

5. PSICOTERAPIA DE GRUPO

5.1- Definición de grupo

Existen múltiples definiciones de grupo, dependiendo de la perspectiva desde la cual se construye la definición. Desde una perspectiva psicosociológica, los grupos son comprendidos como complejos sistemas sociales, en los que múltiples variables cambian simultáneamente. Desde esta visión, el grupo, básicamente, es definido como la reunión de individuos que interactúan en determinadas condiciones, existiendo un sentimiento y/o propósito común y una conciencia de pertenencia, lo cual se experimenta en el surgimiento del sentimiento del "nosotros". (Speier, 1984; Hansen y cols, 1981).

La formación de grupos y el funcionamiento del individuo en ellos, tienen importancia fundamental en el desarrollo del sí mismo, debido a que al participar el individuo en grupos se desarrolla un proceso psicológico fundamental, el proceso de socialización. En este proceso, el individuo desarrolla la capacidad para funcionar en grupos, a través de la adquisición de normas, roles y pautas generales, que permiten la adaptación social. De esta forma, en la interrelación social, el ser humano logra desarrollarse como individuo, a través del contacto con el otro, pero no por el otro, es decir, en la relación con otros puede reconocer sus propias características personales, posibilitando así la individuación y la diferenciación con otros (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Hansen y cols. 1981).

En este sentido, el contacto con otros y el sentimiento de pertenencia surgen como necesidades esenciales para el individuo. Esta naturaleza social del hombre fundamenta y posibilita la formación de grupos. (Speier, 1984).

5.2- Definición de psicoterapia de grupo en niños

La psicoterapia grupal se define como un método científicamente fundamentado de tratamiento de pacientes en grupo, es un proceso orientado al cambio, que utiliza medios psicológicos dentro del contexto de una relación profesional. Implica un conjunto de procedimientos ideados para solucionar en grupo los problemas emocionales de sus integrantes, mediante la incorporación de recursos psicoterapéuticos (Feixas y Miró, 1993; Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Corey y Corey, 1982).

En general, las psicoterapias de grupo tienen como objetivo la modificación de la personalidad, buscando la identificación y solución de los conflictos individuales más profundos, utilizando para esto, la influencia de la experiencia grupal sobre el proceso de psicoterapia. En el caso de la psicoterapia de grupo infantil, ésta tiene la finalidad de la maduración y equilibrio del individuo en la interrelación grupal, centrándose principalmente en el proceso natural de interacción con pares (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984).

De esta forma, el proceso psicoterapéutico en el grupo no se produce de igual manera que en la psicoterapia individual. Si bien, ocurren procesos propios de la

psicoterapia en general, tales como la disminución de la ansiedad, la catarsis de sentimientos conflictivos, el enriquecimiento emocional y el desarrollo del sí mismo, éstos se desarrollan en el grupo y a través del grupo. Existe entonces en la psicoterapia de grupo una interacción recíproca, de modo que los factores de la interrelación grupal están modificados por el proceso terapéutico y vice-versa, de tal forma que el proceso nunca es el mismo que en la psicoterapia individual (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984).

En este sentido, en la psicoterapia grupal en niños/as la interrelación con pares cumple un rol fundamental en el desarrollo de los procesos psicológicos propios de la etapa evolutiva, favoreciendo el proceso de socialización y el desarrollo del sí mismo. En el contexto grupal, las conductas y valores sociales de los pares, presentan una relevancia fundamental para el niño/a, produciéndose un intercambio que posibilita la percepción de los problemas y actitudes desde distintos puntos de vistas. De esta forma, se produce un cambio interno en el niño/a, siendo el juicio y la conducta individual modificados por la conducta o juicio de otros, lo que favorece la elaboración de soluciones positivas y maduras a los problemas y un cambio de las actitudes inadecuadas (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984, Papalia y Wendkos, 1997).

Además de esto, en la psicoterapia de grupo el proceso de individuación y diferenciación también se ven favorecidos, en tanto en la interrelación dinámica con otros, el individuo logra percibirse a sí mismo más claramente, lo cual a su vez posibilita el desarrollo de la capacidad de convivencia con otros en un mismo plano de igualdad. De esta forma, la interrelación entre los miembros del grupo favorece el proceso psicoterapéutico, en tanto facilita que los integrantes puedan conocerse mejor, favoreciendo el desarrollo del sí mismo y la construcción de una identidad integrada (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984)

Un proceso fundamental, propio de la psicoterapia grupal, que no se da en la psicoterapia individual, debido a que surge de y en la interrelación grupal, es la experiencia de compartir con otros vivencias comunes. Este aspecto, tiene particular importancia en la psicoterapia de grupo, porque ofrece la posibilidad de la vivencia de la *generalidad o universalidad*, permitiendo que, por ejemplo, ansiedades ligadas a sentimientos de culpa, inferioridad, etc., que no han sido reconocidas o han sido mantenidas en secreto, se alivien rápidamente al ser vivenciadas como comunes y compartidas por otros. En este sentimiento de vivencia común se origina la cohesión grupal. *“No es por identificación con el otro, sino que, por descubrir a sí mismo en el otro, por encontrar en él los mismos sentimientos, los mismos problemas, es posible el sentimiento de unión en el grupo”* (Speier, 1984, pág 53).

5.3- Factores terapéuticos en el trabajo grupal

En general, los desarrollos teóricos sobre la psicoterapia grupal (Corey y Corey, 1982; Spier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Hansen y cols., 1981; Yalom, 1986; Dies, 1995) han conceptualizado diversos factores que operan dentro del proceso de psicoterapia de grupo, los cuales influyen en los cambios terapéuticos de sus integrantes.

Los diversos autores, coinciden en la constatación de que no existen mecanismos universales para el cambio, sino más bien una serie de dimensiones clave que operan a través de los ambientes clínicos, las composiciones diagnósticas y las formas de terapia de grupo (Dies, 1995).

Dentro de los factores terapéuticos que operan en los grupos, podemos distinguir factores individuales y relacionales, éstos últimos se refieren tanto a factores de la relación del terapeuta con los integrantes del grupo como a factores de la relación entre los propios miembros. Estos factores, intervienen de manera interrelacionada en el proceso grupal, incidiendo en la posibilidad de generar cambios terapéuticos.

En cuanto a los factores individuales, tanto Corey y Corey (1982) como Glasserman y Sirlin (1984) plantean que ciertas características personales y la disposición del individuo hacia el proceso psicoterapéutico intervienen en los cambios. Dentro de las características personales, en el contexto de grupo, resultan relevantes las habilidades interpersonales y la capacidad de intercambio con pares que presentan los individuos, en tanto posibilitan el establecimiento de vínculos afectivos y de pertenencia dentro del grupo. Así también, el sentimiento del propio poder y la confianza en los propios recursos personales para producir cambios en la propia vida, influyen en la manera o disposición con que el individuo enfrenta un proceso psicoterapéutico, posibilitando que el individuo pueda experimentar nuevas conductas en el grupo.

También, en la disposición del individuo hacia la terapia, influyen la motivación al cambio que posea el sujeto y su disposición a expresar aspectos personales en el grupo, lo que influye en el cambio terapéutico, en tanto posibilita que el individuo comparta su experiencia con otros, permitiendo el abordaje y tratamiento de sus conflictos. En este sentido, se ha encontrado que los pacientes dispuestos a revelarse a sí mismos son los que están en mayor probabilidad de beneficiarse del tratamiento de grupo (Morran, 1982 en Dies, 1995)

Con respecto a los factores relacionales, la relación con el terapeuta favorece el cambio terapéutico, debido a que posibilita que el niño/a pueda vivir una experiencia de relación interpersonal con un adulto permisivo y aceptador, lo cual se constituye en un modelo de relación más sana. Esta relación, es en sí misma una experiencia emocional enriquecedora, que favorece el reestablecimiento del equilibrio afectivo y el proceso de desarrollo del sí mismo (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984).

Si bien, la calidad de la relación es crucial, la terapia necesita algo más que una relación afectuosa y sincera con el paciente, siendo lo fundamental de la relación el establecer condiciones favorables para que se inicien otros procesos (Yalom, 1986).

En este sentido, las investigaciones sobre psicoterapia de grupo (Dies, 1995; Yalom, 1986), han encontrado que dentro de los factores terapéuticos más importantes destacan los procesos interpersonales únicos para la terapia de grupo, que no necesariamente incluyen interacciones directas entre paciente y terapeuta. Aunque ciertamente, los terapeutas son instrumentales para facilitar el desarrollo de una atmósfera abierta y de apoyo dentro del

grupo, es la interacción entre los propios miembros lo que constituye el mecanismo más directo de cambio en el proceso terapéutico.

Con respecto a los factores terapéuticos de la relación entre los niños/as, es la calidad de las relaciones y ciertas interacciones críticas miembro a miembro lo que se considera como más útil dentro del proceso grupal (Dies, 1988 en Dies, 1995). En este sentido, es de vital importancia para el cambio terapéutico la confrontación y la retroalimentación entregada por los compañeros/as, siendo esenciales la aceptación y empatía que exista entre los integrantes del grupo, así como los sentimientos de cooperación y protección que se desarrollan al interior de éste (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Corey y Corey 1982).

Es relevante señalar, que la retroalimentación es considerada como la dimensión más importante del trabajo interpersonal dentro de la psicoterapia de grupo (Yalom, 1986), siendo descrita por Rothke (1989) como un proceso central de comunicación, en el que los pacientes comparten sus sentimientos y percepciones acerca de la conducta del otro. Este autor, plantea que *"la importancia de la retroalimentación interpersonal se basa en su utilidad para etiquetar y reducir las conductas disfuncionales, y en su facilitación del insight acerca de la manera en que la propia conducta afecta a los otros, de la voluntad para asumir mayor responsabilidad acerca de las propias acciones y de la mayor comodidad para tomar riesgos interpersonales"* (Rothke, 1989 en Dies, 1995 pág 495). Estos elementos, permiten el cambio terapéutico al fortalecer la diferenciación progresiva de los sujetos, favoreciendo el proceso de individuación y la aceptación, tanto de sí mismo como de los otros.

En este sentido, otro factor terapéutico relevante en el grupo es el intercambio entre individuos pasivos y activos, ya que se observa por un lado la moderación de los individuos con rasgos excesivamente dominantes y, por otro, la capacidad de autoafirmación y desarrollo de seguridad interior de los más débiles, produciéndose una modificación de las personalidades a través del contacto alternante con otras de rasgos opuestos (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984).

Finalmente, respecto a la relación entre los niños/as, es fundamental tanto para el proceso como para el resultado de la terapia grupal, una propiedad básica de los grupos: la cohesión que exista entre sus integrantes (Yalom, 1986).

Según Yalom (1986), por lo general se está de acuerdo en que los grupos difieren unos de otros en el grado en que muestran una actitud de agrupamiento. Así, los grupos que tienen un gran sentido de solidaridad o que afirman "nosotros" somos el grupo, valoran más al mismo y lo defienden de las amenazas internas y externas, de tal modo que la cohesión se manifiesta inicialmente a través del apoyo, la aceptación y el aliento a la asistencia de parte del grupo. Desde este marco, Yalom define la cohesión ampliamente como *"el resultado de todas las fuerzas que actúan en todos los miembros para permanecer en el grupo"*, en otros términos señala *"es la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros"* (1986, página 63).

Desde una perspectiva clínica, no existe duda de que la evidencia empírica favorece en gran medida los esfuerzos por establecer lazos positivos entre los miembros del grupo para mejorar tanto el proceso como el resultado de la terapia grupal. Esto, debido a que se considera que la cohesión grupal produce un compromiso más constructivo con el trabajo terapéutico, siendo incluso una precondition para otros factores terapéuticos (Yalom, 1986), encontrándose relacionada con resultados más significativos del tratamiento (Dies, 1995).

De esta manera, se considera un imperativo que los profesionales se concentren en aumentar al máximo los niveles de cohesión grupal (Dies, 1995), ya que un grupo con alta cohesión provee un clima en el cual los participantes se sienten libres para compartir sus problemas, practicar nuevas conductas, y revelar aspectos de sí mismos, conduciendo de esta forma al cambio terapéutico (Corey y Corey, 1982; Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984).

5.4- Consideraciones pre-tratamiento

La tarea del terapeuta grupal comienza mucho antes de la primera reunión del grupo, previamente se deben tomar decisiones importantes acerca de la selección y la composición del grupo; se deben definir aspectos como el tamaño del grupo, su duración y la formulación del contrato pregrupo. Estas tareas son fundamentales, ya que el resultado positivo del grupo depende en gran parte del desempeño eficaz del terapeuta para definir estos aspectos, posibilitando la anticipación de las dificultades posteriores (Yalom, 1986).

En cuanto a la selección, este proceso se orienta predominantemente hacia aspectos individuales, atendiendo a factores como la motivación del paciente, las metas del tratamiento, las expectativas acerca del resultado y las capacidades personales para participar en un proceso grupal (Dies, 1995; Yalom, 1986). En este sentido, en el proceso de selección se debe evaluar cuidadosamente la preparación del individuo para el tratamiento, considerando que los grupos mejor seleccionados presentan un funcionamiento más armónico y mayores posibilidades de éxito terapéutico (Speier, 1984; Hansen y cols, 1981; Foulkes y cols. 1969).

De este modo, el aspecto central de la selección se refiere a si un grupo particular de tratamiento es adecuado o no para un paciente determinado. Sin embargo, en general, los terapeutas no seleccionan en realidad a los pacientes para psicoterapia de grupo, sino que dejan de seleccionar, es decir, definen criterios de selección enfatizando la exclusión de los pacientes no apropiados para la terapia de grupo (Dies, 1995; Yalom, 1986).

Así, se plantea que en la selección se debe prestar atención a los diagnósticos de los individuos, ya que se presentan como contraindicaciones la existencia de trastornos psicopatológicos que dificulten la interacción grupal. En el caso de los niños/as, se han definido criterios clínicos de exclusión, tales como la presencia de organicidad, rasgos histéricos, excesivo egocentrismo, conducta agresiva, trastornos de personalidad graves y psicosis. Sin embargo, estos criterios son flexibles, en tanto la conducta grupal de un

miembro varía de acuerdo a sus necesidades internas y de acuerdo a las diferentes características del ambiente social, incluyendo la composición del grupo (Speier, 1984; Sepúlveda, 2001). Lo que es claro, es que los pacientes que no poseen los recursos emocionales, conductuales e interpersonales requeridos para participar de manera efectiva en el tratamiento grupal se encuentran en un alto riesgo de abandonar el tratamiento (Woods y Melnick, 1979 en Dies, 1995).

A pesar del énfasis en la exclusión de pacientes, dentro del proceso de selección se han definido algunos criterios generales de inclusión. El criterio más importante para la inclusión es el más básico: la motivación, "*el paciente debe estar altamente motivado para la terapia en general y para la terapia de grupo en particular*" (Yalom, 1986, pág. 250). Además, se ha definido la relevancia de la capacidad del individuo para realizar la tarea de grupo, el compromiso para asistir a las sesiones de grupo de manera regular y la congruencia de los problemas del paciente con las metas del grupo (Vinogradov y Yalom, 1990 en Dies, 1995).

Con respecto a este último punto, se ha observado que la selección de sujetos con similitud de **problemáticas** tiene gran importancia, en tanto los miembros tienen una sensación de pertenencia al descubrir otros miembros con problemas similares (a pesar de reconocer las diferencias de cada caso). Esto permite mayor cohesión grupal, y mayor motivación e interés en ayudarse mutuamente (Hansen y cols, 1981; Sepúlveda, 2001). De este modo, los pacientes que entran a terapia con el inquietante pensamiento de que *son los únicos en su desgracia*, después de escuchar a otros miembros revelar problemáticas y preocupaciones similares, tienen la oportunidad de validar consensualmente su experiencia en el grupo, lo que posibilita la disminución de los sentimientos de aislamiento social y favorece, a su vez, que se sientan más en contacto con los otros (Yalom, 1986).

En cuanto a la **composición** del grupo, este proceso se encuentra orientado hacia la interacción, enfatizando los factores interpersonales concernientes al grupo particular de tratamiento, tales como las variables demográficas (por ejemplo: sexo, edad, etc.), la armonía interpersonal potencial y la relativa homogeneidad o heterogeneidad en cuanto a dimensiones diagnósticas o de relación (Dies, 1995). De este modo, lo fundamental de la composición es la compatibilidad del paciente con otros participantes dentro de un sistema único de grupo, es decir, se debe componer el grupo de tal manera que los miembros interactúen de cierta forma que permita el logro de los objetivos planteados. En este sentido, resulta evidente que "*la composición inicial de un grupo tiene una poderosa influencia en el resultado final de todo el grupo*" (Yalom, 1986, pág. 234).

Al definir la composición, surge la problemática respecto a si el grupo debe ser homogéneo o heterogéneo. En este sentido, los grupos homogéneos permiten una mayor cohesión y apoyo grupal, necesarios para un adecuado funcionamiento y manejos del grupo, sin embargo, dificultan el cambio terapéutico, lo cual se ve facilitado en los grupos heterogéneos. Este problema, sin embargo, se resuelve en tanto hay características importantes de homogeneizar en un grupo y otras en que es más beneficiosa la heterogeneidad. Desde este punto, es necesario que el grupo no sea demasiado dispar en cuanto a edad, nivel intelectual, sexo y similitud de problemas, pero que sea heterogéneo

respecto a características de personalidad (Speier, 1984; Hansen y cols, 1981; Sepúlveda, 2001). Al respecto, Melnick y Woods (1976, en Dies, 1995) sugirieron que la composición del grupo se debe guiar hacia la obtención de un equilibrio óptimo entre las condiciones que aumentan al máximo el aprendizaje interpersonal (heterogeneidad) y las consideraciones que aseguran el mantenimiento del grupo (homogeneidad), proponiendo un modelo de "apoyo más confrontación".

La inclusión de miembros con características de **personalidad** diversas se considera efectiva, en tanto permite una mayor interacción entre los miembros y, que éstos aprendan a relacionarse con diferentes tipos de personas, a través de la confrontación (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984). Esta interacción con personalidades diferentes facilita el cambio de comportamientos, sin embargo se debe considerar que *"cuanto mayor sea el campo entre los tipos polares, mayor será el potencial terapéutico, si el grupo puede soportar esto"* (Foulkes y Anthony, en Yalom 1986). En este sentido, como un elemento fundamental a considerar para el resultado positivo del grupo, es el apoyo que exista entre sus miembros, lo que permite el equilibrio y mantenimiento del grupo.

Por otro lado, en la composición del grupo es importante definir si éste será de carácter **abierto o cerrado**. Los grupos cerrados no admiten nuevos miembros una vez empezado y en general tienen un término planificado, por el contrario, en los grupos abiertos los miembros van cambiando, de manera que el grupo continúa funcionando sin un término previamente definido. Los grupos abiertos permiten que el grupo continúe funcionando cuando algunos pacientes desertan del tratamiento, y posibilitan que los miembros del grupo interactúen con nuevos participantes, pero presentan la dificultad de que los participantes tienen diferentes niveles de compromiso con el proceso grupal y están en diferentes etapas de la terapia, lo cual puede conducir a un trabajo menos efectivo. Los grupos cerrados, por su parte, proporcionan un ambiente más estable y seguro, el cual posibilita el surgimiento de la reciprocidad, lealtad y confianza entre sus miembros, existiendo una mayor cohesión grupal, que permite mayor expresión de los miembros y un trabajo más profundo de las problemáticas (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984; Sepúlveda, 2001).

En referencia a la **edad**, específicamente en la terapia de grupo infantil en etapa escolar, es necesario que el margen de diferencia de edad entre los miembros no sobrepase los dos años. Sin embargo, más que considerar la edad cronológica es importante tomar en cuenta las características evolutivas, en tanto es ventajoso para el logro de los objetivos trabajar con niños/as con similar grado de madurez. Surge como relevante, en este sentido, considerar que por sus características evolutivas, el trabajo grupal con preescolares se ve dificultado, ya que el grupo funciona más bien como terapias individuales en ambiente colectivo (predominando el juego individual), no pudiendo tener más logros que la socialización normal que se da en los grupos recreativos (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984; Sepúlveda, 2001; Foulkes y cols. 1969)

También es necesario que exista un **nivel intelectual** homogéneo (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984; Sepúlveda, 2001; Foulkes y cols. 1969), ya que las actividades de las sesiones deben adecuarse a las posibilidades de los miembros del grupo. Por tanto, una

disparidad en el nivel de inteligencia podría ocasionar que algunos miembros tengan mayor participación que otros, surjan conflictos o las actividades resulten inefectivas para algunos pacientes.

En cuanto al **sexo** de los participantes generalmente se plantea como recomendación, que en la edad escolar los grupos sean mixtos, ya que es una situación más normativa (Speir, 1984; Sepúlveda, 2001; Hansen y cols, 1981). Sin embargo, Speier (1984) plantea que el tema de sexualidad, a cualquier edad, es preferible trabajarlo por separado hombres y mujeres, ya que la conversación de estos temas en presencia del sexo opuesto no es común en nuestra cultura y crea dificultades, ansiedades y choques con el medio externo. En este sentido, en su experiencia, pudo observar que en los grupos mixtos de escolares se generaba mayor ansiedad frente al tema y evasión, manifestada en conductas burlonas o evitativas, lo cual no se observó en los grupos de un sólo sexo.

En cuanto al **tamaño** del grupo, la literatura propone como un número adecuado, la participación de 6 a 8 niños, estableciéndose como límites extremos 5 y 12 miembros. Estos límites están dados debido a que un número menor de 5 niños, no permite la ocurrencia de una dinámica grupal adecuada, dejando de operar como grupo, y un grupo muy grande no permite tener el tiempo necesario para la expresión en profundidad de las problemáticas de los diferentes miembros, y tiende a traer consigo la formación de subgrupos, reduciéndose las interacciones entre los miembros (Speir, 1984; Yalom, 1986; Hansen y cols, 1981). De esta forma un tamaño de 6 a 8 niños permite trabajar con una dinámica grupal que posibilita la participación de todos los miembros. Es posible que durante las etapas iniciales del tratamiento, deserten uno o dos miembros, aconsejándose que el grupo comience a funcionar con un número de participantes mayor a lo deseado (Hansen y cols. 1981; Foulkes. y cols, 1969; Sepúlveda, 2001; Speier, 1984; Yalom, 1986)

Finalmente, se debe realizar **previo al inicio** de las sesiones grupales, una sesión individual, en donde el terapeuta se reúne con los miembros del grupo y sus padres para informarlos acerca de los objetivos, el lugar, la duración, el número de sesiones y el tipo de técnicas a utilizar en el grupo. Este procedimiento, denominado de contrato pregrupo, ayuda al alivio de la ansiedad que generalmente presentan los sujetos previo a su participación en un grupo, enfatizando la naturaleza segura y de apoyo de la experiencia grupal. Por otro lado, un contacto inicial del terapeuta con los padres, permite un mejor manejo parental. Un aspecto importante también a observar en esta sesión, es el interés y la motivación de los miembros de participar de una experiencia de terapia grupal, en tanto esto es relevante para el logro de éxitos terapéuticos (Speier, 1984, Hansen y cols. 1981; Yalom, 1986).

5.5- Aspectos técnicos

5.5.1- Estructura de las sesiones

Un aspecto importante de las intervenciones, planteado por Corey y Corey (1982), dice relación con cómo empezar y terminar las sesiones. Fietz (2002) y Soto (2002)

Capella, Claudia y Miranda, Jenniffer (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pag. 52-73.

proponen para el inicio de las sesiones, comenzar a trabajar en torno a un acto simbólico como puede ser una ceremonia inicial o ritual, con el objetivo de dar un sentido completamente distinto al inicio de una actividad diferente a la que los participantes están acostumbrados. Esta ceremonia, debería iniciar cada sesión grupal, convirtiéndose en una forma eficaz para los niños/as de aceptar las reglas del trabajo en grupo. Esto, en tanto es necesario un comienzo de la sesión que permita introducir a los miembros del grupo en un trabajo productivo y efectivo durante la sesión.

Por otro lado, Corey y Corey (1982) proponen iniciar las sesiones preguntando a los participantes qué han hecho en la semana, qué quieren trabajar esta sesión, revisando tareas y, preguntando por la sesión anterior, trabajando sentimientos no resueltos en ésta y relacionándolos con la sesión actual. Glasserman y Sirlin (1984), coinciden en la importancia de comenzar abordando los aspectos que constituyen parte de la vida cotidiana de los niños (colegio, casa, programas de t.v., intereses, etc.), debido a que *"permite al niño sentirse comprendido, hablando en su lenguaje y de las cosas que le interesan"* (en pág., 59).

En cuanto a los cierres Corey y Corey (1982) plantean que es necesario un resumen o integración por parte del terapeuta de los contenidos trabajados en la sesión y un aliento a los miembros para practicar algunas habilidades aprendidas en sesión en la vida diaria. También al cerrar la sesión, es importante ofrecer a los participantes un tiempo para que reflexionen acerca de que les gustó y no les gustó de la sesión, que esperan hacer durante esta semana, cómo se sienten acerca de lo que hicieron o no hicieron en la sesión, y algunos temas pendientes para la próxima sesión.

Respecto a la frecuencia y **duración** de las sesiones, es adecuada la realización de sesiones semanales de 1,5 a 2 horas de duración. En este sentido, este período de 1,5 a 2 horas es suficiente para permitir cierto trabajo intenso en que los miembros se involucren personal y productivamente, pero no es tan extenso como para producir fatiga en los participantes y disminución del interés y la productividad (Hansen y cols., 1981). Una frecuencia de una sesión semanal, permite la existencia de un intervalo de tiempo que posibilita la reflexión, la elaboración y el crecimiento entre sesiones.

La extensión de los grupos es variable, sin embargo, es recomendable definir cuáles serán sus plazos, ya que éstos impulsan al grupo a lograr las metas en el tiempo determinado, los cuales en general son de 12 a 15 sesiones (Corey y Corey, 1982, Sepúlveda, 2001). Así, la ventaja de trabajar con un número específico de sesiones es que proporciona un límite de tiempo para la vida del grupo, por lo cual los miembros se ven impulsados a funcionar durante ese tiempo (Hansen y cols., 1981).

5.5.2- El modelo de co-terapeutas

En general, en el trabajo psicoterapéutico con grupos se recomienda la participación de dos terapeutas para guiar la dinámica grupal. Corey y Corey (1982) plantean un modelo de co-terapeutas, el cual presenta ventajas tanto para los miembros del grupo, como para los dos terapeutas que trabajan en conjunto.

En este sentido, el trabajo en conjunto permite la retroalimentación e intercambio de percepciones entre los terapeutas acerca del manejo grupal, lo cual puede ser constructivo para cada uno de los terapeutas en lo que se refiere al reconocimiento de habilidades y estilos personales para el trabajo terapéutico, así como también permite aumentar las capacidades para funcionar efectivamente como co-terapeutas de un grupo, al incorporar como elemento fundamental el trabajo cooperativo y no competitivo.

En cuanto al manejo de la dinámica en el grupo, el desgaste o burn-out del terapeuta puede ser reducido al trabajar con un co-terapeuta, especialmente cuando se trabaja con grupos difíciles, de tal forma que uno de los terapeutas puede atender a ciertos miembros problemáticos mientras el otro continúa el trabajo en el resto del grupo. Así, cuando uno o más miembros del grupo expresan intensas emociones, un terapeuta puede prestar atención a esos individuos, mientras el otro terapeuta puede estar atento a las reacciones de los otros miembros del grupo, buscando promover la integración de todos los participantes en el trabajo, al facilitar la interacción entre ellos, por ejemplo, invitándolos a compartir sus sentimientos.

Por otro lado, a un nivel más personal, si uno de los terapeutas ha sido fuertemente impactado por la sesión o afectado contratransferencialmente por alguno de los participantes del grupo, puede explorar sentimientos de rabia, depresión, etc., con el co-terapeuta después de la sesión, pudiendo sentirse acogido y apoyado.

Considerando lo anterior, resulta necesario para un efectivo trabajo en conjunto, que los co-terapeutas se reúnan antes y después de cada sesión para evaluar su liderazgo y el proceso grupal, así como para hacer planes para sesiones futuras.

5.5.3- Actitud del terapeuta

En el trabajo psicoterapéutico con niños/as, el terapeuta debe evitar asumir una actitud controlada y poco espontánea, debido a que el rol de un terapeuta distante resulta conflictivo para los niños/as, se constituye en un factor que constantemente perturba la relación, pudiendo incluso despertar agresión en los pacientes (Glasserman y Sirlin, 1984).

El terapeuta debe tener una actitud receptiva y una participación activa dentro del grupo de niños/as, permitiéndose una plasticidad interna de transportarse a un rol que aparentemente no tiene *nada en común con el común del terapeuta*. Se debe buscar que los niños/as sientan al terapeuta entre ellos, con las diferencias necesarias para tener seguridad en cuanto a la fijación de límites, debido a que posibilita un encuadre donde el niño/a encuentra un contexto más seguro, pero con una participación activa dentro del grupo, lo que lleva implícito el interés del terapeuta por la vida cotidiana del niño/a, lo que le permite a éste sentirse comprendido.

Es decir, en primer lugar, el terapeuta debe acercarse a los niños/as en sus propios temas, para facilitar que luego los niños/as se acerquen a él y puedan expresar aspectos significativos de su mundo interno. Para lograr esto lo principal es la autenticidad del

terapeuta. En este sentido, se debe construir una relación que permita la expresión del niño/a, siendo el terapeuta flexible, empático y respetuoso con respecto a como el niño/a *quiere y puede ser* con el terapeuta y sus compañeros/as, estando atento a las necesidades del grupo y buscando el momento adecuado para realizar las intervenciones.

5.5.4- Intervenciones:

Dies (1983; en Dies, 1995) plantea que el tipo de actividad del terapeuta que aparece más benéfica en el ambiente grupal es aquella que añade significado y significancia a la tarea terapéutica. Es decir, los terapeutas que proporcionan conceptos que ayudan a los pacientes a comprender la conducta y las experiencias grupales (atribución de significado), conducen en gran medida a la mejoría del paciente.

Por otro lado, se ha encontrado evidencia empírica (Dies, 1995) que demuestra la superioridad de los tratamientos más directivos, en tanto las intervenciones más estructuradas presentan mayor probabilidad de generar procesos grupales constructivos y fomentar resultados terapéuticos más favorables. La evidencia sugiere que los tratamientos directivos que se diseñan para estilos individuales (por ejemplo, fóbicos, depresivos, etc.) o estados psicológicos particulares (por ejemplo, estrés post-traumático, depresión, etc.), pueden producir ganancias mayores y más duraderas.

Sin embargo, esto cobra mayor importancia en las etapas tempranas del grupo, en donde la intervención directiva del terapeuta ayuda a los pacientes a reducir el sentimiento de responsabilidad, disminuyendo la ansiedad ante la situación nueva que representa el grupo, potenciando así la toma de riesgos y la cohesión entre los miembros (Bernard y cols., 1974, en Dies, 1995). Inicialmente, las intervenciones del terapeuta se deben centrar predominantemente en el grupo, focalizándose en la formación de una cultura grupal, en el establecimiento de normas claras y en la creación del potencial terapéutico del grupo (Yalom, 1986).

La investigación en psicoterapia de grupo, muestra que los pacientes de la terapia grupal prefieren y, aparentemente se benefician más, de un estilo de intervención activamente afirmativo. Cabe señalar, que el impacto del terapeuta de grupo se media tanto a través del modelamiento como del reforzamiento (Dies, 1995).

En general, los terapeutas que están dispuestos a ser abiertos con los miembros de su grupo, especialmente en términos de los sentimientos en el *aquí y ahora*, así como acerca de las razones fundamentales de sus intervenciones terapéuticas, poseen una mayor probabilidad de facilitar el desarrollo de relaciones mutuamente confirmadoras al interior de su grupo. Así, mediante el modelamiento, los terapeutas descritos pueden promover la apertura entre los participantes del grupo. Por otro lado, mediante el reforzamiento, los terapeutas pueden reforzar las expresiones íntimas entre los miembros del grupo, estableciendo a algunos participantes como modelos de rol para la apertura interpersonal. En este sentido, *"el terapeuta astuto es aquel que sabe cuáles miembros grupales servirán como los recursos más productivos en los momentos críticos en el desarrollo del grupo"* (Dies, 1995; pág. 490).

Si bien, es indiscutible la relevancia del terapeuta dentro del proceso grupal, es importante considerar que los terapeutas deben reducir de manera gradual su nivel de actividad y el foco de su estructuración a medida que los miembros del grupo mejoran en su comprensión de la tarea terapéutica y de su rol de ayudarse entre sí a lograr las metas individuales (Dies, 1983, en Dies, 1995).

Según Speier (1984), las intervenciones del terapeuta grupal en su mayor parte no se diferencian de las intervenciones realizadas en la terapia individual, centrándose en resolver en profundidad los conflictos, interviniendo a través de estimular la expresión de los conflictos, esclarecer situaciones o sentimientos, establecer juicio de realidad, intervenir psicoeducativamente, interpretar de manera comprensiva, justificadora y aclaradora, estimular el desarrollo de sentimientos positivos, introducir temas conflictivos, entre otras, todas intervenciones que estimulan la maduración y desarrollo de la personalidad.

Sin embargo, esta autora plantea que en el grupo las intervenciones del terapeuta se diferencian principalmente por la utilización de factores terapéuticos en el grupo y el aprovechamiento de los factores grupales, lo cual es coincidente con los postulados de la mayoría de los autores dedicados a la psicoterapia grupal (Yalom, 1986; Foulkes y cols, 1969; Dies, 1995). Respecto a los factores terapéuticos en el grupo, se utilizan como intervenciones principalmente la elaboración grupal, la participación grupal y la generalización.

El terapeuta interviene favoreciendo la elaboración espontánea del grupo, estimulando a los niños/as a elaborar entre sí las dudas y preocupaciones, y luego completa con las aclaraciones que cree convenientes. Ante situaciones conflictivas, el terapeuta en vez de interpretar, debe trasladar la solución al grupo, invitándolo a opinar, dejando que los niños/as encuentren un equilibrio entre sí en la acción grupal, permitiendo una autoconstrucción de soluciones en los niños/as. De este modo, Foulkes (en Yalom, 1986; pág. 166) plantea: *"hay veces en que el terapeuta debe reprimir su sabiduría, tolerar el conocimiento imperfecto y esperar a que el grupo encuentre soluciones"*. Esta elaboración espontánea de los niños/as moviliza el proceso interno de crecimiento, promoviendo la clarificación y una nueva percepción del sí mismo (Speier, 1984).

En cuanto a la participación grupal, el terapeuta debe favorecerla activamente con sus intervenciones, estimulando la participación de todos los niños/as en la expresión de sentimientos y fantasías. Sin embargo, el terapeuta debe asegurar a los miembros que el grado en que participen es una decisión personal, ellos pueden mantener silencio si quieren y tienen el poder de elegir qué temáticas personales van a discutir y qué áreas van a mantener en privado. Con respecto a esto, es importante señalar que las exploraciones prematuras del terapeuta en aspectos íntimos de los participantes, así como los intercambios confrontativos, previo a la generación de un clima de confianza, pueden resultar factores que influyan negativamente, tanto en los pacientes individuales como en el sistema grupal (Speier, 1984; Corey y Corey, 1982; Dies, 1995).

En este sentido, se ha observado que la primera tarea de cualquier grupo terapéutico es la aceptación o participación de sus miembros, de modo que la estructura inicial del grupo ayude a los miembros a compartir las experiencias y reacciones comunes, posibilitando desarrollar un sentido de *universalidad*, es decir, una apreciación de que tienen experiencias comparables y que, por tanto, se pueden comprender unos a otros (Speier, 1984; Yalom, 1986; Mackenzie, 1987, en Dies, 1995).

Desde esta perspectiva, la *generalización* es la principal intervención realizada por el terapeuta en la psicoterapia grupal, ya que permite conjugar la acción grupal con la comprensión individual y favorece la participación grupal. El terapeuta en el grupo siempre debe utilizar la generalización de los problemas y sentimientos, expresado por uno o algunos miembros, de tal forma que conductas significativas o fantasías son interpretadas vinculándolas a los motivos más profundos del niño/a, es decir, basadas en el conocimiento y significado particular del sujeto, y generalizando su significado para el grupo.

La generalización trae consigo la inmediata conciencia de problemas comunes a otros y de esta forma una sensación de alivio. También permite que una interpretación u observación del terapeuta tenga repercusiones en forma grupal, beneficiándose todos los miembros del grupo por participación pasiva. La generalización o universalidad, junto con el estímulo a la expresión grupal son los recursos más importantes del terapeuta para lograr la participación y la cohesión en el grupo (Speier, 1984; Yalom, 1986).

En cuanto al aprovechamiento de los factores grupales, el terapeuta debe intervenir en la convivencia grupal, favoreciendo la cooperación y el intercambio recíproco, y estimulando el proceso de socialización, a través de la vivencia en la interrelación grupal (Speier, 1984). En este sentido, en términos generales, la estructura grupal que construye normas de apoyo y destaca las interacciones positivas entre los miembros es la que se ha mostrado más efectiva (Dies, 1995).

5.6 Proceso psicoterapéutico

5.6.1- Etapas de vida de un grupo

En la literatura (Speier, 1984; Yalom, 1986; Hansen y cols, 1981) se han descrito diversas etapas de vida en los grupos, las cuales se han conceptualizado como fases y ciclos de desarrollo que varían de acuerdo al tipo de grupo en estudio. Aún cuando los modelos teóricos difieren en los conceptos específicos que utilizan y en el número real de etapas que estructuran, existe un consenso en lo que se refiere al progreso de los grupos a través de una serie de obstáculos que se le presentan durante su desarrollo (Dies, 1995). Si bien, no se han definido patrones del desarrollo del grupo, es importante considerar el planteamiento de Cissna (1984, pág. 25) "*cada grupo es como **todos** los grupos en algunos aspectos, como **algunos** - o quizás como la **mayoría** - de los grupos en algunos aspectos y como **ningún** grupo en otros aspectos*" (en Dies, 1995; pág. 487).

En este sentido, resulta necesario comprender cómo se desarrollan los grupos y cómo evolucionan a través de un proceso sistemático, ya que el comprender las etapas en la

vida de los grupos puede ayudar a los terapeutas a colocar un sólo hecho bajo perspectiva y a llevar cierto orden para que los miembros no se confundan. Considerando lo anterior, se analizan a continuación tres etapas o fases del desarrollo de un grupo, siguiendo el esquema planteado por Glasserman y Sirlin (1984): etapa introductoria, etapa intermedia y etapa integradora.

La etapa introductoria, comprende un período corto de tiempo, en donde aparecen las ansiedades de los participantes frente a la situación nueva, el terapeuta, los otros niños/as y la situación grupal. Cuando un grupo comienza, parece razonable que muestre aprensión e inseguridad sobre el comportamiento y estructura del grupo, mostrándose dependiente de la dirección de los terapeutas. En esta etapa, el individuo comienza a involucrarse con el proceso terapéutico, aceptando la influencia de los demás con el fin de obtener una reacción favorable. Así, en un primer momento, las ansiedades de los participantes se dirigen a través de una actitud socializada que les permite adaptarse al esquema grupal.

El niño/a se encuentra ante un ambiente y una permisibilidad distinta a los habituales, con un adulto que cumple funciones diferentes de las conocidas. Desde entonces, establece una nueva relación, la grupal, de donde surgirán posteriormente las normas del grupo. Gradualmente, se establecen vínculos afectivos y de pertenencia entre los participantes, se advierten preferencias y rechazos entre los niños/as, comenzado a establecer una identidad y cohesión grupal.

La segunda etapa, intermedia, se caracteriza por un aumento significativo de los vínculos afectivos al interior del grupo (Glasserman y Sirlin, 1984), sin embargo implica generalmente un período de conflicto (Dies, 1995). La respuesta emocional negativa de los miembros a la situación general y a cada uno de los otros miembros puede presentar una amenaza a su desarrollo posterior. Si este sentimiento de tensión es superado, los miembros desarrollarán sensibilización de unos para otros y espíritu de trabajo colectivo.

Un elemento importante, es que a medida que se desarrollan las relaciones grupales, aumenta la capacidad de intercambio personal, centrando los niños/as su intercambio principalmente a través del lenguaje, dejando de lado el juego (Glasserman y Sirlin, 1984). En este sentido, el grupo favorece la socialización al constituir una experiencia de aprendizaje interpersonal democrático, al tomar resoluciones de común acuerdo y por el estímulo al desarrollo de sentimientos positivos a través del apoyo a soluciones justas.

La etapa integradora, se caracteriza por una mayor madurez emocional, se observa la preocupación por las metas terapéuticas, los intentos reparatorios y un cambio en la forma de enfrentar los propios conflictos, orientándose menos hacia fines patológicos y más hacia lo evolutivo (Glasserman y Sirlin, 1984). En esta etapa, aumenta la reflexión y disminuyen las actuaciones, manifestando los niños/as preocupación ante sus dificultades y respeto por la de los otros. Esto, conduce a la capacidad de participar y ayudar a los demás en sus problemas, un paso que resulta difícil, pero que produce gratificación en las partes. En este sentido, un aspecto fundamental es la desaparición de los roles estereotipados al interior del grupo, no existiendo en esta etapa la necesidad de ubicar a un integrante en un

determinado papel, desarrollándose por el contrario vínculos más flexibles entre los miembros, aumentando la tolerancia hacia la frustración y, su vez la capacidad creativa.

En esta etapa se logra una cohesividad y productividad al interior del grupo, llegando al proceso de terminación, en donde *"cada miembro logra asegurar su propia identidad, lo que redundará en el sentir grupal, (...) diluyéndose la función de liderazgo atribuida al terapeuta"* (Glasserman y Sirlin, 1984; pág. 75)

6. PSICOTERAPIA GRUPAL CON VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

6.1- Beneficios de la terapia grupal en la reparación del abuso sexual infantil

Tomando en cuenta los objetivos y niveles de intervención en el tratamiento del abuso sexual infantil y el daño de la experiencia abusiva en los niños/as, diversos autores (Zárate, 1993; Sename, 1999; P. Álvarez, 2000, en Varela, 2000) plantean que la psicoterapia grupal resulta útil y necesaria, describiéndose múltiples beneficios y ventajas respecto al impacto de este tipo de intervención en la reparación del abuso sexual infantil.

Una de las principales ventajas en las cuales coinciden la mayoría de los autores es la disminución de los sentimientos de aislamiento y estigmatización que presentan los niños/as víctimas de abuso sexual (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Varela, 2000; Doyle, 1990; Barudy, 2000; Correa y Riffo, 1995), los cuales se relacionan con una de las dinámicas traumatizantes en los niños abusados sexualmente propuestas por Finkelhor y Browne (1985), la estigmatización –descrita anteriormente-. El grupo se presenta como un recurso fundamental para la superación de ésta dinámica, en tanto es un aspecto que difícilmente puede ser transmitido por el terapeuta durante el proceso terapéutico individual, y que fácilmente el niño/a puede observar al interactuar con sus pares (P. Álvarez, 2000; en Varela, 2000; Doyle, 1990).

Así, el grupo permite la disminución de los sentimientos de aislamiento y estigmatización, y el restablecimiento de un sentido real de pertenencia e integración a un grupo, al posibilitar que los niños/as vuelvan a interactuar con sus iguales, descubriendo que a otros niños/as les ha pasado lo mismo que a ellos, que no son la única víctima de abuso sexual sino que también hay otras víctimas de la misma edad que han experimentado vivencias similares y que tampoco pudieron defenderse y delatar al abusador, lo cual trae consigo una notoria sensación de alivio, al tener la vivencia de la generalidad o universalidad –descrita anteriormente- (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Varela, 2000; Barudy, 2000; Rojas Breedy, 2002; Soto, 2002). También observan que comparten con sus pares sentimientos como la rabia, culpa, ambivalencia hacia el agresor o desesperanza, lo cual posibilita una disminución de estos sentimientos, principalmente de la culpa asociada a la experiencia de abuso sexual (Doyle, 1990; M.I De la Huerta, 2000, en Varela, 2000).

Asimismo, el rompimiento de los sentimientos de culpa y estigmatización permiten al niño/a sentirse reconocido en su experiencia, posibilitando que el niño/a redefina su

autoconcepto (Canton Duarte y Cortés, 1999; J. Martínez, 2000, en Varela, 2000). De este modo, el niño/a ya no se definirá en función de una experiencia que todo el grupo ha sufrido y comenzará a descubrir características positivas en otros, pudiendo comprender que la experiencia de abuso sexual no es un aspecto definitorio del otro, comenzando de esta forma a reconocer aspectos positivos de sí mismo y a integrar su propia experiencia (Doyle, 1990; Canton Duarte y Cortés, 1999; Correa y Riffo, 1995).

Un beneficio adicional de la terapia grupal, es que los niños/as no se van a sentir tan amenazados por la posición de autoridad de un adulto, sintiéndose en un ambiente más seguro y natural, que en terapia individual, en donde se encuentran solos con un adulto, proporcionando modelos alternativos de relación con los terapeutas (Cantón Duarte y Cortés, 1999, Rojas Breedy, 2002; Doyle, 1990). Así, resulta ser que la terapia grupal ofrece al niño/a un contexto seguro, estable y protegido, de total acogida, apoyo interpersonal y aceptación por su grupo de pares y el terapeuta, mostrando la existencia de personas en las cuales se puede confiar, aspecto especialmente importante en casos que ha habido reacciones negativas del entorno o crisis familiares posterior a la develación de la situación abusiva sexual (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Doyle, 1990; Correa y Riffo, 1995).

El contexto grupal provee la oportunidad a los niños/as de obtener apoyo, pero a la vez de confortar y apoyar a otros niños/as, tratando de aliviar su sufrimiento, lo cual es también reparatorio para ellos mismos, al empatizar y ayudar a otros niños/as (P. Álvarez, 2000, en Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002). En este sentido, un aspecto esencial dentro de las relaciones entre pares, es la posibilidad que entrega la terapia grupal a los niños/as de aprender a relacionarse y comunicarse de maneras normales y sanas, o mejor dicho, de forma no abusiva (V. Pinto, 1998, en Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002).

Así, la terapia grupal facilita que las víctimas puedan identificar, vivenciar y expresar el hecho traumático en un ambiente protegido, entregando la oportunidad para que los niños/as víctimas puedan equiparar relatos y, de alguna manera, puedan sentirse confiados de abrir lo que les pasó, ya que al compartir experiencias dolorosas en un contexto de grupo y al escuchar las vivencias de otros compañeros/as se le ofrece a la persona un camino para discutir sus propios sentimientos sobre el abuso, pudiendo presentar menos dificultades y resistencias para revelar sus secretos y emociones. (Rojas Breedy, 2002; Moya, 2000, en Varela, 2000).

Así en el grupo se produce un modelaje entre los niños/as, lo cual permite que éstos puedan ir potenciándose entre ellos su proceso de reelaboración del abuso sexual, en el sentido de que el grupo sirve como reflejo para observar el abuso de otra manera, al compartir diversas experiencias en un contexto de intimidad grupal, pudiendo aprender el niño/a de las respuestas al abuso de otras personas, conocer nuevos mecanismos de enfrentamiento de los problemas y diferentes habilidades de autocuidado. Este aspecto resulta especialmente beneficioso para aquellos niños/as que se encuentran más silenciados e inhibidos en su trabajo de reparación y en la terapia de grupo, ya que al existir miembros con grados de reelaboración mayores, pueden aprender de ellos y sentirse esperanzados de mayores posibilidades de integración, así como niños/as que tienden a utilizar mecanismos

de negación o minimización de los hechos y sentimientos con fines defensivos, pueden sentir caer sus propias resistencias si son puestas en contacto con los sufrimientos y desventuras de otros, encontrando el impulso para reconocerse a sí mismo al reflejarse en ellos (Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000).

En este sentido, el grupo tiene también como efecto positivo, que personas que han desarrollado excesiva dependencia del terapeuta o que tienden a la pasividad, encuentran en el grupo estímulo para tomar más iniciativa, al observar a compañeros/as más independientes y activos (Malacrea, 2000).

En relación a esto, Barudy (1998, 2000) plantea que la ley del silencio es una dinámica del abuso sexual, que no permite al niño/a relatar y denunciar el abuso sexual, lo cual puede incrementar el sentimiento de estigma. En este sentido, el grupo puede actuar como una fuente potente al contribuir a que los niños/as víctimas de abuso sexual puedan romper la ley del silencio y denunciar públicamente la situación abusiva experimentada. El grupo puede ser el principal testigo de la denuncia del abuso y reconocer al niño/a como víctima y al adulto como el abusador y el único responsable y culpable del abuso sexual. De esta manera, si el niño/a rompe el silencio dentro del grupo, puede aliviarse y comenzar su trabajo de reparación propiamente tal, a la vez que disminuir el sentimiento de estigma al compartir con otros sus experiencias (Varela, 2000).

Finalmente, cabe señalar que otra de las principales ventajas de la terapia grupal, se refiere a que ésta permite optimizar los recursos económicos y humanos en el proceso de reparación del abuso sexual, siendo una respuesta práctica en el contexto de alta demanda de atención actual en nuestro país, brindando posibilidades para atender a un mayor número de niños/as con un menor coste de recursos. A su vez, los terapeutas que trabajan en el tema del abuso sexual se pueden desgastar y agotar con la alta demanda de casos, no pudiendo asegurar una óptima reparación, pudiendo en cierta medida la terapia grupal contrarrestar el desgaste profesional causado por el trabajo con estos casos (Cantón Duarte y Cortés, 1999; J. Martínez, en Varela, 2000).

6.2- Problemas de la terapia grupal en la reparación del abuso sexual infantil

Si bien se han descrito múltiples beneficios en el tratamiento grupal de víctimas de abuso sexual, ésta también puede presentar ciertos problemas.

Un obstaculizador del trabajo grupal es que los niños/as no se encuentren preparados para ingresar a un grupo, y, en vez, de favorecer la reparación, la participación en un grupo los atemorice y eviten contactarse con sus experiencias de abuso sexual. Así, es fundamental que previo al ingreso a un grupo de terapia, los niños/as tengan un espacio individual para iniciar un trabajo de resignificación de la experiencia abusiva y se genere un vínculo significativo con los terapeutas (M.I De la Huerta, 2000; en Varela, 2000). Así también, hay problemas que no es recomendable tratar en grupo, porque podría ser más perjudicial (por ejemplo, desordenes alimentarios), lo cual es necesario detectar previo al inicio de la terapia grupal (Doyle, 1990).

Debido a que el trabajo grupal con víctimas de abuso sexual infantil requiere de terapeutas capacitados en trabajo con niños/as, trabajo grupal y en abuso sexual, puede presentarse como un obstaculizador la alta necesidad de preparación que requieren los terapeutas (Doyle, 1990). En este sentido, se requiere un terapeuta que esté atento al proceso grupal, para no realizar un trabajo superficial y contribuir al proceso terapéutico de cada uno de los niños (J. Martínez, 2000, en Varela, 2000).

Un riesgo de la terapia, que debe ser evitado, es la posibilidad que un tratamiento prolongado en un grupo de “víctimas” perpetúe la identificación de los niños/as con este rol (Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Dentro de los problemas de la terapia grupal, se encuentra la posibilidad de que los participantes desarrollen sentimientos y síntomas que no habían experimentado anteriormente (Cantón Duarte y Cortés, 1999). El terapeuta debe estar atento a esto, al igual que debe evitar la aparición de fenómenos demasiado acentuados de identificación colectiva, con la consiguiente aparición de vivencias falsas. Este riesgo, sin embargo, aparece bastante remoto en las situaciones en que los aspectos del trauma real han sido emocionalmente significativos (Malacrea, 2000).

No obstante, los posibles problemas de la terapia grupal en víctimas de abuso sexual, descritos anteriormente, los beneficios son de mayor alcance que las posibles dificultades, siendo deber del terapeuta evitar los problemas y resguardar la potenciación de los beneficios (Malacrea, 2000).

6.3- Aspectos técnicos

En la psicoterapia grupal de víctimas de abuso sexual, se deben considerar los mismos aspectos que en general se plantean para la psicoterapia de grupo, sin embargo también existen aspectos específicos para esta población que es necesario señalar.

Para asegurar la reparación de la experiencia de abuso sexual, es importante considerar variables del grupo como la edad, sexo, características de la experiencia traumática, tipos de grupo, experiencia y formación del terapeuta (Varela, 2000). Desde esta perspectiva, la composición del grupo debería ser homogénea en términos de grupos etarios y sexos. La mayoría de los grupos se han desarrollado con niñas, debido a que los procesos de los grupos terapéuticos de niñas-víctimas y niños-víctimas son muy diferentes entre sí (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Doyle, 1990).

También, se recomienda que los participantes presenten experiencias similares de abuso sexual. En este aspecto, existen algunas experiencias de psicoterapia grupal en víctimas de abuso, en que se delimitan aún más las características de los miembros, por ejemplo a síntomas o cuadros específicos (Rojas Breedy, 2002).

Con respecto a la delimitación del tiempo de la terapia, se plantean distintas modalidades de trabajo. Los grupos de tiempo limitado, generalmente oscilan entre 4 y 20 sesiones, presentan la ventaja de ser económicos en términos de tiempo y dinero, poseen

Capella, Claudia y Miranda, Jenniffer (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pag. 52-73.

una clara orientación a lograr metas definidas y tienen un foco dirigido específicamente a asuntos relacionados con el abuso sexual. Por otro lado, los grupos de tiempo ilimitado generalmente oscilan entre los 6 meses a varios años, permitiendo el trabajo de otros aspectos más profundos dañados por el abuso sexual. Así también, en cuanto al carácter abierto o cerrado de los grupos, se plantean ambas alternativas como posibilidades de trabajo terapéutico. Existen además, modalidades de grupos programados - plan temático predeterminado, incluyendo metas, materiales y ejercicios-; semi programado - existe un listado mínimo de temas a tratar, pero es flexible al incluir contenidos que surjan de los participantes - o no programados - temas determinados por los participantes, focalizando el trabajo en abuso sexual- (Rojas Breedy, 2002).

Si bien, se plantean las modalidades anteriores en cuanto a la programación de los grupos, se enfatiza como un aspecto fundamental de la terapia grupal en víctimas de abuso sexual que la estructura de las sesiones otorgue a los participantes un sentido de predictibilidad, pudiendo recobrar la confianza perdida a causa de la experiencia de abuso sexual. Esto, generalmente se lleva a cabo definiendo tanto un inicio como un cierre similar en todas las sesiones. Del mismo modo, se destaca la importancia de establecer desde la primera sesión las reglas grupales que definen el funcionamiento del grupo, las cuales deben referirse principalmente a la asistencia, el respeto por los otros, la escucha grupal y la confidencialidad. (Rojas Breedy, 2002; Doyle, 1990).

Desde esta perspectiva, resulta necesario establecer un encuadre de trabajo claro desde la primera reunión del grupo. En este sentido, debe definirse previamente el tiempo de las reuniones, su frecuencia y el lugar donde se realizarán. Por lo general, se realiza una sesión semanal, con una duración que oscila entre una hora y media y dos horas (Rojas Breedy, 2002).

Cuando se realiza una psicoterapia grupal, la primera meta que se debe lograr es el establecimiento de vínculos de confianza entre los miembros del grupo, debido a que este es un factor fundamental que permite avanzar lentamente hacia el trabajo referido a aspectos más dolorosos, como son la experiencia de abuso sexual y los sentimientos asociados a dicha experiencia. En este sentido, la estabilidad, confiabilidad y asistencia consistente de los miembros, cumple un rol esencial para la conformación y funcionamiento positivo del grupo, siendo importante que el terapeuta potencie y promueva estos aspectos (Rojas Breedy, 2002).

El terapeuta debe facilitar el “empoderamiento” de los diferentes individuos que participan, así como el del grupo en general, mediante la promoción del apoyo mutuo y la exploración de las resistencias de las víctimas para asumir un papel activo en los acontecimientos de su vida.

6.4- Experiencias en psicoterapia grupal con víctimas de abuso sexual

Debido a que el presente estudio tiene como uno de sus objetivos el diseño de una intervención psicoterapéutica grupal con niñas víctimas de abuso sexual, se revisaron otras experiencias de este tipo realizadas tanto en el extranjero, como en nuestro contexto

Capella, Claudia y Miranda, Jenniffer (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pag. 52-73.

nacional, exponiéndose a continuación algunas de ellas (Soto, 2002; Zárate, 1993; De Luca et al. 1992, en Cantón Duarte y Cortés, 1999; Wayne, 1992, en Cantón Duarte y Cortés, 1999; Varela, 2000; Fietz, 2002; Narr, 2003; Montero y Navarro, 1999; J. Martínez, 2000 en Varela, 2000).

6.4.1- A nivel internacional

International Child Resource Institute

El International Child Resource Institute, es un centro especializado de atención a víctimas de abuso sexual en Berkeley, Estados Unidos, que implementa la terapia grupal como fase final del tratamiento a los niños/as víctimas de abuso sexual, posterior a la terapia individual. Esto, con el objetivo de enfatizar la normalización del niño y su reinserción social. Las metas esenciales de la psicoterapia grupal son el desarrollo de seguridad, unión y empatía en el grupo; el desarrollo y mantención de límites; la corrección de modelos de relación y la interrupción de la dinámica víctima-agresor.

La terapia grupal se organiza en cinco fases. La primera fase se focaliza en crear seguridad al interior del grupo, la segunda fase es de creación de expresión y control, trabajándose la dinámica del abuso y la expresión de emociones. En la tercera fase se busca crear apoyo entre los miembros al compartir la experiencia de abuso sexual. La cuarta fase, entrega educación preventiva (social, sexual, manejo de la agresión, etc) y alternativas para resolver problemas, estableciendo una nueva red de apoyo. La última fase se orienta a la creación de una visión positiva del futuro, para lo cual se elabora la historia personal y del grupo (Soto, 2002).

Fundación ser y crecer

La fundación Ser y Crecer, es el primer centro especializado en Costa Rica para la atención integral de las víctimas de incesto, abuso sexual y violación. Ruby Zárate (1993), sistematiza su experiencia concreta de intervención terapéutica grupal para niñas y niños víctimas de abuso sexual e incesto.

El tratamiento se guía por los cuatro factores que constituyen las "dinámicas traumatizantes" propuestas por Finkelhor y Browne (1985), como son: estigmatización, impotencia, traición y sexualización traumática. La terapia se organiza en cuatro etapas: 1) compartir experiencias; 2) sentirse poderoso; 3) respetar su cuerpo y 4) desarrollo adecuado de la confianza. Cada etapa es desarrollada en 3 sesiones cada una, aproximadamente. La meta del tratamiento grupal es contrarrestar o romper las dinámicas causantes del trauma.

6.4.2- A nivel nacional

Varela (2000), hace una revisión de las terapias grupales con víctimas de abuso sexual realizadas en nuestro país. En su revisión señala, que de los trece proyectos que financia el Servicio Nacional de Menores (Sename) en maltrato infantil grave, sólo tres utilizan la modalidad de trabajo grupal, estos son: Proyecto Maihue, Proyecto Proniño,

Capella, Claudia y Miranda, Jenniffer (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pag. 52-73.

Proyecto Niño y Futuro. No obstante, dos de ellos tienen la modalidad de taller grupal (Proyecto Maihue, Proyecto Niño y Futuro), entregando información y herramientas para comprender y manejar mejor la situación abusiva, pero no constituyen una base adecuada para profundizar en la reparación del abuso sexual.

Proyecto ProNiño

El Centro ProNiño - Centro de Tratamiento y Prevención Infanto-Juvenil, Conchalí - es un centro que proporciona tratamiento individual, social, legal y psicológico a niñas/os que sufren de alguna forma de maltrato infantil. Desde el año 1997, Christa Fietz (alemana), ha desarrollado y adaptado a las condiciones locales, metodologías innovadoras de tratamiento grupal en el marco del tratamiento a niños/as sexualmente agredidos, introduciendo el trabajo grupal con orientación terapéutica corporal, el cual ha obtenido resultados exitosos (Fietz, 2002).

El objetivo de la terapia corporal grupal, realizada por esta autora, es capacitar al niño, niña y/o adolescente a superar el problema básico que lo afecta, teniendo como principio básico adecuarse a su forma infantil de interrelación. A través del trabajo corporal, se posibilita la elaboración física, emocional y cognitiva de la experiencia negativa, de modo que sean menos necesarios los mecanismos de protección y defensa que normalmente son creados por las víctimas para poder sobrevivir de alguna manera a la experiencia amenazante que impide un desarrollo sano y positivo de la personalidad del niño/a y adolescente.

Esta modalidad de intervención grupal, consta de tres fases de desarrollo del trabajo psicoterapéutico, como son la fase inicial, fase avanzada y fase de estabilización. Cada una de estas fases posee objetivos relacionados con el trabajo corporal y con el trabajo grupal. La Fase inicial busca la canalización de la energía física, la estabilización emocional, la aceptación y apoyo entre pares y la integración e identificación con el grupo. En la fase avanzada, se realiza un proceso de confrontación de cada menor, teniendo como objetivos la auto percepción positiva del cuerpo, la disminución del grado de impotencia, el aumento de la autoestima y la superación del aislamiento social, la vergüenza y la culpa. Finalmente, la fase de estabilización tiene como objetivos la recuperación de la confianza en sí mismo y de la confianza natural, el *volver a ser niño*, el refortalecimiento del desarrollo positivo de la identidad y la superación de la sintomatología.

Centro Psicológico de la Pontificia Universidad Católica

El Centro psicológico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre los años 1993 y 1995 desarrolló un programa de intervención grupal con niñas víctimas de abuso sexual infantil, teniendo como objetivos terapéuticos generales promover la elaboración e integración de la experiencia de abuso sexual, facilitar la continuación del curso del desarrollo interrumpido por la experiencia abusiva, y prevenir la internalización de pautas de relación que perpetúen el ciclo de la violencia.

Capella, Claudia y Miranda, Jenniffer (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pag. 52-73.

Durante el curso de la terapia grupal se abordaron, mediante técnicas expresivas (como el juego, dibujo, plástica, role playing, imagería guiada, trabajo corporal, y narraciones), temas relacionados con la experiencia de abuso sexual, como la responsabilidad y la culpa, la vergüenza, la baja autoestima, la imagen corporal, los sentimientos de rabia y ambivalencia, los temores de separación o abandono, la confianza, las imágenes parentales, conductas de autoprotección y los límites. (J. Martínez, 2000, en Varela, 2000).

6.5- Evaluación de la eficacia del tratamiento

A nivel internacional, los estudios sobre programas de tratamiento de grupo del abuso sexual infantil se han centrado en la descripción de los programas abordados y de los procedimientos seguidos para conseguir sus objetivos, siendo aún pocas las investigaciones que han evaluado la eficacia del tratamiento, especialmente las que utilizan un diseño pre - post tratamiento y un grupo control.

Lo anterior, posiblemente se debe a que los esfuerzos para evaluar los programas de tratamiento se enfrentan con problemas prácticos, éticos y clínicos. Dentro de esto, está la alta probabilidad de abandonos durante el tratamiento y más aún en las evaluaciones post-tratamiento o de seguimiento. También puede haber problemas con la interpretación de resultados, debido a los posibles sesgos asociados a los informes de los padres y los niños/as, por lo que convendría que en los estudios futuros se utilizaran otras medidas adicionales, como por ejemplo, la observación directa de la conducta. Asimismo, hay que tener en cuenta que aunque conviene utilizar el mayor número de medidas posibles, tener que contestar cuestionarios es algo poco motivante para los niños/as y sus padres (Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Trowell (1998, en Varela, 2000) realizó un estudio en Londres el cual revela que el 80% de los participantes en la terapia grupal mejoran sintomáticamente en depresión, ansiedad, fobia social y trastorno por estrés post traumático. Un hallazgo relevante de esta investigación, es que entre un 5 y un 12% de los niños/as no presentaban síntomas al iniciarse el tratamiento, pero sí luego de 2 años, lo cual hace pensar que este grupo de niños/as recurrió a la disociación y negación para afrontar los efectos del abuso. Así, se puede postular que posiblemente el tratamiento grupal fue un estímulo para afrontar la experiencia de abuso sexual negada anteriormente.

Cantón Duarte y Cortés, (1999) a partir de la revisión de diferentes investigaciones internacionales, concluyen que los resultados de los estudios realizados sugieren que la terapia grupal puede ser un procedimiento eficaz para reducir depresión, ansiedad y problemas de conducta que presentan las víctimas de abuso sexual, así como para aumentar su nivel de autoestima y mejorar el autoconcepto. Además tanto los niños/as como sus padres, evaluaban el tratamiento de grupo como una experiencia positiva que realmente les había servido de ayuda.

Un aspecto relevante respecto a la eficacia de la terapia grupal, es que cuando los padres se comprometen con el proceso de reparación de sus hijos/as, los niños/as se benefician más del tratamiento. (Varela, 2000)

En Chile, aún no existe un sistema de evaluación sistematizado que permita distinguir los efectos que tiene esta técnica grupal en la reparación del abuso sexual infantil (Sename, 1999). Así, debido a la inexistencia en nuestro país de estudios o procesos sistematizados de la eficacia de los tratamientos, tanto individual como grupal, en la reparación del abuso sexual infantil, los datos existentes se limitan a las experiencias y percepciones personales de los profesionales que han trabajado en el tema, según los cuales la terapia grupal sería efectiva en el tratamiento del abuso sexual infantil (Varela, 2000).

6.6- Complementariedad de la terapia individual y grupal en la reparación del abuso sexual infantil

Se ha observado en estudios de efectividad que la terapia grupal es una herramienta útil para apoyar el proceso de reparación de la experiencia de abuso sexual, y tiene un mayor impacto cuando se utiliza como complemento de la terapia individual, en vez de utilizarla por sí sola. Asimismo, se encontró que la terapia individual es más efectiva en la reparación cuando se utiliza y apoya con un trabajo paralelo familiar y grupal (Varela, 2000).

De esta forma, la terapia grupal, potencia el trabajo individual, acelerando y optimizando los resultados del proceso terapéutico individual, al tener los niños/as la posibilidad de compartir con otros las experiencias traumáticas del abuso sexual y al ofrecer la posibilidad de adecuarse al modo natural de relacionarse de los niños/as (Varela, 2000; Fietz, 2000, en Varela, 2000).

Los diversos autores plantean, en concordancia con lo anterior, que la psicoterapia de grupo resulta útil como complemento de la terapia individual. En algunos casos, la terapia grupal se realiza de manera previa o posterior a la terapia individual, en cambio, en otros casos resulta necesaria la terapia individual paralela, dependiendo de las reacciones de cada participante (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Doyle, 1990).

Así, cuando la terapia grupal es posterior o paralela a la terapia individual, se pueden programar intervenciones grupales de duración limitada para afrontar una temática específica, en las que según sea oportuno participen pacientes que ya realizan un programa terapéutico que comprende otros formatos de terapia. Asimismo, si en una determinada fase del tratamiento las temáticas emergentes de un cierto número de pacientes tratados individual o familiarmente son similares o convergentes, se puede recurrir temporalmente a sesiones de grupo, con la expectativa de que poner en común vivencias y experiencias pueda acelerar o reforzar los efectos de la intervención terapéutica (Malacrea, 2000).

Doyle (1990) plantea que cuando los niños/as ya han recibido terapia individual, comúnmente, necesitan en algún momento de su proceso terapéutico saber con certeza que otros niños/as han sido abusados y que no están solos respecto al abuso, necesitan

Capella, Claudia y Miranda, Jenniffer (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual. Memoria para optar al título de psicólogo, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pag. 52-73.

compartir sus experiencias, y practicar estrategias para evitar el rol de víctima, sintiéndose seguros, con capacidad de protegerse y ser cuidados, por lo cual es preciso la incorporación de estos niños/as a psicoterapia de grupo.

Cuando la terapia grupal se realiza de manera previa o paralela a la terapia individual es posible trabajar en ésta, los temas abordados en la terapia grupal, retomando los pensamientos, sentimientos y experiencias surgidos, siendo algunas veces fundamental la comparación y semejanzas que surgen entre los niños/as del grupo (Malacrea, 2000).

Un aspecto relevante para que la terapia grupal potencie los efectos de la terapia del abuso sexual, sea esta paralela, previa o posterior a la terapia individual o familiar, es que los contenidos emergentes en la terapia de grupo estén en continua coordinación con el trabajo realizado en otros formatos (Malacrea, 2000).