

---

# La atención grupal desde el trabajo social sanitario en atención primaria de salud

---

PID\_00272834

Josefa Rodríguez Molinet

---

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



**Josefa Rodríguez Molinet**

Asistente social y diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Referente en trabajo social sanitario del ICS (Instituto Catalán de la Salud) del área de Barcelona. Trabaja desde 1983 en el Instituto Catalán de la Salud desarrollando su actividad en la atención hospitalaria y con gran experiencia en atención primaria de salud. Ha trabajado como profesora asociada en la Universidad de Barcelona en la formación de trabajadores sociales y ha participado activamente diseñando, coordinando y como docente en programas de formación para profesionales sanitarios. Es miembro del Comité de Redacción de la revista *RTS* que edita el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales y Asistentes Sociales de Catalunya. Consultora del posgrado de Trabajo social sanitario entre 2009-2013.

La revisión de este recurso de aprendizaje UOC ha sido coordinada por la profesora: Dolors Colom Masfret (2020)

Segunda edición: marzo 2020  
© Josefa Rodríguez Molinet  
Todos los derechos reservados  
© de esta edición, FUOC, 2020  
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
Realización editorial: FUOC

*Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.*

# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Trabajo social de grupo.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Las teorías y los modelos.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Tipos de grupos.....</b>	<b>10</b>
3.1. Grupos socioterapéuticos .....	10
3.2. Grupos socioeducativos .....	11
3.3. Grupos de acción social .....	11
3.4. Grupos de ayuda mutua .....	11
3.5. Paciente experto .....	12
<b>4. El trabajo social sanitario y los grupos.....</b>	<b>13</b>
4.1. Aspectos técnicos de los grupos socioterapéuticos o psicosociales .....	14
4.1.1. Objetivos .....	14
4.1.2. Características .....	15
4.1.3. Indicaciones y contraindicaciones .....	16
4.1.4. La composición del grupo .....	17
4.1.5. Duración y frecuencia del grupo .....	17
4.1.6. Selección de candidatos .....	18
4.1.7. Evaluación .....	19
4.1.8. Contenido y desarrollo de las sesiones .....	22
4.1.9. Lugar .....	23
4.1.10. Grupo abierto o grupo cerrado .....	23
4.1.11. El nombre del grupo .....	24
4.1.12. Conducción única o compartida .....	24
4.1.13. La presentación a los directivos y a los equipos de salud .....	25
<b>Bibliografía.....</b>	<b>29</b>



## Introducción

La reforma de la atención primaria de salud en España en los años 80 tomó como punto de partida un concepto de salud holístico con planteamientos biopsicosociales que incluían la participación comunitaria y el trabajo interdisciplinar como ejes fundamentales. La inclusión de los equipos de trabajo social sanitario en los equipos fue una importante novedad, así como la relación de los centros de atención primaria con la comunidad y con las unidades de salud mental, y los servicios sociales.

Se valoraba por tanto la participación comunitaria, el empoderamiento de las personas y las comunidades, y se potenciaba el trabajo de salud comunitaria y con grupos. Esa primera efervescencia dio lugar a múltiples experiencias comunitarias y grupales que, con el tiempo, se vieron reducidas a la mínima expresión por la crisis económica y las consecuentes penurias de los equipos para subsistir a una demanda asistencial creciente cada vez con menos recursos.

En el momento actual, al que algunos se refieren como "la reforma de la reforma" de la atención primaria, 40 años después, nos encontraríamos ante un resurgir de la salud comunitaria, la atención centrada en la persona y los grupos.

A pesar de que los equipos profesionales que integran las unidades de atención primaria parecen cada vez más interesados en estos temas y aumentan su formación, los equipos profesionales del trabajo social sanitario por currículo, contamos a día de hoy *–a priori–* con mayor preparación para desarrollar determinado tipo de grupos. Los grupos realizados por profesionales de la medicina y la enfermería tendrían un carácter educativo mayoritariamente, mientras que los realizados por profesionales del trabajo social sanitario serían de índole psicosocial o psicoterapéutica.

Ciertamente, en un ámbito de trabajo es posible crear diferentes tipos de grupo, en el contexto sanitario, estos grupos se dan en hospitales, sociosanitarios o, como en el caso que nos ocupa, en la atención primaria de salud.

La variedad de los problemas de salud y la amplitud de las situaciones tratadas es tal que probablemente resultaría una lista inacabable de posibles grupos a constituir.

*A priori*, y tendiendo a abarcar las máximas posibilidades, podríamos pensar en grupos de personas para cuantos padezcan algún tipo de **enfermedad crónica**: diabetes, hipertensión, fibromialgia, demencia, esclerosis, personas que han sufrido un ictus... y porque no, también para sus familiares, cuidadores de personas enfermas dependientes, de niños y niñas diabéticos, con diversidad funcional, de familiares de personas que padecen enfermedad mental...

también podríamos incluir a aquellos que precisan adquirir unas **habilidades concretas o entrenarse** para no perder o para disminuir la pérdida de capacidades, talleres de mantenimiento para personas mayores, de memoria, de caminantes... se pueden considerar **situaciones sociales especiales** como los grupos de personas que viven solas, grupos de duelo, o bien aquellos que requieren información sobre el funcionamiento del sistema sanitario, como los desplazados de otras comunidades o los inmigrantes y un largo etcétera. Sin olvidar, los grupos que pretenden actuar sobre los **determinantes sociales de la salud** promoviendo cambios en los valores, actitudes y comportamientos de las personas.

En todos los grupos enunciados la intervención del trabajo social es posible y deseable, y su intervención variará en función del tipo de grupo que se realice. Pero sea como fuere, cada profesional del trabajo social sanitario ofrece una mirada distinta a la del resto de miembros del equipo, que incorpora los objetivos y valores de su profesión y que precisa de unos conocimientos para llevarlos a cabo. Siguiendo a Alissi (2001), el trabajo social de grupos es una práctica democrática que implica el compromiso de las personas, sus deliberaciones, la acción colectiva, el pluralismo y la responsabilidad social para promover el bien común.

Pensar en términos básicamente economicistas para argumentar la idoneidad de los grupos en atención primaria, es decir, recurrir a la explicación de que resulta más rentable hacer intervenciones grupales que individuales, es de alguna manera menospreciar o desmerecer el efecto de los grupos.

Por ello será importante diferenciar unos tipos de grupo de otros, especialmente distinguir los grupos de trabajo con los que pretendemos conseguir cambios de aquellos que son una mera agrupación de personas para trabajar determinados aspectos. Todos ellos, unos y otros, necesarios y útiles en el contexto de la atención primaria.

## 1. Trabajo social de grupo

Desde los orígenes, el trabajo social persigue el cambio individual y la transformación social, y la metodología del trabajo social de grupos (TSG) siempre ha sido un fiel aliado para conseguirlo.

Gisela Konopka (1968) se refiere al TSG como "un método de trabajo social que ayuda a los individuos, por medio de experiencias intencionadas en equipo, a mejorar su funcionamiento social y a enfrentarse de una manera más efectiva con sus problemas personales, de grupo o de comunidad".

Según la literatura, el trabajo social de grupos aparece a finales del siglo XIX como una manera de promover el desarrollo individual de las personas impulsando la participación y la colaboración entre ellas, en organizaciones como las *settlement houses* para ayudar a personas sin recursos (Tannenbaum y Reisch, 2001), o en el terreno educativo intentando generar valores en los jóvenes promoviendo la solidaridad, el ocio, el amor a la naturaleza, el trabajo colaborativo y la participación, ejemplo de ello sería la organización de Boys scouts.

Destacamos algunas pioneras del trabajo social como Mary Richmond que en 1922 ya hace referencia a la dimensión grupal en su obra *What is social case work?* y Grace Coyle, que había sido trabajadora social de las Settlement Houses en Boston y Pennsylvania entre 1915 y 1917, que publicó en 1930 su tesis doctoral *Social Progress in Organized Groups*. Coyle fue quien en 1920 dio un curso sobre grupos a estudiantes de la Universidad de la Western Reserve de Ohio.

La Asociación Americana para el Estudio del Trabajo de Grupo (AAETG) data de 1939 y fue en la Conferencia de Trabajo Social de Búfalo (1946) cuando se reconoce el trabajo social de grupo como un método propio de la profesión.

Según Teresa Rossell, el TSG se introdujo en España en un seminario de las Naciones Unidas en el año 1964. Desde entonces y hasta hoy profesionales del trabajo social y del trabajo social sanitario nos formamos en nuestras universidades en esta metodología.

## 2. Las teorías y los modelos

Siguiendo a Alejandro Martínez (2018), las teorías y modelos que sustentan la práctica del trabajo con grupos aparece en el primer tercio del siglo XX de la mano de los estudios de Rousseau (la consideración de la necesidad del otro), de Durkheim (el grupo como totalidad), de Anzieu (realidad imaginaria y psicodrama), de Bion (supuestos básicos), de Mead (interaccionismo simbólico), de Kurt Lewin (representación científica de los fenómenos grupales), de Pichon Riviere (grupos operativos), de Foulkes (psicoterapia grupo-analítica), de G. Konopka (sistematización del trabajo social con grupos), de García Badaraco (grupos multifamiliares) y de tantos otros procedentes de teorías humanistas, psicoanalíticas, gestálticas, y un largo etcétera.

Prescindir de estas teorías y estos modelos en el trabajo social con grupos es, según diversos autores (Zamanillo, 2008; López Yarto, 2004 y otros), reducir la práctica grupal a la mera implementación de técnicas.

Belén Arija (2012) nos recuerda que no todo vale. Y propone para el trabajo social la mirada interfocal, una mirada no ecléctica, pero que contempla teorías diversas y las relaciona. Por un lado, propone centrar la atención en los objetivos y normas del grupo como elementos estructurales y, por otro, sigue el esquema de López Yarto (1997) para visualizar los enfoques cuando señala las cuatro fuerzas que intervienen en los grupos:

- 1) **Las fuerzas intrapersonales** tomando las teorías de la Gestalt, el enfoque de necesidades de Schutz y el modelo psicoanalítico.
- 2) **Las fuerzas interpersonales** desde la teoría de la comunicación del modelo sistémico, la teoría de campo de Lewin y la de los roles en el psicodrama.
- 3) **Las fuerzas grupales generadas por la historia familiar** siguiendo el modelo de Bion y los supuestos básicos, Anzieu y la escuela francesa de psicodrama psicoanalítico o el enfoque psicosocial de Pichon Riviere.
- 4) **Los valores, las posturas políticas y éticas, y los marcos sociológicos.**

Finalmente, parece oportuno recordar a Fombuena (2012) cuando propone aplicar el trabajo social clínico en todos los ámbitos de intervención del trabajo social, individual, grupal y comunitario, y a Freire (1970) cuando afirma que los grupos deben conseguir que sus miembros transiten de la obediencia hacia la independencia.

Profundizar en el conocimiento de las teorías y los modelos nos ayudará a construir prácticas de valor, más acordes con la acción transformadora y el cambio social que pretende nuestra profesión.

### 3. Tipos de grupos

Natalio Kisnerman (1969) y Gisela Konopka (1968) son dos grandes responsables de nuestra formación académica en lo que a grupos se refiere, ellos sugirieron una tipología que iba desde los grupos orientados al crecimiento hasta los grupos de acción social.

En los **grupos orientados al crecimiento**, se ayuda a los integrantes a través del grupo, es decir, obtienen ayuda en lo personal, mientras que en los **grupos de acción social**, se ayudará al grupo a conseguir objetivos colectivos de carácter social.

En las IV Jornadas de Trabajo Social y Salud que tuvieron lugar en Bilbao en 1995, Rossell (1998, 2018) realizó una propuesta de las diferentes modalidades del trabajo social con grupos:

- Grupos socioterapéuticos
- Grupos socioeducativos
- Grupos de acción social
- Grupos de ayuda mutua

#### 3.1. Grupos socioterapéuticos

También se encuentran en la literatura como grupos psicosociales. Actis (2008) denomina así estos grupos ya que "la parte psico" profundiza en la subjetividad y en la biografía narrada de cada persona participante (subjetivo y singular), y "la parte social" incide en las condiciones de vida, en el contexto socio-cultural, en la socialización y pertenencia a redes (objetivo y compartido).

Son grupos que intentan que las personas superen los obstáculos que les impiden desarrollar sus capacidades, sus afectos, sus relaciones e incluso sus responsabilidades, que se han podido ver mermadas como consecuencia de sufrimientos y conflictos de diversa índole.

Los integrantes, en mayor o menor medida, tienen conciencia de que algo va mal.

El objetivo de la intervención socioterapéutica va dirigida a mejorar las vivencias y la participación social de las personas, lo que implica también el desarrollo de nuevas capacidades emocionales (por ejemplo, grupos de padres con dificultades específicas, personas con enfermedades crónicas, grupos de cuidadores, grupos de personas que viven solas, etc.).

Estos grupos engloban también, según Rossell, a los grupos de apoyo<sup>1</sup>, aunque Nancy Sherman (2018) los considera psicoeducativos porque no se centran en el crecimiento individual de sus miembros incluyendo un contenido educativo formal, un responsable de grupo cualificado, un tema y finalidad aglutinantes y una estructura y dirección.

<sup>(1)</sup> *Support group* en la literatura anglosajona.

### 3.2. Grupos socioeducativos

Pretenden que los integrantes del grupo adquieran hábitos, habilidades, comportamientos y funciones que no forman parte del repertorio comportamental de los participantes.

Suelen iniciarse por medio de actividades concretas que pueden generar un vínculo suficiente para conducir el grupo hacia una reflexión. Como, por ejemplo, los grupos de personas que padecen diabetes, hipertensión, fibromialgia u otras enfermedades.

### 3.3. Grupos de acción social

El sentido de estos grupos es el de apoyar el funcionamiento social de grupos de personas a nivel vecinal y comunitario. Dentro de esta estrategia también pueden plantearse grupos de actividades lúdicas o talleres de diversos temas para fortalecer nexos y aumentar la vinculación entre las personas del entorno. Son grupos que requieren autonomía y capacidad de organización.

### 3.4. Grupos de ayuda mutua

Éstos son grupos de apoyo para compartir experiencias o superar situaciones que afectan a las personas durante un largo periodo de tiempo. Si bien muchos grupos de ayuda mutua (GAM) se organizan bajo la tutela y conducción de un profesional, en breve se erigen de forma autónoma, ya que no requieren la intervención profesional salvo para colaborar en su organización y sólo si lo precisan en una especie de tutoría.

De hecho, la principal característica de estos grupos es que en las reuniones que realizan periódicamente no hay presencia profesional.

Gran parte de estos grupos surgen de asociaciones que pretenden sensibilizar y conseguir mejoras en la calidad de vida de los grupos a los que se dirigen, y en su seno pueden tener uno o más GAM; en otros sucede justo a la inversa, el grupo de ayuda mutua puede organizarse hasta tener una estructura y dar paso a una asociación en la que pueden haber otros GAM, o no.

#### Ejemplo

Grupos de ayuda mutua de personas con enfermedades crónicas.

Añado a la clasificación sugerida por Rossell, un tipo de grupo más impulsado en los centros de atención primaria de salud y que en los últimos años ha tenido relevancia: "el paciente experto".

### 3.5. Paciente experto

El programa "Paciente experto"<sup>2</sup> del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya tiene como finalidad mejorar la comprensión de la enfermedad crónica de los pacientes mediante el intercambio y la transferencia de conocimientos del paciente experto con el resto de pacientes que participan en el grupo, para promover cambios de hábitos que mejoren su calidad de vida y la convivencia con la enfermedad. En este tipo de grupo, los miembros de los equipos profesionales actúan únicamente como observadores y asesores del paciente experto fuera del grupo.

Consta de nueve sesiones, con periodicidad semanal de una hora y media de duración que incluyen una parte teórica y una práctica. El número de participantes oscila entre diez y doce personas. El equipo de atención primaria es quien localiza entre su población aquellas personas enfermas que tienen mejor conocimiento y manejo de la enfermedad y cuentan con capacidades personales y comunicacionales para liderar el grupo con ayuda profesional, siempre asesorando en la "trastienda".

<sup>(2)</sup>Aunque se habla del "paciente experto", denominación literal del programa, los grupos incluyen a todas las personas afectadas, sean hombres o mujeres.

## 4. El trabajo social sanitario y los grupos

De lo dicho anteriormente y de la práctica profesional se deduce que el rol de cada profesional de trabajo social sanitario en los diferentes tipos de grupo varía en función de si son **socioterapéuticos**, asumiendo el TSS generalmente la dirección de todo el proceso grupal, **socioeducativos**, pudiendo compartir con otros profesionales el rol de dirección, conducción y evaluación de grupo, de **acción social**, impulsando el desarrollo grupal y fomentando la organización autónoma, de **ayuda mutua**, como asesor o tutor en momentos puntuales, y en el **paciente experto**, como observador en las sesiones y asesor del líder del grupo.

Es importante insistir en el importante papel de la atención primaria de salud en la promoción de vínculos, en la posibilidad de poner a unas personas en contacto con otras y en la mejora del capital social de las personas y las comunidades (Rodríguez, 2018), y en ese camino de ida y vuelta entre la atención individual, grupal y comunitaria entendida como un *continuum* (Rodríguez, Rocabayera, 2004).

A menudo los equipos de trabajo social sanitario, por el hecho de trabajar en los centros de atención primaria sin la concurrencia de otros equipos profesionales de nuestra disciplina, sentimos temor a la hora de plantear grupos. No obstante, la mejor manera de aprender es empezar a observar con otros miembros de la unidad, a realizar grupos en colaboración con otros miembros profesionales del propio equipo o de otros centros o de otros recursos del bienestar de nuestro territorio, y como no, supervisando los grupos con profesionales con experiencia.

Repasaremos a continuación algunos de los aspectos técnicos del tipo de grupo que centra nuestra mayor actividad, los grupos socioterapéuticos o psicosociales.

## Un consejo

Preparamos diferentes carpetas en el escritorio de nuestro ordenador, una para pacientes de fibromialgia, otra de demencias, otra de personas cuidadoras, otra de personas solas... y a medida que vamos atendiendo a personas individualmente, si consideramos que esa persona se podría beneficiar de un grupo, anotamos su nombre en la carpeta correspondiente, quizás pase el tiempo sin intervención con todas ellas, pero podría ocurrir que un día viéramos la necesidad, de ese modo tendríamos una primera selección de personas candidatas posibles. ¡Esto es tener la atención grupal en la cabeza!

De todas maneras no podemos pensar que los grupos son la opción ideal para todos los casos, y aún más, no hay que olvidar que las personas, de modo natural, pertenecen a muchos grupos y puede que con ellos tengan suficiente.

### 4.1. Aspectos técnicos de los grupos socioterapéuticos o psicosociales

#### 4.1.1. Objetivos

Brown (1998) sugiere como objetivos de este tipo de grupo los siguientes:

- Valoración individual o autoevaluación.
- Apoyo y mantenimiento individual.
- Cambio individual.
- Educación e información.
- Ocio compensatorio.
- Mediación entre individuos y organizaciones.
- Apoyo o cambio en el grupo.
- Cambio en el entorno.

También Kisnerman (1969) define tres grandes tipos de objetivos:

- La restauración de relaciones sociales.
- La provisión de recursos sociales y personales.
- La prevención con los problemas relacionados con la interacción social.

Finalmente, Rossell (2018) nos recuerda que los objetivos del grupo deben responder a un área de necesidades común entre sus miembros y deben ser identificados por el profesional conductor y los propios integrantes. La función de la trabajadora social sanitaria será la de conseguir que el grupo consiga su objetivo.

Los grupos socioterapéuticos pretenden tratar y reflexionar sobre las situaciones problemáticas que presentan sus miembros. Mediante las vivencias y experiencias compartidas se crea el grupo y se generan cambios emocionales y de conducta en los integrantes. El profesional no es omnisciente, no es un experto en todo; conduce y regula el grupo, ayuda a la expresión de cada miembro para que ellos se ayuden entre sí.

#### **4.1.2. Características**

Actis (2008) expone de modo muy esclarecedor algunas características básicas de este tipo de grupo, a los que, insisto, ella denomina *psicosociales*.

- Grupos convocados por el profesional para crear un ambiente acogedor que favorezca vinculaciones óptimas de confianza.
- Compuestos por personas que comparten algún problema, del cual tienen un cierto grado de conciencia, que genera estrés y malestar.
- Combinan ayuda informativa, cognitiva, material, de servicios de trabajo social sanitario de apoyo emocional.
- Proporcionan lazos sociales que compensan deficiencias en la red primaria.
- Potencian la reciprocidad de la ayuda sintiéndose sus miembros útiles y en parte responsables por el bienestar de los otros.

Torras de Beà (1996) sugiere otros aspectos a resaltar:

- Todo lo que sucede en el grupo ocurre en presencia de otros miembros y del terapeuta, el conductor.
- Ofrece la posibilidad de compartir experiencias y sentimientos.
- La interacción proporciona la oportunidad de expresarse, de escuchar y ser escuchado, contribuye a disminuir el sentimiento de soledad, de anormalidad y facilita acercarse con empatía a las emociones de los demás y con menor ansiedad a las propias.
- Favorece la identificación con otros miembros.
- Ofrece posibilidades de expresión y captación de la realidad interna.
- Favorece la capacidad de movilización, ya que promueve el diálogo y, por medio de los diferentes integrantes, que aparezcan elementos de contención.

### 4.1.3. Indicaciones y contraindicaciones

Proponemos formar un grupo socioterapéutico:

- Cuando la persona atraviesa por una crisis o sufre un problema que ha dañado y afectado su red y lo deja en situación de aislamiento emocional y social, y cuando esta red es insuficiente o inadecuada para proveer el apoyo necesario para afrontar esa nueva situación;
- cuando pretendemos trabajar roles y creencias sociales que funcionan como estereotipos o mitos; o
- cuando existe una dificultad para establecer redes sociales.

Pero la indicación de grupo depende de la consideración de si la experiencia de grupo puede mejorar a la persona y, a su vez, que la persona permita que ese grupo funcione. Si las personas son demasiado enfermas o invasivas, si monopolizan el discurso, si tienen poca capacidad de mostrar empatía con el otro, si son demasiado protagonistas, van a limitar la marcha del grupo y la de todos sus integrantes.

"Todos los pacientes son indicados para grupo excepto si hay contraindicación."

Foulkes

Tal afirmación parece casi una broma, pero cabe entenderla en tanto que las personas somos seres sociales y relacionales que en algún momento pertenecemos a infinidad de grupos; aun así, hay personas que pueden resultar nocivas para el grupo. En este sentido, Torras de Beà, pensando en grupos de padres y niños, sugiere dos contraindicaciones principales que creo aplicables también al resto de los grupos:

- La tendencia a la excitación, actuación o paso al acto grave, que va unida a la dificultad de contenerse, parar y escuchar.
- La incapacidad para el compromiso, que hace que su asistencia sea irregular.

Otros autores incorporan otra tercera contraindicación que tiene que ver con el hecho de ser, de algún modo, único en el grupo, es decir, ser el único varón, la única mujer, negro, blanco, adoptado, extranjero... En este sentido, hay también múltiples experiencias en las que este hecho no ha supuesto ninguna limitación ni efecto adverso.

Y un aspecto más. Puede indicarse el grupo con la indicación "centrada en el éxito" porque sabemos que podemos seleccionar a pacientes para los que la experiencia indica que tendrán muy buenos resultados; o bien se puede usar

la indicación "centrada en la persona afectada" indicando el grupo a todos los pacientes que se pueden beneficiar de él, aunque incluir a algunas personas pueda suponer la obtención de unos resultados más modestos.

#### **4.1.4. La composición del grupo**

De lo dicho anteriormente se desprende que para componer un grupo deben tenerse en cuenta tanto las características de cada miembro como del conjunto. El grupo debe, por tanto, mantener su propio equilibrio, si es demasiado uniforme puede resultar monótono. Brown (1988, 1998) considera la importancia de la diversidad de estilos de vida de los integrantes y considera la homogeneidad necesaria para desarrollar la cohesión del grupo y la heterogeneidad para producir vitalidad y fuerzas del cambio. Otros autores como Vinogradof y Yalom (1996) proponen tener en cuenta para la formación de los grupos la homogeneidad de las fuerzas subjetivas y la heterogeneidad de las áreas problemáticas.

En algunos grupos, la edad y sexo puede resultar importante, como en un grupo de adolescentes embarazadas. En otros, puede no tener ninguna importancia, como en el caso de un grupo de cuidadores de personas dependientes.

En cuanto a las recomendaciones sobre el número de participantes hay diversidad de opinión entre diversos autores. El número variará en función de los objetivos del grupo, la actividad que se propone y las características de los propios integrantes. En nuestro caso y para los grupos socioterapéuticos solemos considerar aconsejable reunir entre seis y doce personas. No obstante, de inicio conviene partir de un grupo más amplio ya que es común que al principio se produzcan deserciones y éstas podrían poner en peligro la continuidad del grupo si éste fuera demasiado reducido. De este modo, Brown (1988) considera que las personas que integran los grupos que promovemos desde las unidades de trabajo social sanitario son tan complejas que pueden provocar faltas de asistencia en diferentes momentos del desarrollo del grupo por lo que propone incorporar dos o tres personas más de inicio.

El grupo no debe ser ni tan pequeño que no haya casi con quien identificarse, ni tan grande que no se pueda dirigir la atención del conjunto y puedan crearse subgrupos difíciles de controlar.

#### **4.1.5. Duración y frecuencia del grupo**

La duración de los grupos va íntimamente ligada a los objetivos que pretenden conseguirse y a las características de la unidad desde donde se ofrecen. En atención primaria encontraremos una práctica variable siendo más frecuentes los grupos que ofrecen entre ocho y doce sesiones de entre 90 y 120 minutos y

de unos tres meses de duración aproximadamente, aunque también los hay de un año. La cadencia acostumbra a ser semanal, aunque ésta de nuevo depende de los objetivos del grupo y del tiempo para conseguirlos.

En cualquier caso, lo más importante es que desde el principio todos los miembros del grupo sepan con claridad cuánto va a durar el grupo y con qué frecuencia y duración se van a reunir.

#### **4.1.6. Selección de candidatos**

Se proponen a continuación tres métodos de selección:

1) Los integrantes son seleccionados desde la unidad de trabajo social sanitario en el contexto de la atención individual y familiar; es el método más seguro, ya que cada profesional sabe perfectamente el perfil del grupo que desea formar y puede reconocerlo en su actividad asistencial. No requiere de mecanismos de derivación ni del criterio de otros equipos profesionales.

2) Los integrantes son derivados por otros profesionales de la medicina y la enfermería. Para ello es importante que los derivantes tengan información precisa sobre los objetivos del grupo, los requisitos de derivación y el modo de hacerlo, ya sea mediante interconsultas, inscripción en una agenda especial, etc.

3) También se puede optar por un método mixto, es decir, seleccionando a los integrantes del grupo procedentes de los dos métodos anteriores.

Todos los candidatos, ellos y ellas, deben estar bien informados sobre el sentido del grupo para poder tomar la decisión de participar en él o no, pero rara vez como los profesionales solemos transmitir con absoluta claridad qué es un grupo y que pretendemos conseguir con él, de modo que a menudo las personas candidatas aceptan participar, confiando en la indicación profesional, por la vinculación que se produce en la relación asistencial y porque entiende que si se lo proponen es porque piensa que será bueno para su mejora y, por tanto, podrá resultarle de ayuda.

Siempre es tranquilizador el mensaje de que, aunque siempre se requiere un compromiso, la persona ha de ser libre de decidir si quiere continuar en el grupo o no, por tanto, es aconsejable ofrecer un periodo de prueba de dos o tres sesiones para después decidir si se queda en él o no. Aunque resulta útil dar este mensaje, en la práctica no son muchas las personas que después de haberlo iniciado deciden suspenderlo, y si este efecto se da, bien podría ser porque el perfil no hubiera sido del todo adecuado.

En algunas unidades se suele recomendar que las derivaciones vayan acompañadas de informes que ayuden a los conductores a hacer una valoración de los candidatos. En atención primaria de salud este requisito es inadecuado,

la excesiva carga asistencial y la multitud de informes y trámites burocráticos que se realizan en las consultas lo hacen inviable. Resulta más apropiado que los equipos médicos y de enfermería, concedores del grupo y del perfil, nos faciliten el nombre de la persona candidata en una interconsulta y seamos los equipos profesionales del trabajo social sanitario quienes, con una entrevista previa, hagamos la valoración.

En las entrevistas previas debemos valorar:

- La predisposición y capacidad de la persona para compartir con otras sus problemas y vivencias.
- La aceptación de las normas (puntualidad, asistencia, aviso en caso de no poder ir, secreto de lo que acontece en el grupo...).
- La existencia de contraindicaciones.

Si de esta entrevista se derivase que la persona no cumple el perfil adecuado para el grupo, el profesional debe informarle de esta situación y en la medida de lo posible proponerle un método alternativo.

Cuando la persona sí tiene el perfil adecuado y confirma su interés en participar en el grupo, se le cita ya para la primera sesión. Resulta conveniente hacer un recordatorio previo al primer encuentro, para los siguientes ya no es necesario.

#### **4.1.7. Evaluación**

No cabe duda de que la evaluación es una fase del proceso metodológico ineludible. El diseño de grupo debe contemplar el modo en que se llevará a cabo.

Los resultados del grupo se valorarán en cuanto a la evolución individual de cada participante y del propio grupo en relación con los objetivos planteados y el proceso metodológico (Rossell 2018). Es decir, se puede hacer un análisis de la evolución de cada uno en tanto si las personas individualmente han mejorado o no, y establecer en qué indicadores nos fijaremos para medir semejante afirmación. Se tratará de una valoración cualitativa o nos fijaremos en si la persona ha disminuido el consumo de psicofármacos, la frecuencia a las consultas sanitarias, si ha participado en las sesiones activamente, etc.

Cada grupo permite establecer unos indicadores u otros en función de la situación y de los objetivos a tratar. Pueden ayudarnos diferentes instrumentos test y escalas validadas en las que podemos encontrar mediciones de utilidad que incluso pueden plantearse en un momento pregrupo (entrevista inicial a candidatos) y postgrupo (una vez finalizado el grupo) para diferenciar entre antes y después de la intervención.

También, como decíamos, podemos evaluar al grupo en función de si ha conseguido su tarea y el proceso metodológico seguido. Roca (2004) sugiere algunos indicadores a observar en la evaluación de los grupos:

- Incremento de la participación de todos sus miembros.
- Desaparición gradual de conductas defensivas.
- Aumento en la información compartida y en la confianza.
- Desaparición progresiva de temas externos al motivo que reúne el grupo.
- Aumento en la escucha y la intimidad.

### Efectividad de la intervención grupal

En general, resulta dificultoso encontrar literatura científica desde el trabajo social que sustente la efectividad de las intervenciones grupales, especialmente en el terreno socio-terapéutico. Aunque hallamos trabajos en nuestro entorno, éstos difícilmente reúnen los requisitos para apoyar la evidencia de sus beneficios con respecto a otros métodos de intervención. Animamos en este sentido a que investiguéis sobre ello, seguro que sería un excelente tema para un trabajo de final de máster.

Sin ánimos de ser exhaustivos, sino a modo de ejemplo, recogemos a continuación algunos artículos de otras disciplinas, algunos con colaboración de trabajadores sociales, que han estudiado la eficacia de determinados tipos de grupo.

Tabla 1. Efectividad de la intervención grupal

Título	Objetivo	Tipo de estudio	Conclusiones	Referencia bibliográfica
<b>Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en atención primaria</b>	Valorar el impacto de un programa de psicoeducación sanitaria sobre la calidad de vida en pacientes con fibromialgia, evaluando si existen diferencias entre una intervención grupal o individual.	Estudio controlado randomizado.	La intervención psicoeducativa grupal es más efectiva que la individual y ambas son más efectivas que el tratamiento habitual en fibromialgia.	García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H. y otros (2005). "Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal". <i>Cuadernos de Medicina Psicosomática</i> , 73, 32-41.
<b>Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria</b>	Evaluar la efectividad de esta intervención en pacientes con síntomas depresivos en atención primaria y determinar si la mejora en los síntomas depresivos estaba asociada con una mejora en la calidad de vida.	Estudio multicéntrico aleatorizado, controlado, que se llevó a cabo entre diciembre de 2008 y abril de 2010, en doce equipos de atención primaria de Barcelona.	La intervención psicoeducativa es más eficaz en pacientes con síntomas leves, ya que presentan una mayor tasa de remisión de los síntomas a corto y largo plazo y esta mejora se asocia con una mejora en la calidad de vida. En los pacientes con síntomas moderados, la intervención no demuestra ser tan efectiva a largo plazo.	Casañas, R.; Català, R.; Ratlla, A.; Real, J. (2014). "Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado". <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> (vol. 121, núm. 34, pág. 145-146).
<b>Efectividad de los grupos psicoterapéuticos</b>	Evaluar la eficacia de la psicoterapia de grupo.	Metaanálisis a partir de la literatura de los doce años previos sobre terapia grupal de adultos (116 trabajos).	Los análisis efectuados demuestran en la mayoría de revisiones una mejora significativa de las personas que participaron en grupos de psicoterapia por lo que concluyen que los grupos son una buena alternativa de tratamiento.	Burlingame, G. M. y otros (1995). "Group Psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Review". En: Fuhriman, A. <i>Group Psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Perspective</i> . Simposio de la Asociación Psicológica Americana. Nueva York.

Título	Objetivo	Tipo de estudio	Conclusiones	Referencia bibliográfica
<b>Efectividad de los grupos de apoyo en pacientes con cáncer de mama</b>	Evaluar los efectos de los grupos de apoyo en línea sobre la angustia emocional, la inseguridad, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida (CdV) de las pacientes con cáncer de mama.	Revisión sistemática.	No encontró la evidencia necesaria para mostrar si la participación en los grupos de apoyo en línea fue beneficiosa para las pacientes con cáncer de mama.	McCaughan, I.; Parahoo, K.; Hueter, I.; y otros (2017). "Online support groups for women with breast cancer". <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (núm. 3, Art. No.: CD011652). DOI: 10.1002/14651858.CD011652.pub2
<b>Terapia conductual de grupo para el abandono del hábito de fumar</b>	Determinar el efecto de las intervenciones conductuales grupales que consiguieron el abandono del hábito de fumar a largo plazo.	Revisión sistemática.	No hay suficiente evidencia para evaluar si los grupos son más efectivos o coste-efectivos que el asesoramiento individual intensivo.	Stead, L. F.; Carroll, A. J., Lancaster, T. (2017). "Group behaviour therapy programmes for smoking cessation". <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (núm. 3, Art. No.: CD001007). DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3
<b>Grupos de habilidades sociales para pacientes de seis a 21 años de edad con trastornos del espectro autista (TEA)</b>	Determinar la efectividad de los grupos de habilidades sociales para mejorar la competencia social, la comunicación social y la calidad de vida en los pacientes con TEA de seis a 21 años de edad.	Revisión sistemática.	Existen pruebas que demuestran que los grupos de habilidades sociales pueden mejorar la competencia social para algunos niños y adolescentes con TEA. Se requiere más investigación para establecer conclusiones más consistentes, especialmente en lo que se refiere a las mejoras en la calidad de vida.	Reichow, B; Steiner, A. M.; Volkmar, F. (2012). "Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD)". <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (núm. 7, Art. No.: CD008511). DOI: 10.1002/14651858.CD008511.pub2
<b>Intervenciones de apoyo a cuidadores en España</b>	Revisar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de los distintos programas e intervenciones dirigidas a los cuidadores informales en salud en territorio nacional español.	Revisión sistemática.	Casi la totalidad de los programas de soporte a los cuidadores informales proponen la realización de intervenciones psicoeducativas grupales. No se ha realizado una valoración científica de la eficacia de dichas intervenciones.	Torres, M. P.; Ballesteros, I.; Pérez, P.; Sánchez, D. (2008). "Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España". <i>Gerokomos</i> (vol. 1 núm. 19, pág. 9-15).
<b>Intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes</b>	Realizar una revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años.	Revisión sistemática.	Las intervenciones individualizadas y las grupales se mostraron eficaces en la reducción de la sobrecarga del cuidador, pero se debe tener en cuenta que los investigadores incluyeron estudios cuasiexperimentales.	Zabalegui, A.; Navarro, M.; Cabrera, I. y otros (2008). "Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática". <i>Revista Española de Geriatria y Gerontología</i> (vol. 43, núm. 3, pág. 157-166). Disponible en: <a href="https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-sumario-vol-43-num-3-S0211139X08X70854">https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-sumario-vol-43-num-3-S0211139X08X70854</a>

#### 4.1.8. Contenido y desarrollo de las sesiones

Aunque no es la pretensión de este texto formar sobre técnicas grupales, sí es conveniente contextualizar qué tipo de estructura tienen estos grupos y dar una idea de sus contenidos. A diferencia de los grupos socioeducativos, este tipo de grupos no trabaja con un guión preestablecido y férreo, aunque sí sabemos qué temas generales debemos abordar. Nos movemos en el terreno de la asociación libre y no sabemos a ciencia cierta qué nos puede deparar cada sesión.

Nos basaremos en un grupo estándar de ocho a doce sesiones; cada sesión tendrá una estructura de apertura, desarrollo y cierre:

- **Apertura.** En la apertura de cada sesión dedicaremos un breve espacio de tiempo a dar la bienvenida al grupo, asegurarnos de que el espacio resulta cómodo y repasar lo que sería el orden del día del grupo. Cuando el grupo lleva ya varias sesiones, puede ocurrir que haya personas con necesidades personales de transmitir informaciones o situaciones que hayan pasado a lo largo de la semana. Salvo que tal necesidad sea muy urgente, es mejor demorar hacia la parte final del grupo la posibilidad de explicarlo. Si no, se corre el riesgo de que la persona centralice en exceso la atención sobre algo que interrumpe la marcha normal del grupo. Si finalmente el tema abordado por ese integrante en la parte última de la sesión requiere ser tratado con mayor profundidad, se podría incluir en el orden del día de la siguiente sesión, sin interrumpir así el ritmo de trabajo. (Cabe aclarar que el orden del día es algo que deciden todos los integrantes del grupo, en mayor o menor grado, a lo largo de la sesión.)
- **Desarrollo.** En el desarrollo, y en función del contenido de la sesión, se pueden combinar diferentes técnicas: Actis sugiere el *rol-playing*, la resolución de conflictos, la exposición de temas monográficos, cuentos, esculturas, murales, fotografía, filmación, dramatización, actos simbólicos, técnicas corporales, dibujo, etc.
- **Cierre.** Al final de la sesión es conveniente recoger a modo de resumen los contenidos más significativos trabajados, reforzar los conceptos y las emociones y emplazar al grupo a la siguiente sesión anunciando los contenidos que podrían tratarse.

De modo muy sintético, cabe señalar que las primeras sesiones son muy importantes, en especial la primera, que suele iniciarse con la presentación de los miembros del grupo y de los miembros de los equipos profesionales. Puede hacerse de diferentes maneras, diciendo el nombre de cada uno y dejando libre cómo se quieran presentar, informando de la situación personal que les lleva al grupo; si se opta por esta elección, toda la sesión transcurre prácticamente con presentaciones, y el tono general suele ser un tanto deprimente, ya que aborda la situación problema desde el primer momento. Otra opción

sería la de presentarse utilizando un símbolo, por ejemplo una planta, una flor o un árbol con el que se identifiquen y el porqué; este es un modo útil para dar información personal y distendida. Posteriormente podría dar tiempo a repasar los objetivos del grupo y las normas (asistencia, puntualidad, respeto, confidencialidad...). Se trata de que se queden con ganas de más, y esperar el próximo encuentro.

Las siguientes sesiones centran su actividad en ir favoreciendo el conocimiento entre los integrantes (especialmente en las primeras), el intercambio de experiencias y los diferentes modos de afrontar las situaciones e intentar resolverlas. Se ofrece una metodología de escucha, de resolución de conflictos, se utilizan técnicas para expresar ideas y emociones. Un modelo para poder aplicar en otras situaciones de la vida y con otros interlocutores.

Antes de la última sesión, desde la antepenúltima, debe abordarse el tema del final del grupo, es el momento de verbalizar el duelo. No es adecuado prolongar el grupo aunque los miembros lo soliciten, el grupo tiene que acabar aunque quede abierta la idea de poderlos citar un tiempo después para ver en qué momento se encuentran y ofrecer, en todo caso, otro grupo con objetivos y connotaciones diferentes. Se trata de trabajar en grupo con personas para promover su autonomía, no para hacerlos más dependientes.

La atención primaria de salud requiere de intervenciones efectivas y rápidas, que permitan la rotación de personas. La continuidad de estos grupos, salvo excepciones, debe realizarse en el marco del entorno comunitario.

La última sesión debe permitir una despedida en la que conjuntamente se pueda evaluar qué cambios ha experimentado cada uno en el grupo y cómo ha evolucionado el grupo de la primera a la última sesión. Es importante que todos puedan despedirse de todos.

#### **4.1.9. Lugar**

No importa si el lugar de encuentro del grupo es una consulta amplia o una sala de reuniones o de grupos. El espacio debe ser confortable en la medida de lo posible, que permita situar a los miembros en círculo o semicírculo para favorecer el diálogo y la visión, con tantas sillas como participantes haya y, sobre todo, libre de interrupciones.

#### **4.1.10. Grupo abierto o grupo cerrado**

Este tipo de grupo hace aconsejable que no sea abierto, ya que la incorporación continua de nuevos miembros dificultaría la cohesión y la evolución del grupo. Resulta más cómodo crear grupos cerrados desde el primer momento,

aunque también se puede optar por un modelo mixto en el que se admiten nuevas incorporaciones en las dos o tres primeras sesiones para cerrarse con posterioridad.

#### **4.1.11. El nombre del grupo**

Los grupos acostumbran a tener un nombre al que referirse, lo que da identidad al proyecto común que emprenden los participantes.

Actis sugiere no incluir en el nombre ningún aspecto relacionado con la problemática que pretenden tratar, ya que podría resultar contraproducente y contradictorio con los objetivos deseados.

##### **Ejemplo**

Como ejemplo mencionaremos el grupo Nauta, se trata de un grupo de cuidadores de personas dependientes que utiliza poéticamente el nombre de Nauta, referido a la navegación, para señalar la capacidad de dirigir el propio rumbo de la vida, que es lo que pretenden conseguir.

#### **4.1.12. Conducción única o compartida**

Los grupos socioterapéuticos o psicosociales pueden ser conducidos solo por un trabajador social sanitario, aun así, hay diferentes motivos que aconsejan hacerlo en colaboración:

- Es beneficioso incorporar la figura de un observador (si se quiere una observación adecuada de la comunicación no verbal y estar atento a los "detalles" de las relaciones que se establecen).
- El observador, o coconductor, si es el caso, permite llevar la evaluación continua de cada una de las sesiones y del proceso final con mayor rigor.
- Si el observador o el coconductor del grupo es otro profesional del equipo, sea médico o enfermera, se consigue además sensibilizar con mayor efectividad al equipo de los beneficios conseguidos en el grupo. (Cumple una función educativa para el propio equipo.)
- Puede ser preciso, según el tema a tratar o la demanda del propio grupo, que puntualmente se cuente con la colaboración de otro profesional procedente de otra institución o entidad con la que más tarde pueda ser necesario vincularlos.

##### **Ejemplo**

Miembros de asociaciones de familiares, un médico especialista o una enfermera, porque hay un tema relacionado con curas, alimentación, movilización, que angustia a diferentes miembros del grupo.

Para determinados grupos puede resultar beneficioso también formar los grupos en colaboración con otras entidades, y los centros de salud no suelen ofrecer resistencia a establecer convenios de colaboración.

#### **4.1.13. La presentación a los directivos y a los equipos de salud**

En los últimos años, los grupos en atención primaria de salud forman parte de la realidad cotidiana. Son muchos los equipos de trabajo social sanitario que desde sus inicios en los centros implantaron grupos diversos, aunque últimamente suenan con más fuerza los que provienen de la práctica enfermera.

Sin duda son grupos de naturaleza distinta y todos ellos complementarios. Para cualquier organización resultará interesante promocionar la atención grupal.

Pero en el entorno sanitario hay varios aspectos ineludibles:

- Cabe partir de un diseño lo más detallado posible (justificación, perfiles, objetivos, indicaciones, contraindicaciones, duración, frecuencia, sala, horarios, registros, evaluación del tipo de grupo a formar).
- Se deben transmitir de modo explícito los resultados que se pretenden conseguir y cómo pueden repercutir en el conjunto de los equipos profesionales.
- Dejar clara constancia de la limitación en el tiempo del grupo y asegurar que en caso de requerir continuidad, será en otro grupo y en otro espacio.
- En el caso de precisar convenios de colaboración con otras entidades, facilitar modelos posibles y ayudar a formalizarlos.

El equipo también requerirá información precisa, tanto si es la principal fuente de derivación como si no. En reunión de equipo debe presentarse el diseño y explicitar cuál será el circuito para realizar la derivación y en función de qué perfil.

Con posterioridad, y con cada profesional que deriva, informar de la adecuación de las derivaciones y los motivos de las exclusiones si las hubiere. Hacerles partícipes de la composición del grupo final, en especial si hay integrantes derivados por ellos, y nuevamente, al final del grupo, para informar de la evolución personal de cada uno de ellos.

Es aconsejable, al finalizar el grupo, hacer una nueva presentación al equipo, esta vez con los resultados de la evaluación y que permita la expresión de dudas o de apreciaciones percibidas por ellos a través de sus pacientes.

Cabe tener en cuenta que muchos centros de atención primaria utilizan la dirección por objetivos y que a veces un objetivo territorial puede ser la derivación de personas a grupos. Es importante conocer este hecho porque aumentaría la receptividad hacia la derivación.

A continuación se expone un ejemplo de ficha de trabajo social sanitario con grupos de personas enfermas y/o familiares.

### **Ficha de trabajo social sanitario con grupos de personas enfermas y/o familiares**

Nombre del grupo: "X" (Grupo de cuidadores de personas dependientes)

---

Tipo de grupo: SOCIOTERAPÉUTICO

Abierto  
Cerrado  
Mixto

Conductores: T. SOCIAL CENTRO DE SALUD X

Objetivos:

General:

Conseguir que las personas cuidadoras de personas con dependencia mejoren su calidad de vida y aumenten su bienestar.

Específicos:

- Ofrecer la posibilidad de que las personas cuidadoras compartan experiencias con otras personas en situaciones similares.
- Ofrecer un espacio que facilite la expresión de sentimientos y estimular las capacidades para crear o mantener vínculos.
- Ayudar a identificar los aspectos negativos de la función cuidadora, el riesgo de descuido del cuidador, la depresión, el aislamiento y otros signos paralizantes.
- Conseguir que los participantes encuentren herramientas útiles para disminuir sus malestares, dificultades y conflictos.

Perfil de los candidatos:

- Personas de cualquier edad y género que sean cuidadores de personas dependientes de la zona adscrita al Centro de Salud X.

Duración: 8 sesiones con inicio el 19/10/2009

Frecuencia: Semanal

Lugar: Sala Ed. Sanitaria 1.ª planta

Horario: Lunes, de 16,30 a 18 h

Contenidos de las sesiones:

- A determinar por el propio grupo. Como temas posibles se sugieren los siguientes:
- La limitación personal del cuidador por la atención que presta.
- El aislamiento social y la pérdida de relaciones e intereses.
- Los duelos.
- La afectividad en las relaciones.

**Circuito de derivación:**

- Cada profesional del trabajo social sanitario identificará probables candidaturas en el marco de su consulta y en la atención individual y familiar. Además, los equipos médicos y de enfermería podrán derivar a la unidad de trabajo social sanitario informando del nombre de la persona, que será anotado en una hoja y se depositará en el casillero propio. Será el trabajador social sanitario, él o ella, quien haga el contacto posterior con la persona candidata y la entrevista de selección.

**Evaluación:**

- Asistencia y participación de los miembros del grupo.
- Test de Goldberg (ansiedad/depresión) antes y después de la intervención.
- Test de Zarit (sobrecarga del cuidador) antes y después de la intervención.
- Recogida básica de datos.
- Del trabajo de registro profesional (análisis de la parte técnica del grupo).



## Bibliografía

- Actis, L.** (2008). *Documentación del Taller de intervención grupal en el contexto de atención primaria*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- Alissi, A.S.** (2001). "The social group work tradition: Toward social Justice a Free Society". *Social Group Work Foundation Occasional Papers*. Paper 1.
- Arija, B.** (2012). "Acompañamiento con grupos en Trabajo Social. Un modelo interfocal para la comprensión y sistematización de la praxis". En: *Cuadernos de Trabajo Social* (vol. 25, núm. 2, pág. 427-438).
- Brown, A.** (1988). *Treball de grup*. Barcelona: Pòrtic.
- Brown, A.** (1998). *Treball de grup*. Barcelona: Frontissa.
- Coyle, G. L.** (1930). *Social process in organized groups*.
- Departament de Salut** (2013). *Programa Pacient expert Catalunya*. [Consultado el 12 de noviembre de 2019]. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/participacio/pacient\\_expert](http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/participacio/pacient_expert).
- Foulkes, S. H.** (1986). *Group analytic psychotherapy. Method and Principles*. Londres: Maresfield Library.
- Freire, P.** (1970). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- González Mestre, A.; Fabrellas Padrés, N.; Agramunt Perelló, M.; Rodríguez Pérez E.; Grifell Martín, E.** (2008). "De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente experto del Institut Català de la Salut". *Revista Innovación Sanitaria y Atención Integrada* (vol. 1, núm. 1, art. 3).
- Kisnerman, N.** (1969). *Servicio Social de grupo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Konopka, G.** (1968). *Trabajo Social de Grupo*. Madrid: Euroamérica.
- López Yarto, L.** (2004). *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Martinez, A.** (2018). "Repensar la intervención social con grupos: premisas y orientaciones para una práctica transformadora". *Cuadernos de Trabajo Social* (vol. 31, núm. 2, pág. 363-374).
- Richmond, M.** (1922). *What is the social case work?*. New York: Russell Sage.
- Roca, N.** (2004). "Método de Intervención y evaluación de la dinámica de grupos". En: Pérez Calvo, R. M.; Sáez Cárdenas, S. (coord.). *El grupo en la promoción y la educación para la salud* (pág. 69-98). Lleida: Milenio.
- Rodríguez, P.** (2018). "Capital social, capital comunitario y capital familiar en situaciones de crisis". En: Novellas, A.; Munuera, M. P.; Lluch, J.; Gómez-Batiste, X. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas*. Barcelona: Obra Social de La Caixa.
- Rodríguez, P.; Rocabayera, A.** (2004). "De lo individual a lo comunitario: un camino de ida y vuelta". Comunicación en congreso.
- Rossell, T.** (1998). "Trabajo Social de Grupo: grupos socioterapéuticos y grupos socioeducativos". En: *Cuadernos de trabajo social* (núm. 11, pág. 103-122). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Rossell, T.** (2014). "Mètode i modalitats del Treball Social de grup". En: *Revista de Treball Social* (núm. 201, pág. 9-22).
- Rossell, T.** (2018). "Trabajo social con grupos socioterapéuticos en la atención a personas con enfermedad avanzada y sus cuidadores". En: Novellas, A., Munuera, M.P, Lluch, J. Gómez-Batiste, X. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas* (pág. 215-227). Barcelona: Obra Social de La Caixa.
- Rossell, T.; Alegre, R.** (dic., 2012). "Aproximación a la práctica del trabajo social con grupos de personas usuarias de los servicios sociales en Catalunya". *Revista de Treball Social* (núm. 197, pág. 137-142). Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. ISSN 0212-7210.

**Rossell, T.; Alegre, R.** (2013). "Trabajo social con grupos de personas usuarias de los servicios de bienestar social". En: *Trabajo Social y Salud* (núm. 75, pág. 67-94).

**Tannenbaum, N.; Reisch, M.** (2001). "From charitable Volunteers to Architects of social Welfare: A Brief History of Social Work". *Ongoing Magazine* (pág. 6-11). [Consultado el 16 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://ssw.umich.edu/about/history/brief-history-of-social-work>.

**Torras de Beà, E.** (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

**Valero, J. F.** (2012). *El trabajo social y sus instrumentos*. Valencia: Nau Llibres.

**Vinogradov, S.; Yalom, I. D.** (1996). *Guía Breve en psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

**Wei, Y. S.; Chu, H.; Chen, C. H.; Hsueh, Y. J.; Chang, Y. S.; Chang, LI.; Chou, K. R.** (junio, 2012). "Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical-psychological health and social support". *J Clin Nurs. Jun* (vol. 21, núms. 11-12, pág. 1666-77).

**Zamanillo, T.** (2008). *Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana*. Madrid: Síntesis.