

Métodos de grupo en personas afectadas y familias

Josefa Rodríguez Molinet

PID_00206360

Índice

1. La atención grupal en atención primaria de salud.....	5
1.1. Tipos de grupo	7
1.2. Tipos de grupos gestionados por los trabajadores sociales en atención primaria de salud	9
1.3. Grupos socioterapéuticos o psicosociales	10
1.3.1. Indicaciones/contraindicaciones	12
1.3.2. La composición del grupo	13
1.3.3. Duración y frecuencia del grupo	14
1.3.4. Selección de candidatos	14
1.3.5. Evaluación	15
1.3.6. Contenido y desarrollo de las sesiones	16
1.3.7. Lugar	18
1.3.8. Grupo abierto o grupo cerrado	18
1.3.9. El nombre del grupo	19
1.3.10. Conducción única o compartida	19
1.3.11. La presentación a los directivos y a los equipos de salud	20
Bibliografía.....	25

1. La atención grupal en atención primaria de salud

Si en un ámbito de trabajo es posible crear gran cantidad de grupos y actividades grupales, ese es sin duda la atención primaria de salud.

La variedad de los problemas de salud y la amplitud de 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 para cuantos padezcan algún tipo de enfermedad crónica: diabéticos, hipertensos, enfermos diagnosticados de fibromialgia, de demencia, de esclerosis, personas que han sufrido un ictus... y por qué no, también para sus familiares, cuidadores de pacientes dependientes, de niños diabéticos, de niños disminuidos, de familiares de enfermos mentales...; 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 caminadores...; se pueden considerar situaciones sociales especiales, como los grupos de personas que viven solas, grupos de duelo, de adolescentes embarazadas, de padres y madres de niños con discapacidad, 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.

En este apartado desglosaremos cada uno de esos tipos de grupos y veremos cuáles serán sus objetivos, sus contenidos y los conocimientos y habilidades que se requieren para poder mantenerlos. También nos adentraremos en qué tipo de estrategias debemos llevar a cabo en los centros para diseñarlos, ofrecerlos a los directivos, cómo sensibilizar al equipo de profesionales para que efectúen las derivaciones, cómo estructurarlos, cómo conducirlos e incluso cómo evaluarlos.

Todos los grupos enunciados anteriormente requieren de la intervención profesional de un trabajador social sanitario, en mayor o menor grado. Esto es, o bien el trabajador social asumirá una función en el diseño y la estructuración en conjunto con otras disciplinas, o bien llevará el grupo por sí solo. Eso tendrá que ver con el tipo de grupo que estemos formando.

Este planteamiento sitúa al trabajador social como aquel miembro del equipo que ha recibido mayor formación académica en torno a este tema y el que mejor conoce –salvo excepciones particulares– el funcionamiento de las redes sociales y el modo de favorecer experiencias vinculativas.

Probablemente ninguno de los profesionales médicos o enfermeras con los que compartimos equipo han recibido tanta formación al respecto, pero a pesar de ello, difícilmente la formación recibida resulta suficiente, sino que requiere del profesional un esfuerzo de formación continua, que permita ampliar experiencias, revisar metodología, ampliar técnicas y mantener viva la conexión entre teoría y práctica.

Por otra parte, el hecho de que los trabajadores sociales seamos "ejemplares únicos" en los centros de salud nos aporta alguna dificultad. El hecho de no tener un "igual", otro trabajador social con el que compartir experiencias, hace que nos reprimamos o tengamos más a flor de piel nuestros temores o no nos creamos lo suficientemente capacitados como para llevar a cabo un grupo nosotros solos.

Cabe añadir que existe una limitación real y esta es la de tener que asumir la atención individual, familiar, comunitaria y grupal de toda un área territorial, con la sobrecarga que eso conlleva. No obstante, cabe hacer algunas reflexiones al respecto:

La preeminencia de la atención individual y familiar en atención primaria de salud no tiene parangón con respecto a la grupal y comunitaria. Como causa y consecuencia del mismo hecho, se observa que la formación de los profesionales en el método de grupo es más deficiente con respecto a otros métodos.

Los servicios públicos tienen además la obligación y la responsabilidad social de ofrecer atención de calidad, efectiva y coste eficiente, por lo que el método grupal puede adaptarse bien a esos requisitos. En la sección dedicada a la evaluación tendremos ocasión de poder comentar algunas publicaciones que responden en términos de evidencia científica a este tema, aunque "lo que se dice evidente" sea susceptible también de controversia.

Hay que indicar también, antes de seguir avanzando, que si bien el grupo ofrece una posibilidad de intervención rápida y efectiva en la mayor parte de los casos, no es esa la única motivación para formarlos, el grupo, como veremos, tiene unas indicaciones concretas.

Finalmente, y antes de entrar en materia, quisiera hacer un aviso para navegantes: ¡No vale decir que no tenemos tiempo para hacer grupos!

Si verdaderamente los grupos constituyen un método efectivo para el abordaje de determinados problemas de salud y situaciones psicosociales especiales, quizás los profesionales tengamos que plantearnos qué dejamos de hacer para poder hacer. Y quizás eso implica dejar de hacer tareas que no nos corresponden y que colapsan buena parte de la atención en consulta, para poder hacer trabajo social sanitario, en este caso con grupos.

1.1. Tipos de grupo

Natalio Kisnerman y Gisela Konopka 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 la actualidad, en los centros de atención primaria catalanes, optamos de forma clara por la tipología que se acordó según Rossell en las IV Jornadas de Trabajo Social y Salud que tuvieron lugar en Bilbao en 1995:

1) **Grupos socioterapéuticos o psicosociales.** También se encuentran en la literatura como grupos psicosociales. Actis denomina así a 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 y la intervención socioterapéutica va dirigida a mejorar las vivencias y la participación social de las personas (por ejemplo, grupos de padres con dificultades específicas, personas con enfermedades crónicas, grupos de cuidadores, grupos de personas que viven solas...).

2) **Grupos socioeducativos.** Pretenden que los integrantes del grupo adquieran hábitos, habilidades, comportamientos y funciones que no forman parte del repertorio comportamental de las personas.

Suelen iniciarse por medio de actividades concretas que pueden generar un vínculo suficiente para conducir el grupo hacia una reflexión. Como ejemplo tenemos grupos de diabéticos, de hipertensos, de fibromialgia, etc.

3) **Grupos de acción social.** Su sentido es el de apoyar el funcionamiento social de grupos de personas a nivel vecinal y comunitario. Dentro de esta estrategia de apoyo, también pueden plantearse grupos de actividades lúdicas o talleres de diversos temas para fortalecer nexos y aumentar la vinculación de las personas con el entorno.

Referencias bibliográficas

- N. Kisnerman (1969). *Servicio Social de grupo*. Buenos Aires: Humanitas.
- G. Konopka (1968). *Trabajo Social de Grupo*. Madrid: Euroamérica.
- T. Rossell (1998). *Trabajo Social de Grupo: grupos socioterapéuticos y grupos socioeducativos*. Cuadernos de trabajo social (núm.11, pág 103-122). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- L. Actis (2008). *Documentación del Taller de intervención grupal en el contexto de atención primaria*. Barcelona.

4) Grupos de ayuda mutua. Son grupos de apoyo para compartir experiencias o superar situaciones que afectan a las personas durante un prolongado 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 solo si lo precisan, una especie de tutoría.

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 cierta estructura y dar paso a una asociación, pero en ese caso, si el grupo como tal no se mantiene en sus objetivos primeros, desaparece y se convierte en una asociación.

El grupo de ayuda mutua es –para entendernos– casi un grupo natural. De hecho cuando un GAM se crea, a menudo no tienen ni sede o lugar donde reunirse, pueden hacerlo en un local cedido por alguna institución, en el centro de salud... o incluso en un domicilio particular.

En un artículo que os recomiendo, publicado recientemente por Teresa Rossell y Rosa Alegre, con relación a un estudio sobre los grupos que desarrollan en Cataluña los trabajadores sociales colegiados, aportan otra clasificación:

- Grupos de formación
- Grupos de información
- Grupos de prevención
- Grupos de tratamiento socioterapéuticos
- Grupos de tratamiento socioeducativos
- Grupos de integración social
- Grupos de ayuda mutua
- Grupos de participación comunitaria

Ambas clasificaciones se ajustan bien a los contenidos del trabajo social sanitario, pero por su presencia creciente en atención primaria de salud, sugiero añadir dos categorías más: las actividades grupales y el paciente experto.

1) Actividades grupales. No sería ya un tipo de grupo concreto, sino aquellas iniciativas que como trabajadores sociales promovemos a menudo y que tienen carácter grupal.

Me refiero a la organización de reuniones o grupos informativos sobre recursos, o sobre la ley de la dependencia, o jornadas, encuentros, grupos de sensibilización con ocasión de la celebración de un día mundial de una enfermedad concreta, etc.

Ejemplos

Grupos de autoayuda de enfermedades crónicas.

Referencia bibliográfica

T. Rossell; R. Alegre (dici., 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.

2) **El paciente experto.** El Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut tiene como finalidad mejorar la comprensión de la enfermedad crónica por parte 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 cambio de hábitos que mejoren su calidad de vida y la convivencia con la enfermedad. En este tipo de grupo, los profesionales actúan únicamente como observadores y asesores del paciente experto fuera del grupo.

1.2. Tipos de grupos gestionados por los trabajadores sociales en atención primaria de salud

Veamos a continuación todos los grupos expuestos junto con nuestra implicación profesional, distinta en cada caso:

- En los grupos socioterapéuticos, el trabajador social se asume desde el diseño hasta la conducción y evaluación del grupo.
- En los grupos socioeducativos solemos participar en el diseño y contribuir en los contenidos, así como en la evaluación, pero en general, por la especificidad sanitaria de los grupos, acostumbramos a compartirlos con otros profesionales de la medicina o la enfermería.
- En los grupos de acción social, nuestra labor pasa por vincular a las personas a las que atendemos con esos grupos y proporcionar la colaboración que se estime en el entorno comunitario.
- En los grupos de ayuda mutua, favorecemos la creación de grupos nuevos en nuestro entorno o vinculamos a nuestros clientes a otros existentes.
- En las actividades grupales organizamos múltiples actos, grupos, reuniones, solos o en colaboración con otros profesionales, aunque sean de otras disciplinas, y del propio equipo o profesionales de servicios externos.
- Y, finalmente, en los grupos de Paciente Experto del Institut Català de la Salut, nuestro papel es el que cumple cualquier profesional que se incorpore en este tipo de grupo, es decir, el de observador, y el que asumirá en un espacio diferenciado una función de soporte al paciente experto que dirige el grupo.

De ahora en adelante hablaremos del tipo de grupo que centra nuestra mayor actividad y para los que se requiere mejor manejo del diseño y de la técnica, me refiero a los grupos socioterapéuticos.

Referencia bibliográfica

A. González Mestre; N. Fabrellas Padrés; M. Agramunt Perelló; E. Rodríguez Pérez; E. Grifell Martín (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). Disponible en: <http://pub,bsalut.net/risai/vol1/iss/3>

No obstante, cabe insistir una vez más en el importante papel de la atención primaria de salud en la promoción de vínculos, en la posibilidad de poner en contacto a unos y otros, con situaciones similares que pueden resultar de ayuda para todos.

Pensad por un momento en lo difícil que puede resultar hacer una dieta o ir a caminar, hacer ejercicio, si se hace en soledad, si no se tiene con quién compartir esos progresos, esos obstáculos.

Quizás la frase que mejor resume la idea a transmitir es la siguiente: "la atención grupal y la atención comunitaria empiezan en la atención individual, solo, siempre y cuando el profesional las tenga en su cabeza".

Un consejo

Haced diferentes carpetas en el escritorio de vuestro ordenador, una para pacientes de fibromialgia, otra de demencias, otra de cuidadores, otra de personas solas... y a medida que vayáis atendiendo a personas individualmente, si creéis que esa persona se podría beneficiar de un grupo, anotad su nombre en la carpeta correspondiente, quizás pase el tiempo y no hagáis nada con todas ellas, pero podría ocurrir que un día os lanzarais a hacerlo, de ese modo ya tendríais una primera selección de candidatos 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.

1.3. Grupos socioterapéuticos o psicosociales

En cuanto a los objetivos de los grupos socioterapéuticos o psicosociales, Brown es uno de los autores que más los concreta para estos tipos de grupos:

- 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 define tres grandes tipos de objetivos:

- La restauración de relaciones sociales.

Referencia bibliográfica

A. Brown (1998). *Treball de grup*. Barcelona: Frontissa.

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

Finalmente, Rossell nos recuerda que los objetivos del grupo deben responder a un área de necesidades común entre los miembros y deben ser identificados por el profesional y los propios miembros.

Con relación a las características de los grupos socioterapéuticos o psicosociales, Actis expone de modo muy esclarecedor algunas características básicas de este tipo de grupos, a los que, insisto, ella denomina como psicosociales:

- Son grupos convocados por el profesional para crear un ambiente acogedor que favorezca vinculaciones óptimas de confianza.
- Están 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 con apoyo emocional.
- Aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés con mayor sensación de control, la autorresponsabilidad y las competencias personales.
- 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 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.

Referencia bibliográfica

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

- Favorece la capacidad de movilización, ya que promueve el diálogo y, por medio de los diferentes integrantes, que aparezcan elementos de contención.

A continuación veamos algunos aspectos de los grupos socioterapéuticos:

1) Cuando proponemos formar un grupo socioterapéutico. Si la persona atraviesa una crisis o sufre un problema que ha dañado y afectado a su red natural y lo deja en situación de aislamiento emocional o social, o cuando esta red es insuficiente o inadecuada para proveer el apoyo necesario para afrontar esa nueva situación.

Ejemplo

Enfermedad invalidante/crónica.

2) Cuando hay que trabajar roles y creencias sociales que funcionan como estereotipos/mitos que se cumplen.

Ejemplo

Prostitución/racismo /disminución.

3) Cuando hay dificultad para establecer redes sociales.

Ejemplo

Indigentes/solos. Cabe tener en cuenta que estos colectivos son más difíciles de conducir.

El profesional se configura como una persona que conduce y regula el grupo, apoya a cada miembro para que ellos se apoyen entre sí, el profesional no es omnisciente, no es un experto en todo.

1.3.1. Indicaciones/contraindicaciones

La indicación del grupo no depende del diagnóstico médico; personas con patologías variadas pueden beneficiarse de esta técnica, pero la decisión de aconsejarles un grupo pasa por otras coordenadas.

A menudo consideramos que una modalidad técnica es la de elección cuando, siendo viable, la priorizamos entre otras modalidades válidas a nuestro alcance.

La indicación de grupo depende de que consideremos que la experiencia de grupo pueda mejorar a la persona y que a su vez 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 por ende, a todos sus integrantes.

Cuanta más experiencia en tratamiento de grupos tienen los trabajadores sociales y los terapeutas en general, más indicaciones de grupo llevan a cabo, y más perfilan a sus integrantes.

Foulkes dice que:

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

S. H. Foukes (1986). *Group analytic psychotherapy. Method and Principles*. Londres: Maresfield Library.

Tal afirmación parece casi una broma, pero cabe entenderla en tanto que las personas somos seres sociales y relacionales y, como hemos dicho 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 también una 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 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 el paciente. En esta opción se aconseja el grupo a todos los que pueden beneficiarse de él, aunque los resultados sean más modestos.

1.3.2. La composición del grupo

Tiene mucha importancia, se tienen en cuenta tanto las características de cada miembro como las del conjunto. El grupo debe mantener un cierto equilibrio, si es demasiado uniforme puede resultar monótono. Brown insiste en la importancia de la diversidad de estilos de vida de los integrantes.

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

En cuanto al número de participantes, normalmente es aconsejable trabajar con grupos de entre seis y doce personas. No obstante, de inicio conviene partir de un grupo más amplio ya que pudieran darse deserciones que pusieran en peligro la continuidad del grupo si fuera demasiado reducido.

No debe ser ni tan pequeño que no haya casi con quién identificarse, ni tan grande que no se puede dirigir la atención del conjunto y puedan crearse subgrupos difíciles de controlar.

1.3.3. Duración y frecuencia del grupo

La duración de los grupos va íntimamente ligada a los objetivos que pretenden conseguirse. Podemos encontrar desde grupos de cuatro o cinco sesiones a grupos de cuarenta sesiones, que duran desde un mes hasta un año.

El contexto de la atención primaria de salud condiciona claramente que este tipo de grupo tenga una duración más corta, ya que los profesionales tenemos gran conciencia en distribuir el tiempo profesional con equidad. De ahí que los grupos que acostumbramos a plantear sean de entre ocho y doce sesiones, y se extiendan por periodos aproximados de tres meses.

Si pasado este tiempo consideramos que las personas integrantes del grupo precisan más atención, las dirigimos hacia otros dispositivos asistenciales o sociales en los que encontrar continuidad o se redirigen hacia otros métodos terapéuticos.

No obstante, tenemos también experiencias de grupos muy satisfactorias de un año de duración, que permiten un trabajo socioterapéutico más profundo, pero como ya hemos dicho, son menos frecuentes en nuestro medio.

Por lo que respecta a la frecuencia, acostumbra a ser de carácter semanal.

1.3.4. Selección de candidatos

Se proponen a continuación dos métodos para seleccionar a los candidatos:

- Los integrantes son seleccionados por el propio trabajador social en el contexto de la atención individual y familiar. Es el método más seguro, ya que el trabajador social 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 profesionales.
- Los integrantes son derivados por otros profesionales, médicos y enfermeras. 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 hojas de interconsulta, de derivación, de inscripción en una agenda de grupo...

También se puede optar por un método mixto, es decir, seleccionando clientes procedentes de los dos métodos sugeridos anteriormente. En cualquier caso, todos los candidatos deben estar bien informados sobre el sentido del grupo para poder tomar una decisión. Cabe decir, no obstante, que rara vez los profesionales solemos transmitir con absoluta claridad qué es un grupo y qué po-

demos conseguir con él, de modo que a menudo los candidatos aceptan participar, aceptando la indicación del profesional, porque este les transmite que es bueno para él y que se lo recomienda porque cree que puede ayudarle.

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, y por tanto, si puede darse 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 es rara la persona que después de haberlo iniciado decide suspenderlo, y si este efecto se da, acostumbra a ser porque el perfil no era del todo adecuado.

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 inapropiado, 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 médicos y enfermeras, conocedores del grupo y del perfil, nos faciliten el nombre del candidato en una interconsulta u hoja de derivación y seamos nosotros quienes, con una entrevista previa, hagamos la valoración.

En estas entrevistas previas hay que valorar los siguientes aspectos:

- La predisposición y capacidad de la persona para compartir con otros 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 el cliente no cumple el perfil adecuado para el grupo, el profesional debe informarle de esta situación en lo que podríamos llamar una entrevista devolutiva y proponerle otro 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.

1.3.5. Evaluación

No cabe duda de que la evaluación es una fase del proceso metodológico ineludible.

El diseño del grupo debe contemplar cómo se llevará a cabo y sobre qué base.

Se puede decidir hacer un análisis de la evolución de cada uno de los miembros, en tanto si ha mejorado o no, y establecer en qué indicadores nos basaremos para medir semejante afirmación. Se tratará de una valoración cualitativa y subjetiva, nos fijaremos si ha bajado el consumo de psicofármacos, si ha disminuido su frecuentación, las sesiones en las que ha participado activamente y cuál ha sido su progresión...

Cada grupo permite establecer unos indicadores u otros en función de la situación y de los objetivos a tratar. Pueden ayudarnos diferentes instrumentos, tests y escalas validadas, en las que podemos encontrar mediciones de utilidad y que incluso pueden plantearse en un momento pregrupo (entrevista inicial a candidatos) y postgrupo (una vez finalizadas las sesiones para hallar diferencias antes y después de la intervención). También puede evaluarse el grupo en función de si se han conseguido o no los objetivos planteados y analizar los resultados del proceso metodológico empleado. Roca Cortés sugiere algunos indicadores que observar en la evolución 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 en la intimidad.

Recientemente, la prestigiosa revista *Journal of clinical nursing* publicó un artículo donde se ponía en evidencia la eficacia de los grupos de soporte para promover tanto la salud física y mental de los cuidadores, como su soporte social, No obstante, decía, en la demencia, las reuniones familiares estructuradas con el objetivo de resolver problemas y movilizar redes familiares no eran útiles para retrasar la institucionalización de pacientes.

Afirmaciones de este tipo son fruto de la evaluación, de estudios, de ensayos clínicos, algo necesario y en lo que los trabajadores sociales vamos entrando con demora.

Esta práctica, más frecuente en las ciencias de la salud, hace que proliferen en revistas prestigiosas más artículos de médicos y enfermeras sobre apoyo social y redes familiares que de trabajadores sociales.

No obstante, cabe mencionar con cierta esperanza que los trabajos de grado que deberán hacer nuestros estudiantes de trabajo social para graduarse o las tesis doctorales contribuirán ampliamente en este terreno.

1.3.6. 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,

Referencia bibliográfica

N. Roca Cortés (2004). Método de Intervención y evaluación de la dinámica de grupos En: R. M. Pérez Calvo; S. Saés Cárdenas (coord.). *El grupo en la promoción y la educación para la salud* (pág. 69-98). Lérida: Milenio.

Referencia bibliográfica

Y. S. Wei; H. Chu; C. Chen; Y. J. Hsueh; Y. S. Chang; L. Chang; K. R. Chou (junio, 2012). "Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical-psychological health and social support". *Journal of clinical nursing*. Department of Nursing, Armed Forces Bei-Tou Hospital and Graduate Institute of Nursing, College of Nursing, Taipei Medical University. Taipei, Taiwán.

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 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.

1.3.7. 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.

1.3.8. Grupo abierto o grupo cerrado

Este tipo de grupo hace aconsejable que no sea abierto, ya que la incorporación continua de nuevos miembros dificultaría el trabajo y la evolución del grupo. Resulta más cómodo trabajar con 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.

1.3.9. 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.

1.3.10. 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.

1.3.11. 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 trabajadores sociales 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 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 uno de los profesionales que derivan, 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 enfermos y/o familiares.

Ficha de trabajo social sanitario con grupos de enfermos 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:

- El TS identificará probables candidatos en el marco de su consulta y en la atención individual y familiar. Además, los médicos y enfermeras podrán derivar a TS informando del nombre de la persona, que será anotado en una hoja y se depositará en el casillero del trabajador social. Será el TS quien haga el contacto posterior con la persona candidata y la entrevista de selección.

Evaluación:

- Asistencia y participación de los integrantes 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 los profesionales (análisis de la parte técnica del grupo).

Modelo de ficha de grupo

Nombre del grupo: "Y"

Tipo de Grupo: SOCIOTERAPÉUTICO

Abierto
Cerrado
Mixto

Objetivos:

General:

Aumentar la comprensión de la enfermedad del ictus y favorecer la adaptación a la nueva situación.

Específicos:

- Ofrecer a las personas que han sufrido un ictus la posibilidad de compartir la experiencia vital.
- Compartir la información de que disponen los diferentes miembros y aclarar las dudas e interrogantes con relación a la enfermedad y el tratamiento.
- Conseguir información en torno a las ayudas sociales de que se puede disponer.
- Crear un clima de confianza, escucha y participación activa que permita el trabajo grupal a nivel emocional, cognitivo y socioafectivo con fines preventivos y potenciadores del bienestar.
- Compartir las ansiedades y temores frente a las secuelas y las adaptaciones que requieren, tanto personales como familiares y del entorno.

Perfil de los candidatos:

- Personas que han sufrido un episodio de ictus en los tres meses anteriores a la realización del grupo, de la zona adscrita al Centro de Salud X y cuyas secuelas no dificultan ni la capacidad de expresión (afasia) ni la movilidad, en un grado que impida los desplazamientos.

Duración: 8 sesiones con inicio el 14/09/2009

Frecuencia: Semanal

Lugar: Sala Ed. Sanitaria 1.ª planta

Contenidos de las sesiones:

- A determinar por el propio grupo. Como temas posibles se sugieren los siguientes:
- El impacto de la enfermedad y las secuelas.
- El miedo a la repetición y a la dependencia.

- Información de la enfermedad y los tratamientos anticoagulantes. Los tratamientos rehabilitadores.
- Las ayudas sociales y las adaptaciones a los cambios.

Circuito de derivación:

- Los pacientes serán derivados por los médicos de familia y las enfermeras de los equipos.
- Puede establecerse también con el neurólogo de zona y con servicios de neurología, y de urgencias hospitalarios en función de las posibilidades.
- Siempre será necesaria una entrevista previa por parte del TS para corroborar el perfil e identificar posibles contraindicaciones.

Evaluación:

- Asistencia y participación de los integrantes del grupo.
- Recogida básica de datos.
- Test de Goldberg (ansiedad/depresión) antes y después de la intervención de los cambios individuales y grupales.

Bibliografía

Actis, L. (2008). *Documentación del Taller de intervención grupal en el contexto de atención primaria*. Barcelona.

Brown, A. (1998). *Treball de grup*. Barcelona: Frontissa.

Foulkes, S. H. (1986). *Group analytic psychotherapy. Method and Principles*. Londres: Maresfield Library.

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). Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss/3>

Kisnerman, N. (1969). *Servicio Social de grupo*. Buenos Aires: Humanitas.

Konopka, G. (1968). *Trabajo Social de Grupo*. Madrid: Euroamérica.

Roca Cortes, N. (2004). "Método de Intervención y evaluación de la dinámica de grupos" En: R. M. Pérez Calvo; S. Saés Cárdenas (coord.). *El grupo en la promoción y la educación para la salud* (pág. 69-98). Lleida: Milenio.

Rossell, T. (1998). "Trabajo Social de Grupo: grupos socioterapéuticos y grupos socioeducativos". *Cuadernos de trabajo social* (núm. 11, pág. 103-122). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

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.

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

Wei, Y. S.; Chu, H.; Chen, C. H.; Hsueh, Y. J.; Chang, Y. S.; Chang, L.I.; 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).

