



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

Título del trabajo

PSICOTERAPIA GRUPAL: DIFERENTES MODELOS
Y SU APLICABILIDAD AL ÁMBITO DE LAS
ADICCIONES

Autor: Pablo Banski Martínez

Directora: María Arantazu Yubero Fernández

Madrid

2021/2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

2. PSICOTERAPIA DE GRUPO COMO CONCEPTO

2.1 Metas

2.2 Ventajas

2.3 Otros tipos de grupos

3. DIFERENTES MODELOS

3.1 Modelo Psicoanalítico

3.2 Modelo Adleriano

3.3 Modelo Psicodramático

3.4 Modelo Humanista-Existencial

3.5 Modelo Centrado en la Persona

3.6 Modelo Gestáltico

3.7 Modelo de Análisis Transaccional

3.8 Modelo de Terapia Cognitivo-Conductual

3.9 Modelo de Terapia Racional-Emotiva

4. APLICABILIDAD DE LA TERAPIA GRUPAL AL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

4.1 Grupo operativo de Pichón Riviere

4.2 Modelo Transteórico de Pochaska y Di Clemente

5. APLICACIÓN DE LOS MODELOS EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

6. CONCLUSIÓN

7. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

A pesar de que la psicoterapia grupal es casi tan reciente como la psicología en sí, la realización de grupos con un fin terapéutico se remonta prácticamente a los inicios de la historia del ser humano.

En este trabajo se aborda el origen de la psicoterapia grupal, su historia, su desarrollo y los diferentes modelos que han ido surgiendo a lo largo del tiempo. Además, se explora la aplicabilidad de la psicoterapia grupal al ámbito de las adicciones y se esboza un método de trabajo a través de dos enfoques teóricos y con una perspectiva general pero que, al tiempo, permita contemplar la inmensa amplitud de variables a tener en cuenta en este tipo de terapia. Se plantea, por lo tanto, un esquema y una estructura de trabajo que permitan comprender, de manera sencilla, qué modelo es más eficaz en función de la situación concreta.

ABSTRACT

Although group psychotherapy is almost as recent as psychology itself, the use of groups for therapeutic purposes dates back practically to the beginning of human history.

This end-of-degree work deals with the origin of group psychotherapy, its history, its development, and the different models that have emerged over time. In addition, the applicability of group psychotherapy to the field of addictions is explored and a working method is outlined through two theoretical approaches and with a general perspective which, at the same time, allows the immense range of variables to be taken into account in this type of therapy. Therefore, a scheme and a working structure are proposed that allow us to understand, in a simple way, which model is the most effective one depending on the specific situation.

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

La terapia grupal, tal y como la conocemos hoy en día comenzó desarrollándose entre las décadas de 1920 y 1930, pero el uso del grupo con fines terapéuticos se remonta a los comienzos de nuestra historia, habiéndose detectado en variedad de ámbitos, como ritos primitivos, chamánicos, agrupaciones tribales. Incluso, los conventos cristianos, en su intento de fundar familias “sintéticas” anticiparon en cierto grado la moderna psicoterapia de grupo (Moreno, 1985)

Aunque la psicoterapia grupal es un concepto relativamente nuevo en nuestra historia, observamos cómo a lo largo del tiempo se han ido utilizando diversas técnicas grupales en pacientes con problemas físicos y psíquicos, dándose de esta forma el comienzo de este tipo de abordaje asistencial. Así pues, este abordaje se origina a causa de principalmente dos aspectos: la necesidad de atender a una mayor cantidad de personas en el mismo espacio y tiempo y la carencia de profesionales que había en ese momento. Esto produjo una mayor optimización de los recursos, ofreciendo además un tratamiento a un coste más bajo, haciéndose así más accesible para la población en general (Wolf y Schwartz, 1967).

Ante el desarrollo de la psicoterapia grupal como la conocemos hoy, observamos que existen diversas opiniones. Son muchos los que indican que la primera sesión de terapia de grupo fue dada por Joseph Pratt, quien en 1905 organizó una reunión informativa junto a sus 15 pacientes con tuberculosis, dándose cuenta al poco tiempo de los efectos terapéuticos que se producían a partir de estas sesiones en grupo (Hadden, 2015). Ahora bien, si bien es cierto que podemos considerar el planteamiento de Pratt como un trabajo en grupo, ¿realmente se trata de una terapia de grupo? Ante esta cuestión que se plantea, es Moreno quien responde, señalando que una conferencia educativa no es psicoterapia grupal, puesto que el primer paso de todos es examinar diagnósticamente al grupo. Además, son muchos también los que consideran a J.L Moreno como el padre de la psicoterapia grupal, quien utilizó diversos métodos grupales que se atribuían a otros pioneros, como son la orientación didáctica de Pratt y el análisis grupal de Trigant Burrow.

Con relación a la importante figura de Moreno fue él mismo quien señaló que, hasta el momento, han ocurrido tres revoluciones psiquiátricas. La primera de estas revoluciones se dio en Francia a finales del siglo XVIII y fue encabezada por Philippe Pinel (1795),

quien rechazaba el castigo como tratamiento para las personas con enfermedades mentales. La segunda revolución liderada por Sigmund Freud (mediados del s.XIX), quien ofreció un nuevo entendimiento acerca de la sintomatología de la enfermedad mental, rechazando la idea de que tenía una raíz puramente neurológica y otorgándole un origen psicológico. Finalmente, el propio Jacob Moreno en 1955, impartió un discurso ante la Sociedad Estadounidense de Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, declarando la terapia de grupo como tercera revolución psiquiátrica y autoproclamándose como pionero de esta.

2. PSICOTERAPIA DE GRUPO COMO CONCEPTO

Antes de meternos en materia, considero imprescindible introducir este punto para poder entender clara y precisamente qué es y de qué trata la psicoterapia grupal. Además de poder dar una definición lo más clara posible, quiero hablar de diferentes aspectos importantes respecto al propio concepto de la psicoterapia grupal, como son sus objetivos (metas), posibles ventajas y desventajas y su diferencia ante la posibilidad de otros tipos de grupos. Considero, y espero, que esta serie de puntos pueda hacer al lector introducirse en materia de la manera más adecuada posible.

2.1 DEFINICIÓN Y ORIGEN

Para hablar del origen y el concepto de la psicoterapia de grupo, no podemos hacerlo sin referenciar a la figura de Moreno. Fue en una conferencia de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense en Filadelfia en 1932, donde Moreno se mostró como el primer autor en introducir los términos “terapia de grupo” y “psicoterapia grupal”. Hasta 1935, fue el único autor que utilizó ambos términos (Renouvier, 1958).

En 1913, cuando Moreno organiza a un grupo con mujeres que ejercen la prostitución comienza a desarrollarse la concepción de la terapia de grupo. “Entonces, empezamos a ver cómo un individuo podía convertirse en agente terapéutico de los demás y, las potencialidades de una psicoterapia de grupo en el plano de la realidad cristalizaron en nuestra mente” (1955, p.22).

Ahora bien, ¿de qué se trata la psicoterapia de grupo realmente?, ¿a qué podemos llamar psicoterapia grupal? Ante estas cuestiones, John Nolte, en *The Philosophy, and Methods of J.L. Moreno*, brinda una interesante aclaración (2014).

Mientras que otros terapeutas de grupo seguían centrándose en el individuo, Moreno recalca que la idea fundamental de la psicoterapia grupal era tratar al propio grupo y plasmar nuestra atención en este. Moreno indicó la diferencia entre ambos tipos de terapia: Por un lado, la psicoterapia individual pone su foco únicamente en el individuo y en la dinámica que se establece entre el terapeuta y esta persona. Por otro lado, la psicoterapia grupal implica que amplíemos nuestro foco a diferentes aspectos y no solamente a cada uno de los miembros del grupo, sino también a las interrelaciones e interacciones que se van generando dentro de este, formándose así un tipo de sociodinámica a la que debemos prestar cuidadosamente nuestra atención. De hecho, según Moreno, el desarrollo y avance de la psicoterapia grupal y el tratamiento de grupos en sí mismo, ha sido únicamente posible gracias al nacimiento de la sociometría, permitiendo al terapeuta identificar los tipos de relaciones que se van formando dentro del grupo.

2.2 METAS

Aunque en teoría los propios miembros del grupo son quienes deciden por sí mismo qué metas y objetivos van a perseguir en su experiencia grupal, sí que podemos observar algunas metas que son comunes a todas las terapias de grupos, como son:

- Adquirir una nueva imagen de uno mismo.
- Aprender a confiar en uno mismo y también en los demás.
- Aprender habilidades sociales que puedan resultar más efectivas.
- Adquirir un mayor nivel de comprensión sobre las necesidades del resto.
- Aprender a vivir siguiendo nuestras aspiraciones y no las del resto.
- Encontrar diferentes vías para lidiar con conflictos que se puedan dar a lo largo del desarrollo evolutivo.
- Lograr una consciencia de sí mismo y formar una identidad propia.

2.3. VENTAJAS

La terapia de grupo cuenta con diversas ventajas. La propia persona, al encontrarse en un ámbito grupal, va a poder explorar su estilo de relación y, de esta manera, aprender habilidades sociales más efectivas. A esto se añade un crucial aspecto de la terapia grupal que es el *feedback* que va a recibir el sujeto, pues le va a permitir observarse a sí mismo gracias a las diferentes perspectivas que le pueden aportar el resto de miembros que pueden contar con diferentes edades, estilos de razonar, culturas y también distintos problemas, entendiendo el grupo como un microcosmos de la sociedad, este va a proporcionar una muestra de la realidad, ya que los conflictos o problemas que el sujeto pueda experimentar dentro del propio grupo no van a diferir de los que pueda encontrarse fuera del mismo.

Por otro lado, por lo general el grupo va a constituirse como un ámbito de apoyo y de comprensión, lo que genera que los propios miembros se vean motivados a poder explorar con mayor profundidad los problemas con los que llegan al grupo. Y es debido a esta sensación de cohesión y de pertenencia que se genera, donde los miembros se van a sentir más cómodos para experimentar diferentes formas de comportarse con los demás, recibiendo además el ánimo y apoyo para poder poner en práctica estos aprendizajes conductuales en el mundo exterior. Así pues, fundamentalmente los miembros del grupo van a lograr adquirir una idea, a través de cómo le perciben los demás, de qué clase de persona son, han sido y les gustaría ser. De la misma manera, van a comprender qué es lo que les está impidiendo lograrlo.

2.4. OTROS TIPOS DE GRUPOS versus PSICOTERAPIA GRUPAL

Empezaremos hablando de la propia psicoterapia grupal y de cuáles son sus características más notorias. La psicoterapia de grupo se enfoca en la reeducación de la persona, facilitando que ella misma pueda ser capaz de percatarse de los propios conflictos que le impiden avanzar y evolucionar personalmente, tanto a nivel consciente como inconsciente. En algunas ocasiones los propios grupos de psicoterapia son diseñados para poder trabajar trastornos emocionales y conductuales que no permiten que la persona pueda funcionar adecuadamente. El objetivo de la psicoterapia de grupo se enfocará en la estructura de la personalidad en una mayor o menor medida, dependiendo de qué enfoque teórico persiga el propio terapeuta.

Podemos encontrar otro tipo de grupo como son los Grupos Estructurados, que se caracterizan fundamentalmente por centrarse en un tema en concreto y son dinamizados por un profesional. Estos grupos tienen diferentes propósitos, tales como dar información, compartir experiencias comunes, conseguir que los demás aprendan a resolver problemas y también que los propios miembros del grupo, fuera del ámbito grupal, logren generar sus propios métodos y fuentes de apoyo. En cuanto a los temas que pueden tratar este tipo de grupos, podemos encontrar una amplia lista de temas, como podrían ser el trabajo de las conductas asertivas, personas con uno o varios familiares alcohólicos, manejo de relaciones y de su finalización, entrenamiento en el manejo de la depresión, etc. La diversidad de temas que se puede llegar a tratar en este tipo de grupo es muy amplia, pero al final en lo que se van a centrar es en ayudar a que los miembros puedan fomentar habilidades concretas que les permitan superar complicaciones vitales importantes. Esta clase de grupos suelen disponer de sesiones de una o dos horas a la semana.

Y, también por otro lado, tenemos a los Grupos de Autoayuda, los cuales se caracterizan principalmente porque los propios miembros comparten experiencias, siendo ellos mismos quienes se dan ese importante apoyo emocional y social de manera mutua, ofreciendo sugerencias e ideas a los nuevos integrantes y llegando a proporcionar vías y direcciones a las personas que se encuentran más desesperanzas dentro de sus problemas vitales.

3. DIFERENTES MODELOS

La psicoterapia grupal nace prácticamente a raíz de sucesos históricos, que de un modo u otro obligaron al mundo de la psicoterapia a adaptarse a ello y, por lo tanto, a tomar medidas. Sin embargo, a pesar de surgir casi como una necesidad, la psicoterapia grupal ha ido creciendo y adquiriendo mucha fuerza con el transcurso del tiempo. Aunque podemos decir que este tipo de terapia es relativamente nuevo, han sido muchos los autores que, a lo largo del tiempo, han fijado su atención en ella y la han potenciado de una manera exponencial. Cada autor lo ha ido viendo desde su perspectiva teórica (bien desde el campo de la psicología, bien desde la filosofía) y, por tanto, lo ha implementado de forma diferente en su ejercicio profesional, surgiendo de esta manera diversos modelos.

Son nueve los modelos de la psicoterapia grupal que actualmente conocemos y que están desarrollados de una manera estructurada y bien formada. Resulta realmente interesante dar un repaso a todos ellos para saber en qué tipo de situaciones, con qué tipo de población y con qué clase de problemas o conflictos podría ser necesario implementar un modelo u otro. Por otro lado, también me gustaría señalar que, aunque lo primordial es que el terapeuta sea capaz de utilizar el mejor modelo dependiendo del tipo de situación, y atendiendo a la multiculturalidad de los miembros que conforman el grupo, también es relevante que el terapeuta trabaje con aquel modelo o modelos con los que se sienta cómodo y a gusto. Es decir, lo fundamental es que se pueda trabajar con un modelo que cubra lo mejor posible las necesidades del paciente, pero para ello el terapeuta deberá haberse formado adecuadamente para ello y en ningún caso tratar de implementar un modelo del que no tenga conocimiento.

3.1. MODELO PSICOANALÍTICO

El modelo psicoanalítico se presenta como punto de partida, pues su presencia ha generado una gran influencia e inspiración en los demás modelos, de los cuales hablaremos más adelante. Muchos de estos modelos, han surgido y se han desarrollado como extensiones de este modelo, otros lo han hecho señalando diferencias en algunos conceptos, mientras que otros han surgido incluso como una idea o concepción en contra del propio modelo psicoanalítico. De esta manera, este modelo se alza como un punto clave para cualquier psicoterapeuta grupal hoy en día, pudiendo ofrecer los conceptos y fundamentos más básicos y relevantes de este tipo de terapia.

Cuando hablamos de esta rama de la psicología, posiblemente el primer autor que se nos venga a la cabeza sea Sigmund Freud. Sin embargo, en este trabajo y, más concretamente en este apartado, no le vamos a dar tanta relevancia, debido a que no llegó a desarrollar realmente, de manera concreta y extensa, el desarrollo psicosocial posterior a la niñez. Aun así, las contribuciones de Freud han incidido y lo siguen haciendo en la terapia psicoanalítica del grupo. Es por eso por lo que, en este punto, utilizaremos más como referencia a la figura de Erik Erikson (1963, 1982) y a su perspectiva psicosocial.

Sin embargo, si nos ceñimos a los principios prácticos de la psicoterapia de grupo analítica, destaca el nombre de Alexander Wolf, psiquiatra que, en 1938, debido a que no quería negarse a tratar pacientes que necesitaban terapia, pero tenían dinero

suficiente para pagarse una terapia individual, decidió comenzar a trabajar en grupos desde su corriente psicológica: el psicoanálisis. Al poco tiempo de trabajar en grupos, la experiencia que obtuvo Wolf fue enriquecedora, lo que le motivó a seguir y a plantear este enfoque como su terapia principal. Además, la figura de Wolf (1963, 1975) no es únicamente importante por ser quien da los primeros pasos en la psicoterapia grupal psicoanalítica, sino que es quien formó en gran parte la base de este tipo de terapia, desarrollando métodos psicoanalíticos fundamentales en el ámbito grupal, tales “como son la interpretación de los sueños y el análisis de la transferencia, la asociación libre y los determinantes históricos de la conducta presente”.

Ahora bien, si queremos profundizar en el planteamiento que nos muestra el psicoanálisis en el ámbito grupal, debemos entender brevemente en qué consiste. Trataré de desarrollarlo de la manera menos técnica posible, a pesar de que resulte momentos en los que resulte difícil o casi imposible no utilizar un vocabulario técnico si queremos a llegar a comprender su funcionamiento de la mejor manera posible. También mencionar que, trataré de abarcar este tema de la manera más general posible, pues, aunque cada orientación psicoanalítica (freudiana, kleiniana, lacaniana, etc.) puede presentar diversidad de aspectos interesantes, resultaría demasiado extenso.

Desde la perspectiva psicoanalítica, comprendemos al individuo desde una relación con el Otro, es decir, el vínculo inconsciente que se establezca con el Otro. “En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, *el otro*, como modelo, objeto, auxiliar o adversario y, de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio, psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado”. (Freud, 1921)

Dicho esto, el psicoanálisis grupal plantea una actividad que no observamos en el resto de tipos de grupos, y se trata de analizar las interacciones que se generan entre los miembros del grupo y entre los miembros y el propio terapeuta. A su vez, se examinan los procesos a nivel inconsciente que surgen como consecuencia de estas interacciones y son los propios pacientes los que tratan de interpretar estos procesos, pudiendo equivocarse o no y siempre pudiendo tener el apoyo y respaldo del resto de compañeros y del terapeuta.

3.2. MODELO ADLERIANO

Para hablar de este modelo, debemos comenzar hablando de su autor Alfred Adler, quien ya desde 1921 tenía facilidad en llevar grupos, principalmente debido a su perspectiva teórica sobre el ser humano como un ser plenamente social. Adler, utilizó el grupo como herramienta para la educación de los adolescentes y también llegó a hablar del uso grupal como prevención de la delincuencia.

Para ponernos en contexto, es importante mencionar que, a la vez que Freud desarrollaba su modelo de psicoanálisis, tanto Adler como Jung fueron figuras que se interesaron en este enfoque y comenzaron a investigar la personalidad del ser humano de forma independiente. En cierto momento, estos tres autores trataron de realizar juntos una colaboración, pero tanto Adler como Jung rechazaron las ideas de Freud sobre la sexualidad y el determinismo biológico. Un aspecto relevante sobre la diferencia entre ambos autores es que, mientras que Freud atribuía el problema a la represión sexual de las personas (lo que provocaba neurosis), Alfred observaba que el problema principal residía en que el sujeto llegaba a luchar por ser todo aquello que le fuese permitido. Además de esto, otro aspecto diferencial se trataba de la población con la que trabajaban ambos autores: mientras que Freud trabajaba con una población adinerada dentro del ámbito del neuroticismo, Adler adquirió interés por llevar su terapia a una población de clase trabajadora y, de esta manera, enfocarse en una población más diversa y amplia.

La mención sobre las diferencias entre los autores y la perspectiva social sobre el ser humano de Adler es relevante para poder comprender el funcionamiento de este modelo, que justamente destaca por centrarse más en los factores sociales que en los determinantes biológicos de la conducta del sujeto. De esta manera, Adler tiene una perspectiva sobre el individuo como aquél que trata de lograr ciertas metas, motivado por aspectos sociales diversos. Frente a Freud, quien subraya la importancia de la inconsciencia, Adler destaca la conciencia y la autodeterminación del individuo, señalando que somos seres cuyas acciones persiguen unos objetivos y unos propósitos y que no somos víctimas de un destino incontrolable. Sin embargo, debemos ser cautelosos con esta idea, puesto que a pesar de que los adlerianos rechazan el determinismo biológico de Freud, no son extremistas del lado opuesto: comprenden que los seres humanos nos vemos limitados por nuestra propia condición biológica, pero que eso no es tan relevante como nuestra capacidad para esforzarnos y de generar influencias y sucesos. La terapia adleriana acentúa su propósito en enseñar a los sujetos

a comprender sus propios estilos de vida, a conocer y a aceptar los puntos fuertes de esos mismos estilos de vida que ellos llegaron a elegir de alguna forma, rechazando así la idea de que hay personas enfermas que necesitan una cura. El modelo adleriano ofrece a los sujetos herramientas de comprensión y de dirección que les ayudan a corregir concepciones erróneas sobre la vida y sobre los estilos de vida ya mencionados, ofreciendo del mismo modo una ayuda para superar desafíos vitales importantes.

3.3. MODELO PSICODRAMÁTICO

Para hablar del psicodrama, debemos volver a hablar de la figura de Moreno (1889-1974), pues fue quien introdujo y desarrolló el psicodrama, el cual consiste básicamente en un role-playing, donde el individuo dramatiza momentos vitales pasados, presentes o futuros con el fin de lograr una mayor comprensión de lo ocurrido al sujeto, de lo le está ocurriendo o de lo que le podría ocurrir, favoreciéndose asimismo del desarrollo de posibles rasgos conductuales que se podrían dar en esos sucesos.

Los orígenes del psicodrama se remontan al año 1921, en Viena. En este año Moreno inició un “proyecto” a través del llamado “Teatro de la Espontaneidad”, donde las personas que participaban en él no eran profesionales del teatro ni tampoco tenían un guion cuando realizaban la función, es decir, tal y como nos señala el propio nombre del teatro, se hacía de una manera improvisada y espontánea. Sin embargo, no era del todo de así, pues se hacía sobre la base de acontecimientos que salían en el diario o, por otro lado, era el propio público quien proponía sucesos personales que, por lo general, habían ocurrido a lo largo de la última semana. Moreno observó que, durante estas representaciones, tanto en las personas que las estaban realizando como en el propio público, se generaban descargas de emociones reprimidas.

Uno de los aspectos más destacables del psicodrama es que ofrece una interacción entre un amplio número de personas, permitiendo de esta manera la actuación de un gran número de roles, lo que deja a los sujetos observar y hacer insight de las sensaciones que van experimentando a medida que hacen un rol u otro. Además, otro de los puntos a subrayar del psicodrama es el enriquecedor feedback que se recibe por parte de los demás. El sujeto o los sujetos en cuestión recibirán una amplia gama de sensaciones por parte del resto de miembros, que habrán vivido esa misma situación desde posiciones distintas, lo que permitirá a la persona una mejor comprensión de aquello que vivió, que

está viviendo o para aquella situación futura para la que se está preparando, entendiendo cómo puede afectar y ser vista esa misma situación desde otros roles y no solamente desde su visión.

“El psicodrama representa una de las formas más importantes de cambio del tratamiento a nivel individual de la persona al tratamiento en situación grupal, del tratamiento por métodos verbales al tratamiento por métodos activos” (1983, p. 158).

3.4. MODELO HUMANISTA-EXISTENCIAL

Antes de ponernos a hablar sobre la psicoterapia grupal existencial, debemos hacer un breve repaso sobre su origen, y es que, como su propio nombre indica, nace de la rama filosófica del existencialismo, que se origina en Europa. Y, aunque la definición del existencialismo se muestra algo difusa, lo que sí podemos sacar en claro es que es una rama cuyo interés se centra principalmente entorno a la existencia del ser humano a raíz de la condición del propio individuo, de sus emociones y del entendimiento que tenga este sobre la vida. Sin embargo, debemos mencionar que asimismo, el interés de esta corriente surge en parte de la visión sobre el ser humano como aquél que se ve envuelto por los aspectos trágicos de su propia existencia.

Si damos el paso y hablamos de la psicoterapia grupal existencialista, debemos hacer entonces referencia a Rollo May (G. Corey, 1985), quien fue en gran parte el responsable de traspasar la influencia existencialista desde Europa hasta Estados Unidos y de traspasar también la base teórica del existencialismo a la práctica psicoterapéutica.

Ahora bien, habiendo revisado los orígenes de este tipo de terapia, ¿en qué consiste realmente? Uno de los objetivos a destacar que se plantea es búsqueda de una relación recíproca con el cliente, puesto que se entiende esa reciprocidad de terapeuta-cliente es la verdadera vivencia grupal. “La terapia es un viaje que inician el terapeuta y el cliente hacia el centro del mundo tal y como lo percibe y experimenta cada cliente. Pero este exige que el terapeuta esté también en contacto con su mundo fenomenológico” (Corey, G., 1995, p. 292).

Dentro de este modelo nos encontramos con diversos aspectos que resultan fundamentales para la comprensión de su enfoque sobre el ser humano. Algunos de ellos son tales como la autoconciencia, la búsqueda de un significado, la búsqueda del

sentido y de la autenticidad, etc. Como son muchos aspectos que tratar, quisiera centrarme únicamente en la autoconciencia, pues considero que nos puede mostrar ideas muy interesantes y, al mismo tiempo, puede facilitarnos el entendimiento general sobre este tipo de corriente y sobre su aplicación en la práctica, es decir, en terapia. Así pues, este concepto es, ha sido y será una de las metas primordiales de este modelo, ya que el propio terapeuta buscará en los miembros la potenciación de esta en cada uno de ellos, lo que les permitirá obtener una mayor capacidad de decisión. En este sentido, el objetivo y trabajo del terapeuta tendrá que ver con dar luz a la existencia, para que, de esta manera, los pacientes sean consciencias de esta misma. Por tanto, el terapeuta deberá trabajar con los miembros del grupo para que, llegados a cierto punto, estos se cuestionen y planteen cuestiones claves sobre su propia existencia.

3.5. MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

Carl Rogers (1902-1987) es el autor principal de este modelo de psicoterapia grupal, que actualmente conocemos como el enfoque grupal centrado en la persona. Sin embargo, antes de contemplar este enfoque como un modelo o incluso como una técnica, su comprensión puede resultar más sencilla si lo vemos como lo que realmente es: una filosofía simple. Así pues, esta filosofía trata de ayudar a la persona fortaleciendo sus propias capacidades, para que esa misma persona sea capaz de crecer a nivel personal, pudiendo llegar a darse cuenta de qué es aquello que le está impidiendo desarrollarse para saber gestionarlo y poder quitarlo de su camino. Rogers señala que esta terapia puede plantear varios cambios en el individuo tales como una modificación en su manera de decisión, un nuevo planteamiento y modificación de sus valores, enfrentarse ante situaciones estresantes y frustrantes con menor tensión fisiológica y, en general, potenciar su percepción sobre sí mismo y de esta manera aprender a valorarse más.

Si estudiamos este enfoque dentro del ámbito psicoterapéutico, observamos que el terapeuta no dará tanta relevancia a la búsqueda e imposición de técnicas psicológicas, si no que se centrará más en su propia actitud, una actitud que pueda favorecer a generarse un clima grupal cálido y curativo que facilite el desarrollo de cada uno de los miembros del grupo. Es decir, este modelo no estará centrado en el empleo de técnicas complejas o muy estructuradas, sino más bien las que se utilicen serán las más básicas y

fundamentales, tales como pueden ser la escucha activa, la empatía, las respuestas reflejo, la expresión de las emociones percibidas en cada situación y, en general, realizar el mejor acompañamiento posible con los sujetos. Por supuesto, para que se produzca un clima adecuado en el grupo, no es suficiente con que haya un vínculo de aceptación entre los miembros y el terapeuta, sino que los propios sujetos deben llegar a aceptarse entre sí, pues es únicamente de esa manera donde se producirá una atmósfera totalmente adecuada para que cada persona pueda llegar a mostrar emociones o aspectos de sí mismo que normalmente ocultarían.

3.6. MODELO GESTÁLTICO

La terapia gestáltica es un tipo o derivación de la terapia existencial que fue fundada por la figura de Fritz Perls. La idea principal de Perls es que las personas, de manera general, tendemos a temer a nuestra propia vida, a vivenciar el momento, el aquí y el ahora. Es por eso mismo que, en base a ese temor a la vida, tendemos a refugiarnos en ideas pasadas o futuras, llegándonos a obsesionarnos por ello. Por lo tanto, el interés principal de este enfoque terapéutico consiste en que los sujetos lleguen a experimentar de manera completa el aquí y el ahora, siendo plenamente conscientes de ello, por lo que para ello es necesario explorar y descubrir cuáles son los obstáculos que lo están impidiendo, para que de esta forma se pueda trabajar en eliminarlos. Si por ejemplo una persona está obsesionada con memorias del pasado, el terapeuta debe darse cuenta de ello y trabajar con la persona para que eso deje de ocurrir y consiga poder focalizarse en el aquí y el ahora. Es decir, en esa situación, la obsesión por recuerdos pasados sería en principio el obstáculo, por lo que una tarea importante del terapeuta tratará de averiguar por qué motivo se está dando ese obstáculo, que en este caso sería tratar de descubrir por qué razón ese sujeto está obsesionado con sujetarse al pasado, ¿qué es lo que teme del presente?

Relacionado con lo anteriormente dicho, esta orientación terapéutica entiende que el individuo autónomo es aquél que consigue entender por cuenta propia qué obstáculos están interfiriendo con su conexión con el presente y por gestionarlos de la manera más adecuada. Por tanto, la meta primordial de este modelo consiste en que los miembros del grupo puedan alcanzar la conciencia, puesto que eso es curativo y terapéutico en sí mismo, ofreciendo al sujeto llegado a ese punto una amplia gama de aspectos que le

permitirán desarrollarse y crecer. Algunos de estos aspectos son tales como: la curiosidad sobre uno mismo, percibir y darnos cuenta sobre nuestras propias emociones.

3.7. MODELO ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Desarrollada por Eric Berne, el análisis transaccional (AT) es una corriente psicológica que nace a raíz del rechazo que le generaba a este autor la poca velocidad del psicoanálisis para curar o resolver los conflictos de las personas. Así pues, este modelo se fundamenta en la interacción y en cómo el individuo, en esta interacción, sigue utilizando aspectos psicológicos que en cierto momento fueron útiles pero que en su actualidad han dejado de tener función alguna. Este modelo, por tanto, desempeña un papel didáctico con los miembros del grupo, tratando que cada uno de estos se deshaga de tales aspectos, como por ejemplo pueden ser guiones internos que las personas siguen a lo largo de su vida. Recogiendo lo anterior dicho, es la figura de Berne justamente quien pensaba que los seres humanos, prácticamente desde que comenzamos a desarrollarnos, establecemos en nosotros mismos un guion que acabamos siguiendo por el resto de nuestras vidas.

El modelo transaccional tiene un interesante parecido con el modelo gestáltico, pues un presupuesto básico de este consiste en alcanzar la conciencia sobre nosotros mismos, ya que la conciencia será el primer paso para que podamos darnos cuenta de qué aspectos psicológicos están interfiriendo en nuestras interacciones. Por tanto, si el individuo no alcanza este primer presupuesto, será incapaz de desarrollarse y, por tanto, de curarse y de resolver sus conflictos. El siguiente presupuesto vendría haciendo una clara descripción de este modelo, que trata sobre cómo las personas somos dueñas de nosotros mismos, por lo que tenemos el poder de decir la forma en la que pensamos, qué sentimos y de qué manera lo hacemos. “Las otras personas no nos hacen sentir de una determinada manera, más bien respondemos a las situaciones en base a nuestra capacidad de elección” (R. Goulding, 1987).

3.8. MODELO DE TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL

Este modelo surge a partir de una amplia diversidad de técnicas del aprendizaje, por lo que, dentro del ámbito de esta orientación, no podemos encontrarnos realmente con

estilo de terapia conductual que podamos denominar como simple. El presupuesto más relevante de este modelo es que, al igual que las personas aprendemos conductas innecesarias, que no se adaptan correctamente a nuestro entorno o, simplemente inadecuadas, podemos volver a realizar un aprendizaje de nuevas conductas que sí se ajusten de una manera adecuada a nosotros y con cómo funcionamos a nivel personal.

Por tanto, la meta principal de esta rama terapéutica grupal consiste en que los miembros del grupo lleguen a ser capaces de borrar esas conductas inadecuadas para que puedan aprender otros estilos conductuales que sí se adapten a ellos y funcionen de la manera más correcta posible. En resumen, al final se trata de modificar la conducta de cada miembro del grupo, por lo que para ello el terapeuta deberá tomar una actitud algo diferente al resto de estilos terapéuticos anteriormente nombrados, adoptando así un estilo más didáctico, sabiendo dirigir de la mejor forma al grupo y estableciendo un orden y cierta disciplina. Otro aspecto que también lo hace diferente frente a otros modelos es que se trata de un modelo muy sistemático, donde el terapeuta de grupo deberá revisar de una manera constante, continuada y explícita los procedimientos que se están haciendo, evaluando de la misma forma los resultados que se obtienen. Resumiendo, el enfoque conductual se caracteriza por la revisión constante y sistemática de sus propios procedimientos. En caso de que se compruebe que hay algún tipo de intervención o técnica que no esté resultando eficaz, entonces se dejará de utilizar. De todas maneras, de la misma forma que el terapeuta debe mostrarse como un agente activo, será necesario que también lo hagan los miembros del grupo, aplicando además lo aprendido en terapia en su vida cotidiana.

En este modelo terapéutico, el grupo muestra ventajas muy interesantes para el desarrollo de cada sujeto, siendo aspectos tan básicos como el feedback por parte de cada miembro y permitiendo también al individuo una mayor facilidad para practicar técnicas y de poner en marcha habilidades de las que tal vez carezca, tales como podrían ser el liderazgo y tomar una actitud más asertiva hacia el resto de personas. En definitiva, el ámbito grupal permite al sujeto, en la mayoría de casos, poner en práctica aspectos conductuales con los que pueda presentar cierta dificultad para fortalecer los mismos.

3.9. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Desarrollada por Albert Ellis (1913), la terapia racional emotiva (TRE), dentro del ámbito grupal, tiene como finalidad hacer ver a los miembros del grupo que ellos mismos son en gran parte responsables de tener una conducta o una forma de pensar poco adaptativa. En este sentido, Ellis señala que el individuo es quien decide trastornarse así mismo a partir de pensamientos irracionales. Estos pensamientos irracionales suelen ser causa de uno o varios sucesos desafortunados para la persona, aunque esto no tiene por qué ser siempre así y no tienen por qué haber ocurrido este tipo de sucesos para que la persona presente ese tipo de pensamientos. Al final, si la persona tiene una conducta inadecuada o una forma poco adaptativa de desenvolverse con el entorno, va a ser principalmente a raíz de esos pensamientos irracionales, de los cuales existen muchos tipos y categorías y van a acabar generando en el sujeto problemas tanto a nivel de personalidad como a nivel emocional.

La terapia racional emotiva suele comenzar enseñando a los miembros del grupo en qué consiste la conocida teoría A-B-C, que resumidamente vuelve a señalar como el ser humano es responsable de sus propios trastornos, tanto emocionales como conductuales. Esta teoría explica cómo las personas solemos atribuir a nuestro dolor emocional causas tales como sucesos desafortunados, cuando realmente, la mayoría de veces nuestro dolor es causa de los pensamientos disfuncionales e irracionales que hemos ido generando a partir de esos mismos sucesos. Por tanto, la primera función de este modelo en terapia será enseñar a los miembros esta teoría, para que ellos mismos puedan ser conscientes de cómo sus trastornos emocionales están siendo originados por sus propios pensamientos. Esto es fundamental, ya que únicamente cuando los miembros del grupo perciban esto, es cuando podrán luchar contra esta clase pensamientos de una manera activa y eficaz, llegando a lograr la modificación de sus conductas inadecuadas por otras más funcionales. De todas maneras, la terapia racional emotiva (TRE) asume que esto no resulta una tarea sencilla, pues los pensamientos irracionales suelen estar profundamente establecidos en la estructura mental de los sujetos, por lo que se requerirá de un arduo trabajo, tanto por parte del terapeuta como de los sujetos. Además, esto les permitirá adquirir una mayor capacidad de manejo ante nuevas situaciones desafortunadas.

Es el mismo Ellis quien en 1977 escribió sobre las ventajas que supone realizar la terapia de manera grupal. Algunas de ellas son tales como la sugerencias, aportaciones

que se pueden realizar los miembros del grupo entre sí, la observación de otros miembros que logran superar sus problemas entendiendo así que sí existe una solución, el simple aspecto de ver a otras personas con problemas similares y por tanto sentirse acompañado, aprendiendo sobre cómo otros miembros del grupo han superado sus adversidades e incluso con la revelación de aspectos vitales íntimos, etc.

Es fundamental hablar también del papel que deben de tomar los terapeutas en esta corriente terapéutica, ya que lo principal es que se dirijan de una manera activa y directa hacia los miembros del grupo, tratando de confrontarles en todo momentos con sus propios pensamientos irracionales. Es decir, la meta primera del terapeuta es que los sujetos se cuestionen así mismos por qué se comportan y piensan de esa manera que acaba resultando disfuncional en su día a día. Sin embargo, el terapeuta debe ser precavido y no debe de lanzarse a hacer esto sin pensar, ya que es muy importante que previamente haya analizado y explorado a cada miembro del grupo para comprender el mundo en el que se encuentran sumergidos. Solamente cuando el terapeuta alcance a comprender las razones por la que los sujetos han adquirido ese estilo de conducta o de pensamiento disfuncional, es cuando podrá confrontar a los sujetos consigo mismos.

4. APLICABILIDAD DE LA TERAPIA GRUPAL AL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

Con el fin de dotar a mi trabajo de un valor añadido que vaya más allá de las diferentes terapias de grupo ya analizadas, he querido dedicar la última parte a cómo se implementa la terapia de grupo en el ámbito de las adicciones. Siempre he tenido la idea de que este tipo de terapia es especialmente efectiva en este ámbito y en este capítulo me propongo constatar si se trata de una idea correcta y, en caso afirmativo, preguntarme por las razones de dicha eficacia.

Posteriormente volveré sobre estas cuestiones, pero me gustaría adelantar mi punto de vista. Cuando hablamos de adicciones a sustancias, los factores sociales (contexto e interacciones sociales, necesidad de integrarse en el grupo, presión del grupo, etc.) en la mayoría de los casos son determinantes en el proceso de adicción, siendo menos frecuentes los supuestos en los que la adicción ha sido determinada por factores exclusivamente individuales (por ejemplo, la adicción a opiáceos derivados de un tratamiento farmacológico). La persona que consumía, lo hacía posiblemente rodeado

de iguales que consumían lo mismo que él, que compartían experiencias similares y que veían el mundo de una manera similar. Por ello, entiendo que el sujeto que desee superar su adicción, es bueno que lo haga en gran parte rodeado y apoyado por personas que se encuentran en una situación semejante, que tienen la misma meta y los mismos objetivos y que, además, habrán pasado por experiencias vitales muy parecidas.

En la elaboración de esta última parte del trabajo he tropezado con la dificultad de la escasez de fuentes bibliográficas. Los artículos científicos que he encontrado al respecto versaban sobre contextos muy específicos: individuos del mismo género, edad aproximada, idéntico tipo de adicción, etc.). Pero, ¿acaso no hay un método general? ¿Un planteamiento que nos permita trabajar, dentro del ámbito de psicoterapia grupal, con la infinidad de variables con las que nos podemos encontrar?

Tratando de responder a estas preguntas, considero especialmente fructífero la combinación de dos enfoques: la teoría del Grupo Operativo de Pichón Riviere y el Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente. Aunque será más adelante cuando profundizaremos en cada una de estas perspectivas, la idea principal es que ambas nos permiten reconocer, por un lado, en qué momento y situación se encuentra el grupo en conjunto y, por otro, entender en qué “fase de cambio” (hasta qué punto parece estar dispuesto el individuo a cambiar) se encuentran los sujetos del grupo. Así pues, aplicando estos dos enfoques teóricos y, por lo tanto, entendiendo cuál es la situación tanto del grupo como de sus miembros, podremos decidir cuál será el mejor modelo de psicoterapia grupal para trabajar.

4.1.GRUPO OPERATIVO DE PICHÓN RIVIERE

En primer lugar, hablemos del Grupo Operativo de Pichón Riviere (Pichón Riviere, 1945). Entendemos por grupo operativo aquél que, formado por un coordinador y un observador, está centrado en la tarea, entendiendo la tarea como un proceso de elaboración colectivo, donde los miembros del grupo tienen un objetivo común, al cual tratan de llegar operando en equipo. Esto genera que se forme un contexto de autonomía y responsabilidad que hace que los sujetos del grupo “aprendan a aprender”. La técnica u objetivo principal del grupo operativo va a ser volver implícito lo explícito, es decir, trabajar desde aquello que se manifiesta hasta aquello que es latente.

Por otro lado, la principal tarea que va a tener el profesional va a ser observar al grupo, además de recoger información, datos y hechos relevantes, lo cual haremos fundamentalmente a través de un ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo). Resumidamente, el ECRO será el instrumento que utilizaremos para actuar, y que justamente nos va a permitir operar a través de los conocimientos recogidos, siendo estos los que configuran el grupo y los que nos harán entender el funcionamiento de éste.

Siguiendo con el modelo operativo, dentro de la psicoterapia grupal, toda sesión grupal conlleva un proceso temporal, que está formado por tres instancias: apertura, desarrollo y cierre.

Comenzando por la apertura, es entendida como aquella fase que corresponde a la iniciación de la sesión de grupo. En la fase de apertura deberemos fijarnos en diferentes aspectos que pueden ir surgiendo: si hay conversaciones previas a la sesión, formación de grupos previos, la actitud corporal con la que entran los miembros, si entran hablando o en silencio, si se encuentran nerviosos o calmados, si el inicio de la sesión se da con algún silencio, cómo es el clima de inicio de la sesión, etc.

Por otro lado, la fase del desarrollo es aquella que indica cómo se va a desenvolver la sesión grupal. Para explicar esta fase, es el propio Pichón Riviere (1981) quien utiliza el modelo del cono invertido, el cual está formado por seis vectores: afiliación - pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé. Estos seis vectores plantean, de una manera orientativa, cuál es la situación del grupo y que dirección está tomando. Haciendo referencia al cono, la base de éste, que es la parte más amplia, vendría a representar lo manifiesto, es decir, aquellos aspectos que podemos ver sin mucho esfuerzo y a simple vista en el grupo. Al otro lado del cono (el “ángulo” o la “punta”), que es la parte menos amplia, vendría a representarse justamente lo opuesto: lo latente.

Afiliación – Pertenencia

Aunque poría considerarse hablar de estos dos vectores por separado, parece más conveniente explicarlo como un conjunto. Sería conveniente entender este conjunto de vectores como un proceso de integración. En la “Afiliación”, ,el sujeto mantiene cierta distancia pero, poco a poco, va reconociendo el lugar y a los integrantes. A pesar de mantener una distancia, la persona ya tiene un nivel de identificación con el grupo y con la tarea. Por otro lado, el vector de Pertenencia es entendido como el momento en el que el sujeto pasa a ser parte del grupo y donde se encuentra mucho más identificado con este. Ejemplificándolo con el equipo de fútbol, sería cuando la persona se compra la camiseta del equipo y va a los partidos. Este vector es muy importante puesto que significa que los todos los miembros del grupo se han internalizado unos con otros, y por tanto, cada uno sabe quién forma para del grupo.



Esquema tomado de: <https://xveritux.wordpress.com/2013/06/23/vectores-del-cono-invertido/>

Cooperación

Vendría a ser la capacidad de ayudarse entre sí, unos con otros, habiendo una contribución, todavía silenciosa, a la tarea grupal. Se establece y funciona a través de roles, que aunque sean diferentes, son complementarios. A través de la cooperación de los diferentes roles establecidos, se verá la eficacia del grupo, es decir, se observará que miembros participan y aportan para que la tarea se realice con éxito o fracaso. Será, por tanto, a través de la tarea donde se podrá ver quién coopera y quién no, lo cual se

reflejará en la conducta de los sujetos y no en sus verbalizaciones, ya que puede haber una persona que verbaliza que no quiere cooperar pero su conducta muestra lo contrario.

Pertinencia

Se define como el proceso o momento en el que el sujeto puede enfocarse en la tarea, o dicho de otra manera, cuando la persona se ubique así misma en la misma dirección que la tarea. Esto ocurre cuando hay un sentimiento de utilidad, asentado en la cooperación con los demás, siendo la comunicación la herramienta más importante en el proceso. En definitiva, la pertinencia es la fase donde el individuo es capaz de lidiar con sus propios miedos, ansiedad, duelos, resistencias al cambio e incluso estereotipos para poder enfocarse en la tarea.

Comunicación

Puede darse de manera verbal o no verbal. Sobre este vector, se deberán tener en cuenta no únicamente el contenido del mensaje, sino también cómo se está emitiendo y por parte de quién. La comunicación puede resultar perturbada en cualquier otro vector. Además, será a través de la comunicación donde se podrá observar con mayor facilidad cómo se relacionan los miembros del grupo y, en general, cómo se desempeñan con el resto de este.

Aprendizaje

El vector de aprendizaje es conseguido gracias a la suma de información. Es decir, teniendo en cuenta las aportaciones de cada integrante, llega un punto en el que se consigue dar un salto cualitativo, pasando de cantidad a calidad. El aprendizaje se reflejará en una mejor adaptación, en mayor creatividad, mejor resolución ante ansiedades, etc.

Telé

Categoría definida por J.L. Moreno (Cazau, 2005) que se basa en la capacidad que tienen los integrantes para trabajar con el resto de ellos, o más concretamente, la capacidad que tienen para trabajar más con unos miembros que con otros. Además, la telé podrá ser positiva o negativa y se da al inicio y a distancia, lo que podría compararse con una primera impresión de la otra persona, que nos puede generar simpatía, rechazo, interés, etc. Esta disposición se da al comienzo del encuentro y puede modificarse con el tiempo. Por otro lado, este vector nos habla de lo que definimos

como re-encuentro, es decir, que los sentimientos iniciales de los que hablábamos se dan porque nos recuerdan o tienen algo similar a alguna persona de nuestra historia vital. A raíz de esto, es fundamental mencionar que este vector tiene mucho que ver con la transferencia: durante el encuentro, algo del pasado se transfiere al presente y eso revive sentimientos y sensaciones pasadas. Pero con el tiempo, cuando se va conociendo más a la otra persona, la transferencia va a ir disipándose y es la persona real quien se va presentar en la realidad.

4.2. MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DI CLEMENTE

Prochaska y Di Clemente, ante la cuestión de qué es lo que provoca el cambio en una persona cuando esta se está enfrentando a una situación indeseada, crearon un modelo trataron de responder a preguntas como cuándo, cómo y por qué razón las personas. Aunque este modelo transteórico está formado por estadios, procesos y niveles de cambio, en este trabajo me centraré únicamente en los estadios, ya que considero que es la parte más relevante para tener en cuenta si queremos combinarlo con el Grupo Operativo de Pichón Riviere. Por supuesto, esto no quiere decir que a la hora de trabajar en grupo debamos prescindir de los procesos y niveles de cambio, todo lo contrario, deberemos tener en cuenta todo el contenido de este modelo para comprender las razones de cambio del sujeto y del grupo de la manera más completa posible. Así pues, este modelo transteórico se compone por seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída.

Estadio de precontemplación: se da cuando no hay intención de cambiar el comportamiento. Esto puede ocurrir porque el sujeto no es consciente de que su conducta es problemática debido que puede simplemente desconocer que esas conductas son dañinas, o por otro lado, puede no ser consciente de ello debido a una actitud defensiva. También puede darse que el sujeto haya intentado cambiar previamente pero sin éxito, por lo que ahora cree que no es capaz de cambiar. Por ejemplo: un adicto que comenta “Yo no tengo ningún problema con las drogas”, “Las drogas no hacen ningún daño, yo consumo todos los días y mira lo bien que estoy”, “Puede que esté enganchado pero y qué, las drogas me aportan más de lo que me quitan”.

Estadio de contemplación: en este estadio sí que se intenta cambiar, en un margen aproximado de seis meses. Sin embargo, los sujetos no suelen cambiar en este estadio,

debido a que evalúan pros y contras y acababan teniendo miedo al cambio, cuestionándose de si este producirá más costes que beneficios. En comparación al estadio de precontemplación, las personas que se encuentran en este estadio tienen una tasa de éxito mucho mayor, pero que sigue sin ser muy elevada. Por ejemplo: el adicto comienza a plantearse cuestiones como “Creo que estoy consumiendo demasiado”, “Voy a acabar mal si sigo así”, “Tengo que cambiar esto”.

Estadio de preparación: estadio en el que se pretende hacer el proceso de cambio en un futuro más cercano, aproximándose a un plazo de un mes. Es el estadio donde el individuo se encuentra más preparado y en donde los pros tienen más peso que los contras. Además, suelen tener un objetivo más claro, con un plan de cambio más definido. Sin embargo, en este estadio la persona todavía no parece estar dispuesta a invertir toda su energía en lograr un cambio completo, por lo que tal vez, por lo que tal vez haya planificado un cambio notable pero no entero. Por ejemplo: en este caso, el adicto que consume todos los días y que sale por la noche muy a menudo, planifica salir menos y consumir en fechas muy concretas.

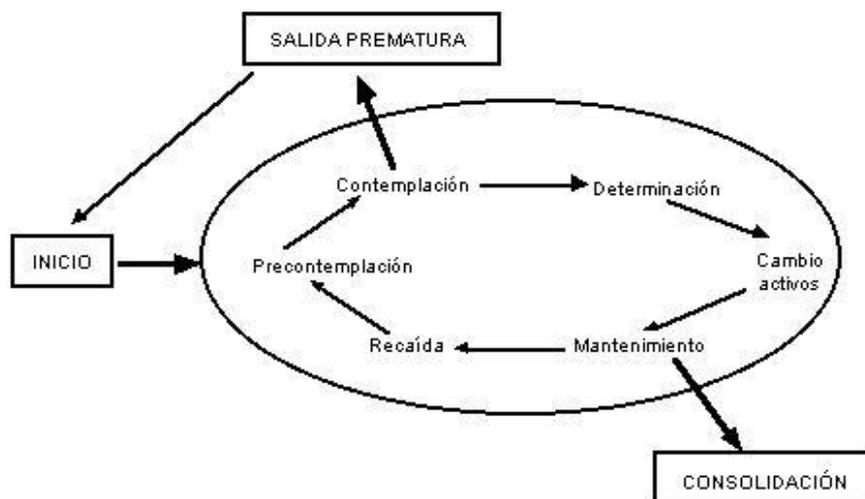
Estadio de acción: la persona es completamente consciente de su problema, del origen de este y de sus causas. Está totalmente dispuesta a hacer el esfuerzo que sea necesario para cambiar. Sin embargo, es un estadio en el que los sujetos van a necesitar un gran apoyo, debido a que van a tener que enfrentarse posiblemente a dificultades como la culpa, el miedo al rechazo por parte de los demás (de viejos amigos o familiares), miedo a no ser aceptado, miedo al fracaso, etc. Es un estadio que generalmente ocupa un tiempo de seis meses de esfuerzos intensivos. También, es normal durante etapa que los sujetos puedan recaer una o varias veces, lo cual no implica que las personas no quieran o deseen cambiar. Por ejemplo, la persona adicta, aunque haya recaído una o varias veces, sigue con la actitud y fortaleza mental de que quiere cambiar a pesar de todo ello. “Aunque haya fallado y haya vuelto a consumir, sé que conseguiré dejarlo, lo deseo con toda mi alma”.

Estadio de mantenimiento: este estadio se basa en que la persona pueda trabajar en mantener todas las ganancias logradas durante el estadio de acción. Las personas tendrán que pulir las técnicas y estrategias ganadas durante todo el proceso para evitar recaídas o regresar a la conducta problema. Aunque depende de qué conducta problema se esté tratando, este estadio suele durar por lo general seis meses aproximadamente. Se

entiende que los sujetos han pasado este estadio es la auto-eficacia que muestran en sí mismos, su confianza y su deseo mínimo o nulo de volver a la conducta problemática.

Ahora bien, es después del estadio de mantenimiento, donde pueden ocurrir dos cosas: se produce una consolidación del mantenimiento, es decir, que las personas han dejado completamente de lado la conducta problema (la adicción) o, por otro lado, que haya una recaída.

Estadio de Recaída: ocurre cuando se vuelve al comportamiento problemático, regresando así a estadios anteriores, como son el de precontemplación y contemplación. Es fundamental señalar la recaída no ha de considerarse como un fracaso por parte de nadie, sino como una fase normal del proceso y como un avance hacia la meta y el éxito del sujeto. Así pues, en cada recaída se deberán recoger los aspectos que la provocaron para trabajarlos adecuadamente en adelante.



Esquema tomado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/modelo-transteorico-del-cambio-prochaska-diclemente/>

5. APLICACIÓN DE LOS MODELOS EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

La psicoterapia grupal es el tipo de terapia predominante cuando se trabaja con adicciones. Datos estadísticos y estudios científicos avalan su mayor efectividad en este campo, por lo menos en comparación a la terapia individual. Su mayor efectividad se debe fundamentalmente a que los integrantes del grupo pasan por un proceso de

identificación mutua: comprenden que hay personas que han pasado por su misma situación, por experiencias vitales muy similares. Además, viendo el miembro del grupo que no es el único con ese problema, va a sentirse más apoyado y arropado a lo largo del proceso.

Generalmente, cuando hablamos de adicciones, las personas que entran en una terapia de grupo se encuentran ya en un estadio de acción o de mantenimiento, siendo esto un requisito en la mayor parte de los centros. Los sujetos que se encuentran en estadios previos tales como el de contemplación, preparación e incluso pre-contemplación, van a trabajar en terapia individual, dentro del proceso de desintoxicación y deshabituación de los mismos centros. De todas maneras, cabe señalar que hay algunos centros que cuentan con los llamados "grupos de motivación" en los que sí se trabajará con sujetos en estas fases a partir de un modelo de entrevista motivacional, cognitivo-conductual y humanista, fundamentalmente.

Ahora bien, aunque haya un grupo que se encuentre en una fase de acción o de mantenimiento, las recaídas de los sujetos son un aspecto que no resulta infrecuente, especialmente en la fase de mantenimiento, y que, por tanto, conducirá al sujeto en concreto a volver a un estadio de contemplación o incluso de pre-contemplación. ¿Qué hay que hacer en estos casos? ¿Cómo debe plantear el terapeuta la situación grupal? Ante estas cuestiones, ha de plantearse que las circunstancias que puedan llegar a ocurrirle a un único miembro, como podría ser su propio estancamiento, puedan afectar al resto del grupo, y que incluso lleguen a hacerlo de una manera negativa. Y así es: lo que le pueda ocurrir a un integrante del grupo en concreto, efectivamente afectará de una manera u otra al resto de miembros, pero no necesariamente lo hará de manera negativa si el terapeuta del grupo enfoca y plantea el problema de la manera adecuada. Pero entonces, ¿cómo deberá reconducir la situación? En este tipo de situaciones y, de manera general, en el trabajo de la psicoterapia grupal, será fundamental "grupalizar" cada suceso individual, que en este caso consistiría en trabajar la recaída, pero viendo cómo afecta esta misma al resto de los integrantes: qué es lo que les hace sentir, qué opinan al respecto, si han tenido experiencias similares y quieren compartirlas (posiblemente varios de los integrantes hayan tenido recaídas previas), qué análisis hacen ellos de la recaída del compañero a la luz del conocimiento que tienen sobre él o si quieren dar algún consejo. De esta manera, se estaría trabajando un problema que, en principio, parece afectar a un único miembro con el resto de los sujetos que componen

el grupo, sin caer así en el grave error que supondría individualizar la situación y dejar al grupo al margen de lo ocurrido. Ante situaciones de recaída, será especialmente efectivo el modelo cognitivo conductual, que estará presente a lo largo de todo el trabajo grupal, a través del uso de técnicas encaminadas a la concienciación, autoreevaluación, autoliberación, liberación social, contracondicionamiento, control estimular y manejo de la eventualidad, lo que obviamente deberá mantenerse en los siguientes estadios. Aun así, la importancia de la aplicación de este modelo residirá en la modificación de la conducta del o de los sujetos. Por otro lado, también será de gran utilidad la aplicación del modelo psicoanalítico, puesto que es especialmente significativo en el trabajo con las resistencias en la fase de contemplación.

Ahora bien, ¿de qué manera se da el proceso grupal?, ¿cómo se desarrolla el grupo en cuestión?, ¿y los integrantes de este? Los sujetos que se introduzcan en el grupo, lo van a hacer con diversidad de miedos y ansiedades, teniendo, por lo general, una primera reacción de huida, que suele estar causada por el temor al rechazo. Por tanto, durante estas primeras fases o momentos del grupo (en referencia al vector de Afiliación-Pertenencia), se adoptará una dinámica de trabajo que tendrá como objetivo la reducción de estos miedos, ansiedades y también las defensas y resistencias al cambio (tales como la negación, evitación, desplazamiento, retrasos o discontinuidad de la asistencia, etc.). Este trabajo se desarrollará, en gran parte, gracias a la cualidad “espejo” con la que cuenta el grupo, viéndose disminuidos los conflictos y ansiedades del sujeto en la medida que vaya observando que esos mismos elementos estaban presentes en otros integrantes del grupo. Esto mismo, sumado a las identificaciones que se vayan dando a lo largo del proceso terapéutico entre los propios miembros, va a provocar, casi de manera natural, la reducción de defensas y técnicas de resistencia al cambio.

Este momento grupal (que se relacionaría con los vectores de cooperación, comunicación y telé), puede entenderse como una fase en la que el grupo todavía sigue desarrollándose y que, por lo tanto, todavía no ha llegado a establecerse por completo. Ante ello, resultarán especialmente efectivos algunos modelos tales como: el cognitivo conductual, el psicoanalítico, el modelo adleriano y el modelo centrado en la persona. El modelo cognitivo conductual, como ya hemos señalado, estará presente a lo largo de todo el desarrollo grupal principalmente con el objetivo de modificar la conducta de los

sujetos y, además, será necesario el mantenimiento de algunas técnicas en caso de que se hayan aplicado previamente. El modelo psicoanalítico, aunque destaca en la fase de contemplación, permitirá la identificación de transferencias y contratransferencias que puedan estar dándose. El modelo adleriano, aunque también podrá aplicarse más adelante en el grupo, será de ayuda para trabajar con el grupo aquellos elementos de la cultura de consumo en la que han participado y que han sido vividos como positivos, favoreciendo así el mantenimiento de la adicción, lo cual podrá ser utilizado como una vía de adhesión e identificación dentro del grupo. Por último, el modelo centrado en la persona podría resultar especialmente productivo en esta fase grupal, a través del uso de la escucha activa, la empatía, las respuestas reflejo y la expresión de las emociones percibidas en cada momento, puesto que serán claves de gran relevancia para poder generar un clima de confianza que permita la autorevelación y el relieve dramático.

Con la aplicación de las técnicas y de los modelos previamente mencionados, y cuando los sujetos hayan logrado un importante crecimiento en la pertenencia y sentimiento de utilidad del grupo, y también en la conciencia de formar parte del grupo, lo cual es uno de los mayores indicadores de que el grupo se ha centrado en la tarea y la cooperación (relacionado fundamentalmente con los vectores de Cooperación y Pertinencia) será, por lo general, cuestión de tiempo que las ansiedades y conflictos de los miembros del grupo se vean reducidos casi al completo. A raíz de esto, finalmente se conseguirá un *insight* más profundo en las defensas y las resistencias de cada integrante, logrando de esta manera uno de los objetivos principales de la terapia grupal, que se verá acompañado de la resolución del duelo patológico, de una planificación de objetivos, de una modificación en la forma de pensar (reduciéndose las situaciones de dependencia y estereotipia), pasando así la terapia grupal a tener un abordaje que se centrará más en el manejo de la patología.

Llegados a esta última fase del grupo, que se encuentra en una fase de acción y mantenimiento, serán importantes modelos como el cognitivo conductual, el psicoanalítico, el modelo psicodramático, el modelo transaccional, el modelo de terapia racional emotiva y el modelo gestáltico. Tanto el modelo cognitivo conductual como el psicoanalítico serán útiles por las mismas razones mencionadas en la anterior fase del grupo. El modelo psicodramático será especialmente útil para enfrentar los duelos relacionados con la adicción: lo perdido al inicio del consumo, lo que pierden durante el

consumo y lo que han de perder para dejar de consumir. Es un modelo que será importante en esta fase para que los integrantes puedan seguir teniendo en mente todos esos dilemas y poder trabajarlos. En cuanto al modelo transaccional, será importante para la toma de conciencia del rol que desempeña respecto a los demás en el grupo y fuera del mismo. Por otro lado, la terapia racional emotiva servirá para trabajar las creencias irracionales que sigan pudiendo tener los sujetos.

Para finalizar, mencionar que la diversidad de modelos que se plantean puede aplicarse prácticamente en cualquier fase o momento del grupo, aunque algunos puedan tener más relevancia o incidencia según la fase. Lo importante es que se aplique de la manera correcta, para lo cual se necesitará una buena preparación por parte del terapeuta en cuestión.

CONCLUSIÓN

A pesar de que podemos encontrar multitud de vías para abordar las adicciones desde la psicoterapia grupal, este trabajo propone el uso complementario de dos enfoques teóricos diferentes: el grupo operativo de Pichón Riviere y el modelo transteórico de Prochaska y Di clemente.

El grupo operativo de Pichón Riviere trata sobre cuál debe ser la manera de funcionar del grupo, la dirección que ha de seguir y los momentos temporales que atraviesa. Este enfoque teórico utiliza el modelo del “cono invertido”, que se basa en seis vectores distintos para comprender cuál es la situación del grupo qué dirección que está tomando.

El modelo transteórico de Prochaska y Di clemente se centra, más en concreto, en los diferentes estadios por los que puede pasar una persona en su proceso de cambio.

Se considera que el uso complementario de ambos enfoques permite una perspectiva general y, al tiempo, posibilita contemplar la amplitud de variables a tener en cuenta. Esto permitirá decidir cuál de las técnicas de los numerosos modelos de psicoterapia grupal resultará más conveniente en función de las concretas características del grupo en cuestión, abogando por tanto, por un enfoque integrador en la aplicación de los modelos a la psicoterapia grupal en adicciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Cazau, P. (2005). *Diccionario de Psicología Social* (Pichón Riviere). red: <http://www.galeon.com/pcazau/dipi.htm>.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Desclé De Brouwer
- Freud S. “Psicología de las masas y análisis del yo”. En: *Obras completas*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1998; p. 63-136.
- Giacomucci, S. (2021). “History of Sociometry, Psychodrama, Group Psychotherapy, and Jacob L. Moreno”. In *Social Work, Sociometry, and Psychodrama* (pp. 31-52). Springer, Singapore
- Gómez Esteban, R. (2017). “La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica”. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 379-398.
- Gómez, R. (2016). *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones. Psiquiatría-Paidopsiquiatría*, 1-21. (apuntes proporcionados por la tutora)
- Goulding, M. M. (1987). “Transactional analysis and redecision therapy”. In J. K. Zeig, *The evolution of psychotherapy*. New York . Brunner/Mazel, (pp. 285-299).
- Moreno, J. L. (1955). *Preludes to my autobiography*. New York: Beacon House.
- Ortega, L., & de los Ángeles, M. (2009). *Modelos para el trabajo con grupos*.
- *Psicoterapia de grupo grupo-analítica*. (s.f.). *Capítulo 3. Aspectos históricos de la psicoterapiagrupal* (fuente; *google academy*, no aparece el nombre del autor)

- Renouvier, P. (1958). *The group psychotherapy movement: J.L. Moreno, its pioneer and founder*. Psychodrama and Group Psychotherapy Monographs, No. 33. Beacon, NY: Beacon House.

- Romero, J. C. R. (2008). “Psicoterapia grupal en adictos”. *Límite: revista de filosofía y psicología*, (17), 77-98.

- Rutan JS. “Terapia psicoanalítica de grupo”. En Kaplan HI. Sadock BJ. *Terapia de grupo*. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. pp. 149-157.

- Serebrinsky, H. (2012). “Psicoterapia de grupo”. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 10(2), 132-155.
 Accesible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000200001

- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.

- PichonRiviere, E. (1945). “Historia de la técnica de los grupos operativos”. Clase dictada en Buenos Aires por el Dr. Enrique PichonRiviere el 13 de mayo de 1970. *Elportavoz*, 1 (1)(June 1982).[cited 2008 March 12].

- Pichón Riviere, E. (1980). “Historia de la técnica de los grupos operativos”. *Revista Temas de Psicología Social*, 4(3).

- De Felipe García-Bardón, V., Vílchez Trigueros, F., & Larrosa Chacón, A. (2018). “Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en psicoterapia grupal”. In *Comunicación Congreso Internacional de Grupo Operativo*.

- Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2001). “¿Por qué no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas?”. *Revista de psicoterapia*, 12(46/47), 17-35.