

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Interrelaciones de diversos métodos en el estudio de proceso terapéutico grupo de padres.

Taborda, Alejandra y Toranzo, Elena.

Cita:

Taborda, Alejandra y Toranzo, Elena (2014). *Interrelaciones de diversos métodos en el estudio de proceso terapéutico grupo de padres. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/205>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/seQ>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

INTERRELACIONES DE DIVERSOS MÉTODOS EN EL ESTUDIO DE PROCESO TERAPÉUTICO GRUPO DE PADRES

Taborda, Alejandra; Toranzo, Elena

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis. Argentina

RESUMEN

Referimos un estudio de macro y microproceso terapéutico de un grupo de madres respaldado en la puesta en relación de métodos empíricos TCM, Escalas clínicas y Escala Kiel de Procesos Terapéuticos Grupales (KGPPS). El abordaje fue diseñado a propósito de la consulta por niños derivados desde instituciones educativas al centro de atención pública de la UNSL (Argentina). La labor se desarrolla en una dialéctica asistencial y formación, en confluencia con los estudios de un abanico de intervenciones psicológicas. La investigación en curso muestra que la capacidad de trabajar en la problemática relacional y de abrirse emocionalmente depende de la función continente del grupo. Se evoluciona de una etapa racional y de disociación compartida para llegar a un climax en la fase media que facilita la conexión emocional con la problemática del niño. Los factores terapéuticos autorevelación, cohesión grupal, feedback, esperanza influyen favorablemente en la resolución de la conflictiva parental.

Palabras clave

Macro, Microproceso, Psicoterapia, Grupos, Padres

ABSTRACT

INTERRELATIONSHIP OF VARIOUS METHODS IN THE STUDY OF THERAPEUTIC PROCESS IN PARENT GROUPS

We report a study of macro and therapeutic micro process of a group of mothers supported in the linking of empirical methods TCM, Stopovers clinics and Scale Kiel Process Therapy Group (KGPPS). The approach was designed to purpose of the consultation by children referred from institutions an educational limelight dependent UNSL (Argentina). This investigation takes place in the context of a dialectic that brings psychological care of children, training of human resources, the confluence of clinical studies leading to a range diagnostic and therapeutic interventions. Ongoing research shows that the ability to actively work on relational problems and open up emotionally dependent on the continent according to the group. It develops a sound stage and shared dissociation to reach a climax in the middle phase that facilitates the emotional connection with the kid's problem. The presence of factors, group cohesion, feedback, etc. hope favorably influence the resolution of the interplay of conflicting methods parental.

Key words

Macro, Micro Process, Psychotherapy, Groups, Parents

1. INTRODUCCIÓN

Como cierre del tercer período del programa de investigación, emplazado en el marco del abordaje "Psicoterapia Psicoanalítica de Grupos Paralelos de Padres e Hijos", reportamos una síntesis de

sucesivos estudios de proceso terapéutico realizado con diversas metodologías empíricas. Incluir la dimensión interpersonal y la investigación empírica madre-hijo implica un equilibrio dinámico entre lo intrapsíquico e intersubjetivo, modelos internos y externos, transgeneracionales identificatorios. Estos enfoques han incidido en la operacionalización de conceptos de larga data psicoanalítica y provisto de varios nuevos. Además, han propulsado el estudio de modalidades terapéuticas, en términos de eficiencia y especificidad para distintas problemáticas o patologías, sin abandonar la posibilidad de que paciente y terapeuta conozcan o comprendan la causa de sus síntomas o conflictos.

2. ABORDAJE TERAPÉUTICO

La intervención terapéutica, creada por Torras de Beà (1996), fue adaptada por Taborda y Toranzo (2002) para el tratamiento de problemáticas clínicas subsumidas bajo el controvertido diagnóstico TDA/H. El enfoque teórico del abordaje considera la dimensión relacional como piedra angular de la estructuración del psiquismo y los fenómenos de identificación proyectiva que habitan lo transgeneracional, son centrales en la comprensión de la conflictiva. Los objetivos del setting grupal son: -propiciar la comprensión de aspectos intersubjetivos implicados en la sintomatología; -intervenir en focos conflictivos relacionales con el hijo; -promover una dinámica en la que los integrantes aporten y reciban elementos psicoterapéuticos del grupo; -compartir experiencias que faciliten elaborar sentimientos de soledad, anormalidad y culpa; -brindar un modelo exogámico con visiones y configuraciones vinculares diversas. Los grupos son semicerrados, anuales, con sesiones semanales de noventa minutos, coordinados por un terapeuta, funcionan en forma simultánea al de hijos y es condición que al menos de ellos asista. Contraindicado en: borderline, psicosis, tendencias suicidas, duelos actuales, secretos vigentes o recientemente revelados. En este último caso los padres ingresan al grupo y el niño a tratamiento individual. Las intervenciones se focalizan en el conflicto parental, según el continuo: preguntas; reflejo; señalamiento; clarificación; confrontación/rectificación; interpretación (Fiorini, 2002).

3. METODOLOGÍA EN EL ANÁLISIS DE PROCESO TERAPÉUTICO

El objetivo central del estudio de caso único es la descripción sistemática de los fenómenos centrales del proceso terapéutico grupal. El programa de investigación, integra la indagación empírica con la perspectiva clínica y conjuga la labor asistencial con la de investigadores externos. El intercambio configura una visión ampliada que promueve tanto el enriquecimiento de la tarea clínica, como mayores vinculaciones entre la práctica de investigación y los fenómenos cotidianos del trabajo con pacientes. Se analiza un grupo de madres integrado inicialmente por seis participantes, de las cuales cuatro asistieron de un modo estable hasta la finalización del tratamiento. El material investigado son protocolos verbatim (trans-

cripciones textuales de las verbalizaciones de los integrantes). Las transcripciones se realizaron en base a los videos de once sesiones que constituyen una muestra sistemática de los primeros seis meses de tratamiento (las tres primeras y la primera y última de cada mes, numeradas correlativamente a efectos del muestreo). En el proceso terapéutico se diferenciaron tres fases: inicial correspondiente a las primeras cuatro sesiones, media (5, 6, 7) y final (8, 9, 10, 11) y las transcripciones de las sesiones se fraccionaron en tres bloques de extensión similar.

3.1 Tres etapas en el trayecto exploración de un grupo de madres

Etapa I: Estudios de macro proceso. Se exploró la relación entre Foco Terapéutico, Interacción Grupal y Patrones Verbales según el Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM; Mergenthaler, 1996). Las preguntas guías fueron: ¿Se registra -según TCM- ciclo terapéutico, en el abordaje focalizado en conflictos parentales? y ¿Qué relación existe entre aspectos clínicos de las sesiones -foco e interacción- y patrones del TCM (emoción-abstracción)?

Para la evaluación de Foco e Interacción Grupal se generaron sendas escalas clínicas de cinco puntos (1-5) de tipo Likert (1=Foco difuso; Interacción Grupal baja; 5=Foco claro; Interacción Grupal elevada). Foco explora la capacidad del grupo de referir verbalmente conflictos interpersonales ligados al rol parental, conectarlos con el origen y mantenimiento de la sintomatología del niño. Interacción Grupal evalúa aspectos estructurales y funcionales de la dinámica grupal. Los primeros se refieren a la red de interacciones en el curso de la sesión (“quién conversa con quién”, paciente-terapeuta; paciente- paciente; varios pacientes entre sí, con o sin el terapeuta). Los segundos, consideran la interacción en relación con los objetivos terapéuticos. Los esfuerzos conjuntos de los pacientes de proyectar los afectos negativos hacia el exterior (cohesión aparente) se les adjudica puntuaciones bajas, puesto que están al servicio de la resistencia al trabajo terapéutico. La búsqueda de similitudes entre los pacientes que posibilita una mejor comprensión de los propios conflictos (resonancia, consonancia, empatía) recibe un puntaje alto. Los tres bloques de cada sesión, fueron evaluadas clínicamente con ambas escalas, en consenso por la terapeuta grupal y una colega igualmente calificada. Para identificar fenómenos clínicos relevantes -a través de patrones verbales denominados Relaxing (estado de relajación, debajo tono emocional y baja abstracción) Reflecting (transcurrir grupal reflexivo y bajo tono emocional) Experiencing (activación de emociones) y Connecting (momentos de insight)- se utilizó el software de análisis de texto CM (Mergenthaler, Heim, y Schneider, 2009).

Etapa II: Estudios de microproceso. A las escalas clínicas Foco e Interacción Grupal y (TCM) se sumó, la Subescala de Experiencias Grupales de la Escala Kiel de Procesos Terapéuticos Grupales, integrada por los ítems: Altruismo; Cohesión grupal; Universalidad; Feedback; Falta de sinceridad; Cambios en la interacción; Consejo; Catarsis; Identificación; Reescenificación de la familia; Aceptación; Insight; Esperanza; Factores existenciales; Aportación personal; Reacción a la aportación personal (KGPPS; Rohweder y Wienands, 1993; Strauss, Burgmeier-Lohse, Rohweder, y Wienands, 1996). El objetivo de esta etapa de indagación, fue explorar la relación entre Patrones Verbales, Factores Terapéuticos y fenómenos clínicos relevantes (temáticas abordadas, intervenciones de la terapeuta, afectos, mecanismos defensivos, dinámica interaccional). Se delinearón dos preguntas guías: ¿Cómo se comportan los factores terapéuticos comunes en el interior de las sesiones del grupo de madres? y ¿Qué diferencia a una sesión lograda de otra menos lograda? A tal efecto, se seleccionaron dos sesiones, la de menor calidad clínica (sesión 3, emplazada en la fase inicial del proceso) y

la de mejor calidad clínica (Sesión 7, perteneciente a la fase media del proceso). La elección de sendas sesiones se sustenta en las puntuaciones registradas en las escalas Foco e Interacción Grupal. La sesión 3 obtuvo las puntuaciones más bajas (Foco S3 = 1, Interacción Grupal S3=1), mientras que la 7 registró las más altas (Foco S7=4, Interacción Grupal S7 = 4).

Etapa III: integración de los estudios de micro y macro proceso en las tres fases del abordaje. Se replicó la metodología implementada y al microanálisis de las sesiones 3 (de la primera fase) y 7 (de la segunda fase) se suma el análisis de las sesiones 4 calificada como de transición en el proceso y la 8 (primera de la fase final); seleccionada porque su contenido no está transversalizado por el proceso de despedida por vacaciones. La pregunta guía fue ¿Qué fenómenos clínicos son identificables a lo largo del proceso terapéutico analizado a través del abanico metodológico implementado?

4. Puesta en relación de la perspectiva clínica con la investigación empírica de macro y micro proceso terapéutico de las tres fases del Grupo madres

Los estudios de macroproceso, identificaron tres fenómenos centrales: 1. Acentuadas diferencias entre las sesiones sobre la capacidad del grupo para mantener el foco terapéutico. 2. Marcado incremento, relativamente constante, de la interacción grupal con el correr del tratamiento. 3. Tendencias opuestas en la intensidad de los indicadores de lenguaje abstracto y emocional, con predominio de abstracción en las sesiones iniciales y preponderancia del tono emocional en las finales (Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2011).

En la **fase inicial** el análisis de las **características formales del texto** (TCM) de las sesiones 1-4, se caracteriza por elevada abstracción y bajo tono emocional no definido en cuanto a su valencia. En el modelo de ciclo terapéutico, el predominio del patrón reflecting, sin haber sido precedido por connecting, es indicio de mecanismos de racionalización de los pacientes para evitar el contacto emocional con la problemática y, en consonancia con el momento grupal, el uso de un lenguaje abstracto, por parte del terapeuta. Resultados coincidentes en la evaluación de la **calidad clínica** (foco e interacción) sugieren que en esta fase el grupo no puede ocuparse del conflicto relacional porque está abocado a construirse a sí mismo. El foco es indefinido, los pacientes tantean diferentes temáticas sin profundizar ninguna. La interacción es baja, radial y dependiente del terapeuta; no hay “espíritu de conjunto”, no hay cohesión.

En este escenario grupal se emplaza la tercera sesión, calificada como la de menor calidad clínica. En concordancia con su ubicación temporal, se caracteriza por una dinámica grupal primitiva, centrada en el terapeuta. Si bien el factor terapéutico “*autorevelación*” se hace presente, el aporte de información personal se efectúa en un clima de distancia emocional tanto entre los integrantes del grupo como con respecto de la problemática parento-filial. El foco surge con una cierta “*deriva*” y es el terapeuta el encargado encauzar una línea de trabajo. En este contexto con un lenguaje descriptivo, una paciente presenta la problemática relacional con su hijo, que tiene dificultades de aprendizaje y desconoce quién es su verdadero padre. La terapeuta procura ampliar el relato a través de preguntas, explora las respuestas y promueve la participación de los integrantes. Las preguntas se intercalan con clarificaciones destinadas a confirmar y/o rectificar diferentes aristas de la acotada narrativa. Se explicita la relación entre problemas de aprendizaje y secretos familiares, en consonancia con el nivel racional defensivo adoptado por el grupo, como se manifiesta en la siguiente viñeta: (P. I.) “*Yo vengo porque el problema de Ariel es que no tiene aprendizaje, va*

por tercera vez a primer grado, ahora se ha puesto agresivo, un día trabaja, otro no (...) Antes aguantaba que le hicieran cualquier cosa, ahora anda a las piñas con los compañeros y la hermana (...) Otro problema es que no nos animamos, no sabemos cómo decirle que mi marido no es el padre (...) Mi marido tiene miedo le digamos y él lo rechace, le diga no quiero saber nada con vos o me voy a la casa de mis abuelo (...) Y si se lo decimos y se atrasa más en la escuela o se pone más agresivo (...) Él vivió con los abuelos y cada vez que va allá es para traerlo llorando y no quiere ni comer (...) Le decía papi a mi papá" (T) A pesar de que se llevan bien tienen miedo de que lo rechace ¿Por qué será?... (P. I.) Quizás porque mi marido antes tomaba...

En este escenario, con marcada desconfianza, se refieren afectos tales como vergüenza y temores al rechazo, en breves pasajes emergen los factores terapéuticos "universalidad" es decir esbozos de sentimientos no estar solos con el problema y de "aceptación" con indicios de empatía. En un clima ambivalente, los integrantes escuchan en respetuoso silencio, dos participantes -en acotados pasajes- procuran ponerse en el lugar de la paciente, otros avalan la palabra del terapeuta sobre la importancia de develar los secretos y surge el intercambio de "consejos".

La fase inicial culmina con la sesión 4, que denominamos de **transición** en la que recurrentes referencias a "los lugares", fuera y dentro del grupo marcan un hito en la construcción de sentimientos de pertenencia. Las dimensiones temporo-espaciales envuelven el darse a conocer, promueven sentimientos de confianza y cierta tendencia a la "cohesión grupal". Emergen los factores "reescenificación de la familia" que unido a "universalidad" y "autorevelación" con los primeros enlaces con experiencias dolorosas vividas por las madres. Si bien se alejan del foco, se favorecen intercambios de mayor intimidad que preparan el acercamiento emocional al interior de sí mismas y al rol parental, en un progresivo abandono de la racionalización. Subrayamos la importancia nodal que adquiere otorgar un espacio a la historia infantil parental para la comprensión de conflictivas subsumidas en los síntomas actuales del hijo y en la consolidación del grupo, condiciones necesarias para un posterior trabajo focal.

La **fase media** del proceso terapéutico (sesiones 5-6-7) puede ser descrita como central en el proceso de insight: dado que emerge un alto tono emocional que se conjuga con procesos de abstracción focalizados en la problemática en un interjuego necesario entre catarsis e insight. El tono emocional y estilo narrativo negativo concuerdan con las manifestaciones abiertas de sentimientos hostiles -hacia los hijos ("el niño roba, no aprende" "la niñita es guaranga, una avispa"); -de frustración respecto de la pareja ("mi marido es alcohólico" o "el padre se fue cuando quedé embarazada") y -hacia el medio circundante (la policía, los vecinos, la maestra, la directora) lo cual probablemente es posibilitada por la (recién adquirida) capacidad del grupo de funcionar como continente del dolor psíquico que provocan dichos afectos. Las intervenciones de la terapeuta procuran modular la ansiedad para contener las proyecciones, focalizando en el aquí y ahora grupal, lo que da lugar a relatos de sucesos biográficos traumáticos de los padres enlazados con el conflicto relacional. En este escenario la sesión 7 -clasificada como la de mayor calidad clínica de todo el proceso terapéutico analizado- se caracteriza por un foco definido e interacción grupal intensa, la abstracción y racionalización declinan definitivamente. En consecuencia, el grupo muestra una mayor capacidad cohesiva. La posibilidad de los miembros de abrirse en el espacio grupal, aportando temas personales en un *feedback* positivo promovió *cambios en la interacción*. Las madres expresan problemáticas comunes a todas: situaciones familiares traumáticas (violencia, incesto), pue-

ta de límites, enojo que les dificulta pensar, conflictos que surgen frente al particular modo de ser del hijo y desorientación frente a las demandas tanto del medio social adverso como de los niños, especialmente cuando éstos son más grandes.

En este contexto grupal, una de las pacientes, refiere: (P. A.) "Los otros días (...) Mi ex marido me pegó y todo fue por Alan porque estaba en la casa del padre (...) Rompió una taza y lo trajo y el niño lloraba que se quería ir de nuevo, yo le dije que te cuesta, yo lo tengo de lunes a viernes (...) Que no lo voy a llevar, empezamos a discutir, cuando quise dar la vuelta para meterme a mi casa me dio una patada acá, yo me di vuelta para manotearlo y él me agarró del cogote y ya me mataba. (T) ¿Los niños estaban ahí? (P. A.) Sólo Alan y yo medio moribunda, Alan gritaba como un loco y me soltó y ahí le dije que me iba a la policía (...) Pero ellos quieren estar con el padre (...) Yo les pregunté si quieren estar con el padre o conmigo (T) Tal vez le resulte difícil contestar esa pregunta porque es como si tuviera que responder a quien quiere más (P. A.) Es que le pongo los límites, que hagan los deberes y por eso se quieren ir (T) ¿Habrá otra razón? (P. A.) Quizás porque ahora tengo una nueva pareja y creo que estoy embarazada.

En sus intervenciones la terapeuta, a lo largo de la sesión, apoya el fluido intercambio entre los miembros del grupo. Reúne elementos del discurso de cada uno dándole un sentido en el conjunto, señala la ambivalencia, confronta aspectos disociados. Atiende focalmente los conflictos que surgen en la parentalidad en un clima de notable incremento de factores terapéuticos. "Cohesión grupal" y "altruismo" adquieren puntuaciones significativas en más de un segmento de las sesiones. En este marco, se promueven "cambios en la interacción" que denotan un progresivo abandono de la comunicación radial que posibilita compartir, aprender uno de otros, comprometerse con el grupo. Además, se ponen de manifiesto los factores "autorrevelación", "reacción a la autorrevelación" y "feedback" que expresan la creciente apertura para el desarrollo de intercambios emocionales comprometidos. La estabilidad y significación de estos factores denotan el desarrollo de sentimientos de pertenencia y aceptación que amplían la capacidad para soportar el malestar que implica trabajar conflictos y situaciones dolorosas. La intensidad que cobran los factores "aceptación", "universalidad" y "esperanza" coadyuvan a que el grupo se configure en un continente solidario que acompaña, apacigua los sentimientos de soledad e inadecuación y promueve la búsqueda activa de soluciones que las pacientes realizan mediante el intercambio de "consejos". La abreacción mediante la externalización prepara el camino para integrar lo emocional con lo racional, en pos de ir profundizando la comprensión de los síntomas del hijo. Consideramos que la fase media del proceso es paradigmática en cuanto al concepto de grupo terapéutico continente de lo infantil o primario catárticamente externalizado.

La **fase final** comienza con la sesión 8 antes del primer corte del tratamiento, por vacaciones. La característica central de este período terapéutico es el incremento del tono emocional positivo. Los sentimientos dolorosos vivenciados como intolerables parecen haberse aplacado. Este cambio, -de importancia nodal en el modelo de ciclo terapéutico-, se observa al compás de una dinámica interaccional intensa con una intensa cohesión grupal que favorece la concentración del foco en el rol parental. De este modo, se incrementan los movimientos progresivos que respaldan tanto el fluido intercambio grupal como los avances en la capacidad de pensar las emociones que surgen en la conflictiva parental y su incidencia en la sintomatología de los hijos. El surgimiento del factor terapéutico "esperanza" pone de manifiesto una mayor confianza en las propias capacidades para resolver las intensas problemáticas en las que

están involucradas y en la apoyatura que otros, dentro y fuera del grupo, pueden brindar. En consecuencia, disminuye la dependencia con el terapeuta y se intensifican los intercambios empáticos, en un clima emocional afectuoso con significativos procesos de identificación. Viñetas que ilustran algunos aspectos señalados. *G) hay muchas cositas que han cambiado en mi nene. (C) yo tenía miedo mi marido tenía miedo de decirle que él tiene otro padre (T) ¿le pudiste decir? (C) si él no dijo nada cuando le dijimos solo se largó a llorar y nos dio las gracias... nunca esperamos que nos diera las gracias por decirlo... después al otro día empezó con las preguntas... ¿cómo se llamaba, si lo íbamos a buscar, si sabíamos donde vivían, se lo puedo decir a la abuela, ella también sabe, le puedo preguntar?* La paciente describe su alivio y refiere la mejoría que observan la maestra y la psicóloga de la escuela en la conducta del niño (más relajado, tranquilo, se ha despertado no pelea tanto, hace todos los deberes con dibujos y todo). *(C) yo le digo a mi marido me siento como si estuviera vacía, como que tenía algo pesado adentro que no me lo podía sacar igual a él... (T) estás aliviada y te preparas para todas las preguntas que pueden venir después de eso... (C) me da miedo que me pregunte algo que no pueda contestar (T) bueno él ya se buscó en la abuela a otro informante la abuela que también te puede ayudar... preguntar más para saber la verdad y estudiar más y conocer más va unido... un niño interrumpe el aprender cosas porque tiene interrumpida la verdad ahora que se abrió esa puerta puede seguir... Por su parte el terapeuta interviene con preguntas, clarificaciones y confirmaciones, sostiene y alienta a la madre que relata las escenas vividas frente al contenido recurrente: “decirle la verdad al niño” y así analizar la problemática que fuera tan resistida en sesiones anteriores. Otra madre acompaña refiriendo (M)...mi hijo también está muy lindo lee y todo porque él no leía, gracias a Dios me es fácil a mí también porque le dicto y él escribe...cuando uno le pide a Dios, Dios después le soluciona el problema (T)...pero vos también te ocupaste... (M) si es cierto si uno le pide a Dios y uno no hace nada no se consigue nada... tiene que ir todo junto. La paciente penetra en su problemática (M)Carlos es bastante vivo, cuando yo voy él ya vuelve (T)justamente parece que ése era un problema...que tenés que crecer vos para que puedas seguir llevándolo y el no te pase a vos... (M) si a veces yo no sabía qué hacer y le daba unos cintazos... no lo puedo fajar más no sé qué me pasó, estaba re mal... (T) entonces los azotes sirven un ratito (G) sirve para sacarse la bronca de uno... te sirven a vos porque a los chicos no le sirven. El grupo vuelve a encontrarse alrededor de una problemática compartida y angustiante: la impulsividad y cómo hacer para dejar de pegarles a los hijos. Las madres pueden -paulatinamente- ponerse en el lugar del niño que recibe azotes y en su propia impotencia. En esta tercera fase el despliegue de un abanico de factores terapéuticos que se distribuyen de modo equilibrado en los tres segmentos de cada sesión y en general, cobran mayor intensidad respecto a las fases anteriores. La frecuencia y significación con que se hacen presentes “*autorrevelación*”, “*reacción a la autorrevelación*”, “*feedback*” y “*cambios en la interacción*” denotan una intensa comunicación grupal que acota la dependencia con el terapeuta y configura un aspecto central en la construcción de nuevas visiones sobre la conflictiva parental, la problemática del niño y la búsqueda de diferentes recursos para enfrentar las dificultades, tal como lo señalan la intensidad con que se presentan “*los factores existenciales*” y “*esperanza*”. Si bien prima una actitud de reconocimiento de la tarea del grupo que ellas o sus hijos han realizado, esto va acompañado de sentimientos ambivalentes, ya que por otro lado atribuyen los cambios positivos al crecimiento o a Dios, externalizando lo bueno fuera del grupo. Incluir partes de sí mismas positivas, adueñarse de los logros o in-*

troyectarlos propulsaría una mayor integración y maduración como madres, un mejor desempeño del rol y elaboración de necesidades de dependencia infantil.

5. CONCLUSIONES

El grupo evoluciona desde una etapa racional y de disociación compartida respecto a las situaciones traumáticas y especialmente a la conexión emocional con la problemática del niño. En la secuencia de la viñetas seleccionadas puede apreciarse como transita desde un relato distante del motivo de consulta para,- en la medida que los vínculos se afianzan y se desarrolla la confianza- llegar al clímax en la fase media donde se pone a prueba el contexto que acompañará la catarsis compartida intersubjetivamente -mediante la identificación proyectiva- en un terreno que es propiedad de todos. Solo luego de que se ha atravesado esta situación de re experimentación de los propios sufrimientos, podrán ponerse en contacto con el dolor psíquico que para el hijo implican las situaciones de abandono, violencia y los secretos con los que infructuosamente se procura denegar esa realidad, conjuntamente con otros contenidos, transmitidos de un modo no lineal y diverso. Respecto a la técnica, la comunicación en el marco de la cohesión grupal es condición sine qua non en el proceso de significación y elaboración de contenidos traumáticos y conflictivos. En un ambiente cohesionado altamente interactivo y de menor dependencia, el terapeuta participa focalizadamente señalando, confirmando y esclareciendo favoreciendo la reflexión y búsqueda activa de diversos modos de enfrentar las dificultades. Esto es posible sólo cuando los integrantes pudieron considerar al grupo lo suficientemente seguro, con capacidad de prestarles apoyo para compartir el dolor y soportar las diferencias en el marco de una comunicación empática.

BIBLIOGRAFIA

- Fiorini, H. (2002). Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Fontao, M.; Taborda, A.; Toranzo, E.; Mergenthaler, K. & Ross, T. (2011) “Estudio piloto de proceso terapéutico de un grupo de padres en el abordaje de grupos paralelos” Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.
- Mergenthaler, E., Heim, S. & Schneider, S. (2009). CM - the Cycles Model software. <http://sigma.medizin.uni-ulm.de/cmwiki>
- Rohweder, R. & Wienands, H. (1993). Entwicklung und Überprüfung der Kie-ler-Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala (KGPPS). Universität Kiel, Kiel.