



Capítulo 14/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# PSICOTERAPIA DE GRUPO

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Psicoterapia de grupo

*Anne Alonso, PhD, CGP, DFAGPA<sup>†</sup>*

*Marni Chanoff, MD*

*Kathleen Hubbs Ulman, PhD, CGP, FAGPA*

## Puntos clave

### Contexto

- A lo largo de la historia las personas se han reunido en grupos para sobrevivir y llevar a cabo tareas difíciles. Es normal que puedan curarse mejor en grupo.
- La psicoterapia de grupo se basa en el supuesto de que las personas necesitan pasar de un estado de aislamiento a otro que implica el contacto con otras personas que compartan intereses comunes.
- Los grupos pueden variar en cuanto a la duración y la frecuencia de las sesiones, sus miembros, sus objetivos y las técnicas terapéuticas empleadas.
- La psicoterapia de grupo es un tratamiento eficaz para numerosos pacientes ambulatorios o ingresados; es un aspecto importante del tratamiento de pacientes muy angustiados, aunque podría centrarse únicamente en los individuos más resistentes e introspectivos.
- Las investigaciones demuestran que la terapia de grupo es tan eficaz como la terapia individual o la farmacoterapia durante la recuperación del paciente.
- La rentabilidad de la psicoterapia de grupo es un argumento de peso en la situación actual de reducción presupuestaria en la atención a la salud mental.

### Historia

- El Dr. Joseph Pratt es conocido por llevar a cabo la primera terapia de grupo en EE. UU., en el Massachusetts General Hospital. En 1905, mantuvo sesiones con grupos de pacientes con tuberculosis que incluían como factores curativos la educación, la exhortación moral, el compartir y la imitación.
- A principio del siglo XX, en EE. UU., otras personas experimentaron con su utilización en pequeños grupos (p. ej., pacientes con esquizofrenia, neurosis o alcoholismo, niños, prisioneros y veteranos de la Segunda Guerra Mundial) con fines terapéuticos.
- En la década de los cincuenta comenzaron a surgir las teorías modernas de las terapias de grupo.

### Retos para la investigación

- Los retos para realizar investigaciones sobre la eficacia de la terapia de grupo se basan en la dificultad para obtener un grupo de control, identificar y controlar las numerosas variables del grupo y crear una validez interna al mismo tiempo que se mantiene la validez externa estudiando un grupo que sea reflejo de la práctica clínica habitual.
- La correcta investigación con los grupos debería incluir la descripción y la forma de medición de las variables del proceso, como la cohesión y la contención.

## Retos clínicos

- Antes de abordar el trabajo concreto de planificar y organizar un grupo de psicoterapia, los objetivos del grupo deben ser claramente entendidos y haber sido desarrollados por el líder del grupo. Estos objetivos dependerán de la situación, la población, el tiempo disponible para el tratamiento, las intervenciones terapéuticas, y la experiencia y habilidades del líder (o los líderes). Los acuerdos o el contrato del grupo estarán determinados por los objetivos.
- Supone un reto reunir un grupo adecuado de pacientes ambulatorios preparados para poner en marcha un grupo.

## Apuntes prácticos

- Cuanto mayor sea el cuidado que se ponga en el diseño de un grupo, mayor será la probabilidad de que el grupo prospere. Cuanto más aleatoria sea la planificación, mayores serán las posibilidades de que el grupo avance con dificultad por las resistencias de sus miembros.
- El trabajo del terapeuta es proporcionar un contexto y un significado seguros para el grupo terapéutico. Para ello se diseña un contrato sobre el objetivo o los objetivos del grupo y se seleccionan con cuidado los miembros adecuados para ese grupo.
- La postura del líder del grupo será congruente con los objetivos del grupo.
- Tanto las evidencias científicas anecdóticas como las empíricas demuestran que, cuanto mayor es el tiempo invertido en la preparación de un paciente para una terapia de grupo, mayor son sus posibilidades de inclusión y permanencia en el grupo.

## Perspectiva general

El mundo de la psicoterapia de grupo ha crecido, junto con todo el campo de muchas «terapias del habla», durante los últimos 75 años. Comenzando con Joseph Pratt en 1906 y sus grupos de pacientes con tuberculosis a principios del siglo XX, el uso terapéutico de grupos se extendió a poblaciones específicas con problemas de alcoholismo o esquizofrenia, hasta que en la década de los cincuenta se desarrollaron varias teorías de grupo y continuó la expansión de sus aplicaciones.<sup>1</sup>

En pocas palabras, la psicoterapia de grupo descansa en el supuesto de que las personas necesitan pasar de un estado de aislamiento (que a menudo acompaña a la angustia mental) al contacto con otras personas que compartan intereses comunes (para curarse y desarrollarse).<sup>1</sup> La presencia de diferentes personas comprometidas que se reúnen con un líder experto para explorar el funcionamiento interno y externo de los dilemas personales de cada miembro impulsa el proceso. Si un individuo sufre una enfermedad mental grave, dilemas vitales conflictivos, una enfermedad médica o traumas existenciales, como los que sufren personas por lo demás sanas que se ven desbordadas ante situaciones anómalas (p. ej., los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001, una guerra o desastres naturales como el huracán Katrina), un grupo bien organizado y liderado puede tener una influencia beneficiosa en el espectro biopsicosocial del organismo humano.

Un grupo terapéutico es un conjunto de pacientes, seleccionados y reunidos por un líder, con un objetivo terapéutico compartido ([tabla 14-1](#)). En este capítulo se describen algunos de los objetivos de un grupo de terapia. La terapia de grupo descansa sobre algunos supuestos

comunes que se aplican a todo un abanico de grupos terapéuticos. El pensamiento psicoanalítico reciente reconoce la importancia de las relaciones íntimas en todas las edades y la necesidad de relacionarse con otras personas que reside en todos los seres humanos. La necesidad de apego es considerada primordial por la mayoría de los teóricos grupales, el instinto de pertenencia es aquel que proporciona un sentido de cohesión que puede ayudar al individuo a tolerar los momentos de angustia frente a un grupo de extraños.<sup>2</sup> Para bien y para mal, las personas que desean pertenecer a una comunidad cohesionada son capaces de imitar e identificarse con los sentimientos y creencias de los otros miembros de esa comunidad.<sup>3</sup> En el mejor de los casos, el proceso permitirá un nuevo aprendizaje interpersonal; en el peor, promoverá una variedad de relaciones nocivas. Las personas angustiadas tienden a minimizar y silenciar sus preocupaciones para evitar enfrentarse a sus problemas. En un grupo, cada miembro está expuesto a sentimientos, necesidades e impulsos que aumentan la conciencia del individuo de sus propias pasiones y puntos débiles. Existe una atracción inevitable en un grupo (basada en el contagio y la intensificación que a menudo anulan la natural timidez de los individuos ante una multitud de extraños) de llegar a conocer a los demás más íntimamente. A medida que los miembros de un grupo cohesionado dejan de ser extraños y se conocen más profundamente, experimentan su propio acercamiento a la intimidad con los otros y consigo mismos, y a cambio reciben la retroalimentación inmediata del impacto que tienen sobre otras personas importantes de su entorno.

Tabla 14-1

Comparación de las psicoterapias de grupo tal como se practican actualmente en EE. UU.

La psicoterapia de grupo, junto con la terapia individual, se ha desarrollado a lo largo de dimensiones que son adecuadas para la población de pacientes y el entorno en el que se crea el grupo. La regla general es que para los pacientes más discapacitados, que pueden ser tratados en un entorno institucional, el grupo tendrá que ser de apoyo y dirigido a reducir su ansiedad. Para los pacientes más resistentes y sanos seguidos en un entorno ambulatorio, el grupo puede ser adecuadamente dirigido a descubrir defensas obsoletas y permitir que los individuos encuentren novedosas opciones alrededor de las cuales organizarse. Este último método es capaz de aumentar la ansiedad a medida que el paciente sintónico se vuelve distónico mientras reorganiza su carácter.					
Parámetros	Grupo de pacientes del hospital de día/ingresados	Grupo de terapia de apoyo	Grupo psicodinámico	Grupo cognitivo-conductual	
DURACIÓN	De 1 semana a 6 meses	Hasta 6 meses o más	De 1 a > 3 años	Hasta 6 meses	
INDICACIONES	Enfermedad mental grave aguda o crónica	Dilemas universales compartidos	Trastornos neuróticos y estados límite	P. ej., fobias, problemas compulsivos	
SELECCIÓN PREVIA A LA INCLUSIÓN	Algunas veces	Habitualmente	Siempre	Habitualmente	

ENFOQUE DE CONTENIDO	Alcance e impacto de la enfermedad; plan para regresar a la situación basal	Síntomas, pérdidas y gestión vital	Situaciones vitales presentes y pasadas; relaciones dentro y fuera del grupo	Distorsiones cognitivas, síntomas específicos
TRANSFERENCIA	Fomenta la transferencia institucional positiva	Fomenta la transferencia positiva para favorecer un mejor funcionamiento	Positiva y negativa para el líder y los miembros, sugerida y analizada	Fomenta la relación positiva con el líder, sin evaluar la transferencia
ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA	Empatía y evaluación de la realidad	Fortalecer las defensas existentes dando consejos y apoyo	Desafiar las defensas, reducir la vergüenza, interpretar el conflicto inconsciente	Crear nuevas opciones, activas y dirigidas
INTERACCIÓN FUERA DEL GRUPO	Fomentada	Fomentada	Desalentada	Variable
OBJETIVOS	Reconstituir las defensas	Mejorar la adaptación al entorno	Reconstruir las dinámicas de la personalidad	Aliviar los síntomas psiquiátricos específicos

Adaptado de Stern TA, Herman JB, editors. Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation, ed 2, New York, 2004, McGraw-Hill.

Se han llevado a cabo muchos esfuerzos para describir los factores curativos de un grupo de terapia. Resumiendo los elementos fundamentales, los grupos ayudan a las personas a cambiar y desarrollarse, al permitir que el individuo dentro del grupo crezca y se desarrolle por encima de las restricciones vitales que hicieron que esa persona acudiese a recibir tratamiento. Todos los teóricos de la terapia de grupo han utilizado alguno de los factores terapéuticos que aparecen en la [tabla 14-2](#). Los factores curativos más frecuentes son los que reducen el aislamiento de cada individuo, disminuyen la vergüenza (que se ha llegado a reconocer como el mayor factor patógeno de la enfermedad mental) y evocan recuerdos de actitudes e interacciones familiares precoces (que ahora pueden abordarse de manera diferente, con un nuevo conjunto de opciones en el contexto del grupo de apoyo). Otro factor curativo es ampliar algunas de las opciones conductuales. Los patrones de conducta

interpersonal complicados que se desarrollaron en la infancia pueden ser remodelados dentro de un amplio repertorio emocional y conductual que puede llevarse a cabo entre los miembros del grupo aquí y ahora. Tanto proporcionar apoyo como la confrontación empática también pueden ser curativos. Las personas suelen temer a los grupos porque imaginan que van a ser objeto de duras confrontaciones, pero desconocen que un grupo cohesionado supone una fuente maravillosa para la resolución de preocupaciones y problemas. Por último, las pérdidas no lloradas suelen ser el origen de una actitud melancólica y depresiva. Escuchar la aflicción de otros y responder a la toma de conciencia de las pérdidas propias por parte de otros puede liberar a un individuo para seguir adelante.<sup>3</sup>

Tabla 14-2

Factores terapéuticos de Yalom en la psicoterapia de grupo

Existen numerosos intentos de categorizar lo que es eficaz en la terapia de grupo. Algunos factores serán más o menos activos, dependiendo del tipo de grupo. Por ejemplo, una experiencia familiar correctiva ocupará un lugar prominente en los grupos psicodinámicos, mientras que los grupos cognitivo-conductuales enfatizarán el aprendizaje y evaluarán la realidad. Algunos son comunes a todos los grupos, como los siguientes:	
Factor	Definición
ACEPTACIÓN	Sensación de ser aceptado por otros miembros del grupo. Se toleran las diferencias de opinión y no hay censura.
ALTRUISMO	Acción de un miembro de ayudar a otro, anteponiendo la necesidad de otra persona a la propia y aprendiendo el valor de dar a otros. El término fue acuñado por Auguste Comte (1798-1857), y Freud creyó que era un factor importante en el establecimiento de la cohesión del grupo y el sentimiento de comunidad.
COHESIÓN	Sensación de que el grupo está trabajando junto hacia un objetivo común; también conocido como el sentido del «nosotros». Se cree que es el factor más importante relacionado con los efectos terapéuticos positivos.
CONTAGIO	Proceso por el cual la expresión emocional de un miembro estimula la conciencia de una emoción similar en otro miembro.
EXPERIENCIA FAMILIAR CORRECTIVA	El grupo recrea la familia de origen para que algunos miembros puedan trabajar psicológicamente con los conflictos originales a través de las interacciones de grupo (p. ej., rivalidad entre hermanos o indignación hacia los padres).
EMPATÍA	Capacidad de un miembro del grupo de ponerse en el marco psicológico de referencia de otro miembro del grupo y, así, entender su forma de pensar, sentirse y comportarse.
IMITACIÓN	Conclusión de la emulación o modelado de la conducta de una persona a partir de la de otra persona (también denominado

	modelado de papeles), también conocida como terapia del espectador, en la medida en que un paciente aprende de otro.
INTROSPECCIÓN	Toma de conciencia y comprensión de la propia psicodinámica y de los síntomas de una conducta desadaptada. La mayoría de los terapeutas distinguen dos tipos: 1) comprensión-conocimiento intelectual y toma de conciencia sin ningún cambio en la conducta desadaptada, y 2) conciencia-comprensión emocional y entendimiento que conducen a cambios positivos en la personalidad y la conducta.
INSPIRACIÓN	Proceso de impartir un sentido de optimismo a los miembros del grupo; la capacidad de reconocer que uno tiene la capacidad de superar los problemas, también conocido como instilación de esperanza.
INTERPRETACIÓN	Proceso durante el cual el líder expresa el significado o la importancia de la resistencia, las defensas y los símbolos del paciente; como resultado, el paciente desarrollará un marco cognitivo dentro del cual entenderá su conducta.
APRENDIZAJE	Los pacientes adquieren conocimientos sobre nuevas áreas, como habilidades sociales y conductas sexuales; reciben asesoramiento, obtienen orientación, intentan influir y son influidos por otros miembros del grupo.
EVALUACIÓN DE LA REALIDAD	Capacidad de la persona para evaluar objetivamente el mundo que la rodea; esto incluye la capacidad de percibirse a sí mismo y a otros miembros del grupo con precisión.
VENTILACIÓN	Expresión de sentimientos, ideas o acontecimientos anulados de otros miembros del grupo; compartir secretos personales disminuye la sensación de pecado o culpabilidad (también conocido como la autorrevelación).

Adaptado de Yalom ID. Theory and practice of group psychotherapy, ed 5, New York, 2005, Basic Books.

Los grupos de psicoterapia son tan buenos como lo sea la nitidez de su propósito; el contrato de grupo derivará de esa transparencia. Los terapeutas forman grupos con numerosos propósitos terapéuticos. Muchos grupos brindan apoyo a pacientes con enfermedades graves. Las personas con una angustia aguda e inmediata a menudo encuentran apoyo en grupos que tienen como objetivo principal el restablecimiento del equilibrio de la persona. Los pacientes que han sufrido una crisis nerviosa en su vida y que han necesitado ser ingresados pueden utilizar los grupos de las unidades de hospitalización, o de aquellas de ingreso parcial, para centrarse en sus sensaciones, tratar la angustia aguda, planificar su retorno a la comunidad, ayudar a lidiar con las consecuencias vergonzosas de su ingreso y establecer su tratamiento en el momento del alta. Muchos pacientes que han sufrido una enfermedad médica aguda encuentran los grupos útiles para volver a recuperar el equilibrio, afrontar la vergüenza

inherente a la pérdida de su capacidad de vivir independientemente y prepararse para volver al mundo fuera del entorno médico.

Desde que el Dr. Pratt ofreció por primera vez sus «clases» a los pacientes tuberculosos en el Massachusetts General Hospital en 1905,<sup>4</sup> las personas se han reunido para compadecerse entre ellas de sus problemas más frecuentes, para compartir información y aprender a lidiar con el impacto de esos problemas en sus vidas. Estos grupos se han denominado a menudo «específicos para síntomas» o «específicos para una población». Los grupos se han organizado en función de las enfermedades médicas (p. ej., cáncer, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [sida]),<sup>5</sup> los problemas psicológicos (p. ej., duelos)<sup>6</sup> y las secuelas psicológicas de un trauma (p. ej., guerra o desastres naturales).<sup>7</sup> Los objetivos de estos grupos son proporcionar apoyo e información en un entorno de aceptación social con personas que estén en posición de entender lo que otros van a hacer. El tratamiento puede surgir de principios cognitivo-conductuales, psicodinámicos o psicopedagógicos. Con frecuencia, estos grupos tienen una duración limitada; sus miembros a menudo se reúnen durante un tiempo y terminan la terapia a la vez. Los problemas abordados en estos grupos se manifiestan en numerosos pacientes, desde los más sanos a los más afectados, y trascienden otras variables demográficas (p. ej., edad y cultura).<sup>6</sup>

Algunos grupos de psicoterapia buscan proporcionar alivio basándose en diagnósticos sintomáticos en lugar de en diagnósticos evolutivos. Entre los objetivos del tratamiento se encuentran el alivio de los síntomas y un cambio en la conducta. Por ejemplo, los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, estrés o fobias concretas se reúnen en grupos que puedan fomentar sus habilidades para el autocontrol y sustituir un síntoma automático por un conjunto de conductas y conocimientos más personalizado.<sup>6,8,9</sup> Entre estos grupos se incluyen miembros con muy diverso desarrollo intrapsíquico.

La terapia de grupo es el tratamiento de elección para las personas con maneras crónicas y compulsivas de lidiar con su vida, incluso cuando estas son contrarias a los intereses de los pacientes.<sup>2,10,11</sup> Los problemas característicos suelen ocurrir de forma inconsciente en el paciente (a menudo ante la incredulidad y la alarma de otros que ven claramente los problemas) y son sintónicos y percibidos como un «quién soy» cuando se hacen conscientes. Como todos los malos hábitos, estas conductas arraigadas son resistentes al cambio, incluso cuando el paciente quiere dicho cambio. Cuando estas posturas caracterológicas se presentan en el grupo, frecuentemente se repiten y llaman la atención de los demás miembros, quienes responden con la confrontación y ofreciendo estrategias alternativas. En el lenguaje actual, el término neurótico hace referencia a un individuo relativamente sano que tiene conflictos de los que es en parte responsable y que, sin embargo, puede sentir contradicción y culpabilidad por su propia vida en relación con realidades de su desarrollo precoz. En una terapia de grupo psicodinámica abierta, el paciente neurótico observa la resistencia a la intimidad y la ambición, y trabaja dentro de las múltiples transferencias para desarrollar un acceso más libre a otras opciones vitales.<sup>1,11</sup>

Un líder de grupo debe ejercer su autoridad sobre cada uno de los factores antes mencionados para que el grupo sea seguro e inclusivo para sus miembros.<sup>1</sup> El deber y la carga de los asuntos administrativos y de la inclusión/exclusión de los pacientes es una importante responsabilidad del líder de grupo.<sup>3</sup> Es fundamental recordar que el líder no es un miembro del grupo. Cuanto más concreto sea el líder en marcar los límites, más seguros estarán sus miembros de satisfacer sus fantasías de querer corromper el proceso o socavar la autoridad del líder.



El líder tiene claras responsabilidades fiduciarias en el funcionamiento del grupo y de los miembros que lo integran. Es responsabilidad del líder ejercer moderación y neutralidad relativa, en el sentido de escuchar sin prejuicios y responder a las luchas de los pacientes. Al mantenerse amable y neutral, el líder está en posición de escuchar sin prejuicios todos los aspectos de los impulsos y resistencias del grupo, sin tomar partido ni actuar como el policía del grupo y decidir cuáles son buenos sentimientos e interacciones y cuáles no.<sup>1</sup>

La terapia de grupo ofrece múltiples formas de crecimiento de los pacientes. Como en la terapia individual, las interpretaciones dadas por un terapeuta pueden facilitar el paso de información inconsciente a la conciencia mediante el uso de los datos que surgen durante una sesión de psicoterapia; es decir, en el aquí y ahora.<sup>11</sup> Trabajando en el aquí y ahora, los datos son recientes y la experiencia se comparte con el terapeuta y los otros miembros del grupo. En los grupos psicodinámicos surgen ocasiones para que se formen diversas relaciones. En primer lugar, los pacientes llegan a un grupo con su propia historia y una perspectiva única sobre la forma en que funcionan el mundo y las relaciones; su propio proceso intrapsíquico se convierte en una parte esencial del grupo. El paciente entonces se convierte en parte de una relación diádica con cada uno de los miembros y con el líder del grupo. El paciente también se convierte en parte de un grupo más grande, conocido como «el grupo como un todo», que se convierte en una entidad en sí misma de la que surgen fuertes pensamientos y sentimientos.

Un líder de grupo tiene abundantes datos con los que trabajar, y decide hábilmente cuándo es preciso dedicar más tiempo a explorar los problemas intrapsíquicos e interpersonales de cada paciente o los patrones del grupo como un todo. Muchos expertos coinciden en que la interpretación más influyente es una interpretación del «grupo como un todo», que resume los pensamientos y sentimientos del grupo utilizando los datos generales del proceso. Se forma dentro del grupo un «inconsciente colectivo», y es útil destacar los sentimientos de seguridad, confianza, resistencia e intimidad.<sup>1</sup>

Una de las teorías más prácticas con las que un grupo puede trabajar es que este se convierta en un microcosmos de los mundos exteriores de cada paciente.<sup>1,3</sup> El paciente finalmente experimentará pensamientos y sentimientos que se desencadenarán en su vida cotidiana en el grupo. Las interacciones en el grupo le recordarán al paciente las interacciones que tiene con su familia, amigos, colaboradores y figuras de autoridad. El grupo proporciona un terreno seguro para explorar estos pensamientos y sentimientos, y así aportar a sus miembros comprensión y fortaleza a la hora de experimentar con nuevas formas de estar en el mundo exterior. Idealmente, mientras se prueban «nuevos sombreros» en el mundo exterior, pueden regresar al grupo para comprobar cómo se sienten con ellos.

## Creación de un grupo

Antes de abordar el trabajo concreto de planificar y organizar un grupo de psicoterapia, sus objetivos deben ser claramente entendidos y haber sido desarrollados por el líder. Estos objetivos, a su vez, dependerán de la situación, la población, el tiempo disponible para el tratamiento, y el entrenamiento y la capacitación del líder o de los líderes. Los acuerdos, o contrato de grupo, serán acordes a los objetivos.<sup>1</sup>

Cuanto mayor sea el cuidado que se ponga en el diseño de un grupo, mayor será la probabilidad de que el grupo prospere. Cuanto más aleatoria sea la planificación, mayores serán las posibilidades de que el grupo avance con dificultad por las resistencias de sus

miembros. El trabajo del terapeuta es proporcionar un contexto y un significado seguros para el grupo de terapia. Esto se consigue diseñando un contrato en función del objetivo o de los objetivos del grupo y seleccionando cuidadosamente a sus miembros, que serán adecuados para ese grupo. Por ejemplo, en un grupo específico de síntomas, los miembros deben tener síntomas y problemas similares; en un grupo más psicodinámico, los miembros deben ser seleccionados a partir de un nivel bastante homogéneo de desarrollo de su ego, aunque sus síntomas y personalidades sean muy diferentes. Este último grupo se centrará en el cambio y en el incremento de las defensas internas para fomentar una mayor capacidad de amar y trabajar. En el [cuadro 14-1](#)<sup>1</sup> se muestra un modelo de contrato para un grupo abierto que se explica y se acuerda antes de comenzar.

#### Cuadro 14-1 Modelo de contrato de un grupo abierto

- Cada miembro acepta llegar a la sesión a tiempo y permanecer todo el tiempo.
- Cada miembro manifestará sus sentimientos y pensamientos con palabras, no con acciones.
- Cada miembro protegerá las identidades de todos los demás miembros.
- Cada miembro mantendrá relaciones terapéuticas, no sociales.
- Cada miembro será responsable de sus honorarios.
- Cada miembro se comprometerá a permanecer en el grupo hasta que haya terminado lo que vino a hacer. Cuando un miembro cree que el trabajo está hecho, aceptará dejar que el grupo participe en la decisión de terminar su tratamiento y dejar tiempo suficiente para la despedida. Aunque existen variaciones, la mayoría de los líderes de grupo se adhieren a alguna modalidad de este contrato. Por supuesto, el contrato se adaptará a la población y a los objetivos del grupo.

Antes de que el grupo comience a trabajar, el líder deberá tomar varias decisiones que tendrán importantes implicaciones en todo el proceso, como su duración; las bases teóricas; los miembros que participan; la logística (p. ej., lugar, tiempo y coste); si trabajará solo o con otro terapeuta; si los pacientes serán tratados solo en terapia de grupo o si esta se combinará con terapia individual, farmacoterapia o grupos de autoayuda; la gestión de las historias clínicas, y la protección de la confidencialidad.

Además de estas decisiones logísticas, la postura del líder en el grupo debe ser coherente con los objetivos de dicho grupo. Un líder psicodinámico de un grupo abierto seguramente tendrá más probabilidades de sentarse y permitir que las asociaciones del grupo dirijan la manera de trabajar del grupo mientras él o ella hacen comentarios como un crítico en un concierto. Por otra parte, esta actitud tiene poco sentido para el líder de un grupo cognitivo-conductual, que está realizando ejercicios de desensibilización y proporciona la reestructuración cognitiva (incluidas las tareas que deben llevarse a cabo fuera de la consulta para alcanzar los objetivos de ese esfuerzo terapéutico). Cuanto más abierto y exploratorio sea el grupo, más probabilidades tendrá el líder de adquirir el papel de consultor/crítico de grupo; cuanto más cognitivo y estructurado esté el grupo, más probabilidades tendrá el líder de adquirir el papel de conductor del grupo.

Tanto las evidencias científicas anecdóticas como las empíricas demuestran que, cuanto mayor es el tiempo invertido en la preparación de un paciente para una terapia de grupo, mayores son sus posibilidades de inclusión y permanencia en dicho grupo.<sup>1</sup> Además de la historia relatada habitual, resulta útil examinar las fantasías y los prejuicios que los pacientes tienen sobre los grupos, recoger la historia de su participación en todo tipo de grupos (p. ej., familiares, escolares, deportivos, laborales, de amistades) para discutir los acuerdos del grupo

y sus fundamentos subyacentes, así como obtener la colaboración del paciente en el proceso. Se ayuda a los pacientes a conocer cómo funciona el grupo, cuál podría ser el papel del líder y lo que podrían esperar de sí mismos.

## **Caso clínico**

### **Creación y objetivos de un grupo psicodinámico**

Para destacar varios principios, en este capítulo se proporciona un ejemplo de un grupo de terapia psicodinámica.

El Dr. B, un psicoterapeuta privado, decidió que quería poner en marcha un grupo de terapia psicodinámica con pacientes con depresión y ansiedad que tenían problemas en sus relaciones. Decidió que el grupo se reuniría semanalmente, todos los miércoles por la noche, durante 90 min. Quería que el grupo tuviera seis miembros, de ambos sexos y de todas las edades. El Dr. B entrevistó a ocho posibles pacientes durante 30 min y estableció claramente cómo se organizaría el grupo y cuáles serían los objetivos del grupo en su conjunto.

El Dr. B identificó los objetivos del grupo, como la identificación de pensamientos, sentimientos y conductas que contribuían a dificultar el acercamiento a las personas, y la creación de un ambiente lo suficientemente seguro como para que los miembros del grupo pudieran practicar nuevas formas de interactuar con los demás (que luego podrían aplicar en sus relaciones externas). Todos ellos habían sido sometidos a un tratamiento previo y sentían que este grupo sería el siguiente paso para identificar lo que estaban haciendo mal, y practicar y aumentar las cosas con las que se sentían bien en sus relaciones con familiares, amigos y otras personas importantes.

El Dr. B excluyó a dos pacientes. La primera paciente estaba gravemente deprimida y tenía frecuentes ideas suicidas que a menudo eran provocadas por conflictos interpersonales. Cuando comprendió que la estructura grupal era relativamente pequeña y que muchos de sus sentimientos se despertarían al relacionarse con los miembros del grupo, no estaba segura de sentirse a salvo. Se decidió que necesitaba trabajar más a fondo con su terapeuta individual hasta que fuese capaz de lidiar con su conflicto de manera segura. El segundo paciente excluido fue una mujer con depresión y un trastorno de la conducta alimentaria que buscaba habilidades que la ayudaran a controlar los impulsos de atracones y purgas. El Dr. B y la paciente estuvieron de acuerdo en que este grupo no podría ayudarla, y fue remitida a una terapia de grupo cognitivo-conductual para mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. Finalmente, cuatro mujeres y dos hombres aceptaron unirse al grupo. Todos tenían depresión, ansiedad o ambos trastornos, y todos querían trabajar en su estilo y relaciones interpersonales.

El grupo comenzó a reunirse semanalmente; desde el principio parecían emocionados. Sin embargo, los miembros del grupo tenían miedo de revelar demasiado sobre sí mismos. Se mostraban ambivalentes sobre compartir detalles íntimos de sus vidas personales; no obstante, sentían que querían relacionarse entre sí de forma significativa. El Dr. B se aseguró de que el grupo comenzara y terminara a su hora cada semana; si un miembro se retrasaba o no podía asistir a una sesión, se aseguró de invitar al grupo a hablar sobre cómo vivían esas interrupciones. El Dr. B proporcionó una sensación de seguridad y coherencia al grupo que propició la creación de un ambiente seguro en el que los miembros sentían que podían comenzar a confiar y delegar los unos en los otros. También ayudó al grupo a concentrarse

en los temas del «aquí y ahora» del grupo. Cuando el grupo hablaba fundamentalmente de acontecimientos y relaciones externas, coherentemente los invitaba a centrar su atención sobre lo que estaba sucediendo en la habitación (en ese momento) y a concentrarse en los sentimientos sobre las relaciones florecientes que comenzaban a surgir. Al centrarse en el «aquí y ahora», pudieron establecer contacto con sentimientos que se debían, en parte, a sus relaciones recién formadas, pero ello también les proporcionó la posibilidad de tratar sentimientos que les recordaban acontecimientos pasados.

El proceso del caso clínico muestra lo importante que es el papel del líder a la hora de proporcionar un entorno seguro en el cual el grupo pueda trabajar de forma eficaz. Inevitablemente, habrá rupturas en la red de seguridad proporcionada por el líder y en ese momento es fundamental que este invite al grupo a repasar todos sus sentimientos, incluidos los negativos, durante la sesión.

A continuación se muestra un ejemplo del proceso de un grupo psicodinámico.  
(El Dr. B llega tarde.)

Miembro A: ¡Eh! Son las ocho y diez, ¿dónde está el Dr. B?

Dr. B (corriendo y disculpándose): Lo siento muchísimo. Me he retrasado con mi último paciente y siento haberos hecho esperar...

Miembro A: ¡Eh, Dr. B! ¿Cómo es que tú puedes llegar tarde y cuando nosotros llegamos tarde tenemos que «hablar de ello»?

Dr. B: Realmente lo siento, no pude dejar a mi paciente. Estaba tan alterada...

Miembro B: Bueno, siento que estuviese tan alterada, pero ¿cómo crees que nos sentimos nosotros cuando no sabemos si vas a venir? ¿No somos importantes para ti? ¿No te importa si te necesitamos?

Dr. B: Suena como si el grupo estuviera cuestionando mi compromiso con él. Estoy comprometido, he venido corriendo...

Miembro C: Sí, dadle un descanso.

Miembro A: Podría darle un descanso si no llegara tarde por lo menos 1 semana al mes.

Miembro D: Sí, cuando llegué tarde una vez, pasamos toda la sesión hablando de mi estilo «pasivo-agresivo». Tú puedes llegar tarde a una de cada cuatro sesiones y se supone que debemos actuar como si no hubiese pasado nada...

Dr. B: ¿Ha sentido el grupo como si tuviera que fingir acerca de los verdaderos sentimientos que esto genera?

Miembro E: Espera un momento... ¿No estarás siendo muy duro con el Dr. B? Después de todo, es tan amable, comprensivo y tolerante con nosotros.

Miembro C: Hay errores como llegar un poco tarde, y luego hay errores como ser demasiado rígido.

Dr. B: Quizá mis retrasos os han molestado más de lo que estáis dispuestos a reconocer.

Miembro C: No... a mí no me molestan, eres un tipo agradable.  
Dr. B: Gracias.

Miembro B: Bueno, pues a mí me molestan mucho. ¿Y si no viniese y no hubiese nadie aquí?

Miembro F: ¿Qué quieres decir con «si no hubiese nadie aquí»? ¿Qué pasa con el resto de nosotros? ¿No pintamos nada?

Dr. B: No, no, vosotros sois indispensables, sois importantes para mí. Lo siento mucho, voy a hacer un esfuerzo para llegar en hora.

Miembro D: Sí, eso es como si yo dijese que voy a hacer un esfuerzo para llevarme bien con mi mujer. Eso nunca sucederá.

Dr. B: Suena como si el grupo estuviera dividido entre aquellos que sienten que mi retraso está relacionado con la seguridad y la confianza del grupo, y aquellos que no les importa.

Miembro E: Y venga otra vez, haciendo esos comentarios del «grupo como un todo». Mira, eres un tipo comprensivo que solo tiene el pequeño problema de llegar aquí a tiempo una vez al mes. Tal vez sea algo hormonal.

Dr. B: Mira, lo siento mucho. No me di cuenta de que esto suponía un gran problema y me aseguraré de que no vuelva a suceder.

Miembro A, cuando dijiste que temías que algún día ninguno de los dos líderes estuviésemos aquí y te encontraras solo, ¿te referías a alguna experiencia de tu infancia en la que regresaste a casa y no encontraste a tus padres?

Miembro A: Sí, recuerdo haber vuelto a casa y encontrarla vacía. Soy hijo único y siempre estaba ansioso cuando nadie aparecía hacia las ocho de la tarde. Sabía que mi madre trabajaba hasta las seis, pero a veces salía con sus amigos y no comprobaba si mi padre iba a estar en casa o si me quedaría solo. Era aterrador. Entonces no había teléfonos móviles.

Dr. B: Tenemos que dejarlo por hoy.

Miembro A: Creo que el Dr. B nos debe al menos 10 min. Mirad el tiempo que hemos perdido hoy por su culpa.

Dr. B: Estoy dispuesto a devolver ese tiempo al grupo, después de todo fue culpa mía. Podríamos hablar de ello la próxima semana. Hoy ya ha terminado nuestro tiempo. Nos vemos la semana que viene.

Cada miembro tuvo una reacción concreta al retraso del Dr. B y este invitó a todos a manifestar sus reacciones. Tenía un dilema entre expresar sus sentimientos de culpabilidad o tratar de «ganarse al grupo», lo cual es frecuente entre los terapeutas de grupo principiantes. Al final, el Dr. B invitó al grupo a expresar todos los sentimientos generados por su retraso y el grupo se sintió seguro expresando sus reacciones positivas y negativas. Utilizando la información del «aquí y ahora», dio la oportunidad al miembro A de reflexionar sobre una experiencia pasada.

En un grupo de terapia, como en cualquier trabajo terapéutico, el líder debe permanecer tan íntegro como la esposa de Julio César; los papeles duales son inaceptables y no se toleran incursiones demasiado familiares en la vida personal de los miembros ni en la del líder. No pueden tolerarse acuerdos económicos especiales que no sean conocidos por todo el grupo sin dañar la integridad de los límites del grupo. Si surgen asuntos en el grupo que, por su naturaleza, amenacen la confidencialidad de las relaciones externas al grupo, es posible que tengan que tratarse fuera de él, pero el grupo debe saber lo que está sucediendo. Este rechazo a guardar en secreto cualquier contacto externo al grupo establece un buen modelo que indica que el grupo es un agente terapéutico seguro. Lo más importante es que el líder debe reconocer sus errores y esforzarse por evitarlos en el futuro. Esto ha quedado claro en nuestro caso clínico con el Dr. B.

Como en muchas decisiones clínicas, la cuestión de liderar un grupo solo o con un colaborador depende en parte del modelo, del contexto y del entorno; de disponer de un colaborador adecuado, y del apoyo del sistema, administrativo y de otros tipos, para comprometer a dos profesionales en la misma tarea al mismo tiempo. En los programas de entrenamiento, la coterapia es a menudo la única manera de asegurar que un principiante pueda dirigir un grupo. Esto puede ser un arma de doble filo, pues el principiante puede querer tener un compañero para que lo lleve de la mano, pero a la vez el compañero puede convertirse en un rival difícil, lo que complicaría así la situación.

Los grupos de hospitalización o de hospitalización parcial tienden a reunirse varias veces por semana y, para esos grupos, la coterapia es una forma útil de asegurar la continuidad del liderazgo. Por otro lado, algunos líderes de grupo analítico evitan la coterapia debido a la división de las transferencias del paciente al líder. No existen unas reglas rígidas, pero deben tenerse en cuenta ciertas advertencias. Los colaboradores de la terapia trabajan mejor cuando son realmente coterapeutas, con una posición y una experiencia relativamente iguales. En los casos en que un estudiante y un supervisor trabajan juntos, es útil conocer esta realidad. También es importante que compartan una misma base teórica, que estén dispuestos a dedicar 1 h o más por semana a resolver sus problemas de colaboración y sus percepciones del grupo, y que se sientan cómodos compartiendo los honorarios. El incumplimiento de estos acuerdos puede hacer que los pacientes sean los últimos en la lista de prioridades de la preocupación terapéutica, mientras que los colaboradores de la terapia compiten o bien se socavan el uno al otro. Desde un punto de vista positivo, cuando la coterapia funciona bien, tanto los médicos como los pacientes tienen la ventaja de que dos mentes y dos corazones profesionales trabajan conjuntamente en beneficio de todos.

## **¿Quién debe ser tratado en terapia de grupo?**

La mayoría de las personas que pueden someterse a psicoterapia individual también pueden hacerlo a terapias de grupo; las preguntas son en qué tipo de grupo y en qué circunstancias. En un grupo de orientación psicodinámica, donde se supone que los conflictos y relaciones de desarrollo precoces interfieren en el aquí y ahora de la vida del paciente, será importante organizar un grupo razonablemente homogéneo para el nivel de desarrollo de su ego y heterogéneo en todo lo demás.<sup>1</sup> La combinación de personas de diferente sexo, cultura o edad puede ser extremadamente útil en la medida en que estos pacientes emergen de un espectro de desarrollo similar. Las diferencias entre ellos pueden entonces abordarse y aprovecharse en beneficio de los miembros del grupo. Sin embargo, cuando los pacientes divergen mucho en cuanto a los niveles de desarrollo de su ego, la cohesión del grupo y la universalidad se verán comprometidas. Por ejemplo, un grupo de pacientes que experimentan ansiedad grave en relación con una pérdida (como consecuencia de un grave abandono a lo largo de sus vidas) trabajarán mejor juntos en un grupo. Por otro lado, juntar a dos o tres de estos pacientes en un grupo de personas que tienen problemas con la intimidad y las relaciones prolongadas puede dar lugar a dos subgrupos, ninguno de los cuales tendrá una relación empática fácil con los dilemas internos del otro. La denominación por síntomas específicos o por población de otros grupos señala por definición el camino para la selección de pacientes. La regla de oro es reunir a un grupo de personas con la máxima capacidad de empatía entre sus miembros; la homogeneidad del desarrollo de su ego tiende a la máxima empatía.

Aunque uno no puede estar seguro de quién se beneficiará de la terapia de grupo y quién no lo hará, existen varios factores que pueden impedir la derivación de un paciente a un grupo (al menos en ese momento de la vida del paciente).<sup>1</sup> Algunos pacientes son incapaces de hacer un buen uso de un grupo terapéutico sin requerir otras intervenciones clínicas. Por ejemplo, un paciente en fase maníaca puede ser más sobreestimulado que ayudado en un grupo. Otra categoría de pacientes que con frecuencia se remiten a un grupo son aquellos con graves trastornos esquizoides y que realmente nunca han desarrollado relaciones humanas prolongadas. Colocar a estos pacientes en un grupo supera su capacidad y los prepara para un fracaso terapéutico precoz. Sin embargo, un tratamiento individual periódico para

ayudarlos a relacionarse con otros puede permitir el éxito posterior de la terapia de grupo. Los pacientes con trastornos agudos pueden necesitar y recibir una atención individual antes de ser admitidos en un grupo de terapia en marcha. En todos estos casos, el tratamiento previo, ya sea psicofarmacológico o con terapia de apoyo individual (o ambos), puede aumentar la probabilidad de que el paciente tenga éxito en un grupo de terapia en el futuro.

## Terapias combinadas

Ocasionalmente, los pacientes son tratados tanto en terapia individual como en terapia de grupo, ya sea por el mismo terapeuta o por dos terapeutas diferentes.<sup>12</sup> Esta opción es útil en diferentes pacientes (incluido el paciente excesivamente intelectualizado). Para algunos pacientes, la comprensión se convierte en una manera de evitar el sentimiento. La afectividad aumentada de un grupo puede ser muy útil para penetrar en el aislamiento afectivo de estos pacientes. Esto también puede funcionar bien con el paciente que no es capaz de tolerar la transferencia diádica de la terapia individual. El tratamiento diádico puede amenazar los frágiles límites del ego de un paciente muy necesitado o excesivamente estimulado por las aparentes promesas del trabajo individual, como los pacientes que sufren trastornos límite. La introducción de una terapia de grupo puede distribuir las transferencias entre los miembros y el líder del grupo, y permitir la terapia individual y de grupo para avanzar de manera más segura y más productiva. Los grupos de terapia conductual dialéctica han demostrado ser útiles en combinación con la terapia individual en pacientes con trastornos de la personalidad límite.<sup>13</sup>

Es fundamental que los dos terapeutas colaboren (mediante frecuentes llamadas telefónicas y evitando los intentos de los pacientes de dividirlos). Si los dos terapeutas no están de acuerdo o no respetan el trabajo del otro, pondrán potencialmente al paciente en gran riesgo de daño o, al menos, en un callejón sin salida de origen yatrógeno. Es imposible exagerar la importancia de recurrir a supervisores y consultores cuando se produce este desequilibrio.

A veces, los pacientes pueden ser atendidos en terapia individual y de grupo por el mismo terapeuta. Existen muchas ventajas y, como siempre, algunos costes para este plan de tratamiento. Con frecuencia resulta sorprendente y revelador observar al paciente de terapia individual expresar los mismos problemas de interés de la terapia individual en sus interacciones con los miembros del grupo. Por ejemplo, un paciente individual tranquilo y extremadamente amable puede asustar a su terapeuta lanzando un ataque agresivo contra uno o más miembros del grupo cuando se desafía su fachada tímida. Sin embargo, para algunos pacientes, compartir la atención del terapeuta puede ser tan angustiante que el trabajo terapéutico no progresa. Será mucho mejor que ese paciente sea remitido al grupo de otro líder, o aplazar la terapia de grupo a un momento más seguro.

Los clínicos dudan entre cuánto deben preservar la privacidad de lo que saben sobre el paciente desde la hora diádica a partir de la cual se incorpora al grupo y cuánto deben revelar. Si bien no hay reglas certeras ni irrevocables, lo que importa es cumplir el acuerdo previo con el paciente sobre este asunto. Muchos clínicos optan por proteger la información al mismo tiempo que instan al paciente a trasladar sus problemas al grupo. Una excepción importante es si el grupo o alguno de sus miembros están en peligro; como siempre, las normas de confidencialidad se suspenden cuando existe alguna amenaza a la seguridad de cualquiera de los participantes. Es muy útil estar de acuerdo en que todos los terapeutas mantengan un contacto regular entre ellos para trabajar en beneficio del paciente.

Al igual que en la mayoría de los tratamientos que se adhieren al modelo biopsicosocial, el tratamiento psicosocial ejerce un impacto en la biología del paciente, así como en la psicología y el ajuste social de esa persona. En casos muy difíciles, la combinación de la terapia de grupo, psicofarmacológica y, ocasionalmente, individual puede resultar ideal. Sin embargo, dada la limitación de los costes que determina la mayor parte de la atención de salud mental, la terapia de grupo sigue siendo un tratamiento primordial muy sorprendente para toda una serie de situaciones y necesidades de los pacientes.

## **Consideraciones legales y éticas de la terapia de grupo**

El líder del grupo está sujeto a las reglas normales de confidencialidad con el grupo, como en cualquier otro encuentro clínico con un paciente. Exceptuando cuando exista una amenaza para una o varias personas, esta confidencialidad se mantiene y se refleja mejor en el código de ética de la organización profesional del terapeuta.<sup>14</sup> Lo mismo concierne a cualquier conducta del terapeuta que viole el código ético en relación con contactos sexuales u otros de carácter no profesional con un paciente. El desafío para los miembros de un grupo es cómo hablar con sus parejas sobre un suceso emocionante ocurrido en grupo al mismo tiempo que se respeta la confidencialidad acordada por y entre sus miembros. Aparte de reseñar la importancia de proteger las identidades de los pacientes del grupo, hay poco que el líder pueda hacer para asegurar su cumplimiento, ni tampoco resulta ilegal que los miembros rompan la confidencialidad. Los terapeutas de grupo están preocupados por si un grupo puede convertirse en un grupo de testigos en caso de una citación. Algunos sistemas legales extienden a los miembros la misma protección que existe hacia el líder, lo que se denomina privilegio del paciente-terapeuta, pero esto no ha sido probado y puede no aplicarse a todos los profesionales en todas las disciplinas.

## **Investigación, resultados y evaluación**

La investigación de la terapia de grupo se ha centrado principalmente en los resultados.<sup>6.15</sup> Más recientemente, se han desarrollado medidas que buscan relacionar el sentido de pertenencia del paciente y de sentirse valorado en el grupo con la eficacia del tratamiento. Los estudios siguen apoyando la importancia de la cohesión para que la terapia de grupo sea eficaz, y sentirse valorado se considera una declaración de cohesión. La investigación también indica una mayor seguridad en la eficacia de la terapia de grupo y no muestra diferencias apreciables entre la terapia individual o de grupo y la farmacoterapia.<sup>6.15</sup> Sin embargo, estos estudios siguen siendo complicados, dados los problemas que perturban la mayoría de las investigaciones en ciencias sociales: las diferencias entre las terapias resultan difíciles de controlar, y los intentos de hacerlo creando manuales para la intervención terapéutica originan modelos diferentes de lo que sucede en la vida real. Los factores inespecíficos son imprecisos, pero parecen indicar que los pacientes progresan cuando se sienten cuidados, cuando el líder es amable y organizado, cuando la relación con los compañeros del grupo es adecuada, y cuando el objetivo y la dirección del grupo son claros y coherentes. Greene<sup>15</sup> señala la necesidad de nuevos modelos que contribuyan a la compleja comprensión del proceso de cambio en los grupos.

Los investigadores han pasado de preguntarse si un grupo funciona a cuestionarse cómo lo hace, en qué circunstancias y para quién. La selección correcta y cuidadosa de un paciente,



además de su preparación para formar parte de un grupo, tiene como resultado una mayor probabilidad de éxito de ser incluido y de permanecer en el grupo. Los miembros que presentan un mismo nivel de desarrollo del ego mejoran más en grupos abiertos que en grupos con una gran disparidad de niveles de desarrollo del ego. La terapia de grupo de duración limitada tiene más éxito si los líderes son organizados en cuanto a su agenda y a los límites temporales, y si los pacientes son más homogéneos con respecto al problema que se está tratando.<sup>6</sup>

Los instrumentos de investigación son útiles para medir la satisfacción de los pacientes y la autoevaluación del aumento de su bienestar. Un ejemplo de ello es la batería de resultados clínicos desarrollada por la American Group Psychotherapy Association, que utiliza medidas como la lista de comprobación revisada de 90 síntomas (SCL-90R, Symptom Checklist 90—Revised), la autoevaluación de la escala de adaptación social (SAS-SR, Social Adjustment Scale Self Report), la lista de comprobación revisada de adjetivos de afectos múltiples (MAACL-R, Multiple Affect Adjective Check List—Revised) y la escala de evaluación global (GAS, Global Assessment Scale).<sup>16</sup> Más recientemente, MacKenzie<sup>17</sup> y otros investigadores que trabajan con pacientes en grupos organizados y de duración limitada<sup>6</sup> han utilizado muchas otras medidas, como el análisis estructurado de la conducta social (Structured Analysis of Social Behavior) y el cuestionario de clima grupal (GCQ, Group Climate Questionnaire).

Un problema importante en la investigación de la terapia de grupo se deriva de la práctica de llevar a cabo una investigación durante mucho tiempo, y con unos objetivos poco definidos. Por consiguiente, la mayoría de los resultados surgen de la investigación con grupos de duración limitada, y generalmente dentro de un modelo cognitivo-conductual o interpersonal. Aunque estos hallazgos son una garantía muy importante, tienen una utilidad limitada para los modelos de terapias de grupo dinámicos abiertos. Esta investigación debe continuar desarrollándose.<sup>15</sup>

## **Consulta y supervisión de la terapia de grupo**

Puede ser difícil para los líderes de grupo solicitar una consulta, como lo es para la mayoría de los profesionales una vez que han superado sus años de formación oficial. Sin embargo, no encontrar ayuda para dirigir un grupo puede aumentar exponencialmente la presión sobre el líder, dados el número de personas que acuden a su consulta y la multitud de vectores de contratransferencia.<sup>1</sup> Un grupo bien dirigido puede parecer engañosamente autónomo del impacto del líder, pero la verdad es que la atención y la tranquilidad del líder forman la base sobre la que el grupo se desarrolla. Las consultas ocasionales o la supervisión continua por parte de compañeros es una práctica segura y acertada. El Dr. B (de nuestro caso clínico) se vio atrapado en un punto muerto de proporción considerable debido a su vulnerabilidad al contagio del afecto de los miembros. Su supervisor le ayudó a reconocer el problema y a elaborar los aspectos más personales del estrés psicológico en su propio tratamiento, así como a aprender algunas maneras de aprovechar el momento en beneficio de sus pacientes.

La supervisión también es una forma de que el líder aproveche sus necesidades de filiación y evite usar el grupo de pacientes para combatir su aislamiento como líder de un grupo que funciona bien. Además de los departamentos universitarios con experiencia en terapias de grupo, hay organizaciones profesionales que ofrecen formación continua y supervisión para los líderes de grupo en todos los niveles de su experiencia profesional.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. Rutan JS, Stone WS, Shay JJ, eds. *Psychodynamic group psychotherapy*. ed 4 New York: Guilford Press; 2007.
2. Kleinberg JL, ed. *The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2012.
3. Yalom ID. *Theory and practice of group psychotherapy*. ed 5 New York: Basic Books; 2005.
4. MacKenzie KR, ed. *Classics in group psychotherapy*. New York: Guilford Press; 1992.
5. Ulman KH. Group psychotherapy with the medically ill. In: Kaplan HI, Saddock BJ, eds. *Comprehensive group psychotherapy*. ed 3 Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.
6. Burlingame GM, Strauss B, Joyce AS. Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: Lambert MJ, ed. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. ed 6 Hoboken, New Jersey: Wiley; 2013.
7. Buchele BJ, Spitz HI. *Group interventions for the treatment of psychological trauma*. New York, NY: American Group Psychotherapy Association; 2004.
8. Ulman KH. An integrative model of stress management groups for women. *Int J Group Psychother*. 2000;50:341–361.
9. Riess H. Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa. *Int J Group Psychother*. 2002;52:1–26.
10. Alonso A, Swiller HI, eds. *Group therapy in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
11. Kauff P. Psychoanalytic group psychotherapy: An overview. In: Kleinberg JL, ed. *The Wiley-Blackwell handbook of group psychotherapy*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2012.
12. Gans JS. Broaching and exploring the question of combined group and individual therapy. *Int J Group Psychother*. 1990;40:123–137.
13. Blackford JU, Love R. Dialectical behavior therapy group skills training in a community mental health setting: a pilot study. *Int J Group Psychother*. 2011;64:645–657.

14. MacNair-Semands R. *Ethics in group psychotherapy*. New York: American Group Psychotherapy Association; 2005.
15. Greene LR. Group therapist as social scientist, with special reference to the psychodynamically oriented psychotherapist. *Am Psychologist*. 2012;67:477.
16. Burlingame GM, Strauss B, Joyce A, et al. *CORE battery-revised: An assessment tool kit for promoting optimal group selection, process and outcome*. New York: American Group Psychotherapy Association; 2006.
17. MacKenzie KR. *Time-managed group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.

## Lecturas recomendadas

- Bion WR. *Experiences in groups*. London: Tavistock; 1961.
- Bloch S, Crouch E. *Therapeutic factors in group psychotherapy*. New York: Oxford University Press; 1985.
- Brabender V, Fallon A. *Models of inpatient group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
- Freud S. *Group psychology and analysis of the ego*. In *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth; 1962.
- Glatzer H. The working alliance in analytic group psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 1978;28:147–154.
- Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Arch Women's Mental Health*. 2011;14:277–293.
- Jonsson H, Hougaard E, Bennedson BE. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123:387–397.
- Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive group psychotherapy*. ed 3 Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.
- Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, et al. Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1679.
- Malan DH, Balfour FHG, Hood VG, et al. Group psychotherapy: a long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:1303–1315.

Motherwell L, Shay J. *Complex dilemmas in group therapy*. New York: Brunner-Routledge; 2005.

Pam A, Kemper S. The captive group: guidelines for group therapists in the inpatient setting. *Int J Group Psychother*. 1993;43:419–438.

Riester AE, Kraft IA, eds. *Child group psychotherapy*. Madison, CT: International Universities Press; 1986.

Ulman KH, Alonso A. Group psychotherapy. In: Stern TA, Herman JB, Gorrindo TL, eds. *Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation*. ed 3 Boston, MA: MGH Psychiatry Academy Publishing; 2012.

(Stern, 20171024, pp. 137.e1-145.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.