 1 He rebajado más de dos kilos y medio.
  - 2 He rebajado más de cinco kilos.
  - 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como, por ej., dolores, Molestias estomacales o estreñimiento.
  - 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y me resulta difícil Pensar en cualquier otra cosa.
  - 3 Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que no puedo Pensar en ninguna cosa.
- 21 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que solía estar.
  - 2 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo.
  - 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (Anexo 2)

### **Humor depresivo**

#### **1** (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad):

- Ausente
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

#### **2 Sentimientos de culpa:**

- Ausente
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

#### **3 Suicidio:**

- Ausente
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
- Ideas de suicidio o amenazas
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

#### **4 Insomnio precoz:**

- No tiene dificultad
- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le cuesta más de media hora el conciliar el sueño
- Dificultad para dormir cada noche.

**5 Insomnio intermedio:**

- No hay dificultad
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para orinar)

**6 Insomnio tardío:**

- No hay dificultad
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

**7 Trabajo y actividades:**

- No hay dificultad
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos y aficiones)
- Pérdida de interés en su actividad (manifestado por desatención, indecisión y vacilación)
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o de la productividad
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en pequeñas tareas, o no puede realizarlas sin ayuda

**8 Inhibición psicomotora**

(lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- Palabra y pensamiento normales
- Ligero retraso en el habla
- Evidente retraso en el habla
- Dificultad para expresarse
- Incapacidad para expresarse

**9 Agitación psicomotora:**

- Ninguna
- Juega con sus dedos
- Juega con sus manos, cabello, etc.
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

**10 Ansiedad psíquica:**

- No hay dificultad
- Tensión subjetiva e irritabilidad
- Preocupación por pequeñas cosas
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- Expresa sus temores sin necesidad que le pregunten

**11 Ansiedad somática**

(Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas.

Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- Ausente
- Ligera
- Moderada
- Severa
- Incapacitante

**12 Síntomas somáticos gastrointestinales:**

- Ninguno
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

**13 Síntomas somáticos generales:**

- Ninguno
- Pesadez en extremidades, espalda o cabeza, dorsalgias, cefaleas, dolores musculares, pérdida de energía y fatigabilidad.
- Cualquier síntoma bien definido

**14 Síntomas genitales**

(disminución de la libido, trastornos menstruales)

- Ausente
- Débil
- Grave

**15 Hipocondría:**

- Ausente
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)

- Preocupado por su salud
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

**16 Pérdida de peso:**

- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 1 kg. en una semana

**17 Introspección (insight):**

- Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, necesidad de descanso.

### **ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (Anexo 3)**

| No    | PREGUNTAS   | Respuesta |
|-------|---|-----------|
| 1     | Está usted satisfecho con su vida?                                  |           |
| 2     | Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?                |           |
| 3     | Siente que su vida está vacía?                                      |           |
| 4     | Se siente a menudo aburrido /a?                                     |           |
| 5     | Tiene esperanza en el futuro?                                       |           |
| 6     | Tiene pensamientos que le molestan y no puede sacarse de la cabeza? |           |
| 7     | Está de buen humor la mayor parte del tiempo?                       |           |
| 8     | Tiene miedo de que le pueda pasar algo malo?                        |           |
| 9     | Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                          |           |
| 10    | Se siente a menudo desprotegido o desamparado?                      |           |
| 11    | Está a menudo inquieto o intranquilo/a?                             |           |
| 12    | Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?            |           |
| 13    | Se preocupa con frecuencia por el futuro?                           |           |
| 14    | Cree que tiene más problemas de memoria que las demás personas?     |           |
| 15    | En estos momentos, cree que es estupendo estar vivo?                |           |
| 16    | Se siente a menudo triste y desanimado?                             |           |
| 17    | Se siente usted inútil?   |           |
| 18    | Se preocupa mucho por el pasado?                                    |           |
| 19    | Cree que la vida es muy interesante?                                |           |
| 20    | Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?                         |           |
| 21    | Se siente lleno de energía?   |           |
| 22    | Piensa que su situación no tiene arreglo?                           |           |
| 23    | Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?               |           |
| 24    | Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?               |           |
| 25    | Siente a menudo ganas de llorar?                                    |           |
| 26    | Tiene problemas para concentrarse?                                  |           |
| 27    | Está contento de levantarse por las mañanas?                        |           |
| 28    | Prefiere evitar grupos de gente?                                    |           |
| 29    | Le resulta fácil tomar decisiones?                                  |           |
| 30    | Está su mente tan clara como antes?                                 |           |
| TOTAL |   |           |

**FICHA DE REGISTRO DIARIO (Anexo 4)**

Registro No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**1. Los adultos mayores mostraron interés en la actividad realizada?**

SI ( )

NO ( )

Algunos ( )

**2. Manifestaron motivación?**

SI ( )

NO ( )

Algunos ( )

**3. Expresaron creatividad?**

SI ( )

NO ( )

Algunos ( )

**4. Qué actitudes y comportamientos se observaron?**

Entusiasmo ( )

Apatía ( )

Interés ( )

Desinterés ( )

Colaboración ( )

Impaciencia ( )

Enojo ( )

No Colaboración ( )

**5. Mostraron un estado de ánimo diferente a la culminación de la sesión de Psicoterapia?**

SI ( )

NO ( )

Algunos ( )

**6. Se observó si algún adulto mayor no pudo adaptarse al grupo?**

SI ( )

NO ( )

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Anexo 5)

| <b>FECHA</b> | <b>HORA</b>                               | <b>ACTIVIDAD</b>   | <b>OBJETIVO</b>   |
|--------------|---|--|---|
| 05/11/2011   | 10H00/10H30<br>10H30/11H00                | - Presentación<br>- Socialización  | - Brindar y facilitar un ambiente de confianza y calidez.   |
| 08/11/2011   | 15H00/15H20<br>15H20/16H00<br>16H00/16H30 | - Dinámica (alguien muy especial).<br>- Motivación a la psicoterapia de grupo.<br>- Ejercicios de relajación.        | - Socialización en el grupo.<br>- Proporcionar mayor información del proceso Psicoterapéutico.<br>- Controlar la ansiedad.          |
| 10/11/2011   | 15H00/16H30                               | - Entrevistas individuales.  | - Obtener la información más relevante del adulto mayor, para la creación de una ficha psicológica.                                 |
| 12/11/2011   | 10H00/11H30                               | - Entrevistas individuales.  | - Obtener la información más relevante del adulto mayor, para la creación de una ficha psicológica.                                 |
| 15/11/2011   | 15H00/15H20<br>15H20/16H30                | - Espacio de convivencia.<br>- Aplicación del tests de Beck.   | - Entablar una buena relación con los participantes.<br>- Conocer el grado de depresión que presenten los adultos mayores.          |
| 17/11/2011   | 15H00/15H15<br>15H20/16H30                | - Ejercicios físicos.<br>- Aplicación del tests de Hamilton.   | - Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.<br>- Conocer el grado de depresión que presenten los adultos mayores. |
| 19/11/2011   | 10H00/10H30<br>10H25/11H30                | - Dinámica de conocimiento (tres cosas).<br>- Aplicación del tests de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. | - Motivación e integración al grupo.<br>- Conocer el grado de depresión que presenten los adultos mayores.                          |
| 22/11/2011   | 15H00/15H20<br>15H20/16H30                | - Espacio de convivencia.<br>- 5 minutos de escucha  | - Fomentar la integración grupal.<br>- Expresión de sentimientos reprimidos (catarsis).   |
| 24/11/2011   | 15H00/16H00<br>16H00/16H30                | - Recreación artística.<br>- Taller de Pintura.  | - Lograr un estado de relajación y el escape de tensiones por el estrés y la vida sedentaria.<br>- Favorecer la psicomotricidad.    |
| 26/11/2011   | 10H00/10H45                               | - El aderezo.  | - Reconocer las virtudes y cualidades de cada   |



|            |   |  |   |
|------------|---|--|---|
|            | 10H50/11H30                               | - Lectura reflexiva (la mariposa).   | miembro del grupo, para elevar su autoestima.<br>- Crear críticas constructivas.  |
| 29/11/2011 | 15H00/15H45<br>15H50/16H30                | - Taller de dibujo libre.<br>- Bailo terapia.                                | - Potenciar la creatividad y la capacidad artística.<br>- Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.   |
| 01/12/2011 | 15H00/16H00<br>16H05/16H35                | - Mis cualidades.<br>- Rasgado y trozado de papel.                           | - Concientizar y elevar la autoestima de los participantes.<br>- Fortalecer la psicomotricidad fina.  |
| 03/12/2011 | 10H00/10H20<br>10H25/11H00<br>11H05/12H00 | - Ejercicios físicos.<br>- Dinámica (la misión).<br>- Día de la agricultura. | - Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.<br>- Integración y valoración del trabajo en grupo.<br>- Fomentar la creatividad y el uso constructivo del tiempo libre.                        |
| 06/12/2011 | 15H00/16H00<br>16H05/16H30                | - Espacio de convivencia.<br>- Recreación artística.                         | - Transmitir los saberes y experiencias, contribuyendo a la propia formación personal y del grupo.<br>- Adquirir un estado de relajación y el escape de tensiones por el estrés, cansancio y vida sedentaria. |
| 08/12/2011 | 15H00/15H55<br>16H00/16H30                | - Recordando la cantonización de Sucúa.<br>- Lecturas (periódico local)      | - Fomentar el trabajo cognitivo.  |
| 10/12/2011 | 10H00/10H30<br>10H30/11H45                | - Bailo terapia.<br>- Día de la agricultura.                                 | - Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.<br>- Fomentar la creatividad y el uso constructivo del tiempo libre.  |
| 13/12/2011 | 15H00/15H45<br>15H50/16H30                | - Un homenaje.<br>- Taller de pintura.                                       | - Recibir y sentir la importancia del apoyo del grupo.<br>- Favorecer la psicomotricidad y el trabajo cognitivo.  |

|            |   |  |  |
|------------|---|--|--|
| 15/12/2011 | 15H00/15H45<br>15H50/16H30                | - Saludos musicales<br>- Dinámica (caritas).   | - Fortalecer la cercanía y unión del grupo.<br>- Fomentar la comunicación, amistad y las relaciones interpersonales.   |
| 17/12/2011 | 10H00/10H30<br>10H30/11H45                | - Lectura reflexiva (él cree que no puede).<br>- Día de la agricultura.              | - Crear críticas constructivas.<br>- Fomentar la creatividad y el trabajo cognitivo.   |
| 20/12/2011 | 15H00/15H45<br>15H45/16H30                | - Círculo de afecto.<br>- Taller de dibujo libre.                                    | - Elevar la autoestima de cada participante.<br>- Potenciar la creatividad y la capacidad artística.   |
| 22/12/2011 | 15H00/15H45<br>15H50/16H10<br>16H10/16H35 | - Dinámica (Juan Pelao).<br>- Lecturas de navidad.<br>- Entorchar papel.             | - Mejorar el pensamiento y estado de ánimo.<br>- Concientizar y valorar al grupo.<br>- Fortalecer la psicomotricidad fina.   |
| 27/12/2011 | 10H00/10H30<br>10H30/11H00<br>11H00/12H00 | - Dinámica (Simón manda).<br>- Recreación artística.<br>- Día de la agricultura.     | - Favorecen la psicomotricidad y la coordinación psicomotriz.<br>- Adquirir un estado de relajación y el escape de tensiones por el estrés y una vida sedentaria.<br>- Fomentar la creatividad y el uso constructivo del tiempo libre. |
| 29/12/2011 | 15H00/15H45<br>15H45/16H30                | - Lecturas (acontecimientos relevantes del 2011).<br>- Dinámica (ponte el sombrero). | - Fortalecer el trabajo cognitivo.<br>- Mejorar la psicomotricidad.  |
| 03/01/2012 | 15H00/15H30<br>15H30/16H00                | - Espacio de convivencia.<br>- Bailo terapia.  | - Fomentar la conciencia de utilidad y autoestima.<br>- Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.  |
| 05/01/2012 | 10H00/10H30<br>10H30/11H00<br>11H00/11H40 | - Caminata.<br>- El árbol<br>- Recreación artística.                                 | - Superar las limitaciones físicas.<br>- Desarrollar la confianza en sí mismo.<br>- Adquirir un estado de relajación y frente a las tensiones frente el estrés y la vida sedentaria.   |

|            |             |  |  |
|------------|-------------|--|--|
| 07/01/2012 | 15H30/16H30 | - Retests de Beck                              | - Conocer el grado de depresión que presenten los adultos mayores.                 |
| 10/01/2012 | 15H00/16H30 | - Retests de Hamilton                          | - Conocer el grado de depresión que presenten los adultos mayores.                 |
| 12/01/2012 | 10H30/11H30 | - Retests de la Escala Geriátrica de Yesavage. | - Conocer el grado de depresión que presenten los adultos mayores.                 |
| 14/01/2012 | 15H00/16H00 | - Taller de artes.                             | - Potenciar la creatividad y la capacidad artística.                               |
| 17/01/2012 | 15H00/16H00 | - Taller literario (poemas).                   | - Fomentar el trabajo cognitivo.   |
| 19/01/2012 | 10H00/10H20 | - Ejercicios físicos.                          | - Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.                      |
|            | 10H20/11H00 | - Taller de pintura.                           | - Favorecer la psicomotricidad.  |
|            | 11H00/12H00 | - Día de la agricultura.                       | - Fomentar la creatividad  |
| 21/01/2012 | 15H00/16H00 | - Taller de dramatización.                     | - Transmitir sentimientos.   |
| 24/01/2012 | 15H00/16H45 | - Película (Elsa y Freed).                     | - Motivación a la vida.  |
| 26/01/2012 | 10H00/11H00 | - Espacio de convivencia.                      | - Promover la conciencia de utilidad y autoestima.                                 |
| 28/01/2012 | 15H00/16H00 | - Exposición de trabajos realizados.           | - Dar a conocer los resultados obtenidos.  |
| 31/01/2012 | 15H00/16H00 | - Culminación del proceso terapéutico.         | - Cerrar en coordinación con los Adultos mayores y responsables de la institución. |

**FUNDACIÓN MARÍA TRONCATTI (Anexo 6)**



