

# DISPOSITIVOS GRUPALES DE AUTOGESTIÓN: SU VALOR EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EN LA SALUD MENTAL

---

Rubén Zukerfeld

## 1. Introducción

### 1.1 Vulnerabilidad y aspectos psicosociales en las enfermedades crónicas

En las condiciones sociales actuales es habitual que el problema de la enfermedad crónica se incluya en el campo de la salud mental independientemente de que el enfermo sea o no un “enfermo mental”. En realidad todas las categorías de la llamada psicósomática son parte de este campo y en general las perspectivas interdisciplinarias modernas incluyen siempre algún nivel de intervención psicológica en casi todas las enfermedades. Esta tendencia –que constituye la contracara de la medicina tecnológica– suele tener como referencia explícita o implícita, una concepción sobre la influencia psicosocial en la *vulnerabilidad* del sujeto y una jerarquización de la misma como base de su recuperación. Esta influencia puede ser estudiada teniendo en cuenta los sucesos vitales que pueden o no tener eficacia traumática, las características de la red vincular tanto en su valor de apoyo como de stress social y la calidad de vida del sujeto enfermo. Existen muchos estudios que ponen en evidencia en especial la influencia del aislamiento social como factor de riesgo y que demuestran el valor de la percepción de ayuda y apoyo emocional para la supervivencia y recuperación de la enfermedad.

Por otra parte el enfermo de patologías sin cura etiológica (v.g. hipertensión, diabetes, obesidad mórbida) pero con alto poder de control sobre las mismas a través de cambios de hábitos y estilo de vida, necesita del apoyo psicosocial para desarrollar recursos para su recuperación. También es conocido como en el mismo sentido han tenido un intenso desarrollo programas grupales en el ámbito de las adicciones y trastornos de la alimentación.

### 1.2 El problema del sufrimiento

En *El Malestar en la Cultura*, Freud señala tres fuentes de sufrimiento humano: el propio cuerpo, el mundo exterior y *las relaciones con otros seres humanos*. Obsérvese que en estas formas en las que se presenta la realidad externa al aparato psíquico se

ponen en juego dos tipos de problemas: a) en las tres fuentes citadas se imbrican fenómenos del orden de la naturaleza con otros del orden de la cultura. b) su subjetivación se da de distintas maneras según la cualidad y la magnitud de los fenómenos. Su eficacia traumática es variable y de acuerdo con Freud sería inversa a la posibilidad de significación. En otros términos, ciertas vicisitudes de aquellas fuentes se procesarían de acuerdo con el principio de placer- realidad y otras más allá del principio de placer.

Es importante tener en cuenta también otro par de cuestiones. Freud señala aquí el *sufrimiento* pero es necesario recordar que es de las mismas fuentes citadas que el sujeto obtiene satisfacción y reparación para aquel padecimiento. Los vínculos con el *otro* que puede ser “auxiliar, modelo, objeto y rival” son ligaduras libidinales que desde la noción de ambivalencia, ponen en evidencia la existencia del amor y también la del odio.

El psicoanálisis freudiano y especialmente las teorías de las relaciones objetales postfreudianas, han provocado uno de los cambios radicales y más controversiales en la clínica, la psicopatología y en general en la valoración de la conducta humana, a partir de establecer la diferencia entre un objeto externo y un objeto interno creado por introyección que se constituye en parte de una actividad fantasmática. Es sabido que para la constitución de objetos internos buenos o protectores es necesaria la existencia de objetos externos que garanticen un sostén mínimo, y que de acuerdo a las vicisitudes relacionales evolutivas se requerirá la presencia permanente del objeto externo o se podrá tolerar la dinámica de ausencias y presencias. La vivencia interior de protección que suele estar asociada a la autoestima es así el gran moderador del sufrimiento psíquico.

Este sufrimiento en relación a otros seres humanos es el que ha motivado abundantes consideraciones clínicas y teóricas sobre los modos de enfermar en determinados contextos macro y microculturales. Así es que teorías que estudian los vínculos inter y transobjetivos y la categoría misma de “familia disfuncional” dan cuenta del interés que tiene este campo. Asimismo el desarrollo de sistemas grupales y comunitarios para tratar crisis vitales y enfermedades crónicas, permite inferir la jerarquía que ha adquirido el concepto de *red vincular* en cualquier abordaje terapéutico: toda la actual crisis de los modelos de solidaridad social y su conexión con el incremento de determinadas patologías expresa claramente esta concepción. Así es que entendemos como red vincular (RV) a *la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de sostén y/o de stress de magnitudes variables*. El concepto de *apoyo* incluye tener tanto a quien recurrir como en quién pensar para sentirse reconfortado, apoyado o motivado; el concepto de *stress* incluye tanto los vínculos hostiles, exigentes o confusos como la sensación de no tener a quién recurrir. Estas variables tienen en cuenta las relaciones que establece el sujeto en su ámbito familiar pasando por todos los distintos niveles de pertenencia intermedios, (barriales, laborales, etc.) hasta su pertenencia a determinada clase social. En términos

generales el estar integrado a su comunidad mejora su calidad de vida y lo ayuda a recuperarse más rápidamente de distintas manifestaciones sintomáticas. Por otra parte el aislamiento social –como vimos- suele ser considerado un factor de riesgo para las enfermedades. Además es conocido que las personas que padecen serias enfermedades requieren más apoyo y cuidado de su entorno, es decir que la misma enfermedad influye sobre su red vincular y puede recursivamente incrementar su vulnerabilidad.

La definición utilizada muestra - como puede apreciarse - la importancia del intercambio generador de apoyo o perturbación y la existencia de una trama intersubjetiva que ofrece también distintos modelos de identificación. Así es que donde se encuentra el sufrimiento se puede encontrar la ayuda y la reparación. La presencia o ausencia de RV y especialmente su característica (más “sostenedora” o más “estresante”) la consideramos de gran importancia para: a) la regulación de la autoestima y de la identidad, b) la elaboración de duelos, c) la constitución de valores y proyectos vitales, d) el afrontamiento de situaciones traumáticas.

Dentro de la RV pueden señalarse descriptivamente vínculos familiares (originarios y adquiridos) y extrafamiliares que corresponden a distintas pertenencias sociales e institucionales.

Aquí nos ocuparemos solamente de los dispositivos grupales con problemática semejante y modalidad autogestiva

## 2. Dispositivos grupales y autogestión

### 2.1 Introducción

Existe una larga historia acerca de las terapias grupales en la Argentina que implica la coexistencia de escuelas e instituciones diversas de gran predicamento en el campo de la salud mental. A mi modo de ver conviene destacar seis influencias y dos grandes tipos grupales:

- a) Psicoanálisis: desde los pioneros de las instituciones psicoanalíticas se propició la psicoterapia de grupo que hoy en día incluye numerosas modalidades de orientaciones diversas desde Bion a Kaes<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Es imposible reseñar aquí la enorme producción teórico-clínica en la Argentina en este campo. Baste señalar los aportes clásicos de Grinberg, Langer y Rodrigué, los desarrollos sobre grupos de reflexión de Ferschtut y Dellarrosa, las concepciones sobre grupalidad de Pavlosky, Kesselman y Bauleo toda la creación del campo de las configuraciones vinculares a partir de ideas de Berenstein, Puget y Bernard y el psicoanálisis compartido de Stein. También en Brasil existe un importante movimiento de trabajo grupal en los que se destaca David Zimmerman que en su libro junto a L.C. Osorio *Como Trabajamos con Grupos, Artes Médicas, Porto Alegre, 1997*, realiza una notable recopilación de todas las formas de trabajo grupal entre las que destaco los artículos de Fiscmann sobre grupos operativos, Barros sobre grupos de autoayuda y Millo Filho sobre grupos con pacientes con enfermedad somática

- b) Psicodrama: desde las ideas de Moreno hasta las del llamado psicodrama psicoanalítico las técnicas dramáticas tienen un lugar importante en los abordajes grupales
- c) Grupos Operativos: las ideas de Pichón Rivière y sus seguidores fundadores de la psicología social constituyen otra influencia rica y vigente en el campo grupal.
- d) Grupos “vivenciales”: un sector heterogéneo que comprende los laboratorios, técnicas gestálticas, corporales y otras modalidades influidas por Perls.
- e) Grupos cognitivo-conductuales: suelen constituirse como programas inspirados en las ideas de Beck y de Ellis y se han desarrollado mucho en el campo del stress.
- f) Grupos de autogestión o ayuda mutua: modalidad en la que la fuente básica ha sido el trabajo de Alcohólicos Anónimos y que en sus orígenes no incluye intervención profesional.

Todas estas modalidades han constituido dispositivos propios, establecidos criterios de agrupabilidad y planteado líneas de investigación con aportes significativos para la salud mental. Por otra parte es posible clasificar a los grupos en dos tipos: *heterogéneos* y *homogéneos*. Los primeros se conforman con personas que se agrupan por mínima semejanza, es decir por la expectativa individual de obtener algún beneficio del grupo, pudiendo tener distintas problemáticas, patologías o condiciones vitales. Por lo general la mayor parte de los estudios y teorizaciones corresponden a este tipo de grupos coordinados por profesionales con formación psicoanalítica y/o psicodramática.

Los grupos llamados “homogéneos” son aquellos que se forman por máxima semejanza, que debiera ser su nombre, pues la homogeneidad no existe sino que distintas singularidades, además de la expectativa citada anteriormente, comparten la misma enfermedad, problemática o condición vital. La noción de grupo “homogéneo” se hizo sinónima de la de grupo de autoayuda (self-help) por el nacimiento de Alcohólicos Anónimos. Es importante hoy en día cambiar también esta última sinonimia: un grupo de semejanza máxima puede ser de autogestión absoluta, de autogestión relativa o guiada –con coordinación profesional- o no privilegiar la autogestión.

*Entendemos como autogestión o ayuda mutua al conjunto de procedimientos que desarrollan los integrantes de un grupo con la finalidad de producir algún tipo de alivio y/o cambio en la mayoría de ellos mismos sin intervención profesional (autogestión absoluta o pura) o con una coordinación de un profesional que no padece la patología o la condición (autogestión relativa).*

## **2.2 Principios generales**

Los procedimientos grupales de *todas* las corrientes citadas han tenido una importante influencia en el campo de la psicósomática, adicciones, trastornos de la alimentación, patologías fronterizas. Pero en general la modalidad autogestiva es paradójicamente la de mayor desarrollo y la menos estudiada rigurosamente. En otra

parte (Zukerfeld, 1996) hemos planteado lo que entendemos como los tres principios en los que se basan estos grupos ( semejanza, modelización y confrontación) y su relación con las nociones psicoanalíticas de identificación primaria, construcción del Ideal y percepción de la realidad.

Aquí desarrollaremos la relación entre aquellos principios y lo que Irving Yalom (1976) en sus importantes investigaciones plantea como “factores curativos” de los sistemas grupales, de tal manera que la semejanza, modelización y confrontación se convierten en principios para el logro de determinada eficacia terapéutica.

Estos factores son once y los agruparemos por su relación con el que entendemos principio general.

### 2.2.1 Principio de semejanza

Plantea la relación directamente proporcional entre *semejanza* de problemática y posibilidad de eficacia terapéutica y se basa en el desarrollo de identificaciones primarias. Es decir existe un valor terapéutico en lo que sería el pasaje del “a mí me pasa” al “a nosotros nos pasa”. Se cumple en la medida que se desarrollan allí los siguientes cinco factores:

- a) **Cohesión:** definida en un grupo como el equivalente al vínculo en la relación individual es algo así como la atracción que mantiene a los integrantes de un grupo como pertenecientes al mismo. Es una necesaria precondition que no debe confundirse con confort y que implica interés en mostrarse frente a otro y que otro se muestre frente a uno en un ambiente protegido. Sin mínima cohesión no existe funcionamiento grupal y la semejanza la favorece.
- b) **Universalidad:** es un patrón que se define como la sensación de compartir padecimientos y/o características con otros integrantes de un grupo en oposición al sentimiento de “particular”, “especial” o “secreto”.
- c) **Esperanza:** hemos mencionado en otra parte (Zukerfeld, 1996) que estos son dispositivos que funcionan a través de las tres “anzas” (semejanza, confianza, esperanza) y remarcado el valor terapéutico de ver que otros han cambiado o se han recuperado; la llamada “inoculación de esperanza” de Yalom.
- d) **Altruismo:** la posibilidad de ayudar a otro que ofrece un grupo tiene gran valor para la autoestima del que brinda aquella ayuda. Es un concepto que emparenta un valor ético como la solidaridad con un valor terapéutico e implica una posibilidad de resolución de la ambivalencia.
- e) **Imitación:** es un factor que genera controversias en la medida que su signo varía: se pueden imitar conductas saludables o patológicas pero no hay duda que el primer caso implica un primer ensayo en el desarrollo de los procesos de cambio.

Es importante no confundir un principio que se basa en la semejanza con la idea de aplastamiento de las diferencias o etiquetamiento. Este último es el resultado de *una*

*distorsión donde se confunde semejanza con identidad.* Aquí es conveniente recordar lo que señala Freud en 1921 cuando explica la constitución de la masa artificial en dos tiempos: *primero* los miembros de la masa proyectan su ideal sobre el líder y *luego* se identifican entre sí. Esta masificación es la consecuencia lógica de la idealización en el sentido de la presencia de un Yo Ideal. En cambio desde el punto de vista metapsicológico en el grupo de autogestión primero se produce la identificación con el otro y posteriormente se construye un Ideal del Yo que pasa a ser el modelo de la cura

### 2.2.2 Principio de Modelización

Plantea la relación directamente proporcional entre *claridad, explicitación y consenso a la propuesta terapéutica* -el modelo- y su eficacia. Como acabamos de señalar se basa en la posibilidad de construir Ideales desencarnados con posterioridad al encuentro con el semejante. Es decir que existe un valor terapéutico que se agrega al “nosotros” y pasa a ser “nosotros con este modelo que construimos”. Se cumple en la medida que se puedan desarrollar allí tres factores curativos de Yalom.

- a) **Información:** es importante el compartir nociones básicas acerca de la enfermedad, su proceso terapéutico y el funcionamiento mismo de un grupo. Muchas veces esta información se da por tradición oral, otros es formal y escrita y a veces es ad hoc pero debe ser clara y compartida: la incertidumbre sostenida es un factor ansiógeno que puede ser perturbador.
- b) **Resocialización:** todo modelo incluye la posibilidad que los integrantes de un grupo desarrollen capacidades inhibidas y/o registren las consecuencias de conductas inapropiadas o estereotipadas y realicen aprendizaje social.
- c) **Factor existencial:** casi todos los modelos que se desprenden del principio general procuran que se desarrolle en los integrantes de un grupo una visión global de la vida y la muerte y en especial la noción de responsabilidad. Este es un concepto clave en especial para patologías que se autoperpetúan a través de comportamientos y que implican niveles de decisión. Los modelos suelen incluir una ética propia y un estímulo para el desarrollo de proyectos.

### 2.2.3 Principio de confrontación

Se define como la relación entre las condiciones que da un grupo para poder *enfrentar realidades negadas e intentar transformarlas* y su eficacia terapéutica. Es decir que existe un valor terapéutico que completa lo citado en 2.2.2 pasando a ser : “nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta”. Incluye tres factores descriptos por Yalom que tienen que ver en general con movilizaciones emocionales de distinto nivel que ponen al Yo frente a la posibilidad de cambio, ellos son:

- a) **Catarsis:** este factor hay que comprenderlo como la posibilidad que brinda el grupo de expresar emociones fuertes manteniendo la cohesión. No implica descarga per se y habitualmente es un factor valorado por los integrantes del grupo aunque no esté necesariamente asociado a cambios comportamentales. Esta idea está implícita en (b)

- b) **Experiencia Emocional Correctiva:** Descrita por Alexander, es jerarquizar el cambio en relación con la expresión de emociones que corrijan experiencias anteriores del sujeto. Implica un testeo de la realidad actual para percibir la diferencia entre el presente temido en función del pasado traumático. El grupo actúa como un soporte y como un campo donde se realiza lo que sigue en (c)
- c) **Aprendizaje interpersonal:** Este es un concepto clave del psicoanálisis y de la psiquiatría a partir del cual a ésta se la adjetiva como “dinámica”. La noción ha sido descrita y desarrollada por Sullivan que define la psicoterapia como el estudio y tratamiento de los procesos que se dan entre las personas. Todas las teorías y técnicas grupales incluyen esta noción que implica trabajar sobre las distorsiones paratáxicas que también describió Sullivan. El intercambio con otros integrantes de un grupo es una fuente inagotable de aprendizaje de: las propias percepciones erróneas contaminadas de proyecciones variadas y los efectos que producen las distintas expresiones verbales y corporales de los integrantes.

### **3. Discusión: eficacia terapéutica y percepción de ayuda**

**3.1.** Todas las definiciones sobre los principios plantean una relación directa con la eficacia de la dinámica grupal. Esta puede pensarse de distintas formas de acuerdo a la base teórica que se tenga y a los objetivos planteados. Obsérvese que la noción amplia de “aprendizaje” se encuentra incluida de diferentes maneras en los tres principios generales. En relación con la semejanza se encuentra la imitación de comportamientos saludables y en relación con la modelización la información y resocialización descriptos. Estos son niveles más intelectuales del grupo, distintos del aprendizaje interpersonal que es más emocional y típico de un grupo de buen funcionamiento.

Los principios generales y sus factores terapéuticos derivados se implementan a través de un amplio bagaje de técnicas que provienen de distintos esquemas referenciales y que solamente son compatibles en la medida que cumplan con aquellos principios. Es por eso que distintos terapeutas, líderes o coordinadores grupales de orígenes muy diferentes, profesionales y no profesionales, pueden realizar una buena práctica que llamarán psicoterapéutica, psicoeducacional, psicodramática, o de grupo operativo, clasificaciones importantes en última instancia más para los terapeutas que para los pacientes. Estos últimos sienten que hacen “un grupo “y que éste funciona o no, ayuda o no, cumple o no con sus objetivos. Yalom es el que justamente ha destacado que muchas veces los que los integrantes de un grupo han considerado “curativo” no es el mismo factor que los coordinadores valoran como tal. Esta observación vale también para los grupos de autogestión absoluta o “pura” donde el coordinador no es un profesional sino un usuario de la misma patología o condición que tiene el grupo.

Pero es también este tipo de grupo el que más controversias genera en el campo psi en general y en el de los terapeutas grupales en particular. Las críticas más habituales son:

- a) los grupos son procedimientos superficiales.
- b) favorecen el contagio de patología.
- c) cristalizan seudoidentidades.
- d) son sectas.
- e) generan dependencia.

Como se comprenderá la crítica de “superficialidad” es la más endeble de todas ya que generalmente parte de una subestimación de la dinámica interpersonal en comparación con un referente de “profundidad” que se atribuye al vínculo individual. Este es un tema hoy en día perimido que queda probablemente como resto de una concepción de la década del 60 donde el grupo era la alternativa “barata” para el paciente que no podía acceder al psicoanálisis individual por su costo.

Más serio es el problema del “contagio” y el de “seudoidentidad”. En ciertos grupos esto sucede en relación con aspectos del funcionamiento psíquico carenciado de sus integrantes, en la violación de principios elementales de admisión (v.g. psicópatas) y especialmente en el desconocimiento de los principios generales que mencionamos anteriormente.

¿Por qué? En relación con el contagio (v.g. el adicto a drogas suaves que imita al adicto a drogas “pesadas” del grupo) se debe pensar si se cumple el principio de semejanza y entenderlo como un problema grupal pero no como una característica: es riesgoso juntar a tabáquicos, alcohólicos y cocainómanos bajo el rubro de “grupo de adictos” y se se hace se debe ser consciente del principio general que no se tiene en cuenta.

La seudoidentidad es un fenómeno más complejo porque lo que a veces está en juego aquí es el horror frente a la falta de nombre de una sensación o estado. Muchos grupos ofrecen ese nombre y generan alivio (muchas veces al principio profundo rechazo) y este es un primer paso en el proceso: es conocida la presentación de sí mismos que hacen los integrantes de Alcohólicos Anónimos. Sucede que este primer paso -“soy alcohólico- adquiere a veces en otros grupos -“soy bulímica”- un sentido clausurante de cualquier reflexión sobre la singularidad; cuando esto sucede conviene revisar el principio general de confrontación, es decir pensar que realidad se está negando. Y cuando los grupos no hacen revisión de los principios generales y se cierran sobre sí mismos generan dependencias patológicas y se convierten en sectas. Esta deformación se da cuando el líder –profesional o no profesional- se convierte en la encarnación del Ideal y transforma al grupo en iglesia o ejército.

**3.2.** Todo sistema que pretenda ser terapéutico debe evaluar sus intervenciones periódicamente especialmente cuando estas pasan principalmente por el sutil y complejo

poder de la palabra. Esto implica que no basta con suponer –de acuerdo a la concepción personal- que se brinda ayuda, sino que se necesita constatar que el sujeto afectado la percibe. Esto plantea un problema teórico clínico bastante amplio porque en muchos casos la propia patología dificulta la percepción de ayuda o directamente la rechaza. De todos modos entiendo que es importante tener un panorama aproximado sobre como pensar la posibilidad del sujeto enfermo de obtener ayuda a través de un dispositivo grupal de autogestión. Pienso que la misma depende en definitiva de tres variables: la *patología* central de los integrantes, la estructura del *dispositivo* y la puesta en práctica de los *principios de funcionamiento* que describimos en 2.2

- a) Importancia de la *patología*: por lo general cuando la misma altera significativamente la calidad de vida del sujeto, este suele percibir más rápidamente la ayuda grupal que por su sola existencia mejora esa calidad deteriorada. También es evidente que los sujetos que padecen de patologías que tienen rechazo social o estigma, se sienten muy ayudados por poder compartir su problemática con semejantes. Además cuando la necesidad básica gira sobre cambios de comportamiento el valor de las terapias grupales percibida como de gran ayuda para sus integrantes.
- b) Importancia del *dispositivo*: en el mismo destacamos que la modalidad grupal y el liderazgo del coordinador influyen de distintas maneras en la percepción de ayuda por parte de sus integrantes. Aquí las características personales son decisivas dado que independientemente de la patología hay pacientes que se sienten ayudados por un líder carismático de modalidad activa mientras que otros valoran más el intercambio entre semejantes. Pero lo que es preciso señalar es la importancia del contexto donde se desarrolla el grupo que incluye el *setting* y en especial el problema del dinero. En este sentido y por definición los grandes grupos puros de autoayuda son gratuitos y los que se ofrecen en las instituciones públicas con o sin profesionales, también. Cuando el grupo constituye un servicio o prestación arancelada cambian las condiciones de contexto en la que hay que incluir la forma en la que él o los profesionales coordinadores son remunerados. Lo que aquí quiero enfatizar es que es obviamente distinta la percepción de ayuda del enfermo que requiere un servicio por el que paga, de aquel que se siente parte militante de un sistema de ayuda mutua sin fines de lucro.
- c) Importancia de los *principios generales*: en los últimos años nos ha interesado poner a prueba la vivencia personal que tienen pacientes y coordinadores de los grupos de los fenómenos de identificación, del valor de la propuesta y de la posibilidad de expresión e intercambio emocional. Esto es : existen pacientes que básicamente perciben la ayuda proviniendo de la semejanza, mientras que otros la atribuyen al modelo y/o a lo que incluimos en el principio de confrontación. Lo mismo suele darse con los coordinadores y a veces existen discrepancias en esa valoración de las que conviene ser consciente con la finalidad de mejorar el dispositivo y su funcionamiento.

En relación con el último problema planteado, en cualquier sistema grupal suelen hacerse periódicas evaluaciones sobre el funcionamiento y su eficacia. Suelen consistir en reflexiones entre integrantes y coordinadores con diversos matices en cuanto a sinceridad y a posibilidad de tomar distancia de la tarea realizada y evaluarla. Por otra parte cuando se quiere evaluar la eficacia del grupo se suelen administrar escalas para evaluar la evolución de determinadas dimensiones sintomáticas (vg. ansiedad, depresión) pero no el *funcionamiento en sí mismo*. En este último sentido hemos diseñado una escala, la Escala de Funcionamiento Grupal, *EFG-25*, que tiene esa finalidad y que utilizamos en distintas poblaciones de enfermos crónicos que participaban de grupos.

*EFG-25* es una escala de funcionamiento grupal que evalúa la percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal de acuerdo a los principios generales de  *semejanza, modelización y confrontación* y a los once factores curativos descritos por Yalom (1985)<sup>1</sup>. Consiste en 25 frases aplicables a cualquier integrante mayor de 18 años de cualquier tipo de grupo. Produce un valor total de percepción subjetiva de ayuda y eficacia de 0 (inexistente) a 100 (máxima teórica) y valores parciales para cada principio general y los factores curativos asociados. Brinda datos basales de expectativas a ser comparados con el retest y datos de contrastación entre la percepción de terapeutas y pacientes. Permite evaluaciones cualitativas y ser utilizada inclusive como material de trabajo intragrupal.

Se construyó sobre una selección de las 25 frases de mayor ranking de un total de 60 de la investigación original de Yalom que conservan sus propiedades psicométricas y que fueron reagrupadas de acuerdo a los tres principios descritos. Se diseñaron dos versiones: para pacientes al cabo de al menos de seis meses de grupo y para los coordinadores. En el apéndice puede observarse el modelo para los participantes de grupos. Para los coordinadores se modifica la consigna y en lugar de preguntar “que fue lo que lo ayudó” se pregunta “que supone usted que brinda más ayuda en el grupo que usted coordina”.

## 4. Conclusiones

Los dispositivos grupales de modalidad autogestiva constituyen un poderoso recurso para la medicina en general y para el campo de la salud mental en particular. Es sabido que aún hoy en día existen dificultades de integración entre paradigmas médicos, psiquiátricos y psicoanalíticos con estos sistemas grupales. Desde la medicina general a veces se teme perder el poder médico tradicional sobre el paciente y desde la psiquiatría se puede pensar estos recursos como un paliativo peyorizado. Algo más compleja es la actitud de ciertos sectores dentro del hoy heterogéneo campo del psicoanálisis que comentamos en 2.1. En ese sentido es que ya desde fines de la década del 70 estamos estudiando con herramientas que provee la teoría psicoanalítica a los grupos de autogestión y de allí han surgido los principios teóricos desarrollados en 2.2. Creemos

que el debate debiera pasar por allí y no tanto por inferir de la *patología* de los grupos las características y funcionamiento de los mismos. Estas deformaciones e iatrogenias existen de igual modo que existen en el psicoanálisis, la psicoterapia individual y cualquier intervención médica.

Por otra parte hay que considerar también las dificultades de integración de algunos sectores de los grupos de autogestión que pueden estereotipar y descalificar al médico por inoperante, al psiquiatra por “pastillero” y al psicoanalista por intelectualizador. Además muchos de estos grupos no están interesados en la evaluación de su funcionamiento o resultados. Este ha sido el otro aspecto que hemos intentado presentar en este trabajo: introducir un modo de evaluación de funcionamiento para pacientes y coordinadores que sea comparable y que permita realizar modificaciones en el dispositivo grupal.

Finalmente creo que se desprenden de este trabajo al menos tres grandes cuestiones:

- a) la necesidad de integración de recursos que provienen de distintos orígenes que se evidencia –por ejemplo- cuando un coordinador moderno de grupos incluye un rol playing sin ser psicodramatista
- b) la necesidad de rigurosidad en la evaluación pensando en que es lo que más puede ayudar para disminuir sufrimiento y promover transformaciones de la realidad.
- c) la necesidad de jerarquizar los lazos sociales y redescubrir la solidaridad no solo como un valor ético sino también como recurso terapéutico imprescindible, en especial en contextos caracterizados por la exclusión social y la apología del individualismo.

## Referencias Bibliográficas

- Yalom, I.** (1976) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York Basic Books, 1985.
- Zimmerman, D.** *Fundamentos Básicos das Grupoterapias Artes Médicas*, . Porto Alegre, 1993
- Zukerfeld, R.** (1996) *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica.*, Buenos Aires, Paidós.
- (1998) “Grupos com Portadores de Transtornos Alimentares”. En Zimerman, D. y Osorio, L. (comps) *Como Trabalhamos com Grupos*, Porto Alegre Artes Médicas.
- (1999) “Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión”. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, vol X, págs. 91–99

**APÉNDICE**

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO GRUPAL (EFG-25)\***

*Ud. leerá a continuación una serie de frases que describen los motivos por los que muchas personas sienten que un grupo las ayuda. Le pedimos que Ud. marque con un número de 0 a 4 aquello que Ud siente que lo ha ayudado el grupo utilizando la escala:*

	0: Nada	1: Algo	2: Bastante	3: Mucho	4: Muchísimo	
1. Brindarse a otras personas.....						
2. Ayudar a otros y ser importante en sus vidas.....						
3. Pertener y ser aceptado por el grupo.....						
4. Mantener contacto íntimo con otra gente .....						
5. Contar cosas que les avergüenzan y ser aceptados .....						
6. Aprender que no son los únicos que sufren o tienen problemas.....						
7. Comprobar que se es tan valioso como otras personas.....						
8. Ver como otros resuelven sus cosas y así poder hacer lo mismo.....						
9. Ofrecerse Ud. como modelo de comportamientos.....						
10. Sentirse estimulado por los demás integrantes .....						
11. Entusiasmarse al ver que otros mejoran gracias al grupo.....						
12. Saber que otros han sido ayudados le da fuerzas .....						2.084
13. Desarrollar la capacidad de estar con gente con experiencia .....						
14. El grupo les da la oportunidad de aprender cómo comunicarse.....						
15. Las intervenciones o información que puede dar Ud. ....						
16. Las sugerencias o consejos del grupo.....						
17. Las sugerencias de un miembro en particular del grupo.....						.5
18. Aprender cómo expresar los sentimientos.....						
19. Ser capaz de decir lo que les molesta en lugar de guardárselo.....						
20. Aprender en el grupo que impresión se le causa a la gente.....						
21. Darse cuenta de si se comprometen con la gente auténticamente .....						
22. Escuchar lo que otros piensan honestamente de cada uno .....						
23. Descubrir y aceptar aspectos desconocidos de sí mismos.....						
24. Enfrentar los verdaderos problemas de la vida.....						
25. Aprender que uno es el responsable de hacer los cambios en su vida....						3.125

*Total:*

¿Existe algo que Ud. siente que lo ayudó mucho (3) o muchísimo (4) en el grupo y que no haya encontrado en las 25 frases? Escríbalo con el número 3 ó 4.

*Total Cr.:Corr.*

\* © Zukerfeld, 1995. Modif. y adapt. Yalom 1985.