

Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas

Intervención social

Coordinadores de la edición

Anna Novellas Aguirre de Cárcer

María del Pilar Munuera Gómez

Jun Lluch Salas

Xavier Gómez-Batiste

Edición
Obra Social "la Caixa"

Diseño gráfico
Carlos Ortega y Jaume Palau

Traducción de textos
Caplletra

Impresión
Agpograf

Depósito legal
B 8913-2016

La responsabilidad de las opiniones expresadas en esta publicación corresponde exclusivamente a sus autores. La Fundación Bancaria "la Caixa" no se identifica necesariamente con las mismas.

Trabajo social con grupos socioterapéuticos en la atención a personas con enfermedad avanzada y sus familiares

Autora: Teresa Rossell Poch

Algunas consideraciones sobre los métodos de trabajo social

Los métodos de trabajo social fueron, en un principio, la base de la profesión, ya que integraban la filosofía, las finalidades y los valores del trabajo social. Los métodos tomaban como referencia los conocimientos empíricos, las teorías y los conceptos de las ciencias sociales del momento, que se integraban en los fines y objetivos de la intervención del trabajo social. Las experiencias prácticas y las elaboraciones teóricas posteriores fueron constituyendo la actual teoría y la epistemología del trabajo social. La formación teórica, la experiencia práctica y la supervisión de los métodos de trabajo social, el llamado *casework*, el trabajo social de grupo y el trabajo social de comunidad, ocuparon, durante muchos años, gran parte del currículum académico y de la formación continuada de los profesionales.

El método de trabajo social de grupo tiene sus orígenes en los Estados Unidos, donde, en el año 1939, los numerosos profesionales que utilizaban el trabajo social de grupo, principalmente psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos, fundaron la Asociación Americana para el Estudio del Trabajo de Grupo (AAETG). Pasada la Segunda Guerra Mundial y en vista de sus devastadoras consecuencias para la población, los trabajadores sociales consideraron que sus objetivos eran claramente de carácter psicosocial, y decidieron integrarse en la Asociación Americana de Trabajadores Sociales (NASW, National

Association of Social Workers), en 1946. Paralelamente, en los Estados Unidos se produjo también un interés y un desarrollo importante de la psicología social y del estudio de los grupos humanos, y muchos de los conocimientos adquiridos se introdujeron en el trabajo social. Asimismo, las teorías psicoanalíticas jugaron un importante papel en aquel momento de consolidación del trabajo social, especialmente en cuanto al trabajo individual, familiar y grupal que se desarrollaba en el campo de la salud mental y de las clínicas y centros infantiles, que produjeron una amplia bibliografía sobre la aplicación de los métodos de trabajo social.

En Cataluña y en el Estado español, el trabajo social de grupo se introdujo «oficialmente» en 1964, a raíz de un seminario de las Naciones Unidas, después del cual el método fue incluido en el currículum académico del trabajo social, al mismo tiempo que se iniciaban aplicaciones del método en distintas instituciones (ya que el trabajo de lo que hoy denominamos *atención primaria* no existía). En los años setenta, y en relación con el Movimiento de Reconceptualización llevado a cabo en los países de la América Latina, y relacionado también con la eclosión de aproximaciones globalizadoras como la teoría sistémica o la ecológica, en los Estados Unidos y en Inglaterra se produce un intento de integrar los tres métodos de trabajo social en uno solo.¹ Más adelante, en los años noventa, a partir de la necesidad de fomentar la investigación y la teoría en el trabajo social, y con el fin de elevar la disciplina al mismo nivel de las ciencias sociales, se introduce la idea que postula que el método de trabajo social es el método científico. Sobre esta disyuntiva, N. de la Red² establece una distinción entre método científico y método profesional que compartimos plenamente: «El método científico tiene como objetivo la investigación y la producción de conocimientos, mientras que el método profesional se aplica para conseguir la transformación de una determinada situación o realidad».

Una vez distinguidos los mencionados aspectos metodológicos, debemos subrayar otro elemento conceptual del método, defendido por una corriente importante de trabajadores sociales desde los inicios de la profesión, representada actualmente por J. Fombuena.³ Se trata de incluir la dimensión clínica en el trabajo social individual y familiar y en el trabajo social grupal, ya que «el método clínico es un método utilizado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras que se caracteriza por singularizar a cada persona que recibe la atención del profesional». Si bien es posible realizar una catalogación de problemas y enfermedades, o de conflictos y trastornos, cada uno de ellos presentará una clínica distinta relacionada con las características de la persona que los sufre. Por otro lado, «el método clínico concede mucha importancia al

diagnóstico de la situación-problema, a los aspectos éticos y a la función preventiva y prospectiva de la atención psicosocial».⁴

La referencia al trabajo social clínico no pretende ser un retorno al pasado, sino la reivindicación de aspectos constituyentes de los métodos de trabajo social, en este caso del trabajo social con grupos.

Modalidades del trabajo social con grupos

En el año 1963, G. Konopka⁵ realizó la siguiente definición del trabajo social de grupo: «Es un método de trabajo social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social, a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse a sus problemas personales, de grupo o de comunidad de una forma más efectiva». Esta definición ha sido comúnmente aceptada por los autores posteriores que han tratado el tema.

Desde el momento en que se consolida este método de trabajo social, los primeros autores, Hardcastle *et al.*,⁶ y Wilson y Ryland,⁷ entre otros, distinguen dos modalidades en el trabajo social de grupo: los grupos que tienen como finalidad ayudar a mejorar o superar los problemas de las personas que participan en el grupo («Ayudar al individuo a través del grupo»), y los grupos de «acción social», cuyo fin es organizar proyectos colectivos y colaborar en el desarrollo de la comunidad. Otros autores, como Papell y Rothman,⁸ dividen la práctica del trabajo social de grupo en tres modelos: terapéutico, de reciprocidad y de objetivos sociales. Kisnerman⁹ recoge esta tradición y distingue los «grupos orientados hacia el crecimiento» de los «grupos de acción social».

La diferencia principal radica en el foco de atención del trabajador social: ofrecer ayuda personal a través del grupo, o ayudar al grupo para que alcance objetivos colectivos, sociales o comunitarios. A estas dos variantes del trabajo social de grupo les corresponden también dos técnicas particulares de conducción de grupos. En los primeros, los trabajadores sociales tratarán de favorecer la creación y la cohesión del grupo, a través de un proceso en el que los participantes podrán expresar sus dificultades, vivenciar y comprender las propias actitudes y reacciones, y mejorar algunos aspectos de su situación personal. En cambio, en los grupos de acción social, el profesional ayudará al grupo a

1. Colomer, M. «El método de trabajo social». *RTS* 1979;75:4-48.

2. De la Red, N. «La metodología en el trabajo social desde el marco de las ciencias sociales». *CABS* 2000;8:9-32.

3. Fombuena, J. «La técnica y el otro en trabajo social». Cap. 1. En: Fombuena, J. (coord.). *El trabajo social y sus instrumentos*. Valencia: Nau Llibres, 2012.

4. Norten, H. *Clinical social work*. Nueva York: Columbia University Press, 1982. [Traducción propia.]

5. Konopka, G. *Trabajo social de grupo*. Madrid: Euramérica, 1968.

6. Hardcastle, D.A.; Powers, P.R.; Wenocur, S. *Community practice. Theories and skills for social workers*. 2.ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

7. Wilson, G.; Ryland, G. *Social Group Practice*. Oxford: Houghton Mifflin Company, 1949.

8. Papell, C.; Rothman, B. «Social Groupwork models: possession and heritage». *J Educ Soc Work* 1966;2:66-77.

9. Kisnerman, N. *Grupos*. Tomo VI. Buenos Aires: Humanitas, 1985.

organizarse en torno a un objetivo social, a planificar, potenciar la participación y tomar decisiones, y a analizar los resultados. En definitiva, el objetivo principal es conseguir cambios externos, aunque secundariamente los miembros del grupo saquen partido del aprendizaje y obtengan beneficios personales derivados de la participación social.

El trabajo social **de** grupo se denomina a menudo *trabajo social con grupos*, lo cual no significa una incorrección, pero consideramos más pertinente hablar de **trabajo social de grupo** cuando nos referimos al método de trabajo social (que incluye los conocimientos, finalidades y valores que lo sustentan), y de **trabajo social con grupos** cuando el énfasis se pone en el campo de aplicación del trabajo social o en los sujetos de la acción del trabajador social, en este caso los grupos (grupos de padres, de jóvenes o de personas afectadas por algún problema social, de salud u otros).

Con la intención de revisar las tipologías del trabajo social de grupo, presentamos, en las IV Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud, celebradas en Bilbao en el año 1995, una propuesta sobre modalidades del trabajo social de grupo que ampliaba las clasificaciones anteriores: **grupos socioterapéuticos, grupos socioeducativos, grupos de acción social y grupos de ayuda mutua**.¹⁰ A cada una de dichas modalidades o tipologías le corresponde, en términos generales, un tipo de abordaje particular en la organización y la dirección del grupo. Esta clasificación facilita la identificación, comparación y análisis de los grupos de trabajo social y de los realizados por profesionales de otras disciplinas.

Los grupos socioterapéuticos y los grupos socioeducativos tienen como objetivo metodológico principal ofrecer a los participantes ayuda personal, socioterapéutica o socioeducativa a través de la participación en un grupo dirigido por un trabajador social.

Los **grupos socioterapéuticos** «se aplican en el trabajo social para tratar aquellas dificultades que conflictúan y producen sufrimiento a las personas usuarias de servicios sociales y sanitarios, y les impiden desarrollar sus capacidades, sus afectos, sus relaciones y sus responsabilidades sociales». La intervención socioterapéutica se centra en mejorar las vivencias, la comprensión y la participación familiar y social de cada miembro del grupo, lo cual implica el desarrollo de las capacidades emocionales y de la comprensión de cada persona para enfrentarse a las propias vivencias afectivas y mejorar las relaciones con la familia y con el entorno más próximo: grupos de padres de personas con trastorno mental, grupos de cuidadores de familiares con demencia, grupos de personas afectadas por distintos problemas, etc.

Los grupos socioterapéuticos engloban los grupos de apoyo (*support groups*), término muy extendido en la bibliografía anglosajona, que van, *de facto*, más allá del simple apoyo e «incluyen también procesos de cambio entre

los miembros del grupo, cambio de actitudes, de comprensión de sus problemas de conducta, de aprendizaje, etc.».¹¹

Los **grupos socioeducativos** «se dirigen al desarrollo y adquisición de hábitos, comportamientos y funciones que, por causas diversas, no forman parte del repertorio comportamental de los miembros del grupo. La adquisición de estas capacidades, llamadas también *habilidades sociales*, puede representar un progreso personal, y puede también evitar un proceso de deterioro y marginación social». Los programas de inserción social y laboral, por ejemplo, incluyen la participación de los usuarios en grupos socioeducativos que estimulan la motivación y la responsabilidad, creando y reforzando hábitos normativos y adaptativos.

Los **grupos de acción social** «tienen por finalidad principal conseguir objetivos sociales que van más allá del beneficio que pueden conseguir los propios individuos que constituyen el grupo. No son grupos para resolver problemas individuales, como los socioterapéuticos, sino que sus miembros participan para mejorar algún aspecto de un colectivo o de una comunidad, aunque a través de dicha participación obtienen experiencia y satisfacción». Los grupos de acción social deben organizarse o autoorganizarse para obtener resultados: fijar objetivos, distribuir funciones, considerar los medios y capacidades que poseen, etc. Estos grupos alcanzan un considerable nivel de autonomía y responsabilidad cuando están bien cohesionados y maduros. La conducción del grupo y la participación del trabajador social estarían aquí en proporción inversa a la capacidad del propio grupo para organizarse y alcanzar sus objetivos. En general, los grupos de acción social se encuentran dentro de la bibliografía del trabajo social comunitario, a pesar de que puedan desarrollar distintos servicios y para distintas iniciativas: grupos de acogida de inmigrantes, contra la violencia de género, para reivindicar servicios, etc. Algunos de ellos derivan en asociaciones, con dimensiones de mayor alcance.

Los **grupos de ayuda mutua** «ofrecen a sus miembros la posibilidad de apoyo mutuo para soportar, mejorar o superar situaciones que les afectan durante largos periodos de tiempo. Los grupos de ayuda mutua, en sentido estricto, se caracterizan por la ausencia de profesionales en las reuniones que mantienen regularmente». Una característica muy importante de estos grupos es el conocimiento que pueden generar, desde el mundo «profano», sobre enfermedades y adicciones, propias o de familiares, las reacciones que provocan y el papel emocional, así como las soluciones prácticas que se generan dentro del grupo, a través de la transferencia de informaciones y observaciones por parte de los miembros del grupo.

Los grupos de ayuda mutua se incluyen como una modalidad dentro del trabajo social de grupo, porque, aunque operan de forma independiente de los

10. Rossell, T. «Trabajo social de grupo: grupos socioterapéuticos y grupos socioeducativos». *Cuadernos de Trabajo Social* 1998;11:103-122.

11. Sherman, N. «The Whys and Wherefores of Support Groups: Helping People Cope». En: Altilio, T; Otis-Green, S. (ed.). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Cap. 26. Nueva York: Oxford University Press, 2011, p. 287-297. [Traducción propia.]

profesionales y de los servicios de salud o sociales, suelen mantener relaciones con trabajadores sociales, quienes impulsan, orientan y ofrecen información y formación a las personas interesadas, en especial a los «facilitadores» de estos grupos.

Muchos de los grupos de ayuda mutua se han convertido posteriormente en asociaciones, dentro de las cuales siguen operando este tipo de grupos. Algunos ejemplos pueden ser el Grup Àgata (uno de los primeros), de la Associació Catalana de Dones Afectades de Càncer de Mama, asociaciones de personas con trastorno bipolar, enfermedades renales, trastornos mentales, etc. Los grupos de ayuda mutua fueron sustituidos, en parte, por la proliferación de bibliografía sobre «autoayuda» aparecida a partir del inicio del presente siglo, como una pretendida solución más rápida a los problemas personales, aunque menos relacional y vinculante con respecto al entorno social que los grupos de ayuda mutua.

Es importante distinguir entre el **componente de ayuda mutua**, presente en todos los grupos socioterapéuticos y socioeducativos dirigidos por profesionales, y los **objetivos de la ayuda mutua**, que caracterizan a los grupos que se organizan y funcionan, insistimos, sin la presencia de profesionales.

Cada una de las modalidades citadas se dirige a unos objetivos genéricos distintos entre sí, y en consecuencia el abordaje metodológico y la participación de los profesionales serán diferentes en cada uno de ellos, aunque **en todas las modalidades presentadas el grupo es el foco central de atención**. Por otro lado, cada una de estas modalidades incluye un número muy amplio de grupos, algunos de los cuales son ejemplos paradigmáticos de esa modalidad, mientras que otros se encuentran en el límite entre algunas de ellas.

Hasta ahora nos hemos referido a unas modalidades importantes de trabajo social de grupo, referidas a los objetivos genéricos de los grupos, que conllevan la necesidad de una organización y una dirección particular en cada una de ellas. Ello no excluye la clasificación de los grupos mediante otros criterios, ya que lo más habitual es definirlos a partir de las características o problemáticas de sus miembros: grupos de padres de niños oncológicos, de adolescentes en situación de riesgo social, de mujeres depresivas, etc.

Beneficios que ofrece el trabajo social de grupo

Cuando un trabajador social plantea organizar un grupo es porque piensa que se trata de la mejor opción metodológica para ayudar a un determinado número de personas con una problemática o interés similar. En este sentido, si el trabajo social de grupo está considerado como una alternativa a la atención psicosocial es debido a que la situación grupal ofrece unas posibilidades de

ayuda más idóneas que la atención individual, familiar o comunitaria. Así pues, deberíamos considerar cuáles son las hipótesis que sustentan el beneficio del trabajo social de grupo.

Heap,¹² Brown¹³ y Shulman,¹⁴ entre otros autores, coinciden en los criterios siguientes:

- Toda persona necesita ser reconocida como tal, en sus necesidades y en sus conflictos. La participación en un grupo de personas con una misma problemática supone una oportunidad para comprender los propios sentimientos, conductas y relaciones, y para superar las dificultades de comunicación.
- El grupo facilita la relación con personas que se hallan en una situación similar. En este sentido, reduce la percepción de aislamiento. Su ambiente de aceptación y contención permite la expresión de temores, emociones y sentimientos negativos, generalmente reprimidos o negados.
- Un grupo de personas con necesidades similares puede ser fuente de ayuda y apoyo mutuo para tomar consciencia y comprender, a través de los demás, las propias reacciones, las causas que las originan y la posibilidad de cambio.
- Se ha podido comprobar que los cambios de actitud producidos a través del grupo suelen ser más consistentes que los obtenidos por otros medios. El grupo es un referente que une, refuerza y valora, y es también un referente para mantener nuevas actitudes y comportamientos.
- En los grupos organizados por trabajadores sociales se fomentan los valores de respeto, aceptación y participación democrática, y se estimula la responsabilidad y el empoderamiento de los participantes.
- En los grupos socioterapéuticos formados por personas que sufren enfermedades graves y pérdidas propias o de algún familiar, el grupo permite expresar intensas emociones en un clima de comprensión, tolerancia y apoyo. Los miembros del grupo sienten que el grupo les ayuda, al mismo tiempo que se dan cuenta de que ellos mismos pueden ser una ayuda para los demás, en la comprensión de sus ansiedades y temores, y en el cambio de actitudes y comportamientos más adecuados y saludables para el propio sujeto y para el entorno familiar.

La situación grupal ofrece, por lo tanto, unas posibilidades que los profesionales aprovechan para alcanzar objetivos específicos. Siguiendo este supuesto, consideramos que es muy importante para los trabajadores sociales conocer el funcionamiento psicológico de los grupos, para poder comprender los fenómenos más frecuentes y relevantes que se producen en ellos y conducirlos hacia la consecución de sus objetivos.

12. Heap, K. *Psicoterapia de grupo: proceso y acción*. Madrid: Paraninfo, 1981.

13. Brown, A. *Groupwork*. Aldershot: Gower, 1986.

14. Shulman, L. *The Skills of Helping: Individuals, Families and Groups*. Itasca (Illinois): Peacock, 1992.

La organización de los grupos

Nos referiremos principalmente a la **modalidad de grupos socioterapéuticos**, ya que engloban la mayor parte de los grupos organizados desde la **atención psicosocial a personas con enfermedades avanzadas** dirigidos a estas personas y a sus familiares. Dentro de este marco se incluyen distintos grupos de apoyo emocional, como los grupos de duelo, de reflexión, para facilitar la comunicación familiar, etc. Los grupos pueden estar diseñados sobre unas determinadas características de las personas afectadas —diagnóstico de la enfermedad, etapa del proceso, edad, género u otras— y de sus familiares o cuidadores principales.

La organización de un grupo debe establecerse sobre diferentes criterios. En primer lugar, se considerará la pertinencia y la posibilidad de organizar un grupo con personas que presentan una **problemática de salud o psicosocial similar**, en el marco del servicio que las atiende. En cada grupo, se establecerán unos objetivos relacionados con el momento evolutivo de dicha problemática. Por ejemplo, el momento del diagnóstico de un problema grave de salud o de salud mental requiere una atención especial a la persona enferma y a sus familiares más próximos, por las emociones que ese diagnóstico suscita y por la necesidad de contar con más información y orientación sobre las manifestaciones y la evolución de la enfermedad. En fases avanzadas de los problemas de salud, las personas enfermas y sus familiares presentan otro tipo de necesidades.

El trabajador social deberá decidir si organiza **un grupo cerrado o un grupo abierto**. En el primero, se intenta crear el grupo con las mismas personas que lo han iniciado, mientras que en los grupos abiertos los miembros pueden abandonarlos al finalizar su tratamiento, y el grupo puede aceptar nuevos miembros considerados idóneos.

La **composición del grupo** se refiere al número de miembros que pueden incluirse en el mismo. Se estima que en los grupos socioterapéuticos y socioeducativos el grupo **no debe tener más de 15 miembros ni menos de 5**. Estas son cifras orientativas, pero las investigaciones sobre el tema¹⁵ confirman este criterio.

Las **características de los miembros** incluyen **la edad, el género, la etnia, las características personales y las reacciones** ante los problemas que les afectan, así como su **estilo de vida**. Brown¹⁶ plantea la conveniencia de incluir, entre los criterios, aspectos de homogeneidad y de heterogeneidad de los miembros del grupo, para que, por un lado, puedan identificarse entre sí y, al mismo tiempo, estén abiertos a nuevas ideas y formas de relación más amplias.

En cuanto a los **objetivos del grupo**, sobre la base de las modalidades definidas anteriormente, en este caso grupos socioterapéuticos y socioeducativos, para cada uno de ellos el profesional establecerá unos objetivos que orienten sus intervenciones. Por ejemplo, un grupo de duelo incluirá, como principales líneas de atención, el apoyo emocional, la elaboración de la pérdida, la reestructuración del propio rol tras la pérdida, etc.¹⁷ Un grupo de padres de niños enfermos hospitalizados tendrá como objetivos compartir la experiencia emocional, prestar apoyo emocional, ayudar a comprender el trastorno y sus manifestaciones, etc.

En los grupos cerrados se establece un tiempo de **duración del grupo**, que oscila entre un mínimo de tres meses y un máximo de nueve, con una frecuencia semanal. En los grupos abiertos se produce un flujo de entrada, participación y salida o abandono de los miembros del grupo. En este sentido, el número de participantes es muy variable. Es conveniente fijar la frecuencia y la duración de las sesiones.

Pueden plantearse tres tipos de **orientación técnica en la conducción de los grupos: directiva, no directiva y semidirectiva**. La orientación técnica debe elegirse al planificar el grupo, ya que desde un primer momento marcará la relación entre el trabajador social y el grupo, así como la interacción entre sus miembros, y propiciará el *setting* de las relaciones grupales.¹⁸

- **Orientación directiva.** Características: el profesional tiene un papel central y activo en el grupo; el profesional plantea temas o actividades y se anticipa a la iniciativa del grupo; el trabajador social promueve la dinámica del grupo a través de estímulos programados, con el fin de conseguir determinados efectos, como verbalizar dificultades, reflexionar, valorar conductas, etc.
- **Orientación no directiva.** El profesional permite la expresión libre y creativa del grupo, conduciéndolo a partir de los fenómenos y contenidos que van surgiendo, para que los participantes puedan expresar sus emociones y comprender sus comportamientos y actitudes para alcanzar sus objetivos. Esta orientación técnica no debe confundirse con una dirección pasiva o *laissez faire*. Tampoco supone que no pueda introducirse en determinados momentos una técnica complementaria de la discusión verbal, si se considera necesaria para favorecer el proceso del grupo.
- **Orientación semidirectiva.** El profesional introduce un programa de temas o actividades como medio de dinamización del grupo, o como estímulo para tratar aspectos importantes de la problemática del grupo. Pueden practicarse técnicas como la representación, el intercambio de roles, la expresión de deseos e ideales, las secuencias biográficas, etc., a través de las cuales el grupo avanza para alcanzar su objetivo.

15. Rossell, T.; Alegre, R. «Trabajo social con grupos de personas usuarias de los servicios de bienestar social». *Trabajo Social y Salud* 2013;75:67-94.

16. Brown, A. *Op. cit.*

17. Novellas Aguirre de Cárcer, A.; Bleda, M. «Grupos de apoyo al proceso de duelo: 5 años de evolución». *Med Paliativa* 2005;12:17-23.

18. Rossell, T. *Op. cit.*

La orientación técnica se establecerá en función de los objetivos del grupo y de la capacidad de sus miembros para expresar, comprender y profundizar en sus dificultades y conflictos. Es importante también que cada profesional encuentre su forma particular de conducir los grupos, de comprender lo que ocurre en ellos y de dar las respuestas más adecuadas en cada momento.

En cuanto a la **evaluación**, los resultados del grupo se valorarán en relación con la evolución de cada miembro en el grupo y fuera del mismo; con la evolución del grupo respecto a los objetivos y al proceso metodológico, y con la satisfacción de los participantes. Es importante también valorar el impacto de esta evaluación dentro de la institución, así como su impacto social.

En los grupos socioterapéuticos y socioeducativos, debemos considerar tres elementos principales: **los miembros del grupo**, cada uno de ellos con sus características personales y con la problemática que le afecta; **el grupo** configurado a través de la interacción entre sus miembros, que se constituirá como una entidad singular, y **el trabajador social**. Es necesario que el trabajador social mantenga esta triple mirada durante todo el proceso de grupo, así como el *setting* de la relación, de modo que se vaya consolidando la estructura relacional a lo largo del proceso. Sherman,¹⁹ refiriéndose a los grupos para personas con enfermedades oncológicas o de familiares, considera que las características principales del trabajador social deben ser las siguientes: a) conocer el problema objeto del grupo: enfermedad, manifestaciones, reacciones más frecuentes ante las pérdidas y la muerte, etc.; b) conocer la dinámica de los grupos y cómo liderar el proceso grupal; c) mostrar una actitud de aceptación y no juzgar la conducta de los participantes; d) poseer capacidad de escucha y de comunicación; y e) tener habilidad para mostrar compasión, empatía y respeto. También necesita habilidad para mantenerse en contacto emocional con el grupo y, al mismo tiempo, guardar una distancia que le permita observar y reflexionar sobre lo que ocurre en el grupo.

El grupo: objetivos y proceso

Cuando el trabajador social reúne a un número determinado de personas con una problemática similar y con unos objetivos explícitos y compartidos por los miembros, el grupo como fenómeno psicosocial, en realidad, todavía no existe. El grupo se irá constituyendo a través de la participación y de las interacciones de las personas que lo forman, se irá desarrollando al pasar por distintas etapas y conflictos, hasta llegar a un nivel de cohesión óptimo para poder satisfacer las necesidades de sus miembros. Por este motivo, es necesario que los profesionales conozcan y tengan experiencia sobre dinámicas y procesos grupales, para poderlos conducir de forma pertinente. Así, a través del proceso grupal,

19. Sherman, N. *Op. cit.*

los participantes podrán expresar sus problemas, actitudes y ansiedades particulares en relación con la problemática particular que les afecta. Dentro de este proceso, cada miembro del grupo comprenderá mejor sus dificultades, encontrará apoyo en el grupo y podrá expresar sus opiniones y sentimientos con mayor claridad, y el grupo cohesionado será, a la vez, el medio y el contexto de ayuda y cambio.

En la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología, algunas de las personas que asistían a los grupos para familiares de personas enfermas en situación de enfermedad avanzada solicitaban continuar en el grupo tras el fallecimiento de su familiar. Este es un buen indicador del beneficio de la participación grupal en situaciones de crisis paranormativas.

En este sentido, los objetivos del grupo transcurren paralelamente a su proceso de construcción y maduración. Así, podríamos considerar que los objetivos del grupo (tratar y reflexionar sobre las situaciones problemáticas que presentan los miembros del grupo) constituyen su eje organizador, ya que el objetivo es la parte consciente, voluntaria y responsable de cada participante y del grupo. Mientras que, en el proceso, cada miembro vivenciará sus dificultades a través de las reacciones de los demás, y de la difícil acomodación entre sus miembros surgirá una situación nueva que es el grupo. Durante el proceso, se irán confrontando, discutiendo y comprendiendo distintas formas de reaccionar, de vivir y de interpretar hechos y sentimientos, propios y de los demás, y lo más importante es que, a través de dicho proceso, se producirán cambios emocionales y de conducta en cada uno de los miembros del grupo.

Debemos tener en cuenta que hablar de los propios problemas, o de problemas de familiares, ante desconocidos produce sentimientos de vergüenza, de culpa, de ridículo o de tristeza. Por ello, en la primera o primeras sesiones, los participantes experimentan una ansiedad anticipada (temores y fantasías que más tarde explicarán: «Pensaba que sería como un confesionario», «Creía que me harían preguntas que no sabría responder»...), así como ambivalencia entre ir al grupo, donde esperan encontrar a un profesional que les explicará lo que tienen que hacer, o ser grupo, donde todos pueden opinar y censurar. Acudir al grupo, como a cualquier lugar desconocido, provoca miedo, inseguridad y malestar inicial. Por este motivo, en la primera sesión de grupo, cuando los miembros se presentan, suele producirse una larga participación de los miembros dirigida al trabajador social, pero escasa interacción entre ellos. No obstante, desde la primera sesión surge un fenómeno que W.R. Bion²⁰ denomina *mentalidad grupal*, descrita como «la entidad mental que une emocionalmente al grupo». La comprensión de los fenómenos emocionales que van sucediendo en el grupo, entendido este como un todo, ayudará a canalizar su dinámica.

Una de las constataciones más importantes de la autora de este texto es que la vida mental del grupo transcurre a través de dos niveles de funcionamiento. En el primer nivel predomina en el grupo un estado y una expresión principal-

20. Bion, W.R. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

mente emocionales; es el «grupo de supuesto básico». El grupo actúa de forma vivencial, espontánea, invadido por sentimientos que fusionan al grupo, pero que le impiden pensar y reflexionar. En el segundo nivel de funcionamiento, al que denomina «grupo de trabajo», las emociones y los comportamientos reactivos están más controlados, y los participantes pueden pensar sobre las propias dificultades, escuchar a los demás, discutir y razonar sobre un tema, o reflexionar sobre las aportaciones que se dan en el grupo. Situado en este último nivel, el grupo puede pensar sobre las propias emociones y reacciones dentro y fuera del grupo, lo cual lleva a la posibilidad de progresar en la comprensión y superación de las dificultades que afronta cada miembro y el propio grupo.²¹

Aunque ambos niveles de funcionamiento se alternan desde el principio hasta el final del proceso, suele existir en las primeras sesiones un predominio del aspecto emocional: expresión y descarga de sentimientos, el grupo se desborda, cada participante piensa que su situación es la peor, que nada puede cambiar, etc. Más adelante, los miembros del grupo van siendo capaces de escuchar a los demás, de aportar ideas, de considerar otros aspectos de su situación y de mostrar cambios, en un clima emocional más contenido y con predominio del pensamiento y la reflexión. Para que el grupo resulte realmente un elemento socioterapéutico, es necesario que, a través del proceso establecido, cada participante pueda reflexionar, pensar y afrontar de forma más positiva su realidad, y tolerar las hondas emociones y los sentimientos que los conflictos y las pérdidas invariablemente conllevan.

La función del trabajador social es la de ayudar al grupo a alcanzar sus objetivos. Para ello, debe tener la capacidad de comprender al grupo en su sufrimiento, sus expresiones y sus dificultades sucesivas. Facilitará la participación y la integración de sus miembros, respetando el estado de ánimo y la evolución de cada uno de ellos. El profesional debe renunciar al protagonismo que el grupo le otorga, sin perder su función y autoridad en el mismo. En este sentido, las ideas, opiniones o interpretaciones surgidas del grupo y dirigidas a uno de sus miembros siempre tendrán más fuerza que las introducidas por el profesional, aunque este podrá apoyar, matizar o expresar reflexiones sobre el tema. El trabajador social valorará la asistencia y la participación, e intentará que el grupo supere los conflictos que puedan surgir a través de la toma de conciencia, la clarificación de contenidos, la tolerancia y la aceptación de la diferencia. El profesional debe mantener el ideal y la posibilidad real de cambio y superación de cada miembro del grupo, lo que le permitirá comprender y aceptar mejor a sus familiares y a sí mismo, a través de una experiencia compartida en el grupo.

Algunas de las expresiones de los participantes que asistían a un grupo de una unidad hospitalaria de cuidados paliativos, dirigidas hacia los profesionales del servicio, eran las siguientes: «El grupo me hace sentir que no estoy sola»,

«A pesar de sentirme solo y desorientado, siento que todavía puedo ayudar a otros como yo», «Desde que acudo al grupo, todos en la planta me saludan».

Puede resultar muy conveniente que el equipo de profesionales, aunque no participe en el grupo, no lo viva como algo externo o ajeno al servicio, sino todo lo contrario. En la medida de lo posible, sería interesante incluso invitar esporádicamente a participar en los grupos a algún profesional del equipo asistencial, a fin de que pudiera experimentar en primera persona el significado y el potencial de los grupos terapéuticos.

Bibliografía recomendada

- Bion, W.R. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- Brown, A. *Groupwork*. Aldershot: Gower, 1986.
- Colomer, M. «El método de trabajo social». *RTS* 1979;75:4-48.
- De la Red, N. «La metodología en el trabajo social desde el marco de las ciencias sociales». *CABS* 2000;8:9-32.
- Fombuena, J. «La técnica y el otro en trabajo social». En: Fombuena, J. (coord.). *El trabajo social y sus instrumentos*. Valencia: Nau Llibres, 2012.
- Grinberg, L. *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1986.
- Heap, K. *Psicoterapia de grupo: proceso y acción*. Madrid: Paraninfo, 1981.
- Kisnerman, N. *Grupos*. Tomo VI. Buenos Aires: Humanitas, 1985.
- Konopka, G. *Trabajo social de grupo*. Madrid: Euramérica, 1968.
- Hardcastle, D.A.; Powers, P.R.; Wenocur, S. *Community practice. Theories and skills for social workers*. 2.ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Norten, H. *Clinical social work*. Nueva York: Columbia University Press, 1982.
- Novellas Aguirre de Cárcer, A.; Bleda, M. «Grupos de apoyo al proceso de duelo: 5 años de evolución». *Med Paliativa* 2005;12:17-23.
- Papell, C.; Rothman, B. «Social Groupwork models: possession and heritage». *J Educ Soc Work* 1966;2:66-77.
- Rossell, T. «Trabajo social de grupo: grupos socioterapéuticos y grupos socioeducativos». *Cuadernos de Trabajo Social* 1998;11:103-122.
- Rossell, T.; Alegre, R. «Trabajo social con grupos de personas usuarias de los servicios de bienestar social». *Trabajo Social y Salud* 2013;75:67-94.
- Sherman, N. «The Whys and wherefores of support groups: Helping people cope». En: Altilio, T.; Otis-Green, S. (ed.). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Cap. 26. Nueva York: Oxford University Press, 2011, p. 287-297.
- Shulman, L. *The Skills of Helping: Individuals, Families and Groups*. Itasca (Illinois): Peacock, 1992.
- Wilson, G.; Ryland, G. *Social Group Practice*. Oxford: Houghton Mifflin Company, 1949.

21. Grinberg, L. *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1986.

Filiaciones

Abt Sacks, Analía

Antropóloga

Máster en Antropología Médica y Salud Internacional. Evaluación de Servicios de Salud

Asistente Técnica del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS), de la provincia de Santa Fe (Argentina)

Investigadora, colaboradora en la Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS)

Agrafojo Betancor, Esperanza

Diplomada en Trabajo Social

Máster en Resolución de Conflictos y Mediación Familiar

Unidad de Medicina Paliativa. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Albert Siles, Lidia

Diplomada en Trabajo Social

Licenciada en Pedagogía Social

Técnica del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Apolinar Martínez, Antònia

Diplomada en Trabajo Social

Diplomada en Enfermería

Máster en Ecología Emocional

PADES Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)

Presidenta de la Academia de Ciencias Médicas, filial del Vallès Occidental (Barcelona)

Aragonès Viñes, Teresa

Diplomada en Trabajo Social

Máster en Políticas Sociales y Comunitarias

Supervisora y docente en trabajo social, servicios sociales y de la salud (Barcelona)

Bauer, Amy MSSA, LISWS

Cleveland Clinic Health Systems

Cleveland, OH

Carmona Sánchez, Margarita

Trabajadora social

Licenciada en Sociología por la Universidad Autónoma de Barcelona

Consortio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Casas Martínez, Carme

Diplomada en Trabajo Social. Posgrado en Bioética

PADES del Consorcio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Miembro del Comité Científico de la Fundació Oncolliga

Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Consorcio Sanitario de Terrassa (Barcelona)

Cohen Fineberg, Iris PhD, MSW

International Observatory on End of Life Care. School of Health and Medicine.

Universidad de Lancaster (Lancaster, Reino Unido)

García Gea, Alejandro

Diplomado en Trabajo Social

Coordinador de Aspanion (Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana)

Coordinador EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) Pediátrico de la Comunidad de Valencia. Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Gehlert, Sarah MA, MSW, LCSW

E. Desmond Lee Professor of Racial and Ethnic Diversity

The Brown School

Washington University in St. Louis

St. Louis, MO.

Giménez Rafael, Olivia

Diplomada en Trabajo Social

Trabajadora social EAPS (Equipo de Atención Psicosocial). Consorcio Sanitario del Garraf (Barcelona). Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Jiménez de la Torre, Amparo

Diplomada en Trabajo Social

Coordinadora general de Aspanion (Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana)

Directora técnica EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) Pediátrico de la Comunidad de Valencia. Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Lasheras Soria, Esther

Trabajadora social. Unidad del Paciente Crónico

Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu (Barcelona)

Unidad de Crónicos Complejos. Programa PRINCEP

Neumología (Unidad de Fibrosis Quística, Programa de Ventilación Mecánica Domiciliaria). Gastroenterología. Inmunodeficiencias Primarias (IDP)

Lima Fernández, Ana Isabel

Presidenta del Consejo General del Trabajo Social español (CGTS) y de la Región Europea de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS/IFSW Europe)

Mínguez Covacho, María Amparo

Trabajadora social. EAPS - ESOS del Hospital San Rafael (Madrid). Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Moro, Teresa MSW, Phd(c)

University of Chicago

Glenview, IL.

Munuera Gómez, María del Pilar

Trabajadora social. Doctora en Sociología

Profesora titular de la Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid

Novellas Aguirre de Cárcer, Anna

Trabajadora social

Máster universitario en Intervención Psicosocial

Asesora en intervención psicosocial del Observatorio Qualy. Instituto Catalán de Oncología

Profesora asociada de la Unidad de Formación e Investigación. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Barcelona

Olivella Madrid, María Teresa

Diplomada en Trabajo Social

Trabajadora social de atención primaria de salud de Mútua de Terrassa

Profesora asociada de la Unidad de Formación e Investigación. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Barcelona

Pajuelo Valsera, Manuel Miguel

Trabajador social

Servicios Sociales Básicos del Ayuntamiento de Barcelona

Profesor asociado de la Unidad de Formación e Investigación. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Barcelona

Palos, Guadalupe R. RN, LMSW, DrPH

MD Anderson Cancer Center. Universidad de Texas (Houston)

Riquelme Olivares, Mercè

Diplomada en Trabajo Social

Licenciada en Sociología

Máster universitario en Intervenciones Sociales y Educativas. Universidad de Barcelona

Trabajadora social. Servicio de Soporte Integral. Instituto Catalán de Oncología. Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona, Barcelona)

Rodríguez i Molinet, Josefa

Diplomada en Trabajo Social

Máster en Atención Primaria de Salud

Responsable del Área de Trabajo Social del ámbito de Barcelona ciudad del Instituto Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

Rossell Poch, Teresa

Diplomada en Trabajo Social

Licenciada en Psicología por la Universidad de Barcelona

Especializada en temas de salud mental

Trabajadora social del Ayuntamiento de Barcelona

Exdirectora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social

Expresidenta de la Asociación Europea de Escuelas de Trabajo Social

Sherman, Nancy MSW, MSM, LICSW

Center for Grief and Healing. Hospice of the North Shore (Danvers, Massachusetts)

Tejedor Rodríguez, Eva María

Trabajadora social

EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) Hospital Los Montalvos (Salamanca).

Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa"

Vílchez Palacios, Mari

Diplomada en Trabajo Social

Trabajadora social del Instituto Catalán de Oncología. Hospital Duran i Reynals (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona)