

Cuaderno Técnico para la práctica enfermera

***Generalidades y reflexiones
sobre los conceptos básicos
de grupo terapéutico liderados
por enfermeras de salud mental***



LAURA SÁNCHEZ LÓPEZ

Edita: **Asociación Española de Enfermería de Salud Mental**

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio,
sin autorización del editor.

ISBN: 978-84-129871-0-2 (PDF)

Imprime: Artes Gráficas Cañada, S.L.

C/. Joaquín Turina, 21 - 28044 Madrid

Tel. 91 508 98 15 - Email: graficas.canada@gmail.com

AUTORA

Laura Sánchez López

Enfermera especialista en salud mental vía EIR (2012-14).
Máster en Sexología, Educación Sexual y Asesoramiento
Sexológico por la Universidad Camilo José Cela.

Desde 2016 trabaja en el Hospital de Día Infanto-Juvenil del
Hospital Universitario José Germain (Leganés). Ha sido tutora
general de residentes de enfermería de salud mental del Hospital
Universitario José Germain durante varios años, colaborando
además en su docencia.

Ha impartido varias formaciones centradas en grupos
terapéuticos y en el trabajo que la enfermera de salud mental
realiza con población infantil.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
¿Enfermería y grupos?	12
CAPÍTULO 1:	
RECORRIDO POR LOS CONCEPTOS TEÓRICOS	23
Grupos	23
Tipos de grupo	25
<i>Grupos terapéuticos</i>	<i>26</i>
<i>Grupo de Educación Para La Salud</i>	<i>27</i>
<i>Psicoeducación</i>	<i>34</i>
Factores terapéuticos de la terapia grupal	37
Dinámica de grupo	39
Técnica de grupo	39
Encuadre grupal	40
Transferencia y contratransferencia	43
Mentalización	44
Vínculo terapéutico	45
Acompañamiento	48
Cohesión grupal	49
Comunicación asertiva y buenos tratos.....	50
CAPÍTULO 2:	
TEMPORALIDAD DEL PROCESO GRUPAL	52
Etapas de planificación	52
Inicio del grupo	61
Tarea o estadio de trabajo	62
Cierre del grupo	65
CAPÍTULO 3:	
POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LOS GRUPOS	67

CAPÍTULO 4:	
HABILIDADES DE MANEJO GRUPAL	69
CAPÍTULO 5:	
MANEJO DE SITUACIONES DIFÍCILES	77
Manejo silencios	77
Cuando una persona acapara el desarrollo del grupo	78
Manejo agresividad verbal o niveles altos de hostilidad	79
Manejo violencia física	80
Manejo ideas de muerte o ideación autolítica	81
Hay mucho barullo, muchas interrupciones, todos hablan a la vez.	82
CAPÍTULO 6:	
AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL	
QUE FACILITA EL GRUPO	83
BIBLIOGRAFÍA	86

INTRODUCCIÓN

Este libro surge, tanto desde el deseo de aunar lo que hemos ido estudiando, aprendiendo y aplicando tras varios años de andadura profesional en diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, como de las ganas de plasmar en un documento tanto fundamentación teórica como algunas de las experiencias grupales que hemos llevado a cabo en nuestros centros de trabajo. Además, consideramos que este documento puede dar respuesta a la escasez de bibliografía escrita exclusivamente acerca de grupos facilitados por enfermeras y más en concreto desde la ENFERMERÍA especialista en salud mental.

Cuando empecé a trabajar en el Hospital de Día Infanto Juvenil del Hospital Universitario José Germain (Leganés, Madrid) en diciembre de 2016, junto con, por aquellos entonces, mi compañera Clara, nos dimos cuenta de la escasez de formaciones (al menos en Madrid) y de bibliografía sobre el tema (grupos terapéuticos) dirigida a enfermería. Fuimos leyendo y formándonos para construir desde los cimientos nuestros grupos terapéuticos. Más adelante, empezamos a compartir esos conocimientos con compañeras en diversos formatos: cursos presenciales, cursos online, jornadas e incluso divulgación por redes sociales. Con todo esto, quisimos poner en valor lo que las enfermeras especialistas en salud mental pueden llevar a cabo y mostrar que nuestros grupos pueden ser terapéuticos. De la misma manera, cuando Alba comenzó su andadura en el equipo Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal (Madrid), recién terminada la especialidad, se encontró con una situación parecida. No había prácticamente nada de bibliografía acerca de las competencias de las enfermeras en el programa de continuidad de cuidados Infanto-Juvenil en dicho recurso, pero esto la sirvió de motivación para reflexionar sobre las funciones en esta área, tanto a nivel individual como grupal, desde lo aprendido de otras fuentes, de otros compañeros y

compañeras, y parte de esto es lo que ella quiere plasmar en el texto que vais a leer.

Este documento no está exclusivamente dirigido a enfermeras y enfermeros especialistas en salud mental, también pretende servir de base para compañeras matronas, enfermeras especialistas en comunitaria, entre otras, que quieran llevar a cabo grupos en su desempeño profesional.

Nos planteamos escribir este documento con los siguientes objetivos:

- Tomar consciencia del potencial terapéutico de los grupos como herramienta de cuidado.
- Comprender los fundamentos teóricos básicos de los grupos para su posterior aplicación en la práctica asistencial.
- Adquirir habilidades básicas de manejo grupal.
- Conocer el desarrollo y el funcionamiento de varios grupos terapéuticos realizados por enfermería especializada en salud mental en diferentes recursos de la Red de Salud Mental.
- Reparar en la importancia de crear espacios grupales como vía para la adquisición de herramientas de autocuidado y regulación emocional.

¿Enfermería y grupos?

Antes de sumergirnos en el mundo de los grupos y dada nuestra experiencia, creemos conveniente hacer una aclaración. Desde que éramos residentes hemos ido recibiendo mensajes contradictorios sobre si la enfermera – en nuestro caso la enfermera especialista en salud mental – tiene o no competencias para llevar a cabo grupos. Profesionales (de la enfermería y otras profesiones) ponen en cuestionamiento si estamos o no preparadas para ello.

Nosotras tenemos muy claro que la respuesta es sí. Como enfermeras especialistas en salud mental y en constante formación, tenemos las competencias para hacer grupos y que estos sean terapéuticos para las personas a los que van destinados. Queremos recalcar la importancia de la formación continuada una vez terminada la residencia para poder brindar cuidados de calidad.

Además, queremos destacar y apoyarnos en varios puntos que aparecen en el real decreto que regula nuestra formación. Hacemos referencia a la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

En el punto C del apartado 3.1 “competencias asistenciales” se hace referencia a: “valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y **grupos**, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta asimismo los criterios de calidad y seguridad del paciente”. Se recalca que los cuidados de enfermería de salud mental también están dirigidos a grupos.

En el punto A del apartado 3.2 “competencias docentes” se indica: “Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades”.

En el punto 7 se recoge la formación específica en Enfermería de Salud Mental, en el 7.1 de “bases psicosociales de los cuidados de enfermería de salud mental”, en su subapartado C, nos encontramos lo siguiente: “Capacidad para aplicar en las intervenciones grupales, las bases teóricas y técnicas de intervención grupal”.

En el punto 7.1.2 “contenidos” para lograr esta competencia, encontramos:

- Principales componentes del comportamiento del ser humano.
- Sociología de la salud.
- Antropología de la salud mental. Visión antropológica de la salud mental/ antropología de la Salud.
- Comunicación y motivación.
- Sentimientos y emociones.
- Adaptación y afrontamiento.
- Dinámica de grupos: Teorías y técnicas de conducción de grupos.
- Recursos comunitarios y movimientos asociativos y de autoayuda.

En el 7.1.3 “Criterios de resultados” vinculados a la competencia “Capacidad para aplicar en las intervenciones grupales, las bases teóricas y técnicas de intervención grupal”, hallamos:

- Conoce y aplica las principales teorías y técnicas de intervención grupal.
- Identifica los roles o posicionamiento de los participantes en diferentes situaciones grupales.
- Diseña y realiza intervenciones grupales para desarrollar de forma autónoma y/o en colaboración con otros profesionales.

Dentro del apartado de formación específica de la enfermería de salud mental, en el apartado 7.2 “Enfermería psicosocial” vemos:

- Capacidad para desarrollar intervenciones de promoción de la salud mental que contribuyan a mantener y/o aumentar el bienestar

subjetivo, el crecimiento personal y el aprendizaje de un estilo de vida mentalmente saludable.

- Capacidad para profundizar en un nivel de autoconocimiento que le permita desarrollar y potenciar actitudes terapéuticas.
- Capacidad para manejar las relaciones interpersonales actuando como referente en las demandas de consulta y/o interconsulta que se presenten.
- Capacidad para establecer relaciones terapéuticas que ayuden a las personas en su proceso de crecimiento personal, en su adaptación al medio y en el aprendizaje de comportamientos que mejoren su autonomía.
- Capacidad para desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental, adecuados a las distintas situaciones de cambio y/o crisis en que se encuentra la persona, familia o grupo.

Hemos obviado las competencias e) y g) porque consideramos que no están en relación con los procesos grupales. El resto, expuestas anteriormente, consideramos que están relacionadas a los objetivos y elementos perseguidos y abordados en los grupos terapéuticos.

Los contenidos propuestos para alcanzar las competencias del apartado 7.2, quedan recogidos en el subapartado 7.2.2 y son:

- Salud Mental Positiva: concepto y factores relacionados.
- La relación intrapersonal, y las características personales que favorecen o dificultan la relación terapéutica.
- El autocuidado de la enfermera.

- Teoría y manejo de las relaciones interpersonales.
- La relación terapéutica enfermera/paciente.
- La familia como grupo de apoyo.
- Intervenciones psicosociales de enfermería en situaciones de estrés, cambio y/o crisis.
- El equipo de trabajo.

Siguiendo en el apartado de la formación de la enfermería especializada en enfermería de salud mental, nos encontramos el punto: “Fundamentos conceptuales y metodológicos de salud mental”, en el subpunto 7.3.1 “competencias”, en el subapartado D nos encontramos que se recoge lo siguiente: “capacidad para utilizar las distintas modalidades terapéuticas de intervención en salud mental, manejando los diferentes conceptos teóricos en los que se fundamentan” y para ello, en contenidos se recoge que deberán revisarse modalidades terapéuticas en salud mental. En el 7.3.3 de “criterios de resultados”, nos encontramos que vinculados a la competencia D, están los siguientes – vinculados a grupos (hemos obviado otros por no estar relacionados):

- Participa en el diseño e implementación de las diferentes modalidades de intervención psicosocial en el contexto del trabajo multidisciplinar.
- Conoce los factores que inciden en la adherencia terapéutica y formula propuestas de intervención en el plan de cuidados de enfermería de salud mental.

En el 7.4 titulado “Evidencia y avances en los cuidados de enfermería de salud mental” y dentro de las competencias detalladas, encontramos que la

competencia g que hace referencia a “Capacidad para elaborar y aplicar planes de cuidados de enfermería de salud mental articulados en el marco de programas de atención específica, en el contexto de la promoción, la prevención y la rehabilitación de la salud mental”

En el subpunto 7.4.2 “Contenidos”, recogemos los relacionados con la materia que nos interesa:

- Teorías y modelos de enfermería en salud mental.
- Proceso de Atención de Enfermería de salud mental.
- Nosografías y sistemas de clasificación enfermeras (NANDA, NIC, NOC, CIPE) aplicadas en la enfermería de salud mental.
- Métodos de valoración y técnicas de intervención de enfermería aplicados a los cuidados de la salud mental de personas, familias y comunidades.
- Programas de educación para la salud mental: metodología, aplicaciones y sistemas de evaluación de resultados.
- Rehabilitación psicosocial en los diferentes niveles de intervención y situaciones de cuidados.
- Planes de Cuidados de Enfermería de Salud Mental aplicados a la intervención en el ámbito de las drogodependencias y adicciones.

Por último, también queremos resaltar que dentro de las actividades mínimas a realizar durante la residencia se recoge que los/as residentes deben: “Colaborar, al menos, en 2 procesos grupales instalados”.

Para seguir fundamentando y justificando el uso de grupos como herramienta de cuidado en salud mental por parte de la enfermería especializada, hemos realizado una revisión de la séptima edición de la Clasificación Internacional de Intervención de Enfermería (en adelante, NIC).

En primer lugar, queremos destacar la intervención: “terapia de grupo” (5450) cuya definición es: “aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluida la utilización de interacciones entre los miembros del grupo”.

Igualmente, queremos dejar reflejada la existencia de diferentes intervenciones recogidas en la NIC que hacen referencia a diferentes modalidades y/o técnicas a utilizar en las intervenciones grupales:

- Arteterapia (4330): facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.
- Biblioterapia (4680): utilización terapéutica de la lectura para potenciar la expresión de sentimientos y resolución activa de problemas, afrontamiento o introspección.
- Educación para la salud (5510): desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.
- Grupo de apoyo (5430): uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.
- Terapia asistida con animales (4320): utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación.
- Terapia con juegos (4430): utilización intencionada de juguetes u

otros materiales para ayudar a los niños a comunicar su percepción y conocimiento del mundo y ayudarles a perfeccionar su interacción con el entorno.

- Terapia de baile (4367): el uso de movimientos corporales acorde a un ritmo musical para facilitar un cambio terapéutico específico del estado físico, mental, emocional o espiritual.
- Terapia de entretenimiento (5360): utilización intencionada de actividades recreativas para mejorar la independencia funcional y las habilidades sociales, así como para reducir o eliminar los efectos de enfermedades o discapacidades.
- Terapia de relajación (6040): uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

Por último, queremos recoger diferentes intervenciones que se pueden realizar en el transcurso de un grupo:

- Educación parental: adolescentes (5562): apoyar a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes.
- Educación parental: crianza familiar de los niños (5566): ayudar a los progenitores a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niño en edad preescolar o escolar.
- Enseñanza: grupo (5604): desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.
- Entrenamiento autógeno (5840): ayuda con la autosugestión sobre

sensación de pesadez y calor con el objeto de inducir relajación.

- Entrenamiento de la asertividad (4340): ayuda para la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás.
- Entrenamiento para controlar los impulsos (4370): ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.
- Mejorar el afrontamiento (5230): facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.
- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362): ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.
- Potenciación de la autoconciencia (5390): ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.
- Potenciación de la autoestima (5400): ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.
- Reestructuración cognitiva (4700): estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.
- Técnica de relajación (5880): disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

Para finalizar este apartado queremos compartir los resultados de un estudio titulado “Intervenciones NIC del dominio conductual: un estudio de *focus group* de intervenciones psicoterapéuticas de enfermería”, realizado por María Teresa Lluch-Canut junto a Francisco Sampaio y Carlos Sequeira. María Teresa es enfermera especialista en salud mental, doctora en psicología, catedrática en la Escuela de Enfermería en la Universidad de Barcelona y todo un referente para nuestra profesión. Los objetivos principales de este estudio fueron delimitar los criterios que hacen que una intervención enfermera pueda ser considerada psicoterapéutica e identificar qué intervenciones recogidas en la NIC se pueden considerar como tal (Sampaio, Sequeira, Lluch-Canut, 2014). Como conclusiones a la investigación se definieron los siguientes criterios:

- Ser una intervención estructurada, sistematizada, progresiva y secuencial.
- Ser realizada por un enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental o por un enfermero de cuidados generales con formación específica y competencias certificadas por la Ordem dos Enfermeiros; (la investigación está realizada en parte por profesionales portugueses).
- Ser una intervención basada en uno o más razonamientos teóricos de Psicoterapia.
- Ser una intervención resultante de la identificación de un diagnóstico de Enfermería en el ámbito de la Salud Mental;
- Ser una intervención cuyo cliente tenga un papel activo y alguna consciencia de sí.
- Ser una intervención con un número de sesiones entre tres y doce.

- Ser una intervención que tenga en su base la relación terapéutica y la comunicación interpersonal entre el profesional de enfermería y el cliente.
- Ser una intervención cuyo objetivo es el cambio o la reducción de un estado percibido como negativo por el cliente, a través de la definición previa de metas mutuas entre el enfermero y el cliente.

Nos gusta tener las conclusiones de este estudio como referencia y base a la hora de fundamentar el efecto terapéutico de una intervención grupal.

CAPÍTULO 1: RECORRIDO POR LOS CONCEPTOS TEÓRICOS

Antes de continuar, queremos aclarar que no pretendemos hacer un recorrido y desarrollo teórico de conceptos, teorías y autores en relación con la conceptualización de grupos desde el ámbito de la salud mental; el porqué de esto, es que consideramos que ese trabajo ya está hecho y hay numerosa bibliografía y literatura al respecto. Lo que hemos pretendido es revisar algunos conceptos de una manera más ligera, reflexiva, basada en el razonamiento crítico y práctica.

En este apartado hemos querido recoger y explicar brevemente aquellos conceptos que hemos considerado importantes plasmar en este libro, y que, aunque *a priori*, pueden parecer escogidos al azar, tienen su porqué en que son aquellos que más han ido surgiendo tanto en la bibliografía consultada, como en las formaciones recibidas y realizadas y en el día a día en nuestros trabajos.

Grupos

Para comenzar, deberíamos preguntarnos “¿qué es un grupo?”, es decir, empezar por definir el término del que partimos. Los grupos han sido estudiados y conceptualizados desde diferentes disciplinas (psicología, sociología, antropología, entre otras). No pretendemos enredarnos en definir exhaustivamente el concepto grupo, ni exponer los numerosos autores y teorías resultantes, dado que solo con eso podríamos armar una colección de libros. Pero sí que queremos detenernos en remarcar aspectos que consideramos importantes:

- Un grupo es un conjunto de más de 2 personas.
- Ubicados en un determinado contexto físico.
- Que comparten unas características, objetivos y motivaciones.

Los grupos pueden ser de diversa índole: grupo de trabajo, grupo familiar, grupo de amigos/as, una asociación del barrio, los compañeros/as de clase, etc. Si nos vamos a lo concreto y nos centramos en el objetivo de este libro podríamos decir que los grupos con los que trabajamos tienen unas características en común:

- Conjunto de personas.
- Que comparten un determinado contexto físico (viven en una determinada localidad) y una serie de características como, por ejemplo: sufrimiento psíquico, dificultades para la regulación emocional, proceso de enfermedad, duelo, etc.
- Que demandan y/o requieren de ayuda y sostén profesional.

Revisando la bibliografía encontramos cuatro términos que se repiten para la conceptualización de grupo y por ello hemos creído conveniente dar una pequeña definición o redactar unas líneas sobre cada uno. Estos términos son: interdependencia, motivación, identidad e interacción.

Para definir la interdependencia, queremos traer la interpretación de grupo realizada por *Forsyth* (1990): “definimos un grupo como dos o más individuos interdependientes quienes se influyen mutuamente a través de la interacción social” y la realizada por *Cartwright y Zander* (1968): “un grupo es un conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a estas interdependientes en algún grado significativo. Así explicado, el grupo se refiere a una clase de entidades sociales que tienen en común la propiedad de la interdependencia entre sus miembros”. De estas definiciones se desprende que el fenómeno de la interdependencia debería estar otorgando un sentido de compartir, de equilibrio, de vínculo, entre otros, a los integrantes del grupo.

Con respecto a la motivación, hay autores que señalan que los grupos funcionan y se mantienen en la medida que estos son gratificantes para sus integrantes. Bass (1960) definió grupo como: “el conjunto de individuos cuya existencia como conjunto es gratificante o recompensante para los individuos”.

Con respecto a la identidad, para algunos autores, es lo que realmente define a un grupo. Según Smith (1945): “podemos definir un grupo como una unidad (...) que tienen una percepción colectiva de su unidad (...) que actúan realmente de un modo unitario (...)”.

Por último, con respecto a la interacción hay cierta controversia sobre el papel que tiene para conceptualizar el grupo; hay autores que consideran que es el elemento crucial y vertebrador y otros que es una condición a raíz de la cual se desarrolla la estructura grupal.

Tipos de grupo

Son varios y diversos los tipos de grupos que podemos encontrar en la práctica asistencial, en función de la metodología empleada, de los objetivos marcos y de las personas destinatarias.

Grupos psicoterapéuticos, donde la palabra y las interacciones que se producen son las herramientas fundamentales para el cambio; grupos donde se utilizan expresiones artísticas (p. ej.: arteterapia, musicoterapia, danzaterapia, etc.); grupos donde se utiliza el juego como herramienta (terapia de juego); grupos donde se utiliza lo audiovisual (p. ej.: la cineterapia) como herramienta de trabajo; grupos de apoyo, grupos multifamiliares, etc.

Nosotras queremos centrarnos, en primer lugar, sobre qué hace que un grupo sea considerado terapéutico y en un segundo lugar describir los grupos de psicoeducación y los de educación para la salud.

Grupos terapéuticos

Primeramente, tendríamos que preguntarnos cuáles son los objetivos de un grupo terapéutico.

Según la bibliografía consultada estos son:

- Fomentar la capacidad de introspección o la función reflexiva (pensarse).
- Aumentar el autoconocimiento (¿cómo soy? ¿qué creo que me pasa? ¿Cuáles son mis necesidades? ¿cuáles son mis dificultades?).
- Aprender nuevas formas de relacionarse más funcionales y adaptativas.
- Aprender nuevas formas de afrontar y resolver conflictos que puedan ocurrir en el día a día.
- Búsqueda de mayor bienestar.
- Aumentar la autonomía y la sensación de autoeficacia (verse capaz).
- Descubrir y potenciar los recursos internos.

Según la bibliografía revisada, los siguientes aspectos tienen que estar para que un grupo sea considerado terapéutico.

- Se estructura a través del encuadre grupal (este concepto lo definiremos ampliamente más adelante, por lo que no nos vamos a detener en este momento).
- El grupo tiene que estar centrado en el proceso del propio grupo y de los beneficios obtenidos por sus miembros por la propia experiencia

de pertenecer al grupo.

- Está focalizado en las interacciones espontáneas que surgen entre sus integrantes.
- Se deben dar y fomentar las interacciones entre sus miembros y se debe promover la expresión de emociones, de conflictos internos y relacionales para su consiguiente elaboración.
- Puede que no haya un objetivo exactamente igual entre sus miembros, pero la motivación general es la de mejorar, aliviar o disminuir el malestar.

Los grupos terapéuticos pueden adoptar muchas formas, provenir de diferentes corrientes, utilizar diferentes técnicas y adaptarse a las necesidades y edades de los/as pacientes. Nos podemos valer de multitud de recursos para trabajar determinadas cuestiones y que el resultado o el proceso sea terapéutico en sí mismo para las personas.

Por poner un ejemplo, con la infancia, se puede utilizar el juego o el cuento para trabajar la regulación emocional y los conflictos relacionales y vinculares.

El grupo ofrece a las personas que están en él un espacio donde poder compartir situaciones de gran sufrimiento. Los individuos son escuchados y recogidos por otras personas recibiendo en la medida de lo posible una escucha y una respuesta sensible; sintiéndose acompañado y sostenido.

Grupo de Educación Para La Salud

La educación para la salud (en adelante, Eps) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) como: “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en el que la

población desee estar sana, sepa alcanzar la salud, mantenerla y buscar ayuda cuando la necesite”. De esta definición se desprende la importancia de dotar de conocimientos a la población, en el sentido de una búsqueda de mayor bienestar, empoderamiento y autonomía.

Otro aspecto que también se trabaja en Eps, es la motivación para el cambio. De nada sirve aportar información sobre un determinado concepto o fenómeno, sino se trabaja lo actitudinal en las personas.

Uno de los objetivos que se persigue con la Eps es el aumento o el fomento del autocuidado de las personas y la adquisición de unos hábitos de vida saludables adecuados a su contexto y sus circunstancias. Según la bibliografía consultada la Eps debe aunar la adquisición tanto de conocimientos, como de habilidades y actitudes que favorezcan una mejora en los hábitos de vida.

Estando en la carrera, recuerdo que el término de educación para la salud aparecía con cierta frecuencia en los apuntes y/o diapositivas del profesorado. Pronto aprendí, que la Eps era un concepto importante y una competencia esencial para las enfermeras y una vez roté por atención primaria me hice más consciente de ello. A nivel grupal, las dos experiencias que viví como alumna, fueron en los grupos de preparación al parto y en grupos de deshabituación tabáquica, ambos llevados a cabo en centros de salud. Confieso que me gustó mucho descubrir este mundo, pero también comparto que, en algunos momentos, me parecieron muy monótonos. Es decir, como si en algunas ocasiones se tratara más de una clase magistral que la enfermera o la matrona daban sobre un determinado tema que de un grupo participativo. Y, llegados a este punto, nos gustaría hacer una aclaración que solemos realizar cuando damos clase sobre grupos y es que nosotras no entendemos los grupos (sea cual sea la metodología y/o corriente empleada) como una charla o una clase sobre un determinado tema. Una cosa es aportar información y otra no hacer

participe a las personas de su propio proceso, ni fomentar la interacción.

Cuando terminé la especialidad, trabajé durante unos meses en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Infanta Leonor ubicado en Vallecas (Madrid). En él, tenían un programa grupal conformado por varios grupos diarios, liderados por enfermería, para las personas que estaban ingresadas. Uno de los grupos era sobre educación para la salud y ahí me vi intentando dar un enfoque donde me sintiera más cómoda. Un enfoque más participativo y horizontal, pero sin prescindir de la labor pedagógica que lleva implícita la Eps. Me enfoqué en poder hacer los grupos más participativos. Traté de que los propios pacientes fueran aportando información, de que fueran conscientes de su potencial, de que pudieran escucharse y conectar con las experiencias de los otros; centrándome en favorecer la interacción entre ellos trabajando también habilidades sociales e intentando promover el desarrollo de un pensamiento crítico; favoreciendo que ellos y ellas mismas detectaran sus necesidades y pudieran poner en marcha habilidades de afrontamiento y de búsqueda de herramientas, etc. Con esto no quiero decir que haya un enfoque mejor que otro, pero creo que hay que ser conscientes de dónde y cómo nos sentimos más cómodas a la hora de facilitar un grupo y lo que consideramos que puede ser más beneficioso para los integrantes del grupo.

Cuando a la educación para la salud le añades el término “grupal” conlleva cambios. Es decir, los integrantes van a socializar. Además, se van a compartir experiencias, conocimientos y habilidades. Y, se van a poner a circular diversas cuestiones personales y relacionales.

No es nuestro objetivo meternos en describir las teorías del aprendizaje (aunque os recomendamos leer un mínimo sobre ellas), pero sí que queremos simplemente mencionar un concepto y es el del aprendizaje vicario, formulado por Bandura, que es el que se da observando al otro. Es decir, se observa (o

escucha) que experiencias han tenido los otros realizando una determinada acción y en base a los resultados, se extraen unas conclusiones y se incorporan a nuestra psique. Esto cobra sentido trabajando con grupos.

A efectos prácticos, ¿Qué aspectos debemos tener en cuenta a la hora de conformar un grupo de Eps? Esto, aunque se detalla más adelante, queremos adelantar algunas pinceladas:

- Lugar de celebración estable (siempre el mismo) y cuidado.
- Número de participantes: en la bibliografía es habitual encontrar que lo idóneo es que el grupo esté compuesto entre 8 a 12 personas. Hay que tener en cuenta cuántas profesionales vamos a llevar a cabo el grupo, de qué tiempo disponemos, cuáles son las características de los participantes, cuál es el tamaño de la sala en la que vamos a llevar a cabo el grupo, entre otros.
- Duración: entre cuarenta y cinco a noventa minutos, según las edades y características de las personas participantes.
- Disposición de las personas participantes en círculo, dado que así, se favorece esa sensación de horizontalidad y se puede establecer contacto visual entre todas las personas participantes.
- Buscar una homogeneidad en el grupo en base a: edad, necesidades, demandas, etc.
- Número de sesiones: en la bibliografía encontramos que lo idóneo es de 8 a 12 sesiones en grupos cerrados. Pero también deberemos tener en cuenta cuáles son los objetivos por conseguir.
- ¿Qué aspectos se pueden tratar? ¡Muchos! A parte de los que

propongan los propios integrantes, a los cuales habría que dar prioridad, se pueden abordar desde estilos de vida (alimentación, higiene, sueño, actividad física, conductas adictivas, ocio, etc.), hasta educación emocional, educación sexual, manejo del estrés y de la ansiedad, hasta procesos como el embarazo y la crianza; cuidados en determinados momentos vitales como la infancia, la adolescencia, la menopausia, la vejez; y cuidados en situaciones especiales como grupos dirigidos a cuidadores/as principales. Las autoras del libro consideramos el autocuidado como concepto que vertebra nuestra profesión y este concepto es muy amplio y puede incluir numerosos aspectos. De hecho, una de las experiencias grupales que se van a detallar en la segunda parte de este libro es la del grupo de autocuidado.

- ¿Y dónde? Pues desde centros sanitarios (centros de atención primaria, centros de salud mental, etc.) hasta entornos comunitarios y centros escolares. Allá donde haya personas y donde se pueda realizar prevención y promoción de la salud en su concepto más amplio (física, mental, social y emocional).
- ¿Qué deberíamos perseguir? Pues a parte de aumentar los conocimientos, las habilidades y trabajar lo actitudinal, como hemos mencionado anteriormente con el objetivo de promover el autocuidado y mejorar el bienestar, otra de las cuestiones interesantes y muy a tener en cuenta es el de aumentar el sentido de agencia, el empoderamiento y la autorresponsabilidad.

Revisando bibliografía sobre el tema nos encontramos que son varios los métodos o las técnicas grupales que se pueden utilizar cuando se realiza Eps

grupal. Y que la elección de una técnica u otra se realiza en base a los objetivos que persigamos en el propio proceso de aprendizaje. Por realizar un breve resumen:

- Técnica de investigación en el aula: se utilizan, por ejemplo, al inicio de un bloque o de una actividad. Es útil para que las personas puedan expresar y organizar los conocimientos que tienen sobre un determinado tema. Seguro que os suena la tormenta de ideas, ¿verdad? Pues es una técnica de investigación en el aula. Yo suelo utilizarla con cierta frecuencia tanto en el grupo de autocuidado con los niños y niñas (que detallaremos en la segunda parte de este libro) como en algunas sesiones grupales que realizo como sexóloga. Sirve para recabar información, valorar qué información tienen los participantes, la calidad de esta, organizarla y pensar sobre sesiones posteriores. Por ejemplo: empezamos el bloque de “emociones” en un grupo; pues bien, en la primera sesión hago la pregunta: “¿qué es una emoción?” o “¿qué sabéis de las emociones?” y a partir de ahí se promueve la participación y la escucha. Suelo valerme de una pizarra donde ir anotando las palabras clave que van lanzando los integrantes para luego utilizarlo para recapitular a la hora de cerrar el grupo. Otro ejemplo es: “¿Qué entendéis por autocuidado?” y a partir de ahí favorecer el discurso en base a lo que les sugiera el concepto.
- Técnicas expositivas. Estas permiten sobre todo transmitir información a través de un debate, un vídeo, una lectura, entre otras. Es importante favorecer espacios para que el grupo participe e interactúe.
- Técnicas de análisis. Son útiles para analizar o cuestionar determinados conceptos, situaciones, actitudes o fenómenos. Se

utilizan discusiones, debates, análisis de textos o incluso casos. En estas técnicas es importante tener un espacio de reflexión y equilibrarlo con el de debate y discusión.

- Técnicas de desarrollo de habilidades. Estas son útiles para la adquisición de determinadas herramientas. Personalmente, utilizo mucho los role-playing con los niños y las niñas cuando estoy trabajando las habilidades sociales. Es importante, que no nos quedemos únicamente con la demostración o realización de una técnica, sino también con la reflexión posterior. Es decir, si proponemos el empleo de role-playing para la adquisición de herramientas para la resolución de conflictos, es importante poder pensar sobre lo que ocurre y poner palabras después. Lo que suelo hacer con los niños y niñas es, en primer lugar, poner la técnica en contexto, es decir ¿qué estamos trabajando?, posteriormente explicar qué y cómo lo vamos a trabajar y pedir los voluntarios que se precisen. Llevamos a cabo el role-playing y después promuevo la elaboración y el diálogo sobre lo ocurrido: ¿qué ha ocurrido? ¿Qué conflictos se han dado? ¿Cómo os habéis sentido? ¿Cómo creéis que se han sentido los otros? ¿Esto que ha pasado te recuerda a alguna situación que hayas vivido? Es interesante escuchar tanto a las personas que han llevado a cabo el role-playing como a las que lo han observado desde fuera. Otra técnica de desarrollo de habilidades sería cuando mostramos cómo se realizan las respiraciones diafragmáticas o cualquier otra técnica de respiración o regulación emocional que podemos llevar a cabo en los grupos de regulación emocional y/o manejo de la ansiedad-estrés. En primer lugar, explicamos en el contexto del grupo que estamos llevando a cabo qué es lo que vamos a hacer, lo mostramos y posteriormente acompañamos al resto a poder llevarlo a cabo.

Por concluir, si leéis más bibliografía (artículos o libros) o incluso si habéis sido partícipes de grupos de educación para la salud veréis que es un campo muy amplio en el que se pueden abordar muchos contenidos con la población. Además, os daréis cuenta de que hay multitud de técnicas y diversos enfoques; profesionales que se centran más en la parte educativa y otros que ponen en valor el efecto terapéutico que tiene el trabajar en grupo y lo potencian. Creemos que es importante que cada profesional pueda llevar a cabo lo que considera mejor y con lo que se siente más cómodo, pero, cuando se trabaja en grupo, se debe tener en consideración las ventajas de este y saber potenciar sus efectos.

Psicoeducación

Los grupos psicoeducativos pueden ubicarse dentro de los grupos de educación para la salud siendo estos más específicos del ámbito de la salud mental. La psicoeducación se puede definir como una aproximación terapéutica, en la cual, se proporciona a la persona y a sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basada en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología (Godoy, Eberhard, Abarca, Acuña, & Muñoz, 2020).

Se trata de una herramienta que puede ser individual, familiar o grupal y que surge de la necesidad de informar, apoyar, dotar de herramientas y acompañar a pacientes y familiares en un determinado proceso de enfermedad relacionado con la salud mental, dando opciones a problemas o acontecimientos que pueden surgir en lo cotidiano y mejorando sus habilidades de afrontamiento siendo estas lo más adaptativas posibles. Además, también se centra en descubrir las potencialidades y recursos existentes en cada persona.

La información facilitada y el sostén van a posibilitar que tanto pacientes como familiares aumenten su nivel de conocimiento y comprensión sobre lo que les

ha ocurrido, les está ocurriendo y sobre lo que se espera que pueda ocurrirles.

Esto repercute en:

- Mejora la comprensión de su propia experiencia y proceso.
- Aumento de la autoconfianza y la autoeficacia (verse capaces).
- Se puede producir una mejora de la adherencia al tratamiento.
- Disminución del número de reingresos en las unidades de hospitalización breves. Esto está descrito en la bibliografía.
- Identificación de situaciones críticas en las que solicitar ayuda a los y las profesionales responsables.
- Empoderamiento de las personas y sus familias en su proceso, favoreciendo la implicación y su autonomía.

Son varios los artículos que encontramos donde se detallan sus beneficios y donde se muestran experiencias de profesionales que han llevado a cabo grupos de psicoeducación con personas y familiares de personas con patología mental, detallando los objetivos y los contenidos.

¿Qué aspectos debemos tener en cuenta a la hora de realizar psicoeducación grupal? Pues los aspectos son muy parecidos, por no decir los mismos, a los que hemos mencionado con anterioridad en la Eps grupal y a lo que mencionaremos más adelante en el apartado de temporalidad de los procesos grupales. Un programa de psicoeducación requiere de un proceso de planificación importante para delimitar: población diana, objetivos, contenidos, metodología, sistemas de evaluación del programa, etc.

Algo que consideramos importantes de los programas grupales de

psicoeducación es que pueden y deberían intervenir y participar los diferentes miembros de un equipo de salud mental (psiquiatría, trabajo social, psicología clínica, educación social y terapia ocupacional) según el tema que sea. De hecho, esto enriquece bastante y repercute de manera positiva en la calidad del grupo.

A continuación, queremos ofrecer un esquema para poder ejemplificar los que podrían ser los contenidos de un programa de psicoeducación.

- Sesión 1: presentación del grupo (encuadre, objetivos y contenidos) y presentación de las profesionales y de los participantes. Puesta en común de expectativas y demandas. Técnicas de caldeo y de presentación.
- Sesión 2: conocimiento de la enfermedad y de sus síntomas (por ejemplo: esquizofrenia, ansiedad, etc.). Factores de riesgo y factores protectores.
- Sesión 3: psicofarmacología (usos, dosis, vías de administración, efectos adversos, manejo efectos adversos, pautas de rescate, etc.)
- Sesión 4: situaciones de crisis: desencadenantes, pródromos, factores estresores y signos de alarma. Cuando acudir a urgencias. Manejo de las situaciones de crisis.
- Sesión 5: hábitos de vida saludables (varias sesiones).
- Sesión 6: el papel de la familia y la red de apoyo. Cuidado al cuidador/a principal.
- Sesión 7: conocimiento de la red de salud mental, servicios sociales, recursos y asociaciones existentes en el vecindario y en la comunidad.

- Sesión 8: cierre del grupo. Puesta en común de aprendizajes y vivencias.

Para concluir, nos gustaría realizar dos apuntes: el primero de ellos es que está bien tener un esquema de aquellos contenidos o aspectos que consideramos importantes abordar en los grupos, pero también es interesante, en primer lugar, escuchar que quieren o demandan los participantes y al igual que hemos mencionado en los grupos de Eps, no convertir los grupos en una clase magistral sobre un determinado tema. Esto es buscar un equilibrio entre aportar la información lo más concisa y clara posible y el poder potenciar lo terapéutico que es el grupo como herramienta de cuidado. Que los integrantes se puedan escuchar entre sí en el cómo han resuelto determinadas cuestiones estando en una situación similar a la suya, intercambiar información sobre recursos o asociaciones, etc. Y, además, y esto es un aspecto en el que solemos hacer especial énfasis, es en la importancia de potenciar el autoconocimiento, es decir, el pensar y conocerse para poder cuidarse.

El segundo y último apunte es que la psicoeducación puede ser una modalidad terapéutica grupal en sí misma o una técnica a utilizar dentro de otro tipo de grupos. Por ejemplificar esto, en un grupo de terapia de padres y madres, en un momento determinado o incluso durante una sesión (porque así se ha demandado) se realiza psicoeducación por ejemplo sobre manejo de límite con las pantallas y dispositivos electrónicos.

Factores terapéuticos de la terapia grupal

Varios son los autores que han descrito los factores terapéuticos de los grupos. Quizás de los más conocidos sea Irvin D. Yalom, este describe once factores terapéuticos que pasamos a explicar brevemente a continuación (Yalom, 1996):

- Infundir esperanza: abrir, barajar y ofrecer opciones de cambio, mejora o alivio del sufrimiento psíquico.
- Universalidad. Hace referencia al reconocimiento de experiencias compartidas. Es decir, observar que “no solo me pasan a mí cosas”, ver cómo otras personas están o han estado en situaciones similares.
- Impartir información: intercambio de información entre los integrantes del grupo. Esto repercute en saber más sobre un determinado fenómeno o aspecto, como afrontar una determinada situación, que esperar de una determinada situación, entre otras.
- Altruismo: ayuda y apoyo mutuo entre los participantes.
- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario. Es frecuente que las personas reproduzcan sus interacciones disfuncionales en el grupo y es interesante como este puede servir para poner en funcionamiento otras formas de relación.
- Desarrollo de técnicas de socialización: el grupo facilita el aumento, desarrollo y puesta en práctica de las habilidades sociales.
- Conducta imitativa: desarrollo de habilidades debido a la observación de otro.
- Aprendizaje interpersonal. Entre los integrantes se van a dar múltiples interacciones sociales que van a repercutir de diferentes maneras en los miembros del grupo posibilitando un aumento de la conciencia de uno mismo.
- Cohesión del grupo: alude al sentimiento de pertenencia al mismo grupo y que permite la creación de una identidad colectiva.

- Catarsis: expresar o descargar aspectos del mundo emocional de cada uno.
- Factores existenciales: compartir sobre temas tales como el duelo, los miedos, las preocupaciones de cada uno.

Dinámica de grupo

Son aquellos procesos e interacciones que surgen en el transcurso del grupo como consecuencia de este. Es interesante poder observar y ser consciente de lo que vaya surgiendo, señalar y trabajar sobre ello.

Técnica de grupo

Son aquellos procedimientos, métodos o maneras de desarrollar una actividad grupal. También pueden considerarse como aquellos instrumentos utilizados por los profesionales responsables del grupo para lograr los objetivos propuestos, dado que actúan como facilitadores.

Las técnicas deben escogerse y usarse en base a:

- La edad de los integrantes del grupo.
- Las necesidades de los participantes.
- La formación de los profesionales responsables del grupo.
- Los objetivos y los contenidos.
- El tamaño del grupo.
- Las características de la sala donde se realiza el grupo.

Es importante que la profesional explique lo que se va a hacer y resolver posibles dudas e imprevistos que puedan ir surgiendo según el nivel de conocimiento de la técnica por parte del grupo. En una misma sesión o en un

mismo proceso grupal se pueden utilizar diferentes técnicas, que habrá que ir adaptando según el momento grupal, los objetivos y los contenidos.

Cuando hemos visto las características de los grupos de Eps hemos descrito algunas técnicas grupales.

En la segunda parte de este libro, donde compartiremos diferentes experiencias grupales, veréis ejemplos de técnicas que se pueden utilizar.

Encuadre grupal

Este es sin duda uno de los elementos estrella y quizás de los más importantes para tener en cuenta. Se podría decir que el encuadre grupal (también lo podréis encontrar en la literatura como “setting grupal”), es lo que da estructura y sostiene al grupo y es labor del profesional cuidarlo y promover su cuidado.

En el apartado de “temporalidad del proceso grupal” veremos la importancia de pensar bien sobre el encuadre a la hora de planificar un grupo. Es importante hacer conocedores a los participantes del encuadre, para que sepan a qué atenerse y cómo funciona el espacio terapéutico grupal. El encuadre da estabilidad y por ello sus elementos deben ser lo más concisos, claros y fijos posibles.

Grosso modo el encuadre grupal incluye: un contexto espacial, un contexto temporal, unas tareas y objetivos y unas normas de convivencia. A continuación, explicamos más detalladamente esto.

- Contexto físico. A grandes rasgos hace referencia a la ubicación física donde se va a desarrollar el grupo. Es importante cuidar la calidad de los espacios, que sea un lugar lo más confortable y seguro posible. Además, se debe cuidar, en la medida de lo posible, de posibles interferencias (ruidos, interrupciones, temperaturas desagradables,

etc.) y disponer en él los materiales que se van a utilizar. También se considera esencial que ese lugar sea estable, es decir, que siempre sea la misma sala por cuestiones de continuidad y seguridad.

- El contexto temporal. Tiene que ver con la temporalidad y responde a las preguntas de ¿cuándo se va a desarrollar el grupo? ¿Cuál es la duración? ¿Cuántas sesiones va a haber? Es importante mantener unas constantes temporales, es decir, una regularidad en cuanto a la realización del grupo; que este se desarrolle el mismo día de la semana y a la misma hora. Esto debe estar preestablecido antes de empezar el grupo y los integrantes de este tienen que adquirir cierto compromiso en la asistencia y puntualidad al grupo; así como la permanencia en todas las sesiones de las que esté compuesto el grupo. De igual manera, la profesional responsable del grupo tiene que comprometerse a ser puntual en el inicio y en el cierre del grupo, así como, informar si va a haber alguna modificación. Es importante pensar y compartir cómo proceder si alguno de los participantes no va a poder acudir al grupo y aclarar que puede ocurrir ante las faltas reiteradas injustificadas.
- Tareas. Pichón Riviére (1985) decía “no hay grupo sin tarea”, haciendo referencia que un grupo debe tener una finalidad y unos objetivos; siendo la tarea misma la que constituye al grupo.
- Normas de convivencia. Es interesante trabajar sobre ellas, pensarlas en conjunto y detenerse a explicar las posibles consecuencias si se incumplen. Las básicas serían:
 - Respeto por uno mismo y por el resto de las personas que integran el grupo.

- Confidencialidad (lo que pasa en el grupo se queda en el grupo). Con esto hacemos referencia a que lo que se trabaje y desvele en un grupo no se puede difundir fuera.
- No violencia.
- Puntualidad.
- No juicio.
- Compromiso.
- No socialización de los integrantes. En algunos dispositivos, está como norma que los integrantes no socialicen fuera del contexto terapéutico (ósea del grupo) debido a las posibles interferencias que puedan darse. Esta cuestión a veces no es bien recibida y es un tema que se suele discutir bastante. En Hospital de Día, hemos tenido casos, sobre todo entre adolescentes, donde han tenido una relación de amistad (e incluso romántica) fuera del hospital de día y ha repercutido de manera negativa en su tratamiento debido a que los conflictos que se han dado fuera del hospital de día se han traído a este mismo. Igualmente, hemos tenido casos donde se ha utilizado fuera del contexto sanitario información confidencial para hacer daño.
- Roles del facilitador del grupo. Esto lo desarrollaremos en mayor profundidad en el apartado de “habilidades de manejo grupal”, pero a grandes rasgos podríamos decir que son:
 - Facilitar que puedan conocer otras experiencias y posibilidades.

- Poner en el aquí y en el ahora.
- Hacer de narrador/a (describir lo que vaya pasando).
- Facilitar la incorporación de nuevas experiencias de aprendizaje y relacionales.
- Observar y señalar los emergentes que se dan en el proceso grupal.
- Ser conscientes de la transferencia y de la contratransferencia.

Transferencia y contratransferencia

Nos parece fundamental dar unas breves pinceladas sobre estos dos términos. Las enfermeras especialistas en salud mental (las enfermeras en general) trabajamos con, por y para personas. Hasta aquí parece que estamos diciendo obviedades. Pero cuando trabajamos desde lo relacional y la interacción surgen emociones y pensamientos tanto en las profesionales como en las personas usuarias.

Los conceptos de transferencia y contratransferencia fueron definidos desde el psicoanálisis y han ido sufriendo modificaciones y resignificaciones a lo largo de las décadas. Por intentar dar una definición sencilla de transferencia, esta sería: aquellas emociones o atribuciones que se proyectan sobre una persona que acabamos de conocer o estamos conociendo (profesional) y que tiene que ver con relaciones pasadas (en este caso de los usuarios), en su mayoría, experiencias relacionales con figuras significativas. En definitiva, que los pacientes van a proyectar sobre nosotras diferentes emociones, pensamientos o recuerdos y es importante que seamos conscientes de ello para no actuar de forma no terapéutica.

Desde el psicoanálisis señalan que episodios del pasado son revividos con el profesional en el momento presente.

No me gusta manejar en términos dicotómicos, pero para simplificar esta explicación, podríamos decir que estas proyecciones pueden ser positivas y por lo tanto favorecerán el vínculo terapéutico o por el contrario pueden ser negativas y la creación del vínculo, y, por lo tanto, el desarrollo del proceso terapéutico puede ser más conflictivo y tedioso.

Si hablamos de que la transferencia es aquello que los pacientes proyectan sobre los profesionales, la contratransferencia son aquellas proyecciones que realizamos los profesionales sobre los pacientes. Hay autores que consideran que la contratransferencia es una reacción de los profesionales a la transferencia.

De esto es esencial darse cuenta, ¿qué me está transmitiendo esta persona?, ¿cómo me siento con esta persona?, ¿me trae algún recuerdo? y sobre todo regularse y no actuar esto. No sé si os ha pasado que algún paciente os ha revuelto mucho porque quizás os recuerda a alguien con el que no acabasteis muy bien. O quizás haya algo de su carácter o personalidad con la que confrontáis enormemente y tengáis que hacer enormes esfuerzos, para, por ejemplo, no saltar, no hacer una confrontación agresiva, etc. Pues se trata de darse cuenta para poder regularse.

Queremos hacer un apunte y es que hay corrientes que no toman en consideración estos dos fenómenos debido a la subjetividad de estos y a que no se puede cuantificar o no son tangibles. Pero consideramos que es importante, al menos, darse cuenta.

Mentalización

Se considera a Fonagy uno de los principales autores y estudiosos de este

concepto. Para Fonagy (1998), la mentalización, o función reflexiva, consiste en: “la capacidad de imaginar y entender los estados mentales en uno mismo y en los otros; es la habilidad de dar una interpretación convincente a la conducta propia y de otros, a partir de los estados mentales subyacentes”.

La mentalización es un concepto bastante complejo sobre el que no vamos a enredarnos en este libro, pero sí que os animamos a leer y curiosear más y también sobre la Terapia Basada en Mentalización. Hemos querido poner este concepto aquí, porque consideramos que una de nuestras funciones es la de acompañar a las personas en el proceso de reflexión, de pensarse, de descubrirse, de entenderse, etc.

Ambas autoras trabajamos en el ámbito de lo Infanto-juvenil y acompañamos tanto a los niños, niñas y adolescentes como a sus familias en este proceso. Hay estudios que relacionan la mentalización con el desarrollo de un apego seguro.

Además, la mentalización facilita la comunicación, ayuda a la regulación emocional, permite que las personas diferenciamos nuestros pensamientos de la realidad, entre otros. (Graell Amat A, Lanza Castelli G, 2016).

Vínculo terapéutico

Se considera que el vínculo terapéutico es la base de los procesos terapéuticos. Es esa relación de confianza y seguridad que se establece entre profesional y paciente. Es importante ser conscientes de que este proceso hay que trabajarlo y hay que darle (darnos) su (nuestro) tiempo. No se puede pretender que de manera inmediata se cree.

Recuerdo que, durante mi rotación por el Centro de Salud Mental, una de mis preguntas era ¿qué se hacía en una consulta? y estaba muy centrada en la intervención, intervención, intervención. Me había estudiado muy bien cómo

realizar valoraciones de enfermería, como realizar planes de cuidados, pero lo que nadie nos había enseñado es que antes de hacer todo eso, hay que forjar el vínculo con la persona. Y una vez allí, me di cuenta de que es lo esencial. No podemos pretender entrar en la vida de una persona y querer que esta haga cambios, siendo nosotras unas figuras extrañas. Cuando pasé a trabajar en el Centro de Salud Mental, unos meses después de haber acabado la residencia, esa reflexión y aprendizaje se lo intenté transmitir a las residentes. Y, de hecho, he sido, bueno y soy muy pesada con este tema. Recuerdo que con más de un paciente he tenido consultas y encuentros en los que me he dedicado exclusivamente a conocer y escuchar y tratar de entender a la persona, antes de poder elaborar algún plan de cuidados. En Hospital de Día pasa lo mismo. De nada sirven todas las intervenciones, todos los grupos del mundo si no forjamos un buen vínculo. Y a veces, es un camino costoso, según la personalidad y la historia biográfica de los pacientes. Y a veces, no sale como nos gustaría ¿No os ha pasado nunca que por los motivos que sean no “congeniáis” (por decirlo coloquialmente) con algún paciente?

Es frecuente que las personas a las que acompañamos tengan dificultades vinculares debido a diferentes acontecimientos biográficos vividos como, por ejemplo: violencia intrafamiliar, malos tratos, deficiencias en la crianza, negligencia emocional, ausencia de figuras de apegos seguras, falta de vínculos afectivos estables, etc. Parte de nuestro trabajo consiste en ofrecer la oportunidad de poder vivir experiencias relacionales diferentes. Y en mi experiencia, os puedo decir que sirve. Cuando algún niño o niña tiene lo que podemos llamar una crisis (ansiedad, ira, etc.) el vínculo sirve y mucho. Cuando se encuentran mal y te buscan para hablar, para que los acompañes a encontrar cierta calma y confort; cuando vienen y quieren compartir contigo algo que les ha disgustado; cuando puedes intuir que algo no va bien y le ofreces ayuda y esta se acepta; incluso cuando se llegan a tener códigos o

palabras secretas que denotan que necesitan acompañamiento; esa confianza, ese vínculo, hay que crearlo y cuidarlo.

Seguro que a todas os suena Hildegard Peplau, la madre de la enfermería de salud mental y su teoría de las interacciones personales. Tanto Peplau, como otras autoras, hicieron hincapié en que la interacción enfermera y paciente es la herramienta facilitadora del cambio para el alivio del malestar. En los primeros momentos de la relación terapéutica hay que mostrar una curiosidad real y genuina por el otro; conocernos, mostrarnos disponibles y escuchar activamente para tratar de construir esa relación de confianza, de ayuda, de seguridad, de no juicio, de calma y en definitiva de apego seguro que va a guiar el proceso terapéutico sea cual sea su duración.

Cuando los niños y las niñas ingresan en el Hospital De Día Infanto Juvenil (en adelante, HDIJ), cambian por completo su rutina. De ir de lunes a viernes unas seis o siete horas a su colegio con sus profesores y compañeros, vienen de lunes a viernes a estar seis horas con nosotras y el resto de los niños y niñas ingresadas ¡Es un cambio enorme! Además, vienen a abordar y trabajar sobre emociones, sobre relaciones, sobre dificultades, etc. que, si para una persona adulta no es sencillo, imaginad como es para niños. En el HDIJ trabajamos a través del modelo de referentes, esto quiere decir que, aunque todas las profesionales estamos diariamente con los menores, una de nosotras tiene un contacto mucho más estrecho con uno de los dos grupos. Yo, por ejemplo, soy la referente de los más pequeños (seis a diez años), esto quiere decir, que tengo más encuentros y espacios con ellos y que soy su persona de referencia ante cualquier cuestión que quieran compartir. Además, tengo una comunicación más frecuente con sus familias. Cuando un niño empieza en los grupos de HDIJ, ya conoce a las profesionales de las entrevistas de evaluación previas al ingreso grupal, pero una vez que ingresan tratamos crear espacios diarios donde mostrar interés hacia él y cómo están siendo sus primeros días. Esto, y

otras más cuestiones, ayudan a forjar ese vínculo.

Son varios los estudios que concluyen que el establecimiento de un buen vínculo terapéutico podría ser un predictor de éxito en el proceso terapéutico de la persona.

Alguna vez, alguna residente me ha preguntado cómo se hace esto, y aunque no hay una fórmula mágica generalizada, sí que podríamos decir que los ingredientes principales son: la escucha activa, la presencia, el respeto, la curiosidad y la paciencia.

Acompañamiento

Somos conocedoras de que hay recursos de salud mental donde hay profesionales que realizan acompañamiento y que esto suele estar asociado a trabajar en el entorno habitual de la persona, es decir, en el ámbito comunitario. Pero nosotras, en este libro, hacemos referencia al acompañamiento como una actitud y una posición desde la que llevar a cabo nuestro trabajo. Nos gusta vernos como profesionales que durante un determinado proceso y durante un tiempo limitado estamos junto a personas que están pasando por una situación difícil.

Acompañar lleva implícito la presencia y la escucha activa; mostrarse disponibles y accesibles. Dentro de un grupo, nos gusta vernos como profesionales que guían a un grupo de personas a pensarse, conocerse, cuidarse, etc. Estamos junto al grupo en sus reflexiones, pensamientos, intercambios, y descubrimientos. Consideramos que el grupo terapéutico debería ser construido por los integrantes que lo conforman; ellos y ellas deberían ser los protagonistas y nosotras, acompañarlos con la mínima intervención.

Cohesión grupal

Si buscamos definiciones de cohesión grupal podemos encontrar, que, en su mayoría, comparten varios elementos como son:

- Sentimiento de pertenencia.
- Conocimiento mutuo.
- Identidad grupal compartida.
- Interdependencia.
- Centrarse en objetivos comunes.
- Deseo de estar en el grupo.

Todas estas cuestiones deberían facilitar un buen clima grupal y el buen desarrollo de los grupos. No obstante, no siempre es sencillo y es habitual que surjan conflictos, los cuales, por supuesto hay que elaborarlos.

Es interesante y labor nuestra favorecer la cohesión grupal y ayuda tener en la recámara alguna dinámica o juego para trabajarla, sobre todo en los estadios iniciales de los grupos o cuando hay nuevas incorporaciones.

Os pongo un ejemplo que hago con los niños y niñas (pero que podría servir también con adultos). Nos ponemos en círculo y vamos a ir haciendo preguntas para saber un poco más los unos de los otros. Va a haber un objeto que ayude a centrar la atención (yo uso una pelota de gomaespuma). La persona que tiene la pelota formula una pregunta y lanza la pelota a quien quiera y este tiene que contestar. Con este juego trato de que se conozcan y que capten intereses comunes que les permita poder interactuar desde ahí.

Comunicación asertiva y buenos tratos.

Todo esto que venimos hablando, obviamente, debe realizarse desde el prisma de la comunicación asertiva y de las relaciones basadas en los buenos tratos.

La asertividad es entendida por unos autores como una habilidad social, por otros como un estilo comunicativo y por otros como una conducta. Se basa en expresar nuestras necesidades, opiniones, emociones y deseos de una manera honesta y clara, pero sin juzgar o dañar a la otra persona. Se considera un estilo de comunicación saludable y funcional en el que se tienen en cuenta nuestras propias necesidades y a la par se tiene en cuenta que la otra persona también tiene necesidades, emociones y deseos. La comunicación asertiva lleva implícito la puesta de límites, tan costosa para muchas personas. Frases como: “entiendo que estés enfadado, pero no tienes derecho a tratarme así”, “cuando me tratas así yo me siento poco válida y atacada”, “me gustaría que...”,

¿Po qué hemos considerado pertinente introducir este concepto dentro de este libro? ¡Fácil! Diría que las personas siempre estamos comunicándonos (incluso estando en silencio, algo estamos transmitiendo), pero es que las enfermeras y los enfermeros especialistas en salud mental nos valemos de la palabra y la interacción como herramienta de cuidado y trabajo. De cierta manera, las profesionales, pasamos a convertirnos en un modelo relacional y de cuidado y este debería ser bien tratante.

Fina Sanz (psicóloga y sexóloga) en su libro “El buen trato como proyecto de vida”, propone la creación de un modelo basado en los buenos tratos en contraposición del imperante de destrato. Considera que los buenos tratos tienen una dimensión personal, relacional y social. Nos invita a pensar y cuestionar cómo nos relacionamos como personas y como sociedad en nuestro día a día.

Otro de los libros que tenemos como referencia es el de “Comunicación no violenta” de Marshall Rosenberg. Este considera que un principio básico de la comunicación no violenta es la expresión sin juicios y comparte un programa educativo donde va presentando varias habilidades a desarrollar a la vez que va narrando sus experiencias como terapeuta e invitándonos a la reflexión.

Por todo esto, es función nuestra:

- Promover la escucha activa.
- Impulsar la comunicación asertiva.
- Promover una actitud empática. Hablar desde los “mensajes yo”, desde lo que siento y necesito y no a través de generalidades.
- Enfatizar la importancia de no emitir juicios.
- Dar a conocer y trabajar los derechos asertivos.

Tarea: si no sabéis que son los derechos asertivos, os animamos a que los busquéis. Y como veremos más adelante, también es competencia nuestra parar cualquier situación agresiva o violenta que se dé en los grupos, haciendo siempre mención de las normas de convivencia y funcionamiento del grupo.

Tarea: si no sabéis que son los derechos asertivos, os animamos a que los busquéis.

CAPÍTULO 2: TEMPORALIDAD DEL PROCESO GRUPAL

A continuación, hacemos un breve recorrido sobre las diferentes etapas presentes en la realización de un grupo.



Etapa de planificación

Se trata de poder reflexionar sobre los elementos, aspectos y factores que debemos tener en cuenta antes de la propia ejecución del grupo. Podríamos denominar esta etapa como la de “pensar sobre el grupo” y está muy relacionada con el encuadre grupal del que hemos hablado anteriormente.

Creemos importante que quede claro que llevar a cabo un grupo terapéutico no es convocar a un número de personas en una sala y sentarse a charlar. Esto está bien en otros contextos y con otros objetivos. Pero la puesta en marcha de grupos en contextos terapéuticos requiere en primer lugar de una formación adecuada por parte de las profesionales y en segundo lugar de una adecuada planificación.

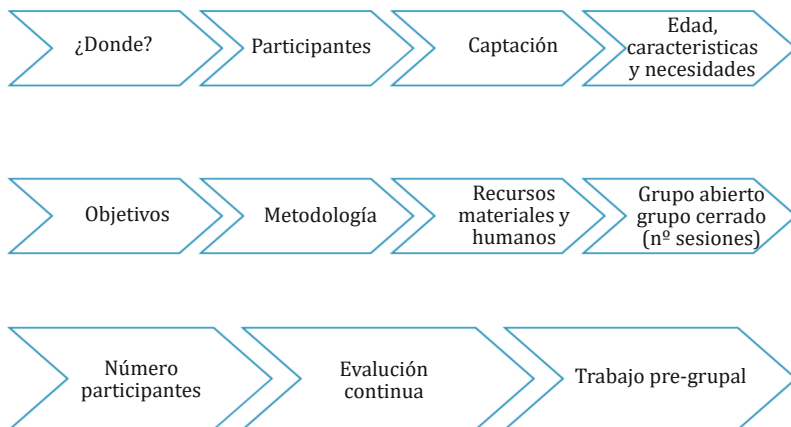


Figura 2.2 Planificación grupal

Hay varios aspectos que consideramos cruciales sobre los que pensar:

- ¿Dónde? Es decir, en qué recurso se va a desarrollar el grupo. No es lo mismo llevarlo a cabo en unidades donde los pacientes no están (o no deberían estar) en una situación aguda (por ejemplo, Hospital de Día, en adelante HD), que en unidades donde sí lo están (Unidad Hospitalización Breve, en adelante UHB); tampoco será lo mismo realizarlo en recursos donde hay un recambio de pacientes rápido (por ejemplo, UHB) que un sitio donde hay una continuidad (por ejemplo, unidades de media o larga estancia). Es importante ser conocedoras de las características de los dispositivos y de las personas que acuden a ellos, para esbozar los objetivos de los grupos. A parte de tener en cuenta en qué dispositivo se va a llevar a cabo, es importante tener en cuenta en qué sala o lugar, y como hablamos en el apartado de “setting grupal” cuidarla, en la medida de lo posible, de interferencias.
- ¿Quiénes? Es decir, a qué población va a estar dirigida ese grupo y cuál es la demanda o cuáles son las necesidades de esta. Hay veces que surgen de ir observando en nuestra práctica profesional diaria una/as necesidades comunes y que pueden responder bien a la intervención grupal. Por ejemplificar esto último, si trabajas en un Centro de Salud Mental (en adelante, CSM) y tienes a un elevado número de adolescentes con dificultades para regular las emociones, se podría probar a abordar esta demanda desde un espacio grupal. En HDIJ hemos ido construyendo las terapias grupales en base a las necesidades que más se repiten.
- Captación de las personas participantes. Una vez que se ha decidido a qué población va a estar dirigido el grupo, debemos pensar cómo

vamos a realizar la captación de los integrantes. Hay dispositivos en los que es más sencillo porque su funcionamiento es básicamente a través de grupos como es en el caso de los hospitales de día. Pero, por ejemplo, en los CSM o en atención primaria (en adelante, AP) podemos valernos del resto de profesionales para realizar la captación de los integrantes en base a los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos; para esto, es necesario previamente, presentar la propuesta grupal al equipo. En los dispositivos de media y larga estancia, dado el gran volumen de pacientes (prácticamente imposible de manejar en un grupo) y dada la heterogeneidad es interesante poder discutir en el equipo quienes se pueden beneficiar de cada propuesta grupal.

- Edad. Los objetivos, los contenidos y sobre todo la metodología a utilizar será muy diferente con relación a las edades de las personas que estemos trabajando.
- Objetivos. Nuestra experiencia nos dice que los objetivos pueden ir cambiando a medida que los grupos van funcionando y que son los propios usuarios de los grupos quienes los van construyendo, aun así, es importante tener unos objetivos claros para arrancar.
- Metodología. Se trata de escoger con qué metodología se puede dar respuesta a las necesidades detectadas y, además, tener en cuenta con qué me siento más cómoda como facilitadora del grupo y cuál es mi formación.
- Recursos materiales y humanos. Es importante concretar quién o quiénes van a facilitar el grupo, si va a haber o no coterapeuta, si va a haber presencia de alumnado o residentes. El rol, o lo que se espera de cada uno, hay que delimitarlo con anterioridad. Si se maneja en

coterapia con otro profesional es esencial hacer un trabajo post-grupo para poner en común sensaciones e ir revisando cómo nos encontramos en esa coterapia. Ante la presencia de alumnado o residentes en formación es importante hablar y poner sobre la mesa qué es lo que se espera de ellas.

En cuanto a los recursos materiales, es interesante prever con tiempo qué es lo que se va a necesitar.

- Grupo abierto/grupo cerrado. Se considera un grupo abierto aquel en el que van a estar entrando y saliendo pacientes durante su transcurso (por ejemplo, HD), o por decirlo de otra forma que los integrantes no van a ser los mismos en lo que dure el proceso grupal; además se considera grupo abierto aquel que no tiene un número de sesiones preestablecido. Por el contrario, consideramos un grupo cerrado aquel en el que los componentes van a ser los mismos (al menos que se curse alguna baja) y que tiene un número de sesiones preestablecidas (p. ej., un grupo de manejo de la ansiedad en un CSM con un número de sesiones preestablecidas de 8 cuyos integrantes van a ser los mismos desde el inicio al fin).
- Número de participantes. En la bibliografía consultada con relación al tipo de grupo del que aquí hablamos hay un consenso en estimar que el número de participantes óptimo es entre 8 y 12 personas. Pero tendremos que valorar otros factores como: cuántas profesionales van a participar, cómo es de grande la sala en la que se va a desarrollar el grupo, las edades de los integrantes, etc.
- Número de sesiones, esto hay que pensarlo en el caso de los grupos cerrados donde hay preestablecido un número de sesiones.

- Evaluación continua. Consideramos importante ir realizando una evaluación continua y constante de los grupos que vayamos llevando a cabo. Con esto no nos referimos a pasar encuestas ni rellenar formularios. Si no, a ser críticas y poder ir siendo conscientes de qué es lo que sí y lo que no está funcionando, y por supuesto, de escuchar y tener en cuenta las sugerencias que muchas veces los propios usuarios realizan. Os invitamos a ser flexibles, a ser curiosas, a no estancarse, a no hacer siempre las cosas iguales y revisarlas con cierta frecuencia; innovar, formarnos, compartir experiencias, buscar inspiración y, sobre todo, escuchar a las personas usuarias de los grupos que facilitamos.
- Trabajo pre-grupal. Somos conscientes de que debido a la carga de trabajo que solemos tener, disponer de un tiempo individual con cada componente del grupo para hacer un trabajo previo al inicio del grupo es muy complicado. Pero consideramos que es realmente importante y que puede llegar a ser muy eficaz. En el trabajo pre-grupal, proponemos que de manera individual se aborden: expectativas hacia el grupo, objetivos de trabajo grupal, experiencias previas en grupos, motivación para estar y trabajar en el grupo, etc. Además, en este trabajo pre-grupal debemos informar sobre el funcionamiento y los objetivos del grupo y responder las dudas que puedan ir surgiendo. Cuando hace años trabajé en el programa de adultos del CSM del Hospital Universitario José Germain (en adelante, HUIJG), tuve la experiencia de realizar un grupo de relajación sin trabajo pre-grupal y otro con trabajo previo en consulta individual con cada persona y creo que merece la pena realizarlo. Y en HDIJ, en la evaluación que hacemos antes del ingreso, explicamos que el funcionamiento en el recurso es mayoritariamente grupal, damos a conocer cuáles son las

normas básicas, exploramos la motivación y se valora si el menor va a estar preparado para llevar ese trabajo en grupo.

Antes de continuar queremos recurrir una vez más a las taxonomías enfermeras para justificar nuestras intervenciones. En el apartado de ¿enfermería y grupos? Hemos visto como en la NIC nos encontrábamos con diferentes intervenciones que fundamentan nuestra labor como enfermeras especialistas en salud mental facilitando procesos grupales. Pues también hemos realizado una revisión en la Clasificación Internacional de Diagnósticos de Enfermería (en adelante, NANDA) para escoger aquellos diagnósticos enfermeros que consideramos que podrían ser los criterios de inclusión de los integrantes en los procesos grupales que llevemos a cabo.

Los hemos querido clasificar según al dominio al que pertenecen.

Dominio 1: promoción de la salud.

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188).
- Gestión ineficaz de la salud (00080).

Dominio 5: percepción/cognición.

- Conocimientos deficientes (00126).
- Disposición para mejorar los conocimientos (00161).
- Control de impulsos ineficaz (00222).
- Control emocional inestable (00251).

Dominio 6: autopercepción.

- Disposición para mejorar el autoconcepto.

Dominio 7: rol y relaciones.

- Disposición para mejorar el rol parental (00164).
- Disposición para mejorar los procesos familiares (00159).
- Deterioro de la interacción social (00052).
- Disposición para mejorar la relación (00207).

Dominio 9: afrontamiento y tolerancia al estrés.

- Afrontamiento ineficaz (00069).
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).
- Ansiedad (00146).
- Duelo (00136).
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241).
- Disposición para mejorar la resiliencia (00212).

Dominio 11: seguridad/protección.

- Riesgo de automutilación (00139).
- Automutilación (00151).
- Riesgo de violencia autodirigida (00140).

Dominio 12: confort.

- Disconfort (00214).
- Disposición para mejorar el confort (00183).

Asimismo, hemos querido escoger diferentes Criterios de Resultados (en adelante, NOC) que podrían servir para delimitar los objetivos/resultados a conseguir. Hemos querido aportar la definición dada por la NOC para facilitar la comprensión.

- Afrontamiento de problemas (1302): acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
- Autocontrol de la ansiedad (1402): acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.
- Autocontrol de la ira (1410): acciones personales para eliminar o reducir intensos pensamientos, sentimientos y conductas hostiles.
- Autocontrol de los impulsos (1405): autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.
- Autocontrol del impulso suicida (1408): acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.
- Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403): autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.
- Autoestima (1205): juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.
- Bienestar personal (2002): grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.
- Conciencia de uno mismo (1215): reconoce las propias fortalezas, limitaciones, valores, sentimientos, actitudes, pensamientos y

comportamientos en relación con el medio ambiente y los demás.

- Conducta de adhesión (1600): acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas.
- Conducta de fomento de la salud (1602): acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.
- Conocimientos: estilo de vida saludable (1855): grado de conocimiento transmitido sobre un estilo de vida saludable, equilibrado, coherente con los propios valores, fortalezas e intereses.
- Conocimiento: manejo del estrés (1862): grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de estrés y las estrategias para reducir o afrontar el estrés.
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803): grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales.
- Equilibrio emocional (1204): adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.
- Participación en las decisiones sobre la salud (1606): implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado.
- Pensamiento abstracto (0919): capacidad para reconocer los múltiples significados y patrones de conceptos y generalizar a nuevos significados, ideas o contextos.
- Resiliencia personal (1309): adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.

Inicio del grupo

Con esto nos referimos a los primeros momentos del grupo. En el caso de un grupo cerrado, el primer día va a ser el mismo para todas las personas; y en el caso de un grupo abierto, será el primer día de una persona que se incorpora de nuevo al grupo. El primer día es fundamental que el/la profesional se presente, al igual que los participantes. Para la presentación se puede recurrir a que cada persona diga su nombre o se puede ir más allá y realizar algún juego o dinámica de presentación. Es importante que la acogida sea lo más cálida, calmada y trabajada posible.

Este día también es esencial dedicar tiempo a hablar sobre el encuadre, es decir, poder exponer:

- Cuáles son los objetivos del grupo.
- Temporalidad del espacio (recordad la importancia del compromiso con la asistencia y la puntualidad).
- Normas básicas de convivencia: respeto, no juicio, escucha activa, confidencialidad, no violencia, etc.

Como no siempre es posible realizar una preparación pre-grupal y, además, es interesante trabajar en conjunto las expectativas con las que las personas llegan al grupo, es importante dedicar tiempo a explorar qué esperan del grupo y poder resolver dudas. Aunque pueda parecer una obviedad, no todo el mundo está familiarizado con el funcionamiento de los grupos terapéuticos, es normal que surjan dudas. Cada cual acude al grupo con sus experiencias, con un bagaje, con unas dificultades y obviamente con su forma de ser. Es importante cuidarlos, acogerlos, acompañarlos y que el espacio sea seguro.

En HDIJ, he tenido experiencias diversas en los primeros días de niños y niñas;

niños muy tímidos, otros a los que se les veía muy desubicados, otros muy nerviosos y sobre excitados ante tantos estímulos, etc. Es importante validar cada situación y sostenerla. Asimismo, es fundamental que el primer día los mensajes que se transmitan sean concisos y no bombardear con demasiada información a las personas que se incorporan por primera vez. Esta primera toma de contacto y este cuidado en los momentos iniciales puede ser fundamental para el buen aprovechamiento posterior del espacio grupal.

En estos primeros momentos los integrantes se conocen entre sí, forjarán el sentimiento de pertenencia al grupo y valorarán su grado de implicación con el mismo. Por lo que es esencial favorecer la creación de un ambiente grupal de confianza que transmita seguridad a sus integrantes, un espacio donde ser vistos y escuchados. De igual manera, es importante trabajar la cohesión grupal como un aspecto fundamental para conseguir que el grupo sea considerado un espacio seguro donde poder compartir aspectos vitales.

Tarea o estadio de trabajo

Con esto se hace referencia al desarrollo de las sesiones grupales.

“El estadio de trabajo se caracteriza por el examen en profundidad de problemas significativos y por la producción de modificaciones deseadas (Corey, 1995)”.

Se supone que según avanza un grupo, más autónomos son y menos se necesita de la intervención de la figura del profesional. Asimismo, la teoría dice que según transcurren las sesiones, mayor es la cohesión grupal, mayor es la confianza y mayor es la fluidez en la comunicación entre los miembros del grupo. Pero la realidad es que esto no siempre es así y que en el desarrollo de los grupos terapéuticos surgen conflictos interpersonales que tienen que ir resolviéndose. Cada persona proyecta su mundo interno y esto es material para

trabajar en grupo. Los usuarios que acuden a un grupo terapéutico lo hacen con dificultades en busca de apoyo y sostén. Es esencial favorecer la construcción de un lugar de confianza donde la persona se sienta cómoda para compartir aspectos vitales displacenteros sin sentir que va a ser dañado o atacado, pudiendo tener experiencias relacionales diferentes y sanadoras.

Son varias las emociones o fenómenos que se pueden producir: miedo, resistencias, ansiedad, inquietud, colaboración, etc. Como profesionales tendremos que ver la forma de trabajar y encauzar lo que vaya surgiendo.

A continuación, queremos compartir algunos aspectos que consideramos importantes a tener en cuenta:

- Es importante respetar los procesos y tiempos de adaptación de cada miembro.
- Poner en valor la participación y la asistencia a los grupos.
- Mencionar a quienes que no hayan podido acudir a una sesión, tenerles en cuenta.
- Incluir a las personas que no hayan querido o podido participar desde lo verbal en el grupo. Por ejemplo: “aunque X esté en silencio, veo que has estado escuchando atentamente a tus compañeros, si quieres, estaríamos encantados de escucharte”.
- Favorecer la continuidad de las sesiones. Esto lo conseguimos mencionando al inicio algunas pinceladas de lo trabajado en sesiones previas. Asimismo, si algún integrante nos cuenta alguna experiencia y tiene que ver con haber puesto en práctica alguno de los aprendizajes adquiridos en un grupo, podemos ponerlo en valor: “hoy X nos cuenta que el otro día pudo manejar su enfado en fútbol,

¿recordáis el otro día que estuvimos compartiendo que cosas nos ayudan a manejar los enfados grandes?”.

- Es tarea de todos (profesional y pacientes) cuidar el espacio grupal y respetar el encuadre.
- Es labor del facilitador del grupo poder reforzar las conductas funcionales y saludables.
- Acompañar y animar a las personas a poner en práctica los aprendizajes y destrezas aprendidas durante el grupo.
- Valorar cuál es el nivel de intervención del profesional. Trabajar, si surge así, la probable dependencia hacia la persona que facilita el grupo. Es importante que el facilitador no se convierta en el centro del grupo ni que el grupo se convierta en un “yo pregunto y el profesional responde”. Más adelante, veremos algunas habilidades de manejo grupal, pero ya adelantamos que, lo idóneo es que este participe y acapare lo menos posible y que sea el grupo el que vaya siendo capaz de regularse.
- Organizar bien los tiempos. Hay que evitar, en la medida de lo posible, cerrar de manera brusca las sesiones grupales. Es fundamental, dedicar unos minutos a poder realizar una buena recogida, mencionando aquellos aprendizajes clave que han surgido e intentar resolver los conflictos relacionales que hayan podido aparecer. En algunos grupos me gusta dedicar unos minutos para recoger cómo se han sentido los participantes durante el grupo e incluso a los niños y niñas les pido una especie de titular corto sobre su vivencia grupal.

Cierre del grupo

El fin de un grupo, para una persona, se puede dar por diversos motivos: el fin de las sesiones preestablecidas, en el caso de los grupos cerrados, el abandono o bien por el alta hospitalaria. En la sesión o sesiones de cierre se puede trabajar sobre:

- Logros y aprendizajes. Es importante que la persona sea capaz de darse cuenta de qué aprendizajes se lleva tras su paso y trabajo en el grupo.
- Indagar sobre qué ha significado la experiencia grupal para la vida de esa persona.
- Integrar los avances y la vivencia de la terapia de grupo en lo cotidiano.
- Trabajar el duelo y el cierre, es decir, cómo se enfrenta al cese del espacio grupal.

Varias son las emociones que pueden surgir de cara a enfrentarse al fin del proceso grupal, como p. ej.; ansiedad, tristeza, miedo, alegría, esperanza, ilusión, inquietud, etc. Es importante recogerlas y validarlas. A nivel experiencial, en HDIJ, hemos podido observar casos de niños, niñas, adolescentes y familias que a medida que se acercaba el alta hospitalaria sufrían un “empeoramiento” en su sintomatología. Niños/as que cuando se acerca su alta hospitalaria empiezan a presentar de nuevo serias dificultades de regulación emocional e incluso un empeoramiento en su estado anímico, casos de pacientes que llegan hasta a enfadarse cuando se acerca el alta y expresan una sensación de abandono o rechazo. Varios son los que han podido verbalizar sus inseguridades a seguir sin el apoyo grupal.

En estos casos es interesante poder solicitar al grupo. y a la persona en cuestión, poder reflexionar sobre:

- Escuchar, acoger y validar las emociones latentes y expresadas.
- Señalar los logros y las fortalezas de la persona.
- Rescatar su potencialidad y los aprendizajes obtenidos.

En determinados casos y en algunos dispositivos se puede realizar un seguimiento post grupo, ya sea mediante entrevistas individuales o familiares o contacto telefónico.

Si el alta se produce desde un dispositivo como un recurso de media o larga estancia o un hospital de día, es interesante realizar una buena coordinación con los profesionales de referencia del centro de salud mental que le corresponda al paciente.

CAPÍTULO 3: POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LOS GRUPOS

La bibliografía consultada, el haber escuchado experiencias profesionales en diferentes foros y nuestra propia experiencia en los años de andadura profesional, nos animan a afirmar que los grupos tienen un gran potencial a la hora de ayudar a las personas a las que atendemos y acompañamos.

La intervención grupal tiene ventajas y un potencial terapéutico frente a otros tipos de intervención de carácter individual. A grandes rasgos, podríamos decir que el grupo tiene una repercusión en: el autoconocimiento, en el mundo emocional y relacional de cada persona.

A continuación, queremos compartir algunas “ventajas” o algunos de los motivos por los que se considera el grupo como una herramienta con un gran valor terapéutico.

- El grupo se ofrece como un espacio donde compartir experiencias, dificultades y vivencias con un grupo de personas con las que se tiene algo en común, con iguales. Una de las cuestiones más potentes que surge es la identificación con el otro. Con esto nos referimos a conectar con el malestar, el sufrimiento o con las dificultades del otro. Sentir que no somos los únicos a los que nos pasan cosas.
- El grupo se presenta como un sostén. Un espacio de confianza y cuidado donde ser sostenido mientras uno se expone y trabaja aquellos aspectos que considera importantes para su proceso personal.
- El grupo posibilita un trabajo en la forma que cada uno tiene de relacionarse. En ocasiones (por no decir siempre), los usuarios reproducen sus patrones relacionales en el grupo y esto es material para trabajarlo. El grupo puede ser el espacio donde cuestionarse la

forma de relacionarse, trabajarla y tener experiencias relacionales diferentes. Un lugar seguro donde poder ser bien tratado por el otro, donde poder ser cuidado y escuchado.

- El grupo favorece el aprendizaje de herramientas o habilidades gracias a la escucha de experiencias de otras personas.
- El grupo permite conocer nuevas perspectivas o formas de ver una situación. Esto permite disminuir la rigidez mental.
- El grupo facilita el darse cuenta de nuestras habilidades socio emocionales. Es decir, qué capacidad tenemos de identificar nuestras emociones, las de los demás y de regularlas.
- El grupo permite realizar un proceso reflexivo relacionado con el autoconocimiento. Ser conscientes de cómo nos relacionamos, de cómo reaccionamos a según que estímulos, de cómo nos regulamos, de qué emociones nos despiertan los sucesos ocurridos en el espacio grupal, de qué nos remueve por dentro escuchar las experiencias de otros, de cómo va cambiando nuestro discurso a medida que avanzan las sesiones, de cómo sostenemos, de cómo y desde dónde escuchamos a los demás, de cómo reaccionamos ante el cuidado y la escucha ajena y un largo etc.

CAPÍTULO 4: HABILIDADES DE MANEJO GRUPAL

En este apartado hemos querido recoger aquellas habilidades para tener en cuenta a la hora de conducir o facilitar un grupo. A continuación, iremos detallando cada una de ellas y poniendo algún ejemplo para clarificar el contenido.

- Escucha activa. Entendemos este término como una actitud en la que

se está realmente interesado por lo que nos está contando la otra persona. En la escucha activa se escucha para entender y comprender que se nos está intentando narrar y, además, para captar la carga emocional del discurso. Esta habilidad es fundamental a la hora de facilitar un grupo, dado que nos va a permitir comprender

Ejercicio reflexión

Os invitamos a que toméis conciencia sobre vuestra actitud a la hora de escuchar.

¿Desde dónde escucháis en vuestro trabajo? ¿En vuestras relaciones de amistad, de pareja o de familia?

¿Escucháis para contestar? ¿O para entender? ¿Sentís la necesidad de contestar siempre que os están contando algo?

¿Cómo os gusta que os escuchen?

¿Cómo os sentís ante una persona que os interrumpe mucho? ¿Sentís que por lo general se escucha para entender?

mejor a las personas a las que atendemos. Es importante promover entre los participantes esta escucha activa. Hace tiempo vi una viñeta en Instagram que decía que una buena escucha es aquella que se realiza para entender y no para responder; esto lo deberíamos intentar poner en práctica en los grupos, en nuestra vida profesional y en general en nuestra vida personal. Me parece interesante trabajar sobre la escucha en los espacios grupales, pararse a pensar sobre cómo escuchamos en nuestro día a día, sobre cómo nos sentimos cuando

somos escuchados, etc. Es más, en el grupo de autocuidado que realizo con los niños y niñas en el HDIJ y del cual hablaremos más adelante, hay sesiones que las dedicamos a realizar dinámicas grupales (juegos y role-playing) para trabajar la escucha activa.

- Observación. Por lo general, en el transcurso de un grupo suelen ocurrir muchas cosas y no todo se desarrolla en el plano verbal. Es importante estar atentas al lenguaje corporal de los integrantes, a como están sentados, a cómo reaccionan ante determinados sucesos, a la expresión facial, etc. Esto nos aporta información muy valiosa como, por ejemplo: observar si hablar sobre un determinado tema puede estar angustiendo a alguien, quizás entristeciéndolo, quizás enfadándolo, y esto se muestra en su lenguaje corporal. Si esto ocurre es posible poder señalar y poder trabajarlo en grupo. “Parece que esto que está hablando X también os conecta con alguna situación desagradable, ¿a alguien le gustaría ponerle palabras?”. Al igual que para trabajar la escucha activa realizo juegos, para trabajar la observación también.
- Validar las emociones. Es fundamental recoger y validar las emociones que vayan haciéndose explícitas en el transcurso de un grupo para que la persona se sienta escuchada, acompañada y reconocida. Es importante, que la facilitadora del grupo recoja lo que vaya surgiendo y explicita lo más significativo, actuando desde la empatía. Se pueden hacer devoluciones resaltando únicamente la emoción, por ejemplo: “por lo que parece en ese momento sentiste mucha rabia”, o haciendo una devolución más completa realizando una interpretación “parece que sientes rabia cuando no salen las cosas como te gustaría”.

- Facilitar el discurso y la expresión emocional. Esto se puede hacer, por ejemplo, a través del uso de preguntas abiertas y del reflejo empático. Es importante que intentemos favorecer el discurso de los integrantes del grupo y que además intenten tomar consciencia de qué emoción o emociones surgen al narrar sus aportaciones. Es interesante el uso de alguna fórmula como, por ejemplo: “me interesa mucho saber qué piensas (pensáis) sobre esto”, “por lo que cuentas parece que eso que sucedió fue importante para ti, ¿quieres contarnos cómo te sentiste?”, “¿Cómo te estás sintiendo con esto que nos estás contando?”.
- Devolver al grupo (poner a circular). Es interesante recordar que el grupo lo construyen los usuarios de este y no los profesionales. Es importante que también se cree esa cultura dentro del grupo e intentar favorecer que sean ellos y ellas mismas quienes se vayan dando feedback. Otra cuestión que enlaza con esto es que el profesional no debería acaparar con su discurso el grupo, recordemos que los grupos terapéuticos no son charlas, ni clases magistrales, ni entrevistas grupales, y que, si bien es cierto que en algunos momentos puntuales puede ser necesario detenerse a explicar algo, no debería ser un patrón. Algunas fórmulas o frases que pueden ser útiles para esto son: “de esto que dice X, ¿qué pensáis el resto?”, “¿alguien conecta con esto que dice X?”, “me parece muy interesante esto que dices, veamos que dice el grupo sobre esto”, etc.
- Clarificación: sirve para poder ayudar a entender mejor el discurso o para asegurarnos de que estamos o se están entendiendo las aportaciones de una persona.
- Reconducir, centrar y encauzar. Esto tendría que estar presente todo el

rato e hila con el punto anterior de “devolver al grupo” y solicitar feedback. Es fundamental que, aunque se permita el discurso libre, estemos atentas a que no se pierda el foco en lo que se está trabajando y poder encauzar el discurso y el trabajo cuando sea necesario y no tender a la dispersión. Alguna frase que puede servir para esto: “recordemos que X ha empezado hablando sobre cómo se sintió cuando tuvo un conflicto en su trabajo, ¿qué os parece si volvemos a ello?”.

- Fomentar la reflexión y elaboración. Es muy valioso poder acompañar también en la búsqueda de alguna conclusión o aprendizaje sobre lo que se vaya narrando. En el grupo hay que fomentar el darse cuenta de ciertos patrones, de ciertas respuestas, de ciertas conductas que pueden estar causando malestar y sufrimiento psíquico; poder elaborar algo y llevarse algún aprendizaje (autoconocimiento, habilidades, herramientas, etc.). A veces, es necesario respetar ciertos silencios y momentos reflexivos tras determinadas aportaciones y no invadir todo el grupo desde lo verbal si no es pertinente.

- Practicar la asertividad. Es fundamental poder promover el uso de un estilo de comunicación asertivo. Los profesionales deberíamos ser ejemplo de ello, tratando con respeto, utilizando mensajes yo y favoreciendo que los integrantes del grupo se comuniquen también desde ahí.

Ejercicio reflexión

Os invitamos a que toméis conciencia sobre vuestro estilo comunicativo tanto en el ámbito laboral como en el personal.

¿Tendéis a generalizar? ¿Tendéis a hablar desde vuestro punto de vista?
¿Podéis hablar de vuestros deseos y necesidades? ¿Podéis poner límites de manera respetuosa?

Es interesante tomar consciencia de cómo y desde dónde nos expresamos. Ayuda mucho el invitar a las personas a hablar desde sus experiencias (desde el “yo...”). A veces, tendemos a contar experiencias personales como si lo que nos ocurre a nosotros, le pasara a todo el mundo. Una frase que puede ayudar a reconducir esto: “lo que quieres decir entonces es que cuando a ti te hablan así, tú reaccionas de tal forma...”

- No forzar la participación desde lo verbal (observando y escuchando también se participa). Cuando doy clase sobre esto suelo solicitar al alumnado que imaginen que mañana empiezan un grupo de terapia, con gente desconocida, donde les piden que cuenten sucesos o experiencias que les conectan con el sufrimiento, con el enfado, con la tristeza y que piensen si les sería fácil o no abrirse y exponerse de esa forma. En nuestros años trabajando nos hemos encontrado con personas que han tenido mayor facilidad para expresarse, que son más extrovertidos, pero también hemos tenido experiencias contrarias; personas más tímidas e inhibidas con grandes dificultades para comunicar. Hay personas que necesitan un mayor tiempo de adaptación y que pueden beneficiarse del grupo desde la escucha y la observación. Personalmente, no me encuentro cómoda señalando directamente y presionando a la participación desde lo verbal, me gusta más invitar. Cuando he tenido niños o niñas más inhibidas en grupo les he comentado que “estaremos encantados de poder escucharte cuando así lo sientas”, “cuando te sientas preparado para contarnos, aquí estaremos para escucharte” o “veo que estás muy atento a lo que están diciendo tus compañeros, si quieres añadir algo, estaremos para escucharte”. Y por lo general, ha funcionado. El grupo debería ser un espacio donde sentirse lo más cómodo posible y

creemos que la presión no favorece. Con esto no quiero decir que se pasen por alto casos en los que la ausencia de participación esté relacionada con una falta de interés hacia el grupo, dado que esto dista a lo que hemos mencionado con anterioridad de adquirir un compromiso con el grupo. La cuestión es poder valorar desde donde se hace y si se muestra o no interés y ya después decidir qué acciones llevar a cabo.

- Cuidar el lenguaje corporal. Es importante que nos demos cuenta de lo que estamos transmitiendo con nuestra postura corporal y expresión facial. Es esencial que podamos tener una postura relajada, que muestre atención y que se vaya adecuando al tono del relato y de lo que vaya surgiendo en el grupo.

Ejercicio reflexión:

Os invitamos a que toméis conciencia sobre vuestro lenguaje corporal en diferentes ámbitos (laboral, familiar, ocio)

¿Soléis ser conscientes de lo que estáis transmitiendo con vuestro cuerpo? ¿Sabéis moldear vuestro cuerpo para apoyar al lenguaje verbal?

- Cuidar nuestro lenguaje verbal. Esto enlaza con la importancia de ser asertivos y de tratar bien y de que al fin y al cabo nos convertimos en un modelo de cuidado y relacional. Es fundamental que los profesionales nos demos cuenta de cómo solemos expresarnos y cuidemos

Ejercicio reflexión

Os invitamos a que toméis conciencia sobre como soléis hablar.

¿Cómo es mi lenguaje? ¿Hablo muy rápido? ¿lento? ¿hablo muy alto? ¿muy bajito? ¿suelo usar muchos tecnicismos?

nuestras palabras, tono de voz, cadencia y ritmo, adecuándonos a las situaciones que se vayan dando. Hay personas que hablan muy rápido, que hablan muy alto o quizás muy bajito y es un ejercicio bien interesante el darse cuenta para poder regularse de cara a la facilitación de los grupos. Otra cuestión para tener en consideración es, el encontrar un equilibrio entre no pasarnos con el lenguaje técnico y correr el riesgo de que no nos entiendan o con el tono coloquial y que parezca que nos estamos dirigiendo a nuestros amigos/as.

- Ofrecer seguridad y calma. Es labor del profesional que facilita el grupo el asegurar que este sea un espacio seguro y de confianza donde poder exponerse y trabajar aspectos personales de cada uno. Es esencial que tengamos en mente que los buenos tratos deben estar presentes. Con cierta frecuencia, puede ocurrir que en los grupos se den situaciones de cierta tensión, agresividad e incluso violencia. Es labor nuestra el poder trabajar esto y más adelante veremos cómo abordar estas situaciones.
- Manejar los silencios. El tema de los silencios suele causar cierta angustia. Más adelante, en el capítulo de “manejo de situaciones difíciles” reflexionaremos sobre cómo abordarlos.
- Si en algún momento tenemos que explicar algo o hacer una devolución debemos intentar que los mensajes sean claros, simples y concretos. Es importante que las aportaciones que la

Ejercicio reflexión:

Os invitamos a que podáis pensar sobre cómo toleráis los silencios. ¿Qué emociones y sensaciones despiertan en vosotros y vosotras los silencios?

profesional realice sean pertinentes e intentar no tener un discurso largo, complejo y farragoso que sea difícil de entender e incluso que pueda llevar a perder el foco de lo que se esté trabajando.

- Evitar: juzgar, interrumpir, ordenar, culpar, criticar, amenazar, aconsejar, insultar, ridiculizar, interrogar, comparar y/o regañar. Recordemos que nuestro rol es de facilitar y acompañar en un proceso, a un conjunto de personas; no tenemos que caer en un rol de superioridad, jerárquico, autoritario y de destrato.

CAPÍTULO 5: MANEJO DE SITUACIONES DIFÍCILES

Este apartado surge de la necesidad de pensar en aquellas situaciones que pueden darse en el desarrollo de un grupo y que pueden ser desagradables o difíciles de abordar dada su carga emocional y/o su complejidad. Nos vamos a detener en varias escenas y a aportar herramientas que puedan ser útiles.

Manejo silencios

Hay varios tipos de silencios, algunos pueden ser útiles para la reflexión sobre un determinado tema o aportación, pero hay otros que pueden ser más incómodos. Hay silencios que pueden sugerir aburrimiento o pasividad (esto con adolescentes y niños puede darse con cierta frecuencia), otros porque no se haya entendido una determinada propuesta, otros que pueden llegar a ser muy agresivos, o los hay que aparecen después de una intervención con mucha emotividad. Creemos que es importante, en primer lugar, poder averiguar de dónde viene ese silencio.

Ante los silencios que surgen fruto de la reflexión, no deberíamos actuar, sino respetarlos. Hay profesionales que lo llevan muy mal; parece que siempre hay que estar rellenando huecos con palabras, diciendo cosas, porque si no, el grupo no está funcionando. Es importante ser consciente de si somos ese tipo de persona y regularnos. Favorecer esos silencios que denotan escucha y reflexión y como mucho poder hacer un pequeño señalamiento tipo “¡Vaya! Parece que esto que ha dicho X nos está haciendo reflexionar”.

Ahora, ante los silencios más incómodos, ¿qué hacemos? Más de una vez me ha pasado con los niños en grupo (y también en consulta cuando trabajaba en el CSM) en el que la dinámica grupal no fluía con la naturalidad deseada. Mucho silencio. No había aportaciones. Como profesional me veía hablando demasiado tratando de promover la participación sin mucho éxito.

Particularmente, he ido aprendiendo que está bien narrar y poner palabras a lo que va ocurriendo, pero hablando desde el “yo veo...” o “con esto que está pasando me estoy sintiendo” o “me parece que...” y tratar de devolver al grupo. Hay veces, que cuando se quiere llevar una determinada propuesta, esta simplemente no funciona y en ocasiones con cambiarla o pedirles que traigan ellos un tema y la forma de trabajarlo se reconduce la situación. Otras veces, es más costoso. Es fundamental, no actuar nuestro nerviosismo, no mostrarse ansiosa ni verborreica tratando de “rellenar” atropelladamente con cuestiones que no vienen al caso.

Con los silencios que pueden tener una carga de hostilidad, también es interesante ponerle palabras. Poder elaborar el de dónde surge esa hostilidad. Invitar a hablar sobre ello.

En definitiva:

- Ser conscientes de qué quiere significar el silencio.
- Si es un silencio de reflexión, respetarlo.
- Ante los silencios hostiles, incómodos o de aburrimiento: señalarlos y trabajarlos.

Cuando una persona acapara el desarrollo del grupo

A veces puede ocurrir que haya un participante que esté acaparando el desarrollo de la terapia grupal. Está bien ofrecer un espacio a las personas para que participen, pero no hay que perder el foco y un grupo no debería ser un espacio donde los usuarios se dediquen únicamente a volcar su discurso. Ante esta situación es importante intervenir; agradecer a la persona sus aportaciones, validar que parece que tiene mucho que decir y que es interesante; pero recordarle que estamos en una situación grupal y es

fundamental escuchar lo que tiene que expresar el resto. He tenido experiencias con usuarios que acaparaban el grupo para expresarse, pero sin poder elaborar ni escuchar las aportaciones que el resto tenía que hacer. Es esencial recordar los objetivos grupales relacionados con las relaciones y las habilidades sociales.

Algunas muletillas que pueden ser útiles: “gracias por tus aportaciones, me gustaría escuchar lo que el grupo tiene que decir sobre esto que cuentas”, “¿qué te parece si escuchamos lo que tienen que aportar tus compañeros?”, “¡muy interesante”, ¿alguien conecta con esto que dice X?”. No quiero que esto se malinterprete, no se trata de cortar con brusquedad ni cronometrar las aportaciones de las personas, sino, ser prudentes y valorar cada situación. A veces, se acaban repitiendo o se desvían del hilo conductor del discurso, etc. Hay que ser habilidosas e intentar reconducir la situación.

Manejo agresividad verbal o niveles altos de hostilidad

En el transcurso de un grupo puede surgir de que una persona muestre agresividad verbal hacia otra/s persona/a. También puede darse que varios integrantes discutan entre ellos. De manera inmediata hay que tratar de pararlo sin realizar juicios de valor ni posicionarnos en ningún bando. Se anima a poderse escuchar, a no invadir ni invalidar al otro y a expresar el malestar desde la no violencia. Si se ha faltado el respeto, se invita a pedir disculpas. Es importante señalar que los seres humanos podemos tener puntos de vista diferentes sobre un asunto y lo enriquecedor que es poderse escuchar.

Eso sí, como apunte, quiero decir que hay faltas de respeto o determinados comentarios que no se deben pasar por alto, hago referencia a comentarios homófobos, machistas, transfobos, racistas, insultos, entre otros.

Manejo violencia física

Con esto hacemos referencia a cuando se lleva a cabo una agresión física dentro del grupo o se ha hecho un intento que ha sido detenido. Ante esta situación, lo primero es pararla. A veces, es necesario pedir ayuda y sacar a la persona que ha ejercido violencia física del contexto grupal. Es importante, si esto sucede, recoger al grupo, que este pueda poner palabras a cómo se siente y calmar; no deberíamos seguir el grupo como si nada. Es fundamental, recordar el encuadre y la norma de la no violencia. Asimismo, si el agresor se puede reincorporar al grupo, debe disculparse. Y ya, según las normas y la forma de proceder en cada dispositivo valorar la pertinencia de que esta persona siga o no acudiendo a la terapia grupal.

Cuando se dan estas situaciones, suelen ser muy desagradables para todos, incluidos los profesionales. A veces, la violencia es dirigida hacia nosotros. Y no siempre es fácil regularnos y volver al grupo con una actitud de calma. Es importante y sirve poner palabras a cómo uno se siente.

En HDIJ, con más frecuencia de la que nos gustaría, tenemos que manejar situaciones de violencia física. Quiero contaros un ejemplo bastante extremo, pero que puede pasar. Recuerdo una vez, que, durante el transcurso de una sesión grupal, un niño de 12 años (bastante corpulento, además), se levantó e intentó agredirme. Tuve que pedir ayuda a mis compañeras y compañeros que acabaron inmovilizando a ese niño dado que la contención verbal no fue eficaz. Cuando volví al grupo, hice una recogida y una validación de cómo se sentían los niños; además ellos, en un ejercicio de empatía y comprensión reflexionando acerca de cuáles habían podido ser los motivos por los que ese niño había actuado así. Yo también puse palabras a cómo me había sentido y pudimos cerrar el grupo más recompuestos. Con el niño que agredió, desgraciadamente llevaba ya varias agresiones y acabó siendo expulsado del centro (tras un

trabajo en varias entrevistas y consultas individuales y familiares). En HDIJ también hemos tenido escenas de agresión entre niños y el proceder es el mismo, se intenta separar a los involucrados, se invita a salir de la sala; y tanto fuera de la sala, con la persona que ha agredido (o hecho el intento), como dentro, con el resto del grupo, se realiza un trabajo de reflexión y recogida. Además, se hace un ejercicio, en consulta individual, con el niño/a y su familia. Siempre se recuerda la norma de no violencia que está presente en cada grupo terapéutico, en todo el espacio de HDIJ y en general, en la sociedad. Y, en algunos casos, hemos realizado expulsiones, poniendo fin a su proceso terapéutico en el recurso.

Otro caso de violencia que no quería dejar pasar es la verbal. Es importante recordar que también es violencia y es necesario abordarla.

Con la agresividad y violencia es importante que el equipo terapéutico tenga claro qué hacer. Que se sienten unas bases sobre cómo abordar este tipo de situaciones y hablar de en qué casos se podría considerar la expulsión del grupo (de manera temporal o definitiva).

Manejo ideas de muerte o ideación autolítica

Cuando alguien verbaliza ideas de muerte en un grupo suele causar un gran impacto en el resto de los miembros. Puede producir discomfort, miedo o preocupación; e incluso remover a ciertas personas con antecedentes de ideaciones o intentos autolíticos.

Lo primero es mantener el equilibrio entre una actitud de calma y a la vez de preocupación por la persona que ha verbalizado la idea de muerte. Por otro lado, es importante no dejar al grupo angustiado. Es esencial elaborar y poner palabras a lo ocurrido y validar que “X” lo está pasando mal. Con el usuario que ha hecho ese desvelamiento, se le puede ofrecer un espacio individual

donde realizar una evaluación de esa ideación e incluso derivar a psiquiatría o psicología clínica para que evalúen la gravedad del suceso.

Si el grupo lo permitiera, y lo viéramos pertinente, se podría aprovechar para trabajar alternativas para el manejo del malestar y sufrimiento psíquico.

Hay mucho barullo, muchas interrupciones, todos hablan a la vez.

Esto con los niños y niñas me pasa con cierta frecuencia y os informo que a veces tengo que respirar, no una, sino muchas veces para no caer en dar un grito. Paradójicamente, en algunos casos, me ha funcionado mantenerme en absoluto silencio, y ellos, tras un rato se han asombrado al verme así, me han imitado. Incluso, cuando hemos hecho alguna actividad en el exterior y se ha formado mucho barullo más de una vez me ha ayudado el sentarme en completo silencio en el suelo y poco a poco han ido imitándome. Esto, desgraciadamente, no siempre es así de fácil, a veces me he tenido que poner de pie y muy seria.

Lo interesante aquí sería captar su atención, señalar que parece que son muchos los que quieren hablar y poner cierto orden. Por ejemplo: “parece que sois muchos los que queréis hablar, seguro que tenéis que decir cosas muy interesantes, a mí me gustaría escucharos a todos y para eso necesitamos tener un orden”, “no se están pudiendo escuchar vuestras aportaciones porque estáis hablando muchos a la vez, ¿qué os parece si nos escuchamos los unos a los otros”, “veo que os interesa mucho este tema, y ¡me encanta”, ¡tengo muchas ganas de escucharos!, pero para ello vamos a necesitar respetarnos y escucharnos”.

En ninguna situación, hay una receta mágica. A veces es realmente costoso mantener la calma con esta situación tan caótica. La cuestión es intentarlo y creedme, casi siempre funciona.

CAPÍTULO 6: AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL QUE FACILITA EL GRUPO

A continuación, vamos a decir una frase que sabemos que es de sentido común, pero que creemos importante recordar: los y las enfermeras somos personas. Todas tenemos una historia biográfica y tenemos que convivir con esta y con estresores, con situaciones familiares determinadas, situaciones de salud propias o de personas queridas complicadas, etc. Por lo general, nuestra vida no es lineal, sino que, van apareciendo multitud de situaciones que ocasionan la aparición de emociones con las que tenemos que convivir, incluso en el trabajo. Y esta parte personal no es separable de nuestro yo profesional.

Cuando trabajamos con y para personas y en concreto, con y para aquellas con sufrimiento psíquico y emocional, se pueden movilizar muchas cuestiones personales. Los grupos pueden ser muy movilizadores del mundo interno de cada uno y requieren de mucha energía y de atención para poder ser facilitados.

Ejercicio reflexión

Os invitamos a que podáis tomar conciencia de si soléis actuar en piloto automático o de si tendéis a ser conscientes de vuestro estado emocional.

A continuación, queremos compartir algunos aspectos que creemos que pueden ayudar:

- Ser consciente de la contratransferencia que despiertan en nosotros/as los integrantes del grupo. Por eso en el apartado de “conceptos teóricos” hemos querido dedicar un apartado a esto. Percatarse de qué emociones o recuerdos evocan en nosotros los pacientes. Identificar si algo o alguien nos está produciendo sensaciones displacenteras y regularse. Por decirlo de una manera

más coloquial, hay usuarios que se nos atragantan por los motivos que sean. Otros que nos cuestan más porque despiertan en nosotras emociones desagradables. Otros, nos recuerdan a un ser querido, etc. Es labor nuestra como profesionales, identificarlo, regularnos y trabajarlo para no actuarlo en el grupo. Suele servir mucho compartirlo con algún compañero e incluso supervisar con algún profesional externo.

- Tomar consciencia de “nuestra mochila emocional”. Esto hace referencia a que somos personas a las que nos pasan cosas. A veces, estamos desbordadas por cuestiones personales como, por ejemplo: cuidado de familiares enfermos, enfermedades propias, divorcio, fallecimientos de seres queridos, sobrecarga con las labores domésticas y la atención a los hijos e hijas, etc. Y estos aspectos pueden pasarnos factura en nuestro desempeño profesional. Una vez más, debemos darnos cuenta y poner en marcha estrategias para intentar no actuar o proyectar nuestro malestar en nuestros pacientes.
- Tratarlos con amabilidad. Con esto hacemos referencia a la importancia de cuidar el cómo nos hablamos a nosotras mismas. Vigilar la autoexigencia y la autocrítica. Estamos viendo que aparte de enfermeras y enfermeros, también somos personas y nos pasan cosas. Ahora, una cosa es darse cuenta y poner en marcha las herramientas para regularnos y otra sacar la fusta y ser muy exigentes y severos con nosotros mismos.

Invitamos a trabajar la inteligencia emocional y a adquirir habilidades de regulación emocional que ayuden en el desempeño laboral. Asimismo, también os animamos a poder apoyaros en vuestros compañeros de trabajo y compartir con ellos cómo os sentís ante determinadas situaciones. Es cierto,

que a veces, la rutina laboral no permite espacios para esto dado que estamos muy atareados y a veces falta una cultura de poner en común con el equipo. En los últimos años, se está viendo la importancia de poder supervisar, con alguien externo, los casos y los equipos de trabajo; y así por lo menos lo hemos visto en la oferta de formación continuada en Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

Arango, L. (2021). Lectura del vínculo terapéutico propuesto por el Método Clínico Psicológico desde la compasión. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(1), e343962. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343962>

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Buenos Tratos a la Infancia, Los - Parentalidad, Apego y Resiliencia*. Gedisa Editorial.

Barudy, J., Dantagnan, M., Comas, E. y Vergara, M. (2014). *La inteligencia maternal. Manual para apoyar la crianza bien tratante y promover la resiliencia de madres y padres*. Barcelona: Gedisa Editorial.

BOE-A-2011-9081 Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. (s/f). Boe.es. Recuperado el 27 de diciembre de 2023, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-9081>

Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (2019). *Clasificación Intervenciones de Enfermería*. (7ta ed.). Madrid: ELSEVIER.

Campos, J.F. (2000). Los factores terapéuticos: ¿qué es lo que produce cambios en los grupos? *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 205-229.

Canto, J.M. (1998). Definición de grupo. En *Psicología de los grupos. Estructura y procesos* (71-89). Málaga: Ediciones Aljibe.

Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal Balsa, M.C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier.

Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclee De Brouwer.

Cuevas-Cancino, J. y Moreno-Pérez, N. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enferm Univ*, 14 (3), 207-218. DOI: 10.1016/j.reu.2017.06.003

Elers, M.Y. y Gibert, L.M.P. (2016). Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cuba Enf*, 32(4), 126-136, ISSN 1561-2961. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76513>

Fonagy, P. (2013). Entrevista a Peter Fonagy. Un psicoanalista del siglo XXI. *Temas de Psicoanálisis*, 5. Recuperado de: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/entrevista-a-peter-fonagy-un-psicoanalista-del-siglo-xxi/>

Forchuk, C. (1993). *Hildegard E Peplau: Interpersonal Nursing Theory*. SAGE Publications.

Fornés Vives, J. y Gómez Salgado, J. (2007). Psicopatología, diagnosis y terapéutica psiquiátrica. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Madrid: FUDEN.

Fornés Vives, J. y Gómez Salgado, J. (2008). Educación para la salud mental. Madrid: FUDEN.

Fornés Vives, J. y Gómez Salgado, J. (2008). Recursos y programas para la salud mental. *Enfermería psicosocial II*. Enfo Ediciones.

Forselledo, A.G. Importancia del Encuadre en el Psicodrama Terapéutico. *Psicoterapia de grupo y psicodrama*.

<https://temasdepsicoterapia.blogspot.com/p/importancia-del-encuadre-en-el.html>

Gaeta González, L. y Galvanovskis Kasparane, A. (2009). ASERTIVIDAD: UN ANÁLISIS TEÓRICO-EMPÍRICO. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), 403-425.

Godoy, A., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-218. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>

Graell Amat, A. y Lanza Castelli, G. (2014). Mentalización, apego y regulación emocional. *DESENVOLUPA*, 36, ISSN: 1887-1445.

R e c u p e r a d o d e :
<http://www.desenvolupa.net/index.php/esl/Articulos/Mentalizacion-apego-y-regulacion-emocional.-Angelina-Graell-Gustavo-Lanza-10-2014>

Guimón, J. (2003). Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas. Madrid: Biblioteca Nueva.

Heather Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2019). *NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2018-2020*. (11 ed.). Madrid: ELSEVIER.

Irazábal-Martín, E. (2022). Empezar, continuar y terminar. Las etapas de un proceso terapéutico grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(142), 197-216. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000200011>

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M. & Swanson, E. (2012). *Vínculos de NOC YNIC A NANDA I y diagnósticos médicos*. (3 ed.). Madrid: ELSEVIER.

Kleine, C.L. (2002). *Principios comunes en psicoterapia*. (4 ed.). Bilbao: Desclee De Brouwer.

Lanza Castelli, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 39, ISSN: 1699-4825. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6458082>

Lanza Castelli, G. (2014). “Mentalización y transformación de la experiencia emocional”. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 2. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262288752_Mentalizacion_y_transformacion_de_la_experiencia_emocional

Marshall B, R. (2006). *Comunicación no violenta. Un lenguaje de vida*. Buenos Aires: Editorial Gran aldea.

Megías Lizanco, F. y Serrano Parra, M.D. (2000). *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. DAE Editorial.

Molina, M.E., Ben-Dov, P., Diez, M.I., Farrán, Á., Rapaport, E. y Tomicic, A. (2013). Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII (1), 15-26, ISSN: 0327-6716. Recuperado de: [Http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281930494003](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281930494003)

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Meridean, L. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. (6 ed.). Madrid: ELSEVIER.

Muraca, F. (2019). Aportes desde la Psicoeducación al Tratamiento de la *Enfermedad Mental*. *e-Universitas UNR Journal*, 2, 1-7. <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/d00ab1c2-7533-4c65-92ef-8209d9e8f278/content>

Naranjo Pereira, M.L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 8 (1), 1 - 27 .
<https://doi.org/10.15517/aie.v8i1.9315>

Novel Martí, G., Lluch Canut, M.T. y Miguel López de Vergara, M.D. (2000). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Editorial Masson.

Otaduy Zubia, M. (2007). Psicoeducación a familias de pacientes con esquizofrenia en una unidad de hospitalización breve. *Metas enferm*, 10(6), 50-53.

Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelía. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Recuperado en 27 de diciembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.

Ramírez Sánchez, A., Espinosa Calderón, C., Herrera Montenegro, A.F., Espinosa Calderón, E. y Ramírez Moyano, A. (2014). “Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad”. *Revista Enfermería Docente*, (102): 6-12.

Ribé, J.M., Mercadal, J., Carrió, A., Sánchez, J., Ramilans, C. y Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 473-489.

<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200007>

Saitua, G. (s/f). *gorka saitua – educación familiar*. educación familiar.

Recuperado el 27 de diciembre de 2023, de <https://educacion-familiar.com/tag/gorka-saitua/>

Sampaio, F., Da Cruz Sequeira, C.A. y Lluch-Canut, T. (3- 4 de abril de 2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapéuticas de enfermería [conferencia]. X Simposio AENTDE: Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad, Sevilla.

Sánchez Gómez, M.B., Duarte Climents, G., Arribas Cachá, A. y Hernández Mellado, M. (2015). *Educación para la salud. Enfermería comunitaria*. FUDEN.

Sanz Ramón, F. (2016). *El buentrato: Como proyecto de vida*. Barcelona: Editorial Kairós SA.

Schoen Johnson, B. (2000). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. (4ta ed.). Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Sunyer Martín, J.M., Soler Sánchez, M.M., Granell Ninot, L. y Solano Parés, M. (2020). ¿Qué es el grupoanálisis?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 67-85. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020005>

Tarí, A. (2015). Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 19, 1-13.

Tena-Hernández, F.J. (2020). Psicoeducación y Salud Mental. *SANUM*, 4(3) 36-45.

Tena Hernández, F.J. (10-11 de mayo de 2023). Psicoterapia, aspectos psicoeducativos en la Promoción de la Salud [ponencia]. II Jornadas Nacionales Virtuales sobre Promoción de la Salud y Educación Sanitaria, Santa Cruz de Tenerife.

Vallejo Jiménez, F. (2006). Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 331-343.

Vélez-Miranda, E. A., Muñoz-Bowen, A. E. y Muñoz-Bowen, L. A. (2022). Psicoeducación y orientación familiar integral. *Revista Científica S A P I E N T I A E* , 5 (1 0) , 2 1 - 2 5 .
<https://doi.org/10.56124/sapientiae.v5i10.0051>

Vinogradov, S. & Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.