

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**APLICACIÓN DE UNA
INTERVENCIÓN GRUPAL
BASADA EN LA TERAPIA
GESTALT**

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Autor: DANIEL MARTÍNEZ LUQUE
Tutor: ANTONIO M. MOLINA MORENO
Co-tutora: FRANCISCA LÓPEZ RÍOS

**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
2016 / 2017**

AGRADECIMIENTOS

A Antonio, amigo y compañero de aventura

A Paqui, por la honestidad y el apoyo a lo largo de todo el proceso

*A cada uno de los miembros del grupo, por tener el valor y el coraje de
mostrar vuestra humanidad*

*A la Unidad de Atención Psicológica, y por ende, al Vicerrectorado de
Estudiantes y Empleo, por hacer institucionalmente posible esta experiencia*



ÍNDICE

0. RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Desarrollo histórico y conformación teórica del Movimiento Humanista-Existencial
- 1.2. Antecedentes del Movimiento Humanista en Psicología
- 1.3. Contexto socio-histórico del Movimiento Humanista
- 1.4. La cuestión del método en estos enfoques
- 1.5. Concepciones antropológicas de la condición humana en las psicoterapias humanistas-existenciales
- 1.6. Planteamiento del Estudio
 - a) Fundamentación de la intervención
 - b) Objetivo

2. MÉTODO

- 2.1. Participantes
- 2.2. Instrumentos de evaluación
- 2.3. Diseño metodológico de la investigación
- 2.4. Análisis de los resultados
- 2.5. Procedimiento
 - a) Confección de la muestra
 - b) Estructura general de las sesiones y objetivos terapéuticos específicos

3. RESULTADOS

- 3.1. Resultados intra-sujeto
- 3.2. Resultados intra-grupo

4. CONCLUSIONES

- 4.1. Valoración de la intervención
- 4.2. Limitaciones y retos del estudio
- 4.3. Experiencia con el desarrollo del grupo

5. REFERENCIAS

6. ANEXOS

- Anexo 1. *Consentimiento informado*
- Anexo 2. *Entrevista inicial*
- Anexo 3. *Pautas para las devoluciones*
- Anexo 4. *Desarrollo específico de las sesiones*

0. RESUMEN

El objetivo del presente trabajo consiste en analizar la eficacia de una intervención grupal desde el enfoque gestáltico sobre la experiencia del yo en relación, la regulación emocional y la autoconsciencia de los participantes. Se emplea un diseño cuasi-experimental “pre – post de un solo grupo” con comparaciones intra-sujeto e intra-grupo. En este trabajo participaron 7 personas (6 mujeres y 1 hombre) relacionadas con la Universidad de Almería (*alumnos y antiguos alumnos*). Los participantes tenían edades comprendidas entre 19 y 31 años ($M = 23.7$; $DT = 3.46$). Los instrumentos de evaluación fueron: 1) *Escala de la Experiencia del Yo* (EOSS), 2) *Escala de Dificultades para la Regulación Emocional* (DERS), 3) *Cuestionario de Autoconcepto y Realización* (AURE), 4) *Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon III* (MCMI-III) 5) *Auto-valoración del cambio “Antes de venir / Después de venir”* y 6) *Entrevista inicial*. El programa de intervención se fundamentó desde la Terapia Gestalt y consistió en 8 sesiones de dos horas de duración, de una periodicidad semanal. Como resultados relevantes a nivel terapéutico, se resaltan los avances de los participantes a la hora de entrar en contacto con experiencias emocionalmente significativas y a la hora de realizar elecciones responsables en distintas situaciones. A nivel grupal, se destacan las diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones pre y post-tratamiento de “Experiencia del Yo” (EOSS) y a su vez, en el componente de “Interferencia” de la “Escala de Dificultades para Regulación Emocional” (DERS). En consecuencia, puede afirmarse que la intervención ha favorecido cambios moderados en la manera de estar en relación y en algunos aspectos de la gestión de emociones y sentimientos de los participantes.

Palabras clave: “desarrollo personal”, “regulación emocional”, “terapias humanistas”, “terapia de grupo” “terapia Gestalt”.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Desarrollo y conformación teórica del Movimiento Humanista

El término de Psicología Humanista fue utilizado por primera vez por Hadley Cantril en un artículo de idéntico título aparecido en 1955 en la *Review of General Semantics* (Henaos-Osorio, 2013). Poco después, Maslow publicó en 1956 un artículo titulado *Toward a Humanistic Psychology*. La aproximación humanista a la psicología se conformó como Movimiento en la década de los 60, a la luz de los acontecimientos históricos acaecidos en este periodo en los Estados Unidos (Villegas, 1986). Así, en 1961 se constituyó la *American Association for Humanistic Psychology (AAHP)*, con la publicación del primer número del *Journal of Humanistic Psychology*, en el que se elaboraron una serie de artículos con los principios fundacionales de la Psicología Humanista. En el comité de redacción de dicha revista intervenían figuras como: Kurt Goldstein, Gordon Allport o Carl Rogers (Villegas, 1986). Además, la Psicología Humanista fue aceptada como división 32 dentro de la APA (Imbernón y García-Valdecasas, 2009).

Los principios fundacionales de este movimiento fueron elaborados y presentados para la AAHP por Charlotte Bühler y James Bugental (Bühler y Alien, 1972; citados en Villegas, 1986) (p. 22). Son los siguientes:

- *Centrar la atención en la persona que experimenta y por tanto, en la vivencia como fenómeno primario del estudio del hombre. Toda teorización o manifestación conductual, se entienden subordinadas a la experiencia misma y a su significado para la persona.*
- *Acentuar las cualidades específicamente humanas tales como la elección, la creatividad, la valoración y la autorrealización, como opuestas a principios deterministas y mecanicistas.*
- *Mantenerse fiel al criterio de significación individual en la selección de problemas y procedimientos de investigación, en oposición al criterio hegemónico de la objetividad.*
- *Comprometerse con los valores y la dignidad humanas e interesarse por el desarrollo del potencial inherente a cada persona, bajo el principio de que es “la persona la que se descubre a sí misma y se relaciona con otras persona o grupos sociales”.*

Sin embargo, a diferencia de las terapias psicoanalíticas y las conductuales las “*terapias humanistas*” no cuentan con un corpus teórico homogéneo. Por el contrario, agrupan toda una gran variedad de abordajes psicológicos, que comparten una imagen del hombre y

unos principios del trabajo terapéutico bastante afines entre sí (Kriz, 2012). Entre los abordajes psicológicos humanistas se incluyen: *la Psicoterapia centrada en el cliente, la Terapia Gestalt, la Terapia centrada en la emoción, el Análisis transaccional y distintas propuestas experienciales* (Imbernón y García-Valdecasas, 2009). De ahí, que diversos autores prefieran manejar los términos “Movimiento Humanista” o “Psicoterapias Humanistas”, términos que acogen distintas propuestas terapéuticas (Martorell y Prieto, 2008; Sassenfeld y Moncada, 2006; Krippner, 1999; Maddi, 1985; Gondra, 1986). En otras palabras, puede considerarse al Humanismo como un compendio de psicologías afines con suficientes semejanzas en sus presupuestos y en sus maneras de proceder en lo terapéutico como para entenderlas como una corriente psicológica que apunta en una determinada dirección (Sassenfeld, s/f), aunque sin cuerpo teórico específico o una metodología investigadora común (Villegas, 1986).

Tanto el Movimiento Humanista como la Psicoterapia Existencial nacen en reacción a las dos escuelas que habían protagonizado la psicoterapia hasta el momento: psicoanálisis y conductismo. Los autores humanistas entienden que estas dos corrientes de pensamiento descuidan atributos específicamente humanos de gran valor, como son la libertad y responsabilidad individual, la espontaneidad, la creatividad y la espiritualidad (Imbernón y García-Valdecasas, 2009). Las principales críticas sobre estos enfoques tienen que ver con el determinismo y el mecanicismo de sus formulaciones causa-y-efecto (Villegas, 1986). Formulaciones que dibujarían una imagen del ser humano como un sujeto pasivo-reactivo, a merced de fuerzas¹ que escapan de su control y que determinan sus actos.

En reacción a esto, cobraron fuerza las nociones existenciales de responsabilidad, decisión y libertad. A este respecto, expresa R. May (1963) (p. 49):

“La consideración existencial lleva al centro del cuadro la decisión y la voluntad. No en el sentido de una “libertad ajena a factores deterministas”, pues sabemos que la existencia misma está limitada por la muerte. Pero sí en el sentido de que en la condición humana reside cierto espacio de libertad.”

En cuanto a las críticas relacionadas con el proceder terapéutico, al psicoanálisis se le consideraba como impersonal, formalista, mecanicista, excesivamente centrado en el contenido verbal que reportaba el paciente (*en detrimento del proceso experiencial*

¹ Estas fuerzas harían referencia a impulsos inconscientes de la psiquis o a estímulos ambientales que evocan y mantienen una determinada clase de conductas.

concurrente con el habla) y que enfatiza el desequilibrio en la relación terapéutica entre un analista experto en psicodinámica y un paciente ignorante de la suya propia (Cushman, 1992; Gondra, 1986). Al conductismo se le criticaba su actitud “cientifista” y desapegada para con la experiencia individual de la persona (Freixas y Miró, 2000; Gondra, 1986). No obstante, algunas figuras propias del Movimiento Humanista, como son: G. Kelly, J. Bugental, R. May o el propio A. Maslow, van a llamar a la prudencia sobre las actitudes rupturistas y reaccionarias que estaban empezando a surgir dentro de la comunidad humanista en contra de psicoanálisis y conductismo. Pues, el ideario fundacional de la Psicología Humanista, no se dirigía inicialmente contra las aportaciones del psicoanálisis o del conductismo como método de trabajo, sino contra la autolimitación voluntaria de su objeto de trabajo al campo de la patología o de la conducta observable (Villegas, 1986).

1.2. Antecedentes del Movimiento Humanista.

Como la mayoría de corrientes psicoterapéuticas, el Movimiento Humanista se nutre de la confluencia de diferentes desarrollos teóricos. A continuación, se recogen algunas de las influencias más relevantes en el desarrollo de las Psicoterapias Humanistas (Kriz, 2012; Martorell y Prieto, 2008; Villegas, 1986):

- Aportaciones de G. Allport (1955) y H. Murray (1974) en el campo de la personalidad, concibiéndola como un proyecto en constante desarrollo del que emanan diferentes motivaciones o necesidades propiamente humanas.
- Desarrollos psicoanalíticos disidentes de la ortodoxia freudiana, interesados en la concepción sociocultural del desarrollo humano. Encabezados por figuras como: **Erich Fromm** (2008) quien se mantuvo rigurosamente adscrito a las tesis de Freud hasta que desarrolló sus propios planteamientos teóricos. Fromm rechazaba explicar al ser humano en función de los conflictos con sus pulsiones y otorgaba una mayor importancia a las tendencias del ser humano de vincularse con los demás y a ejercer el uso de una libertad espontánea; Fromm atribuía estas características al funcionamiento de una personalidad sana e integrada. **Karen Horney** (1984), en su visión de la personalidad neurótica como fenómeno relacionado con las primeras interacciones vitales con las figuras parentales, entendía el *self neurótico* como una estructura escindida entre un *self ideal* y un *self despreciado*, en la que el proceso de maduración y autorrealización estaría parcial o totalmente bloqueado. **Harry Sullivan** (1959),

destacó la importancia de las relaciones interpersonales sobre lo psicológico, rechazando toda teoría que pretenda explicar a la persona desglosada de una integración interpersonal. **Erik Erikson** (1968) desarrolló a su vez una teoría evolutiva que abarcaba toda la amplitud el ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte, dividida en ocho etapas, marcadas cada una de ellas por un conflicto a resolver en el entorno por la persona en desarrollo. En 1922, Kurt Goldstein, postulaba el *principio de auto-regulación del organismo* (Sassenfeld, s/f). Este autor consideraba que el organismo humano disponía de la valiosa habilidad para encontrar líneas directrices propias en relación a su desarrollo orgánico. Por su parte, **Wilhelm Reich** (1933) junto con su discípulo **Alexander Lowen** (1958), fundador de la Psicología Bioenergética, reivindicaron *la dimensión de lo corporal en psicoterapia*. Lowen entendía como análogos, como dos caras de la misma moneda, el patrón o estructura de carácter y el patrón o estructura corporal. Por su parte, W. Reich estaba interesado fundamentalmente en el proceso que transcurre en sesión, el cuál se encuentra relacionado con el interrogante del “Cómo”², (*gesticulaciones, tono de voz, postura, mirada...*) en detrimento del “Qué”, como contenido verbal que relata el paciente (Peñarrubia, 2014). Por su parte, **Alfred Adler** (1933) rechazó el estrecho determinismo biológico freudiano y el interés en descomponer al individuo en sus supuestas partes constitutivas. Influido por las aportaciones de la filosofía holista de J. Smuts, resaltó la necesidad de comprender el funcionamiento psicológico imbuido en los contextos vitales presentes y pasados en los que este tiene lugar, y resaltó el papel de las percepciones subjetivas individuales como procesos organizadores de la experiencia (Ansbacher & Ansbacher, 1956 y Corona, 2002, citados en Sassenfeld, s/f). El propio **Carl G. Jung** (1933), que se alejó de una “concepción filosófica negativa del ser humano y se inclinó por una aceptación de las potencialidades positivas como característica principal de sus procesos vitales (Sutich & Vich, 1969, citado en Sassenfeld, s/f). Jung entendía el trabajo terapéutico a través de una implicación emocional auténtica entre terapeuta y paciente. Concibió como núcleo de la terapia los fenómenos de *transferencia* y *contra-transferencia*, y por ello, resaltó la necesidad del terapeuta de “analizarse” o supervisarse, con una tercera persona.

² Téngase en cuenta el contexto en el que Reich formula este planteamiento, pues hasta el momento la introspección psicoanalítica trabajaba fundamentalmente con el material verbal aportado por el paciente

- Bases filosóficas procedentes del Existencialismo. Expresa R. May (1963) (p. 14):

“El existencialismo significa tomar como centro a la persona existente; poner énfasis sobre el ser humano tal como surge, experiencia y deviene. Entendemos el "ser-en-el-mundo" como una estructura singular de potencialidades individuales por actualizar a través de la acción y de la continua creación y cuestionamiento de significado vital.”

Contrariamente a lo que suele afirmarse, los primeros desarrollos del Movimiento Humanista no se encontraban sustentados por una base filosófica existencial, ni tampoco por la Fenomenología (Villegas, 1986). Cabe recordar que el Humanismo, como psicoterapia, se desarrolló fundamentalmente en Norteamérica y fue con el movimiento migratorio europeo de filósofos y pensadores a Norteamérica, como este movimiento se fue nutriendo de postulados existencialistas, fenomenológicos y gestálticos (Villegas, 1986). En palabras de C. Bühler (1972, citado en Villegas, 1986) (p. 15):

“Algunos de nosotros llevamos nuestra forma de pensar a América. Éramos E. Fromm, K. Horney, K. Goldstein y yo mismo. En América nuestro pensamiento convergió en aspectos esenciales con el de G. Allport, Maslow, Rogers, Bugental, Moustakas y otros. Más tarde, se nos unió V. Frankl”

La psicología existencial mantendrá grandes similitudes con el Movimiento Humanista. Como se verá posteriormente, ambos enfoques se nutrirán mutuamente de unos postulados antropológicos similares entre sí. Desde nuestro punto de vista, las similitudes entre Humanismo y Existencialismo son las siguientes:

- *Concepción de la experiencia humana (subjetiva) como una fuente de datos válida, desde la que la persona puede adoptar una determinada orientación vital.*
- *Concepción del self como una estructura de potencialidades por desarrollar y actualizar, con necesidades propiamente humanas y también con necesidades compartidas con otros organismos.*
- *Fundamentación del trabajo terapéutico sobre las nociones humanas de responsabilidad, decisión y libertad.*
- *Cuestionamiento de los axiomas teóricos de cualquier psicoterapia y de los valores humanos que supuestamente rigen el modo-de-estar-en-el-mundo de las personas³.*

³ Sería la propia experiencia de la persona, que asume su responsabilidad como individuo, la que confirmaría/negaría la validez de un determinado valor en el seno de su trayectoria vital.

1.3. Contexto socio-histórico del Movimiento Humanista

En el plano sociocultural norteamericano, las psicologías humanistas se gestan dentro de un momento histórico propicio para su crecimiento pues se conjugan toda una serie de factores a su favor. En la década de los 50 y de los 60, se dan toda una serie de fenómenos contra-culturales: Martin Luter King encabeza el movimiento a favor de los derechos civiles para todas las personas sin excepción en una sociedad dividida por el racismo. El autodenominado “Movimiento hippie” se rebela contra valores tradicionales de la sociedad americana como el puritanismo, el moralismo o el materialismo (Villegas, 1986), la sociedad civil organiza toda una serie de protestas anti-belicistas contra la Guerra de Vietnam, bajo el clásico lema pacifista “*Haz el amor y no la guerra*”. En Europa tiene lugar el mayo del 68 y la Primavera de Praga (Imbernón y García-Valdecasas, 2009). Surgen concepciones idealistas en torno a la construcción de un mundo mejor, concepciones relacionadas con la igualdad de oportunidades, el individualismo como desapego al pensamiento hegemónico y autoritario de la mayoría de las estructuras sociales de la época, y surge también un concepto de libertad “sin límites o desmedido” (González, 2006), con el que las personas serían capaces de sobreponerse a cualquier restricción u obstáculo político, social o psicológico. Las proclamas de las personas adscritas al Humanismo como corriente sociocultural versaban sobre volver a encontrarse con los demás y volver a amarse libremente, fuera de las divisiones raciales, culturales o económicas; clamaban también por recuperar el contacto con el propio cuerpo, por zafarse de los convencionalismos sociales y por recobrar la propia autenticidad individual. En Norteamérica, proliferan los denominados “grupos de encuentro” que experimentarán una rapidísima expansión a partir de los setenta (Dreyfus, 1977). Se constituyen multitud de centros orientados al “crecimiento personal”, al “despertar sensorial” y a “alcanzar nuevos estados de consciencia”. Mantienen un posicionamiento radicalmente opuesto a todo aquello que se relacione con la actividad intelectual, con los convencionalismos sociales o los formalismos, y con el desarrollo teórico. Los “conductores de grupos” destinarán sus esfuerzos hacia el desarrollo de nuevas técnicas y recursos terapéuticos basados únicamente en lo vivencial. Sin embargo, brillarán por su ausencia los esfuerzos por sistematizar sus hallazgos al abrigo de un determinado corpus teórico y por comprobar empíricamente la eficacia de sus propuestas terapéuticas (Gondra, 1986). Esta nueva ola se constituiría bajo el apelativo de “**Movimiento para el desarrollo del Potencial Humano**”, y tendría en el Instituto

Esalen, fundado en 1962 por Michael Murphy y Dick Price, su punto de referencia (Dreyfus, 1977).

Autores que parecían identificarse con la emergencia de esta nueva corriente: entre otros, F. Perls, G. Yontef, A. Maslow, G. Kelly, C. Rogers, (*los tres últimos confiaban en que humanismo y ciencia llegasen a alcanzar puntos de encuentro*), se desmarcarán del denominado Movimiento del Potencial Humano (Villegas, 1986), pues entendían el trabajo terapéutico para el desarrollo personal desde otros puntos de partida, no tan orientado hacia la auto-expresión emocional, la auto-gratificación inmediata “aquí y ahora” y las maratones vivenciales. En palabras del propio F. Perls (1969) (p. 12):

“Nos tomó largo tiempo desalojar toda la carroña del freudianismo y estamos entrando ahora en una fase peligrosa. Estamos viviendo la fase de los “charlatanes” y los “incitadores”, que prometen curas instantáneas, goce instantáneo, avivamiento sensorial instantáneo. [...] El proceso de crecimiento toma tiempo, es un proceso doloroso y difícil, y que de ninguna manera se alcanzará con un taller de fin de semana.”

1.4. La cuestión del método desde estos enfoques

A su vez, la denominada *tercera fuerza* también va a reaccionar contra la investigación experimental empleada por la psicología hasta el momento. Tal como fue concebido por A. Maslow y C. Rogers, el movimiento humanista no se identificaba con la denominada corriente anticientífica. En un primer momento, las críticas no iban dirigidas contra la ciencia en sí, sino contra un modelo específico de hacer ciencia, esto es, el positivismo lógico (Gondra, 1986). Las reticencias de los enfoques humanístico-existenciales aluden a la primacía del rigor objetivo en detrimento de la experiencia subjetiva (May, Allport, Feifel, Maslow y Rogers, 1963). El principal argumento crítico del humanismo tiene que ver con el entendimiento de que la psicología tradicional, en sus intentos por aportar una lógica de análisis como disciplina, ha limitado la diversidad y la amplitud de la experiencia humana a fin de asemejar su comprensión a los presupuestos esencialistas del enfoque predominante en cada momento histórico (Gondra, 1986). En contraposición a esto, existencialismo y humanismo, van a concebir la experiencia inmediata como fuente válida de datos con los que trabajar, pues en ella se manifestarían de manera integrada, lo cognitivo, lo corporal, lo afectivo, lo comportamental y lo

trascendental. Estos autores van a manejar la noción de que la ciencia psicológica se encuentra enraizada sobre una filosofía mecanicista y determinista, pues sus conclusiones como ciencia no se prestan fácilmente hacia el dinamismo de una persona en constante desarrollo. Dice Rogers (2000a) “la concepción de una persona pasiva, esto es, con poco que decir ante su devenir, facilitaría la consecución de los objetivos que la psicología se propone como ciencia.” Estos objetivos serían: 1) analizar las relaciones funcionales o explicativas que mantienen los fenómenos entre sí, y 2) Predecir el resultado de esta relación, de forma que se posibilite cierto grado de control o influencia sobre la misma.

En consonancia con lo anterior, añaden que la Psicología, en sus aspiraciones científicas, va a descuidar lo específicamente humano de su objeto de estudio, pues todos aquellos aspectos que no se presten a un registro observable, riguroso y preciso quedarían parcial o totalmente excluidos de la investigación (Villegas, 1986). Ejemplos de esas facetas anteriormente nombradas serían: el significado subjetivo de la experiencia individual, la creatividad en la satisfacción de necesidades, el fenómeno situacional de la espontaneidad y la capacidad de elegir y renunciar (Imbernón y García-Valdecasas, 2009). Apunta Rogers (1963) (p. 107), "la idiosincrasia de los *fenómenos humanos* difícilmente puede ser aprehendida desde el positivismo lógico, pues el reduccionismo de las definiciones operacionales de la conducta excluye el componente personal y único de la experiencia individual." Villegas (1986) cita las declaraciones del físico R. Oppenheimer (1956) en la Convención Anual de la APA, en la cual advertía a los psicólogos sobre la necesidad de no construir su corpus teórico a partir de modelos físicos naturalistas y de la necesidad de abrirse al pluralismo metodológico. Frick (1971, citado en Villegas, 1986) (p. 38) va a sintetizar los principales argumentos humanistas:

“La ciencia psicológica se ha mantenido extrañamente silenciosa y reacia a considerar los problemas humanos relacionados con lo interpersonal y lo existencial. Partiendo de un concepto anticuado de ciencia, los psicólogos han elegido un camino de operacionalismo menos valiente y menos creativo, donde sólo la conducta cuantificable y fácilmente mensurable se considera un tema respetable, digno de atención científica y del empleo de una metodología.”

El propio Gordon Allport, uno de los más sólidos fundadores de este movimiento se preguntaba si la psicología, en su carrera por ganar credibilidad científica, no estaría negando lo que debería ser la más importante realidad de la psicología: la experiencia individual (Martorell, 2008). Es por esto que G. Allport reclamaba un lugar importante

para la metodología ideográfica, en favor de las particularidades individuales del paciente. Sin embargo, para descontento del propio Allport y del resto de autores humanistas, la Psicología confeccionará sus desarrollos académicos sobre la base de las abstracciones estadísticas de la orientación nomotética (Martorell, 2008).

Los autores humanistas por excelencia, A. Maslow y C. Rogers, van a mostrar a lo largo de su obra una preocupación por construir una epistemología lo suficiente flexible como para acoger el conocimiento basado en la experiencia dentro del campo de la investigación (Villegas, 1986). En palabras de Rogers (1965, citado por Gondra, 1986) (pp. 52-53):

“¿Seremos capaces de desarrollar una filosofía y metodología de ciencia que nos aporte conocimientos bien verificados y, al mismo tiempo, que tenga en consideración el lugar de la subjetividad humana? No nos gusta el empirismo mecanicista, pero ¿Qué pondremos en su lugar? Un misticismo existencial, en mi opinión, no será suficiente”.

Sin embargo, esta será una de las grandes carencias del Movimiento Humanista, la carencia de método y el desinterés por ahondar en un desarrollo tecnológico del mismo. La consecuencia de lo anterior es que tanto la psicología como disciplina como el humanismo como enfoque de la misma van a perder una oportunidad única para construir una filosofía de ciencia más cercana a la experiencia humana. Pues ni la psicología académica será capaz de desarrollar una metodología de investigación que incluyera la significación de la experiencia individual como objeto de estudio. Ni la psicología humanista podrá deshacerse de sus prejuicios contra la actividad analítico-teórica, impidiéndose a sí misma cualquier desarrollo orientado a la sistematización y esclarecimiento de sus postulados y de sus beneficios terapéuticos.

1.5. Concepciones antropológicas de la condición humana en las psicoterapias humanistas-existenciales.

Los fundamentos antropológicos determinan tanto la forma general que el psicoterapeuta emplea para entender y conceptualizar muchos de los fenómenos que ocurren en sesión como también los objetivos específicos de sus intervenciones terapéuticas (Sassenfeld, s/f; May, 1963). Existe una gran variedad de definiciones sobre

la condición humana y sus dinámicas de funcionamiento (Alonso, 2011). Como sabrá el lector, cada corriente psicoterapéutica otorga mayor importancia a los elementos psicológicos que su teoría declara como fundamentales (Kriz, 2012). Así pues, tomaremos el trabajo de Sassenfeld (s/f), donde confluyen psicoterapia, antropología y filosofía, como punto de referencia para comprender la concepción del individuo que proponen las distintas psicoterapias de corte humanista-existencial:

- *El individuo como ser subjetivo y consciente.* El ser humano vive subjetivamente y, en realidad, no tiene la posibilidad de eludir la subjetividad de su experiencia. Vivencia y percibe el mundo influenciado por su realidad personal presente e histórica (Martínez, 1982, citado en Sassenfeld). Los autores inspirados en el movimiento humanista-existencial van a concebir la personalidad a partir de la tendencia humana a percibir significados en los sucesos. A través de acciones y elecciones en relación a unas circunstancias dadas, “el hombre se crea a sí mismo”, y es a través de la interrelación entre significados y acciones como la persona va a dotar de cierto orden y coherencia a su existencia (Martorell, 2008).

Por otro lado, la consideración de la experiencia individual como la fuente principal de datos sobre los que trabajar será una constante a lo largo de las distintas propuestas humanistas-existenciales. En este sentido, el filósofo P. Tillich va a encontrarse en consonancia con el pensamiento de filósofos norteamericanos como William James y John Dewey. Escribe P. Tillich (1944, citado en May, 1963) (pp. 10-11):

“Los filósofos de la existencia aceptan la realidad tal como la persona la vivencia inmediatamente en su vida [...] Consideramos a la experiencia inmediata del hombre como una revelación más íntegra de la naturaleza de su realidad, que la dada por la experiencia cognitiva.”

La auto-consciencia hace referencia a la capacidad de contemplarse a sí mismo desde afuera, y como habilidad sería una característica distintivamente humana (Martínez, 1982), ésta iría un paso más allá del acto de percatarse de algo (*p. ej. una amenaza exterior*), pues el acto de la consciencia implica experimentar que “*soy yo quien me siento amenazado*” y es la facultad psicológica que brinda al ser humano la posibilidad de elegir, pues puede hacer algo de manera consciente con respecto a la amenaza, puede hacer que la amenaza no elija por él (May, 1963).

- El individuo como ser libre y responsable. El posicionamiento filosófico por excelencia de esta cuestión lo encontramos en el pensamiento de J.P. Sartre (1945), en su concepción del ser humano como radicalmente responsable y como radicalmente libre en la empresa de proyectarse hacia su porvenir. Su pensamiento puede sintetizarse en (Sartre, 1945) (p. 4):

“El existencialismo pone a todo hombre en posesión de lo que es suyo, asienta sobre él la responsabilidad total de su existencia. A lo anterior se une un profundo de sentimiento de angustia, pues el hombre no puede dejar de elegir, está condenado a la libertad. “

Quitmann (1985) entiende que miedo y libertad son las dos caras inter-actuales de la condición antropológica de estar arrojado al devenir de la existencia. Por supuesto, que la libertad humana se encuentra limitada y restringida por una serie de condicionantes y determinismos (Sassenfeld, s/f), sin embargo, la persona mantiene cierto margen para la elección del cual es responsable y por el cual se constituye en sujeto agente (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001, citados en Sassenfeld, s/f). En palabras de R. May (1963) (p. 49):

“[...] Cuando se revelan estas fuerzas deterministas en la vida del paciente, este toma una orientación personal frente a las mismas, se compromete en alguna elección y experimenta cierta libertad, por más sutil que esta sea.”

Tageson (1982) también sitúa a la auto-consciencia a la base de la libertad humana (pp. 137-138).

“En la medida en la que uno es consciente y puede conscientemente “ser dueño” de las propias necesidades, sentimientos y valores más profundos, uno estará capacitado para escoger libremente.”

En este punto, merece la pena rescatar la concepción de la responsabilidad desde la Terapia Gestalt, inspirados en su raíz etimológica; definen la responsabilidad como la “habilidad para responder”, como una manera de posicionarse y definirse en la acción con respecto a unas circunstancias situacionales concretas (Vázquez, 2008a).

- El ser humano como una totalidad. Inspirados en los postulados filosóficos del holismo de J. Smuts, que posteriormente fueron aplicados en neuropsiquiatría por K. Goldstein, se conceptúa un individuo como “totalidad organizada y compleja dentro de la cual actúan armónica o disarmónicamente, cooperan o compiten, dominan o

son sometidas las diferentes partes que lo caracterizan como un ser integral, un ser cuyo funcionamiento no puede ser reducido a la simple suma de sus partes componentes” (Bagladi, 1994, citado en Sassenfeld, s/f).

- El ser humano como organismo. Giordani (1988, citado en Sassenfeld, s/f) habla de “unidad psicósomática integrada de la que se desprende un funcionamiento orgánico global, guiado por el denominado principio de la auto-regulación”, el cual es definido por Sassenfeld (s/f) como “la capacidad primordial del organismo para percibir con claridad sus necesidades en la situación presente y encontrar, en función de las circunstancias que lo envuelven, la satisfacción más óptima posible de estas.” Añade Sassenfeld (s/f), desde el punto de vista psicológico, este principio organizador es denominado *self o sí-mismo*, y toma en consideración las nociones de intencionalidad y generatividad del individuo. Algunos psicoterapeutas humanistas-existenciales atribuyen al *self* la capacidad de entrar en contacto con una “sabiduría orgánica”, en cuanto fuente intuitiva que trasciende la propia individualidad de la persona (Martínez, 1982, citado en Sassenfeld, s/f).
- Ser humano y tendencia a la auto-actualización. En el plano físico, resulta sencillo apreciar que el cuerpo, con unas condiciones propicias de alimentación, sueño e higiene, tiende hacia el desarrollo de sus funciones y su maduración. Los terapeutas más de corte humanista que de corte existencial, conciben al individuo orientado intrínsecamente por una tendencia al desarrollo y a la actualización en el presente de sus potencialidades como ser. Tageson (1982, citado en Sassenfeld, s/f) entiende que el proceso de auto-actualización implica “que el organismo hace lo mejor que puede en todos los estadios de su desarrollo para actualizar las potencialidades inherentes en sí mismo, en ese momento particular”. Existen toda una serie de concepciones del proceso de crecimiento personal, la mayoría de ellas en función de la visión teórica de cada autor, para este trabajo hemos elegido las ideas de **C. Jung** sobre la individuación, consistentes en convertirse y actualizarse en el individuo que cada uno está destinado a ser (Sassenfeld, 2004) y sobre la integración de la personalidad, recuperando el potencial personal desviado a la “sombra” por razones de supervivencia y reconciliando las partes de la personalidad que se hallan en conflicto (Jung, 1916). Por otro lado, los terapeutas humanistas afirman que para la movilización de un proceso como este, la persona necesita de unas condiciones favorables para ello (*tanto situacionales como internas*), el propio **C. Rogers** (2000b) (pp. 19-20) habla de tres condiciones necesarias para el desarrollo personal en el

marco de una relación terapéutica. Estas serían: 1) Transparencia y autenticidad en el terapeuta, “debo tener en cuenta mis propios sentimientos y no ofrecer una fachada distinta de lo que está sucediendo en mi experiencia. Solamente mostrándome tal como soy, puedo facilitar que la otra persona se re-encuentre con su autenticidad” 2) Aceptación afectiva del paciente, “entiendo por aceptación un cálido respeto incondicional hacia él como persona cabal e integra, es decir, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos. Y 3) Comprensión empática, “sólo cuando comprendo los sentimientos y pensamientos, horribles e inaceptables a ojos del paciente, este se siente realmente libre de explorar los rincones ocultos de su vivencia más íntima conmigo”. Por último, coincidimos con Giordani (1988) y Tageson (1982) en la consideración de que las distintas versiones del proceso de auto-actualización introducen un principio teleológico en el funcionamiento humano, pues este se encontraría dirigido por una serie de fuerzas orgánicas que le encaminan hacia un fin preciso y específico.

- El individuo como ser interpersonal. Las psicologías humanistas van a prestar atención a la totalidad compuesta por el ser humano en interacción con sus semejantes. Desde esta corriente de pensamiento en la que encontramos a M. Buber como principal precedente filosófico, se conceptúa al individuo como capaz y tendente a la co-creación de vínculos emocionales profundos y satisfactorios con quienes lo rodean, donde *poder ser él mismo* con un otro de manera espontánea y auténtica (Frankl, 1978, Martínez, 1982, citados en Sassenfeld, s/f; Yalom, 1969, Rogers, 2000c). Así pues, en las relaciones con los demás, el individuo tiene la oportunidad de actualizar tanto su potencialidad para la autenticidad, la honestidad y la transparencia (Moss, 2001; Tageson, 1982; citados en Sassenfeld, s/f) como su potencialidad para la responsabilidad social y el respeto por los demás (Kriz, 2012). A este sentido, los teóricos interpersonales van a relativizar la noción de libertad individual, prefiriendo utilizar términos como “interdependencia”, donde la responsabilidad individual se entiende limitada y circunscrita a dar respuesta a unas circunstancias concretas (Kriz, 2012).
- El individuo como ser-en-el-mundo. El ser humano a parte de formar una totalidad en sí mismo participa de una totalidad más amplia que lo contiene a él y al resto de seres, esto es, el mundo y a su vez, el universo (Frankl, 1978, citado en Sassenfeld, s/f). El propio L. Binswanger propuso comprender al *ser-en-el-mundo* a través de tres modos de existencia articulados entre sí. Estos son: el *Umwelt* o mundo físico, el

Mitwelt o mundo de las relaciones con los otros y el *Eigenwelt* o mundo interno. De la síntesis entre ellos emanaría el denominado *Weltanschauung* o diseño del mundo (Imbernón y García-Valdecasas, 2009; Gimeno-Bayón y Rosal, 2001), el cual entendemos como contexto experiencial desde el que el individuo desarrolla y percibe su existencia, y se orienta en una determinada dirección vital. Esto último adquiere una importancia crucial en el sustento filosófico de la psicoterapia existencial, la denominada *auto-trascendencia* (Frankl, 1978) integra el concepto fenomenológico de la intencionalidad⁴ y refleja la apertura y la participación intencional del ser humano en el mundo que lo rodea (Sassenfeld, s/f). Esta *auto-trascendencia* se encuentra relacionada con una búsqueda de sentido particular a los diferentes momentos vitales que experimenta el individuo, un sentido que haga las veces de guía orientadora en el acto de proyectarse hacia un futuro incierto (Kriz, 2012; Martínez, 1982) En palabras del mismo Frankl (1978, citado en Sassenfeld, s/f) (pp. 36-37):

“El ser humano está siempre dirigido o apuntando hacia algo o alguien distinto de sí mismo, se proyecta y deviene en causas a las que servir o personas a las que amar. Este sólo es capaz de salir de la neurosis de su ensimismamiento cuando se olvida de sí mismo y se vuelca en algo que lo trasciende.”

En definitiva y para concluir este epígrafe, la base antropológica de estos enfoques tiene que ver con describir y entender al individuo, en toda circunstancia, como organismo entretejido de manera inextricable con su mundo (Sassenfeld, s/f), y a su vez, influido por variables internas, como puede ser su historia única de interacciones vitales. De esta manera, a través de las aportaciones de **Kurt Lewin** (1935) relacionadas con su **Teoría de Campo**, teoría inspirada en la psicología alemana de la Gestalt y en formulaciones procedentes de la física, las psicoterapias de humanista-existenciales conseguirán integrar parcialmente las concepciones del ser humano anteriormente mencionadas (Sassenfeld, s/f).

Ahondar en el entramado conceptual de la Teoría de Campo no se encuentra entre los objetivos de este trabajo. No obstante, se incluyen unas pinceladas básicas sobre la misma y se remite al lector interesado a otros trabajos especializados en la cuestión

⁴ En consonancia con la fenomenología de Husserl, Binswanger atribuirá la noción de *intencionalidad* a la consciencia, por la cual los significados que el individuo construye en su experiencia son “referidos a algo”, y no es sino a través de ellos, como este consigue encontrar *un sentido* para orientarse en el mundo (Imbernón y García-Valdecasas, 2009).

(Lewin, 1935, Lewin, 1938; Perls, Hefferline y Goodman, 1951; Vázquez 2008a). Yontef (1993) (pp. 121) declara:

“Un campo es un todo en el que las partes están en relación unas con otras y en el cual ninguna parte está separada de la influencia de lo que sucede en otro lugar del campo. [...] El campo reemplaza el aislamiento del individualismo. La persona en su espacio de vida constituye un campo.”

La teoría de campo atiende y se ocupa de los procesos de interacción e influencia mutua que se dan entre los elementos existentes en una determinada situación. Las ideas de Lewin incidían en la noción de que diversas fuerzas, vectores o “influencias” actúan para producir un resultado específico y único en una situación concreta y en un momento concreto, resultado que experimentaría una serie de variaciones si omitiéramos alguno de los elementos que constituyen el denominado campo de partida (Vázquez, 2008).

1.6. Planteamiento del Estudio

a) Fundamentación de la intervención

La Terapia Gestalt es encuadrada dentro de las Psicoterapias Humanistas (Imbernón y García-Valdecasas, 2009). Originalmente, fue desarrollada por Frederick Perls (1893-1970) y su mujer, Laura Perls (1905-1990), psicoanalistas alemanes y psicólogos de la Gestalt quienes, a partir del psicoanálisis, empezaron a confeccionar este nuevo enfoque (Vázquez, 2008c). Será la publicación del libro: *Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la personalidad humana* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951) lo que marcará el inicio de la Terapia Gestalt como una nueva apuesta psicoterapéutica. El matrimonio Perls tomará diferentes caminos en la consolidación de la Terapia Gestalt como modelo terapéutico. Por un lado, Laura Perls se instaló en el *New York Institute for Gestalt Therapy* (NYIGT), con el propósito de desarrollar un corpus teórico mediante la elaboración de textos que sistematicen los postulados gestálticos, sin olvidarse tampoco de la práctica clínica. Por otro lado, los esfuerzos de Fritz Perls se concentraron en demostrar los preceptos gestálticos a través de talleres vivenciales. Fritz decidió desplazarse a Esalen, California, donde se situó como “gurú” del movimiento hippy y del Movimiento del Potencial Humano, (Vázquez, 2008c).

En consecuencia, la Terapia Gestalt se ramificó en dos corrientes diferenciadas: la de la Costa Oeste, conocida como *Gestalt*, más centrada en el crecimiento personal, el

anti-intelectualismo y con postulados más intrapsíquicos; y la de la Costa Este, que, basándose en el libro fundador, está más estructurada, tiene una orientación mucho más clínica y construye su modelo desde la teoría de campo (Vázquez, 2008c)

La orientación teórica de este trabajo es más afín a los postulados de Laura Perls y la corriente de la Costa Oeste. Algunos de sus conceptos básicos son (Vázquez, 2008a, Vázquez, 2008b; Perls, Hefferline y Goodman, 1951; Perls, 1969; Peñarrubia, 2014):

- El **ser humano** es entendido como un organismo global con aspectos propiamente humanos, sociales y fisiológicos. Este organismo es entendido en relación con un entorno, con el que realiza distintos intercambios (*Ej. La respiración*) (Perls, 1969).
- El objeto de estudio de la Terapia Gestalt se encuentra en las **relaciones** que se dan **entre el organismo y su entorno**. De la relación entre ellos, a través del ajuste creativo, se produce la experiencia, el *self-en-acción* (Vázquez, 2008a).
- El **ajuste creativo** consiste en la consciencia inmediata de una figura de interés en el campo y el comportamiento motor hacia ella, esto último incluye una fase de acercamiento, apropiación de lo asimilable, rechazo de lo no-asimilable y una retirada. del organismo con el entorno (Perls, Hefferline y Goodman, 1951) (*Ej. Una persona atractiva entra en la sala, surge un deseo de acercamiento, de manera ineludible se realiza una elección, se produce un ajuste entre el deseo y la figura de interés (hacerle una det. comentario), se produce el contacto (la interacción con la persona), y se da una fase de retirada, donde se asimila y se integra lo vivido*).
- Se llama “**self-en-acción**” al complejo sistema de ajustes creativos en el campo organismo/entorno, sería la estructura del proceso de la experiencia. Se crea en la frontera donde el organismo termina, y empieza el contacto con el entorno (*Ej. La piel*). El self-en-acción no es una institución fija, sino que existe en donde y cuando existe una interacción en la frontera (Vázquez, 2008a; Perls, Hefferline y Goodman, 1951). Su función consiste en identificar y rechazar las posibilidades de la situación, poner en marcha los recursos aprendidos en la historia personal o desarrollar creativamente una nueva respuesta, la que requiere una determinada situación.
- La **neurosis** se concibe como una experiencia de miedo crónico y frustración crónica (Peñarrubia, 2014), donde el *self-en-acción* encuentra cierta rigidez e inhibición a la hora de establecer un contacto nutritivo con el entorno. La espontaneidad del contacto con la novedad es sustituida por un patrón estereotipado de acción, donde el ajuste entre organismo y entorno, deja de estar actualizado y sensible al momento presente

(Vázquez, 2008a). En otras palabras, entendemos la neurosis como el estilo, patrón o forma de relación con el entorno que se muestra insensible o no-permeable a los continuos cambios de la situación presente.

- El **terapeuta Gestalt** se centra en el aquí-y-ahora de la relación en curso entre paciente y terapeuta. Su tarea consiste en plantear una relación, un encuentro terapéutico basado en el contacto, creando unas condiciones en sesión donde las soluciones habituales (*rígidas*) ya no sean las posibilidades de solución más adecuadas (Vázquez, 2008b). El terapeuta no trata de eliminar el ajuste conservador, su cometido es que el paciente se percate del proceso que recorre hasta interrumpir el contacto con el entorno, además de que este asuma la responsabilidad para consigo mismo (Perls, 1969) (Ej. “*Ya tienes la experiencia de esta manera de funcionar, ¿Quieres seguir haciendo lo mismo?*”)

Objetivos a facilitar en el trabajo con la Terapia Gestalt (Vázquez, 2008a):

- Ampliar el campo de consciencia aquí-y-ahora, tanto en su vertiente inmediata como en su vertiente reflexiva.
- Flexibilizar los patrones comportamentales, de forma que la persona pueda interactuar de una forma flexible, espontánea y enriquecedora con los acontecimientos tal y como estos se presentan; sin necesidad de que la realidad sea distinta de como ahora es, para intervenir en ella. En otras palabras, restaurar la capacidad de interaccionar de forma creativa con la situación en curso.
- Asumir la responsabilidad individual, como habilidad para responder y gestionar las sucesivas situaciones presentes y también como habilidad para hacer elecciones sobre la trayectoria vital que está por construir.

Proceder en el desarrollo de la terapia

- Propuesta radicalmente experiencial. En el encuentro terapeuta-paciente, la Terapia Gestalt propone retomar el contacto con las sensaciones, emociones y sentimientos percibidos como figura en el aquí-y-ahora. Cualquier emoción o pensamiento es concebido como un fenómeno de campo, esto es, como un producto de la interacción mutua entre organismo y entorno. En otras palabras, toma cada acción, discurso o emoción, de manera contextualizada a la situación presente en la que se hallan

paciente y terapeuta. Para el trabajo en sesión, el terapeuta se sirve de experimentos y ejercicios, que no son otra cosa que pretextos para agitar y amplificar las sensaciones del momento presente, en los cuales, la persona puede probar con una acción diferente a lo que suele hacer normalmente (Vázquez, 2008)

- Toma lo obvio a la hora de describir los acontecimientos en sesión, agarra lo fenomenológicamente observable de la frontera-contacto de la relación. Deja a un lado la interpretación y abre la posibilidad de que sea la experiencia del paciente y la del terapeuta, las que confirmen o refuten cualquier información.
- Invita a hacer algo distinto con respecto a los hábitos evitativos de la persona, pues estos bloquearían parcial o totalmente la toma de contacto con los datos de la experiencia inmediata, de forma que la excitación no aumenta lo suficiente como para crear una figura⁵ (sensación, emoción o sentimiento) con nitidez, que puede ser cerrada en el momento presente. Previamente, el trabajo de los terapeutas consiste en crear unas condiciones en sesión en las que la persona sienta el apoyo suficiente como para “dejar caer” estos ajustes evitativos^{6 7 8}.

A modo de resumen, desde la Terapia Gestalt, el **principal objetivo terapéutico** consiste en: *movilizar el proceso de transición de la rigidez y la estereotipia del patrón hacia la flexibilidad del proceso-de-contacto con la experiencia presente* (Vázquez, 2008b) (pp. 65)

⁵ Entiéndase “figura” como término equivalente a “contenido de la consciencia”. Este contenido estaría ocupando una posición protagonista, diferenciada del resto de elementos de la consciencia, que estarían formando parte del fondo de la experiencia presente.

⁶ La Terapia Gestalt establece una distinción entre los denominados *ajustes comportamentales conservadores* y los *ajustes comportamentales creativos*. Los primeros consisten en las formas de comportamiento construidas en la historia personal, que mantienen y perpetúan el patrón comportamental de la persona. *Los ajustes creativos* consisten en formas de comportamiento que introducen algún elemento novedoso en la situación, bien en el plano del hacer o bien en el plano del sentir (Vázquez, 2008).

⁸ En este punto, es necesario matizar que las terapias humanistas en general, y la Terapia Gestalt en concreto, frente a las actualizaciones psicoanalíticas, van a renunciar a la interpretación objetiva de los comportamientos del paciente. Esto es, a asociar de manera invariable un determinado significado a un determinado símbolo (Ej. “Cuando una persona no habla en sesión significa que está evitando algo”). Ningún ajuste es catalogado previamente como conservador, evitativo o desadaptativo, será la experiencia del paciente, junto con la del terapeuta, la que determinarán esa valoración.

⁹ Algunos ejemplos de ajustes** : *verborrea, mutismo, mirada perdida, utilizar una persona verbal distinta al yo, racionalizar o intelectualizar la situación, micro o macro-movimientos corporales, etc.*

En este contexto, en el presente estudio se describe el desarrollo de una intervención terapéutica en formato grupal desde la Terapia Gestalt. El **objetivo del presente trabajo** consiste en:

- Analizar la eficacia de una intervención grupal basada en la Terapia Gestalt sobre la experiencia del yo en relación, la regulación emocional y la autoconsciencia de los participantes.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

En esta investigación han participado, de manera directa, 9 sujetos. Para la conformación de los participantes potencialmente seleccionables, se manejaron los siguientes **criterios de exclusión**:

1. Haber sido objeto de diagnóstico formal de psicopatología.
2. Haber tenido ingresos hospitalarios relacionados con la salud mental.
3. Haber estado bajo tratamiento psicofarmacológico.
4. Estar inmerso actualmente en otros contextos psicoterapéuticos (*terapia individual, terapia grupal, formaciones de terapia, etc...*).

En cuanto al grupo del estudio, este estuvo compuesto inicialmente por 9 personas (8 mujeres y 1 hombre). Todas ellas relacionadas con la Universidad de Almería (*alumnos y antiguos alumnos*), cuyas edades oscilaban entre los 19 y los 31 años ($M= 26$; $DT= 5.14$). En cuanto a las titulaciones, tres de ellos se hallan cursando el grado en psicología, dos de ellos pertenecen al grado en educación social y el resto terminaron carreras relacionadas con economía y derecho.

2.2. Instrumentos de evaluación

- a) **Adaptación española de la Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)** (Valero, Ferro, López-Bermúdez y López, 2012), procedente del cuestionario original de Kanter, Parker y Kohlenberg, (2001). Este instrumento, procedente de la tradición contextual de la Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF), evalúa la presencia de determinados problemas en el Yo en cuanto al manejo de necesidades, sentimientos o acciones en las relaciones con los demás. Algunos de estos problemas son: 1) Control público del Yo, 2) Concepto de sí-mismo y 3) Experiencia integrada/disociada del Yo. Este instrumento está compuesto por 37 ítems en escala tipo Likert de frecuencia 0-7 (*nunca-siempre*). Los ítems se encuentran divididos en cuatro secciones: 1) *Sí-mismo en general* (rango mín. = 7 / rango máx. = 49), 2) *Con personas conocidas* (rango mín. = 10 / rango máx. = 70), 3) *En una relación íntima* (rango mín. = 10 / rango máx. = 70) y 4) *Sí mismo en relación con los demás* (rango mín. = 10 / rango máx. = 70). En cuanto a sus propiedades psicométricas, este cuestionario cuenta con una gran fiabilidad (*Alpha de Cronbach total = .941*), además de una alta validez convergente con

constructos similares (*Correlación positiva con el componente de "neuroticismo" del EPQ.R* ($r = .600, p < .01$))

- b) Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III)** (Millon y Davis, 1997). Este cuestionario está compuesto por 175 ítems con formato de respuesta *verdadero/falso*, que evalúan distintos estilos o trastornos de personalidad, además de los principales síndromes clínicos enunciados por el DSM-IV. A su vez, incluye distintos índices (*sinceridad, deseabilidad social y devaluación*) que ajustan las puntuaciones de las distintas subescalas, aumentando así la extensión de su validez. Para el presente trabajo, nos acogemos al valor de las puntuaciones de prevalencia del MCMI (*rango mín. = 0 / rango máx. = 115*). En cuanto a sus propiedades psicométricas, cuenta con una alta fiabilidad test-retest para sus puntuaciones dimensionales (0.85-0.93) y una consistencia interna con *Alpha de Cronbach* de: 0.66-0.89. En cuanto a su validez, los estudios de correlaciones entre las puntuaciones dimensionales del MCMI con distintos cuestionarios (*Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-r) e Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)*) han arrojado resultados moderados ($r > .50$). Al igual que otros cuestionarios que evalúan trastornos de personalidad, tiende a cometer errores de falsos positivos, por ello se le considera una buena prueba de detección precoz, siempre y cuando existan medidas posteriores que confirmen o refuten los resultados iniciales.
- c) Adaptación española de la Escala de Dificultades para la Regulación Emocional (DERS)** (Hervás y Jódar, 2007), procedente del cuestionario original de Gratz y Roemer, (2004). Está compuesta por 28 ítems (*por los 36 ítems de la escala original*) en escala tipo Likert de frecuencia 1-5 (*casi nunca – casi siempre*). Esta escala pretende evaluar diferentes aspectos del proceso de regulación emocional en los que pueden existir dificultades. El análisis factorial determinó una estructura de 5 factores: *descontrol emocional* (*rango mín. = 9 / rango máx. = 45*), *interferencia cotidiana* (*rango mín. = 4 / rango máx. = 20*), *desatención emocional* (*rango mín. = 4 / rango máx. = 20*), *confusión emocional* (*rango mín. = 4 / rango máx. = 20*) y *rechazo emocional* (*rango mín. = 7 / rango máx. = 35*) (Hervás y Jódar, 2007). Con el fin de hallar la fiabilidad test-retest, se calcularon los coeficientes de correlación intra-clase con respecto a ambas administraciones. Los resultados muestran una elevada fiabilidad test-retest (ρ_1

= .74, $p < .001$). En cuanto a su consistencia interna, se calcularon las correlaciones ítem-total para cada una de las subescalas, con una media total entre todas las subescalas de 0.74. En cuanto a la validez convergente, se calcularon las correlaciones con cuestionarios que miden constructos similares. Así es el caso de las correlaciones con la Escala Rasgo de Meta-conocimiento Emocional (TMMS). La subescala “Desatención-DERS” correlacionó negativamente con la subescala “Atención-TMMS” ($r = -.50$; $p < .001$), a su vez, “Confusión-DERS” también correlacionó negativamente con “Claridad-TMMS” ($r = -.48$; $p < .001$).

- d) Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)** (Domínguez, 2001). Este instrumento consta de dos partes, la primera de ella consiste en cuatro preguntas abiertas con la que se pretende explorar los intereses, cualidades, dificultades y proyectos de los participantes, sin embargo, se optó por administrar únicamente la segunda de ellas. Esta segunda parte la conforman 55 ítems con un formato de respuesta basado en el Diferencial Semántico de Osgood, en los que en lugar de presentar dos adjetivos contrapuestos, se presentan dos afirmaciones enfrentadas que implican una autovaloración (Aciego y Domínguez, 1998), además de 5 ítems más, con el objetivo de evaluar la predisposición a la intervención en la versión AURE-PRE, y la utilidad y satisfacción con la intervención en la versión AURE-POST. De los análisis factoriales de segundo orden, se derivaron tres factores de agrupamiento. Estos son: 1) *Afrontamiento, operatividad y realización en el quehacer* (31,1% de varianza explicada), 2) *Autoconcepto y Autoestima* (9,7% de varianza explicada) y 3) *Empatía y realización social* (8,7% de varianza explicada). Estos factores producían una puntuación promedio de un rango mín. de 1 y un rango máx. de 5. Para determinar su fiabilidad, se calculó la consistencia interna del instrumento a través del *Alpha de Cronbach* (= .91) y *Spearman Brown* (= .93). En cuanto a la validez concurrente del instrumento, se correlacionó AURE con el Test Auto-evaluativo de Adaptación (TAMAI), este último maneja factores formulados negativamente (ej. *Inadaptación social*). Se obtuvieron correlaciones negativas moderadas entre el factor “*Autoconcepto y Autoestima-AURE*” e “*Inadaptación social-TAMAI*” ($r = -.41$). El factor “*Empatía y Realización Social-AURE*” mantiene también una correlación negativa moderada el factor “*Inadaptación personal-TAMAI*” ($r = -.43$). Por

último, el factor “*Afrontamiento, operatividad y realización en el quehacer*” se relaciona moderadamente con estos dos factores “*Inadaptación social-TAMAF*” ($r = -.35$) y factor “*Inadaptación personal-TAMAF*” ($r = -.34$) (Domínguez, 2001).

- e) **Entrevista Inicial** (*ver anexo 1*). Se elaboró una entrevista específica a las necesidades del programa de intervención. Con un formato semiestructurado, la entrevista se dividía en tres partes: 1ª *Datos personales* (8 ítems), 2ª *Criterios de exclusión, experiencia terapéutica previa y disponibilidad* (7 ítems) y, 3ª *Motivación por participar, problemas vitales, concepto de sí mismo y aspectos a trabajar* (8 ítems).
- f) **Auto-registro “Cómo me sentía antes de venir / Cómo me siento después de venir”**. Este instrumento forma parte de la tradición cualitativa de investigación, y es comúnmente utilizado para registrar informaciones más subjetivas o personales. El mismo se administró al término de la intervención y con él se pretenden evaluar posibles cambios personales precipitados por la influencia del tratamiento.

2.3. Diseño de la investigación

El presente trabajo se encuadra dentro de los diseños cuasi-experimentales. El diseño que se ha utilizado en el presente estudio es un “diseño pre-post con un solo grupo” (León y Montero, 2003).

2.4. Análisis de los resultados

Se van a llevar a cabo diferentes tipos de medidas para establecer los resultados del estudio:

- Medidas intra-sujeto. El análisis intra-sujeto que pretende llevarse a cabo, aspira a entrar a las características individuales de cada miembro del grupo, a las diferencias obtenidas entre los niveles pre y post tratamiento de manera pormenorizada.
- Medidas intra-grupo. Con este tipo de análisis se pretende observar las tendencias de cambio grupales, influenciadas por la intervención, de manera más general y con un apoyo estadístico más potente.

Análisis estadístico:

Para realizar el análisis estadístico de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS 21. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los resultados de las variables. Posteriormente, se optó por analizar la diferencia de medias a través del estadístico *t de student*.

Variables del estudio:

La variable independiente (VI) del estudio es la intervención global. Más concretamente, entendemos que la propuesta terapéutica de este trabajo se sustenta en los siguientes componentes:

- *Establecimiento de una relación terapéutica basada en el apoyo⁹ y en la responsabilidad compartida¹⁰ por terapeuta y paciente.*
- *Ampliación del darse-cuenta, como forma de reconocer e identificar los patrones de comportamiento más habituales en la persona.*
- *Creación de un contexto grupal facilitador¹¹.*

Por otro lado, los índices en los que se va a comprobar y cuantificar el cambio producido por la intervención se desgranán en las siguientes variables dependientes (VDs):

- VD1 - Regulación emocional: como habilidad para manejar las emociones de una manera ajustada a la situación presente.
- VD2 - Experiencia del Yo: como habilidad para gestionar las necesidades, deseos o sentimientos en el seno de las relaciones con los demás.
- VD3 - Auto-consciencia: como habilidad para discriminar estados afectivos o emocionales y también para discriminar patrones o cadenas de comportamiento.

⁹ “Apoyo” consistente en una continua validación del sentir de la persona, acompañando a esta a transitar los sentimientos o emociones del momento presente.

¹⁰ El terapeuta trata de no imponer sus valores, recomendaciones o creencias sobre lo que el paciente debería hacer en un momento dado. En caso de hacerlo, entendemos que el terapeuta estaría negando u obstaculizando la posibilidad de que el paciente asuma la responsabilidad sobre lo que le está pasando y sobre la orientación que adoptará con respecto a ello.

¹¹ La Terapia Gestalt propone cuatro valores básicos para las relaciones interpersonales. En el grupo, se introdujeron primeramente de manera instruccional y posteriormente, se fueron moldeando progresivamente: 1) Honestidad, como capacidad de sentir, pensar y actuar con el otro de una forma congruente, 2) Respeto, como capacidad de reconocer las necesidades propias y comprender las del otro 3) Compromiso, como capacidad de valorar lo propio y lo externo, de una forma honesta, responsable y respetuosa y 4) Responsabilidad, como capacidad de dar respuesta en el aquí y ahora de la relación (Vázquez,2008a).

2.5. Procedimiento

a) Confección de la muestra

Se publicitó la actividad del “Grupo de Autoconocimiento y Desarrollo Personal” a través de tres vías (*ver imagen 1*):

- Correo institucional del Vicerrectorado de Estudiantes y Empleo a las listas
- Facebook de la Unidad de Atención Psicológica.
- Pegada de carteles por el campus de la Universidad de Almería.
de alumnos, PDI y PAS.

GRUPO DE CRECIMIENTO PERSONAL Y AUTOCONOCIMIENTO

- ✓ **Lugar:**
UAL, Edif. CAE, 2ª Planta, despacho 2.11.
(Sala de grupos)
- ✓ **Duración:**
1 sesión/semana a lo largo de un ciclo de 8 semanas (a partir de enero de 2017)
- ✓ **Horario:**
Cada viernes de 10 a 12:30 h
- ✓ **Carácter gratuito.** Se encuentra abierto a toda persona que decida comprometerse con el grupo a lo largo de las 8 semanas.
- ✓ **¿Quién facilita?:**
Dr. Antonio Molina Moreno, psicoterapeuta en la Unidad de Atención Psicológica. Daniel Martínez Luque, becario de la Unidad de Atención Psicológica.
- ✓ **Inscripción:**
Contactar a través del correo electrónico: uatpsico@ual.es. Desde ahí, nos pondremos en contacto con vosotros para acordar una entrevista inicial informativa.

Desde la Unidad de Atención Psicológica, te invitamos a tomar consciencia de tu modo de estar en relación, desde una posición curiosa y amable para contigo mism@ y para con el otro.

Te ofrecemos un espacio donde contactar con tu propia experiencia. Un espacio donde probar y experimentar nuevas formas de relacionarte.

Todo ello a través de dinámicas grupales, ejercicios, juegos y música.

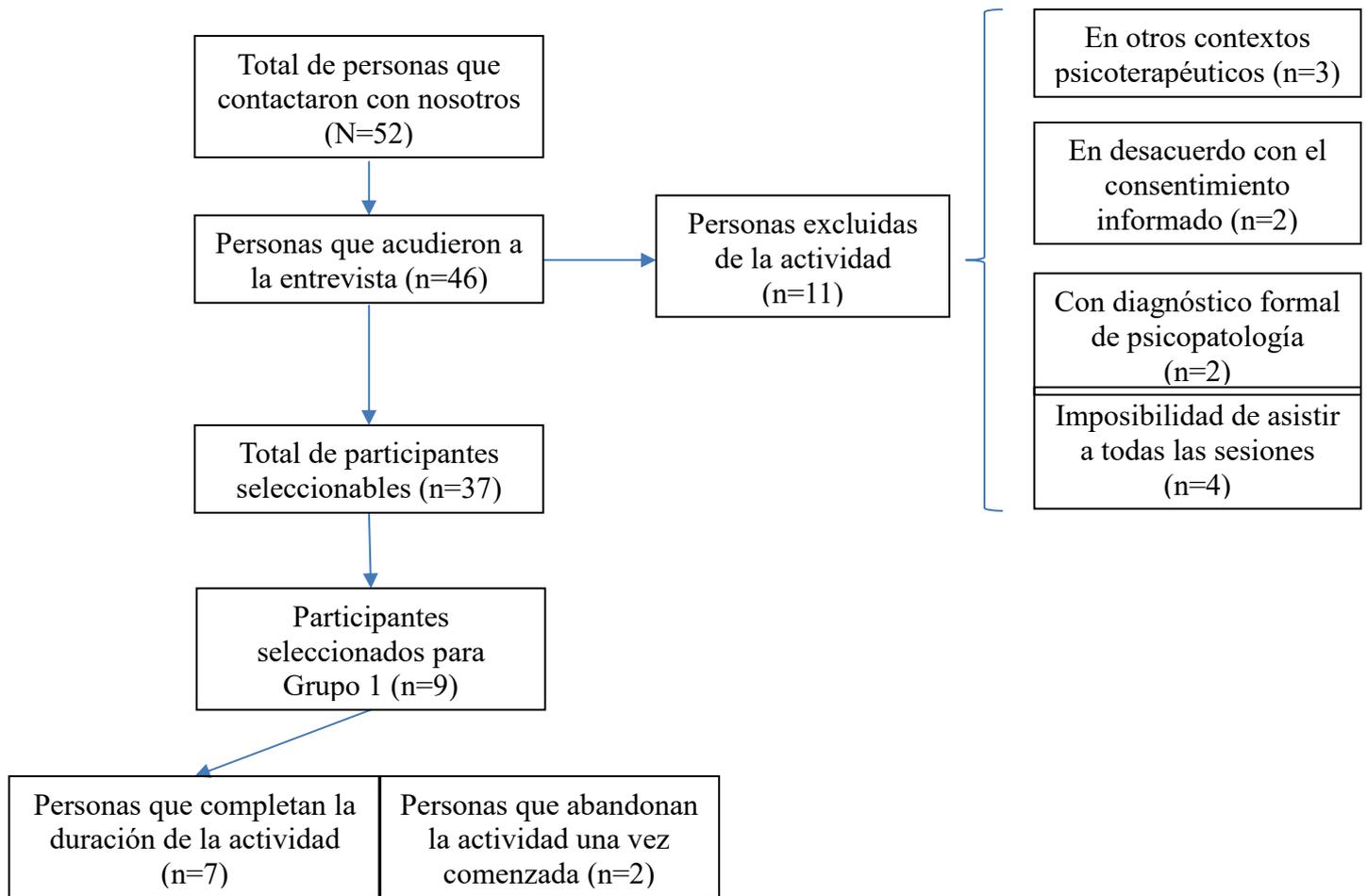
**Unidad de Atención Psicológica
Vicerrectorado de Estudiantes y Empleo**

Imagen 1

Con todas las personas interesadas en la actividad, se concertó una entrevista individual (*ver anexo 1*) en la sala de grupos de la Unidad de Atención Psicológica

Antes de comenzar la entrevista, se administraba un Consentimiento informado (*ver anexo 2*), con el cual la persona debía estar de acuerdo para continuar con la misma. Entre otras cuestiones, se comprobaba el estado de los **criterios de exclusión**. Al término de esta, se entregaban a la persona cuatro cuestionarios de evaluación psicológica para que los trajera cumplimentados en los días posteriores.

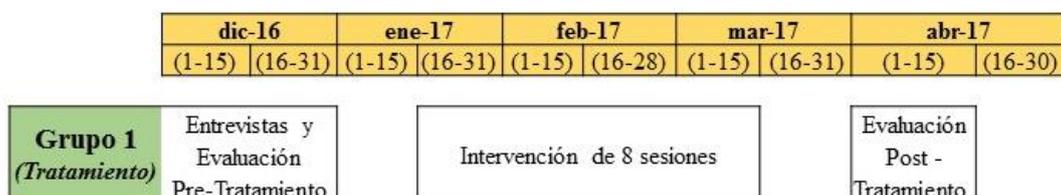
Tabla 1. Proceso de confección de la muestra.



A la hora de seleccionar a los participantes, no se utilizó un procedimiento de asignación aleatoria. En su lugar, se acordaron una serie de criterios. Para la confección del *Grupo*, los **criterios de selección** fueron:

1. Los participantes debían estar en un rango de edad similar (20-30 años).
2. Los participantes que estuvieran cursando másteres en psicología, o cursos avanzados del grado en psicología, quedarían para siguientes ediciones.

Temporalización:



b) Estructura general de las sesiones y objetivos terapéuticos específicos

El formato de intervención del presente trabajo consistió en una sesión semanal de dos horas de duración, durante ocho semanas consecutivas.

La estructura de las sesiones del presente trabajo sigue las recomendaciones de I. Yalom (1969). Este autor propone dos líneas de trabajo transversales de cualquier terapia de grupo dedicada al desarrollo personal. Cada sesión se desarrolló a través de estos componentes:

1. Focalización de la atención en la experiencia inmediata. El terapeuta insta una y otra vez al grupo a centrar su interés sobre los acontecimientos que ocurren dentro de la reunión. La experiencia individual gana en significancia personal cuando *lo que me pasa, me está pasando ahora contigo.*
2. Propuesta de ejercicio o actividad experiencial. Consistentes en diferentes dinámicas de carácter evocador.
3. Proceso de esclarecimiento de lo vivido y construcción de significado a partir de ello. El terapeuta le propone al grupo reflexionar sobre diferentes interrogantes. Algunos ejemplos:
 - ¿Qué ha pasado en sesión para que yo conecte con este sentimiento?
 - ¿Qué función ha tenido este sentimiento en mi historia personal?
 - ¿Quiero hacer algo distinto con este sentimiento?
 - ¿Necesito algo para ello?

A continuación, se expone un resumen con los objetivos terapéuticos¹² tratados en cada sesión. El desarrollo íntegro de las sesiones se recoge en el *anexo 4*.

Tabla 2. Resumen de los objetivos por sesión

Objetivos terapéuticos por sesión
Sesión inicial: <ol style="list-style-type: none"> a) Presentación del terapeuta y del co-terapeuta b) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de la actividad

¹² Es necesario matizar que los objetivos de cada sesión no estaban pre-fijados al estilo de un programa de intervención estructurado. Las sesiones y los objetivos terapéuticos se fueron desarrollando al hilo de las aportaciones de los miembros del grupo y a su vez, al hilo del clima grupal.

- c) Presentaciones de los miembros del grupo: primeras interacciones entre ellos
- d) Creación del clima terapéutico
- e) Cohesión grupal

Sesión 2:

- a) Explicación de las “pautas para las devoluciones”.
- b) Afianzar la cohesión grupal
- c) Recibir e incorporar a la nueva integrante del grupo
- d) Ampliación del darse-cuenta, introducción de elementos que facilitan la toma de perspectiva.
- e) Facilitar la toma de contacto con la experiencia presente
- f) Cierre de sesión

Sesión 3:

- a) Facilitar la toma de contacto con la experiencia presente
- b) Ronda para que cada uno verbalice las sensaciones o emociones más relevantes en ese momento presente
- c) Exploración del estado vital y del concepto de sí-mismo de cada uno de los miembros
- d) Validación de las sensaciones, emociones o sentimientos desagradables expresadas por los miembros del grupo
- e) Asunción de responsabilidad con respecto al propio patrón de comportamiento
- f) Cierre de sesión

Sesión 4:

- a) Presentación e incorporación de la nueva integrante del grupo
- b) Exponer los motivos de la baja de una integrante que dejó el grupo
- c) Ampliación del darse-cuenta. Evocación y amplificación de sensaciones
- d) Facilitar la toma de contacto con la experiencia presente
- e) Exploración de los elementos situacionales que han podido desencadenar la emergencia de una determinada sensación
- f) Validación y compasión con los ajustes conservadores de algunos miembros del grupo
- g) Abrir la posibilidad de introducir nuevas conductas en su cadena habitual de comportamiento
- h) Cierre de sesión

Sesión 5:

- a) Facilitar la toma de contacto con la experiencia presente
- b) Generar un contexto para llevar el atrevimiento a la acción
- c) Ampliación del darse-cuenta. Evocación de sensaciones y emociones
- d) Verbalización de los datos más relevantes de cada experiencia individual
- e) Normalización de las dificultades o limitaciones acontecidas en la dinámica anterior
- f) Cierre de sesión

Sesión 6:

- a) Ronda de verbalizaciones sobre la experiencia presente, (*¿Qué protagoniza tu consciencia en este momento?*)
- b) Asunción de responsabilidad con respecto al propio patrón de comportamiento

- c) Abrir la posibilidad de introducir nuevas conductas en su cadena habitual de comportamiento
- d) Facilitar la expresión emocional
- e) Validación de las dificultades y limitaciones experimentadas por algunos miembros del grupo
- f) Cierre de sesión

Sesión 7:

- a) Facilitar la toma de contacto con la experiencia presente, utilizando al cuerpo como “punto de anclaje”
- b) Asunción de responsabilidad (*Sustituir el “no puedo” por el “no quiero”*)
- c) Trabajar las resonancias en el grupo (*“Participante X: Yo me he sentido muy identificada con su experiencia” / “Terapeuta: ¿Cómo sería en tu caso exactamente?”*)
- d) Expresión emocional en el seno de las relaciones con el padre y la madre, a través de la escritura
- e) Ronda de verbalizaciones de los elementos experienciales más relevantes acontecidos en la dinámica anterior
- f) Cierre de sesión

Sesión 8. Cierre:

- a) Elección de una pareja para compartir el proceso vivido durante el transcurso de las sesiones
- b) Discriminación de posibles cambios individuales relacionados con la terapia
- c) Verbalizaciones al grupo. Compartir la experiencia vivida dentro del grupo (*¿Qué extraigo de este proceso? ¿A qué quiero comprometerme con lo aprendido aquí?*)
- d) Despedida y cierre del grupo

3. RESULTADOS

3.1. Resultados intra-sujeto

Este apartado de resultados está dedicado al análisis individual del proceso terapéutico experimentado por cada miembro del grupo. En cada uno de los participantes se sigue una estructura de análisis común; primero se presentan las puntuaciones en los distintos cuestionarios de evaluación (pre-tratamiento y post-tratamiento). Segundo, se presenta la medida de auto-registro “antes de venir / después de venir”, con el objetivo de evaluar la experiencia subjetiva sobre los efectos del tratamiento. Y tercero y último, se presenta una valoración global terapéutica de cada uno de los participantes.

Tabla 3. Resultados Sujeto 1.

Escala de Dificultades para la Regulación emocional (DERS)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Descontrol	27		13
Rechazo	31		15
Interferencia	15		8
Desatención	7		8
Confusión	15		10
Total - Media	19		11
Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Autoconcepto y Autoestima	2,71		3,1
Empatía y Realización social	3		3,2
Operatividad y realiz. en el quehacer	2,4		2,86
Total - Media	2,7		3,05
Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Sí-mismo en general	30		26
Sí-mismo con personas conocidas	48		24
Sí-mismo en relaciones de intimidad	56		42
Sí-mismo en relación con los demás	42		32
Total - Media	44		31
Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)			
Subescalas clínicas significativas PRE		Subescalas clínicas significativas POST	
Eje I	Eje II	Eje I	Eje II
<i>Ansiedad (98)</i>	<i>Dependiente (87)</i>	<i>Ansiedad (31)</i>	<i>Dependiente (9)</i>
<i>Bipolar (82)</i>	<i>Histriónico (59)</i>	<i>Bipolar (5)</i>	<i>Histriónico (89)</i>
	<i>Compulsivo (59)</i>		<i>Compulsivo (75)</i>

Tabla 4. Resultados Autovaloración Sujeto 1.

Cambios relacionados con la terapia	
Antes de venir	Después de venir
<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Tensión”</i> · <i>“Evasión de situaciones – cobardía”</i> · <i>“Atendía las necesidades del otro dejando las mías”</i> · <i>“Miedo a lo que piensen de mí”</i> · <i>“Le daba mucha fuerza a los pensamientos”</i> · <i>“Me daba miedo no crecer y parecer inmadura”</i> · <i>“Ganas de hacer ejercicios como meditar, escribir...”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Menos vergüenza”</i> · <i>“Me acepto y me ataco menos por mis errores”</i> · <i>“Intento comunicarme mejor”</i> · <i>“Atiendo también mis necesidades”</i> · <i>“Un poco más de valentía”</i> · <i>“Dejo que los pensamientos vengan y vayan”</i> · <i>“Me siento más conectada conmigo misma (respiro, medito, escribo...)”</i>

Los resultados obtenidos por el sujeto 1 en las diferentes pruebas de evaluación utilizadas señalan un descenso en las puntuaciones en la escala de dificultades de regulación emocional (Tabla 3). Se observa a su vez un descenso global en las puntuaciones del EOSS, en especial en las escalas sí mismo con personas conocidas y sí mismo en relaciones de intimidad. En relación a las puntuaciones en el MCMI-III, se han registrado descensos en las escalas con mayor puntuación, es decir en Dependiente, ansiedad, Bipolar. En cuanto a la escala de Autovaloración, las declaraciones vertidas señalan mayor conciencia de sus emociones, pensamientos y sentimientos, menor referencia externa y mayor aceptación de sí misma.

Tabla 5. Resultados Sujeto 2.

Escala de Dificultades para la Regulación emocional (DERS)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Descontrol	18		20
Rechazo	10		15
Interferencia	18		18
Desatención	8		10
Confusión	10		11
Total - Media	12,8		14,8
Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Autoconcepto y Autoestima	3,4		3,2
Empatía y Realización social	3,2		2,7
Operatividad y realiz. en el quehacer	3,17		3,55
Total - Media	3,25		3,15
Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Sí-mismo en general	14		20
Sí-mismo con personas conocidas	26		13
Sí-mismo en relaciones de intimidad	35		11
Sí-mismo en relación con los demás	31		32
Total - Media	26,5		19
Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)			
Subescalas clínicas significativas PRE		Subescalas clínicas significativas POST	
Eje I	Eje II	Eje I	Eje II
	<i>Compulsivo (88)</i>		<i>Compulsivo (60)</i>
	<i>Evitativo (70)</i>		<i>Evitativo (66)</i>
	<i>Dependiente (65)</i>		<i>Dependiente (53)</i>
	<i>Depresivo (35)</i>		<i>Depresivo (76)</i>

Tabla 6. Resultados Autovaloración Sujeto 2.

Cambios relacionados con la terapia	
Antes de venir	Después de venir
<ul style="list-style-type: none"> · “No comparto mis cosas con mis familiares” · “Inseguridad” · “Desconfianza en mí mismo para hacer cosas” · “Ponía mucho cuidado en no molestar a los demás” · “Me pone nervioso ser el centro de atención en un grupo” · “Me cuesta entablar nuevas relaciones” 	<ul style="list-style-type: none"> · “Me siento más cerca de mi padre (lo ha hecho conmigo lo mejor que ha sabido)” · “He tomado distancia con mi madre, para hacer mis cosas, lo que quiero yo para mí vida” · “He ganado en seguridad en mí mismo” · “Puedo ponerme nervioso y hacer lo que quiero a la vez.”

Los resultados obtenidos por el sujeto 2 en las diferentes pruebas de evaluación utilizadas señalan un descenso generalizado en las puntuaciones en la Escala de la Experiencia del Yo, a excepción de la sección *Sí-mismo en general* (Tabla 5). Se observa a su vez un aumento global en las diferentes dificultades para la regulación emocional, en especial en el componente de *Rechazo*. En relación a las puntuaciones en el MCMI-III, se han registrado descensos en las escalas con mayor puntuación, es decir, en *Compulsivo*, *Evitativo* y *Dependiente*. Por el contrario, se observa un incremento en la puntuación de la escala *Depresivo*. En cuanto a la escala de Autovaloración, las diferentes verbalizaciones señalan un mayor fortalecimiento del Yo y una toma de decisiones más centrada en sus propios intereses.

Tabla 7. Resultados Sujeto 3.

Escala de Dificultades para la Regulación emocional (DERS)			
		Puntuación PRE	Puntuación POST
Descontrol		42	37
Rechazo		17	12
Interferencia		20	14
Desatención		11	6
Confusión		11	7
Total - Media		20,2	15,6
Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)			
Subescalas clínicas significativas PRE		Subescalas clínicas significativas POST	
Eje I	Eje II	Eje I	Eje II
<i>Ansiedad (87)</i>	<i>Narcisista (75)</i>	<i>Bipolar (71)</i>	<i>Narcisista (90)</i>
<i>Bipolar (81)</i>	<i>Antisocial (32)</i>	<i>Dependencia al alcohol (90)</i>	<i>Antisocial (95)</i>
	<i>Histriónico (58)</i>		<i>Histriónico (80)</i>
Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)			
		Puntuación PRE	Puntuación POST
Sí-mismo en general		20	14
Sí-mismo con personas conocidas		21	16
Sí-mismo en relaciones de intimidad		36	33
Sí-mismo en relación con los demás		23	21
Total - Media		25	21
Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)			
		Puntuación PRE	Puntuación POST
Autoconcepto y Autoestima		3,8	3,4
Empatía y Realización social		2,7	2,45
Operatividad y realiz. en el quehacer		3	3,38
Total - Media		3,17	3,07

Tabla 8. Resultados Autovaloración Sujeto 3.

Cambios relacionados con la terapia	
Antes de venir	Después de venir
<ul style="list-style-type: none"> · “Me costaba hablar de mi mundo interior” · “Me consideraba una persona cerrada” · “No era capaz de controlar mis emociones, me desbordan” 	<ul style="list-style-type: none"> · “Soy más sensible de lo que pensaba” · “Los sentimientos fluyen con más rapidez” · “Me siento más capaz de afrontar conflictos internos, y de exteriorizarlos” · “Me doy cuenta de que cada uno tenemos lo nuestro, y que no somos tan perfectos como pretendemos ser” · “Creo que el ambiente de confianza fue lo que me ayudó”

Los resultados obtenidos por el sujeto 3 en las diferentes pruebas de evaluación utilizadas señalan un descenso generalizado en las puntuaciones en la Escala de Experiencia del Yo (Tabla 7), en especial en la sección *Sí-mismo en general*. Se observa a su vez un descenso generalizado también en las puntuaciones de las diferentes dificultades para la regulación emocional; destaca el descenso en el componente de *Interferencia* ($pre = 20, 100\%$ (máx. puntuación posible) / $post = 14, 70\%$). En relación a las puntuaciones en el MCMII-III, se han registrado incrementos en las distintas subescalas clínicas. Se observan aumentos en las puntuaciones de los TT.PP. *Narcisista, Antisocial e Histriónico*; además de la irrupción de la escala *Dependencia al alcohol*, con valores muy reducidos en la evaluación pre-tratamiento. En cuanto a la escala de Autovaloración, las declaraciones vertidas señalan una mayor actitud de apertura con respecto a la expresión de sus emociones, pensamientos y sentimientos, además de una normalización de sus dificultades psicológicas.

Tabla 9. Resultados Sujeto 4.

Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Autoconcepto y Autoestima	3,2	3
Empatía y Realización social	3,6	3
Operatividad y realiz. en el quehacer	3,7	3
Total - Media	3,5	3
Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Sí-mismo en general	26	16
Sí-mismo con personas conocidas	15	19
Sí-mismo en relaciones de intimidad	16	23
Sí-mismo en relación con los demás	36	38
Total - Media	23,25	24
Escala de Dificultades para la Regulación emocional (DERS)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Descontrol	27	18
Rechazo	17	12
Interferencia	16	12
Desatención	7	7
Confusión	9	10
Total - Media	15,2	11,8

Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)			
Subescalas clínicas significativas PRE		Subescalas clínicas significativas POST	
Eje I	Eje II	Eje I	Eje II
<i>Bipolar (75)</i>	<i>Histriónico (85)</i>	<i>Bipolar (73)</i>	<i>Histriónico (84)</i>
	<i>Narcisista (69)</i>		<i>Narcisista (69)</i>

Tabla 10. Resultados Autovaloración Sujeto 4.

Cambios relacionados con la terapia	
Antes de venir	Después de venir
<ul style="list-style-type: none"> · “Rencillas con Mamá” · “Menos sentido de unidad” · “Desamor” · “Pasado” · “Ilusión” 	<ul style="list-style-type: none"> · “Mucho amor” · “Más capacidad para compartir” · “Más ilusión” · “Paz” · “Aceptación”

Los resultados obtenidos por el sujeto 4 en las diferentes pruebas de evaluación utilizadas señalan un descenso en las puntuaciones en la escala de dificultades de regulación emocional (Tabla 9), en especial en el componente de *Descontrol*. En cuanto a las puntuaciones en Experiencia del Yo (EOSS), se observa un mantenimiento generalizado de las puntuaciones entre ambas evaluaciones, con la excepción de la sección *Sí-mismo en general*, donde se observa un descenso entre ambas puntuaciones. Las puntuaciones en el MCMI-III, señalan un mantenimiento de las puntuaciones entre ambas evaluaciones, las subescalas clínicas *Bipolar, Narcisista e Histriónico* presentan valores muy similares en ambas evaluaciones. En cuanto a la escala de Autovaloración, el tipo de verbalización emitido dificulta la discriminación de posibles cambios en auto-consciencia.

Tabla 11. Resultados Sujeto 5.

Escala de Dificultades para la Regulación emocional (DERS)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Descontrol	21		25
Rechazo	23		22
Interferencia	17		14
Desatención	19		12
Confusión	18		14
Total - Media	19,6		17,4
Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Autoconcepto y Autoestima	2,7		3,4
Empatía y Realización social	3,1		3,8
Operatividad y realiz. en el quehacer	3,05		2,95
Total - Media	2,95		3,38
Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)			
	Puntuación PRE		Puntuación POST
Sí-mismo en general	43		31
Sí-mismo con personas conocidas	29		25
Sí-mismo en relaciones de intimidad	36		37
Sí-mismo en relación con los demás	54		37
Total - Media	40,5		32,5
Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)			
Subescalas clínicas significativas PRE		Subescalas clínicas significativas POST	
Eje I	Eje II	Eje I	Eje II
<i>Ansiedad (87)</i>	<i>Dependiente (82)</i>	<i>Ansiedad (71)</i>	<i>Dependiente (77)</i>
<i>Dístimico (88)</i>		<i>Dístimico (69)</i>	

Tabla 12. Resultados Autovaloración Sujeto 5.

Cambios relacionados con la terapia	
Antes de venir	Después de venir
<ul style="list-style-type: none"> · “No sé qué quería para mi vida” · “Inseguridades” · “Desvalorizaciones / Comparaciones” · “Bloqueo para expresar afecto” · “Miedo a la crítica” 	<ul style="list-style-type: none"> · “Menos inseguridad” · “Más confianza en lo que siento” · “Más facilidad para sentir” · “Me siento con más iniciativa en las relaciones, menos a la espera”

Los resultados obtenidos por el sujeto 5 en las diferentes pruebas de evaluación utilizadas señalan un descenso generalizado en las puntuaciones en la escala de dificultades de regulación emocional (Tabla 11), en especial en los componentes relacionados con la auto-consciencia: *Desatención y Confusión*. En cuanto a las puntuaciones en Experiencia del Yo (EOSS), se observa un descenso generalizado de las puntuaciones entre ambas evaluaciones, destacan las diferencias en las secciones *Sí-mismo en general* y *Sí-mismo en relación con los demás*. Las puntuaciones en el MCMI-III, señalan un descenso en las puntuaciones de las subescalas clínicas *Ansiedad, Distímico y Dependiente*. En cuanto a la escala de Autovaloración, las declaraciones vertidas señalan una mayor conciencia y aceptación de sus emociones, pensamientos y sentimientos, además de una toma de decisiones más responsable en el seno de las relaciones.

Tabla 13. Resultados Sujeto 6.

Escala de Dificultades para la Regulación emocional (DERS)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Descontrol	22	24
Rechazo	21	15
Interferencia	16	17
Desatención	13	13
Confusión	13	12
Total - Media	17	16,2
Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Sí-mismo en general	18	19
Sí-mismo con personas conocidas	24	26
Sí-mismo en relaciones de intimidad	35	26
Sí-mismo en relación con los demás	31	25
Total - Media	27	23,5
Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Autoconcepto y Autoestima	1,78	1,84
Empatía y Realización social	2,46	2,67
Operatividad y realiz. en el quehacer	2,4	2,45
Total - Media	2,21	2,32

Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)			
Subescalas clínicas significativas PRE		Subescalas clínicas significativas POST	
Eje I	Eje II	Eje I	Eje II
<i>Ansiedad (93)</i>	<i>Dependiente (89)</i>	<i>Ansiedad (74)</i>	<i>Dependiente (84)</i>
<i>Dístimico (82)</i>	<i>Depresivo (75)</i>	<i>Distímico (69)</i>	<i>Compulsivo (67)</i>

Tabla 14. Resultados Autovaloración Sujeto 6.

Cambios relacionados con la terapia	
Antes de venir	Después de venir
<ul style="list-style-type: none"> · “Me culpabilizaba cuando alguien se enfadaba conmigo” · “Pensaba que era normal aguantar lo que aguantaba de ciertas personas” · “Sentía que otras personas me tomaban por loca muchas veces (me lo decían explícitamente)” 	<ul style="list-style-type: none"> · “Sigo negándome a dejar atrás ciertas situaciones y no soy capaz de tomar ninguna decisión por miedo a que después llegue algo incluso peor de lo que estoy viviendo ahora”

Los resultados obtenidos por el sujeto 6 en las diferentes pruebas de evaluación utilizadas señalan un mantenimiento de las puntuaciones en la Escala de la Experiencia del Yo (EOSS) entre la evaluación previa y la evaluación post-tratamiento. Cabe resaltar las diferencias en la sección *Sí-mismo en relaciones de intimidad* (Tabla 13). En cuanto a las puntuaciones en regulación emocional, se observa un mantenimiento de las puntuaciones entre ambas evaluaciones, con la excepción de las diferencias en el componente de *Rechazo emocional*. Las puntuaciones en el MCMI-III, señalan un descenso en las puntuaciones de las subescalas clínicas *Ansiedad* y *Distímico*; además de un mantenimiento de las puntuaciones en la subescala clínica *Dependiente*. En cuanto a la escala de Autovaloración, las declaraciones vertidas señalan la presencia de dificultades psicológicas para el desarrollo de una trayectoria vital saludable.

Tabla 15. Resultados Sujeto 7.

Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Autoconcepto y Autoestima	2,4	2,35
Empatía y Realización social	2,36	2,5
Operatividad y realiz. en el quehacer	2,32	2,6
Total - Media	2,36	2,48
Escala de la Experiencia del Yo (EOSS)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Sí-mismo en general	32	25
Sí-mismo con personas conocidas	16	31
Sí-mismo en relaciones de intimidad	42	33
Sí-mismo en relación con los demás	34	25
Total - Media	31	28,5
Escala de Dificultades para la Regulación emocional (DERS)		
	Puntuación PRE	Puntuación POST
Descontrol	26	22
Rechazo	21	18
Interferencia	18	13
Desatención	15	11
Confusión	9	8
Total - Media	17,8	14,4

Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)			
Subescalas clínicas significativas PRE		Subescalas clínicas significativas POST	
Eje I	Eje II	Eje I	Eje II
<i>Ansiedad (96)</i>	<i>Evitativo (73)</i>	<i>Ansiedad (85)</i>	<i>Evitativo (59)</i>
<i>Distímico (80)</i>	<i>Negativista (71)</i>	<i>Distímico (60)</i>	<i>Negativista (73)</i>

Tabla 16. Resultados Autovaloración Sujeto 7.

Cambios relacionados con la terapia	
Antes de venir	Después de venir
<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Desconfianza hacia los demás”</i> · <i>“Miedo a mostrar mis sentimientos/debilidad”</i> · <i>“Incapaz de pedir ayuda”</i> · <i>“Evitaba hablar de mis problemas, desilusiones o cualquier tema que me provocase tristeza”</i> · <i>“Pensar que nadie podía ayudarme”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Puedo mostrar mis sentimientos y no sentirme juzgado”</i> · <i>“Siento que sentirse débil en algunos momentos es normal e incluso una necesidad”</i> · <i>“Asistir a terapia es pedir ayuda”</i> · <i>“Siento que es necesario y reconfortante expresar mis sentimientos hacia los demás, al igual que hablar sobre problemas o sucesos dolorosos de mi vida, para poder ir cerrando ciclos”</i> · <i>“En esta terapia me ha sorprendido el sentirme apoyada y recibir ayuda de personas que no conocía, con el simple hecho de escucharme y empatizar conmigo”</i>

Los resultados obtenidos por el sujeto 7 en las diferentes pruebas de evaluación utilizadas señalan un descenso generalizado en las puntuaciones en Experiencia del Yo; destacan las diferencias en las secciones *Sí-mismo en general* y *Sí-mismo en relaciones de intimidad*. En referencia a las puntuaciones en Regulación Emocional, estas señalan descensos en las diferentes dificultades emocionales; especialmente, destacan los cambios en *Interferencia* y *Desatención*. En cuanto a las puntuaciones en el MCFI-III, destacan los descensos en las subescalas clínicas *Distimia* y *Evitativo*. Los niveles en el Patrón de Personalidad Negativista se mantuvieron estables de una a otra evaluación. En relación a la escala de autovaloración, las verbalizaciones emitidas señalan una mayor actitud de apertura en la expresión de emociones, sentimientos y pensamientos, a la par que una mayor auto-consciencia sobre ellos. Destacan, a su vez, los cambios en el estilo relacional (*“Incapaz de pedir ayuda → (...) “Me ha sorprendido sentirme apoyada y ayudada por personas que no conocía”*).



Basándonos en las verbalizaciones de la *Auto-valoración* y en lo analizado en sesión, se recoge un resumen del proceso terapéutico individual de cada miembro del grupo. Este tipo de información conlleva inevitablemente cierto componente valorativo-interpretativo, que puede dar lugar a discusión. En cualquier caso, los resultados son:

Tabla 17. Indicadores de cambio terapéutico.

	Principales dificultades personales	Procesos terapéuticos implicados	Verbalizaciones de cambios relacionados con la terapia¹³
Sujeto 1	<ul style="list-style-type: none"> · Auto-exigencia, gran rechazo al error · Desatendía sus necesidades, para atender las de la otra persona · Inhibición de la expresión de afecto hacia otras personas 	<ul style="list-style-type: none"> · Auto-compasión · Ampliación del darse-cuenta (<i>¿Qué quiero/necesito yo?</i>) · Experimentos terapéuticos relacionados con la expresión del afecto 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Me acepto y me ataco menos por mis errores”</i> · <i>“Atiendo también mis necesidades”</i> · <i>“Menos vergüenza / me atrevo más”</i>
Sujeto 2	<ul style="list-style-type: none"> · Inhibición, miedo al rechazo · La toma de decisiones con respecto a su vida estaba orientada a la aprobación de los demás 	<ul style="list-style-type: none"> · Normalización de su experiencia · Aceptación de su figura parental · Asunción de responsabilidad / atrevimiento · Ampliación del darse-cuenta 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Puedo ponerme nervioso y hacer lo que quiero a la vez”</i> · <i>“He tomado distancia con mi madre, para hacer mis cosas, lo que quiero yo para mí vida”</i>
Sujeto 3	<ul style="list-style-type: none"> · Evitación de su experiencia · Inestabilidad emocional (<i>descontrol, rechazo, interferencia</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> · Sustituir el consejo y la valoración hacia los demás, por invitaciones a la toma de contacto con su experiencia presente 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Soy más sensible de lo que pensaba”</i> · <i>“Los sentimientos fluyen con más rapidez”</i> · <i>“Me siento más capaz de afrontar mis conflictos internos”</i>
Sujeto 4	<ul style="list-style-type: none"> · Miedo al juicio-ridículo, actitud hermética en sesión · Esfuerzos en mantener una determinada imagen (<i>madurez y desarrollo personal</i>) 	<p><i>(En líneas generales, sus intervenciones en terapia fueron muy escasas, no terminó de encontrar el espacio para mostrarse)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Mucho amor”</i> · <i>“Más capacidad para compartir”</i> · <i>“Más ilusión”</i> · <i>“Paz”</i> · <i>“Aceptación”</i>
Sujeto 5	<ul style="list-style-type: none"> · Conflictos en las relaciones de intimidad (<i>sentimientos encontrados: afecto en oposición con el resentimiento</i>) · Comparaciones y auto-divulgación 	<ul style="list-style-type: none"> · Facilitar la expresión emocional · Validación de la experiencia · Ampliación del darse-cuenta · Asunción de responsabilidad, (<i>tomar la iniciativa sobre lo que ella quiere para su vida</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Menos inseguridad”</i> · <i>“Más confianza en lo que siento”</i> · <i>“Me siento con más iniciativa en las relaciones, menos a la espera”</i>
Sujeto 6	<ul style="list-style-type: none"> · Vínculos establecidos desde el miedo al abandono · Auto-invalidación · Bajo concepto de sí-misma 	<ul style="list-style-type: none"> · Normalización de la experiencia · Validación y compasión a la hora de acoger su experiencia · Asunción de responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“(…) no soy capaz de tomar ninguna decisión por miedo a que después llegue algo incluso peor de lo que estoy viviendo ahora”</i>
Sujeto 7	<ul style="list-style-type: none"> · Proceso de duelo y ruptura sentimental · Desconfianza a la hora de colocarse en posición de ser ayudada por otra persona · Evitación de sentimientos en post de mantener su posición de fortaleza y de sostén 	<ul style="list-style-type: none"> · Facilitar la expresión emocional · Apoyo empático para acompañar sus cambios vitales 	<ul style="list-style-type: none"> · <i>“Asistir a terapia es pedir ayuda”</i> · <i>“Siento que es necesario y reconfortante expresar mis sentimientos hacia los demás”</i> · <i>“Me ha sorprendido recibir ayuda de personas que no conocía, con el simple hecho de escucharme y empatizar conmigo”</i>

¹³ Verbalizaciones obtenidas de las auto-valoraciones “Antes de venir / Después de venir”

3.2. Resultados intra-grupo

Al inicio de la intervención, los participantes mostraban los siguientes valores en Escala de la Experiencia del Yo (EOSS): $M = 30,9$; $DT = 8,2$. Estos resultados iniciales evidencian en los participantes una moderada influencia de claves estimulares externas al yo (*ej. otras personas, el propio grupo, una determinada situación en sesión...*), como factores reguladores de sus propias acciones. En cambio, en la evaluación post-tratamiento se produce un descenso estadísticamente significativo en el porcentaje promedio en Experiencia del Yo (EOSS) ($M = 25,2$; $DT = 5,4$; $p < .05$; $t = 2,866$ / sig. = 0,029). Este cambio, presente en mayor o menor medida en todos los miembros del grupo, denota un cambio en las claves con las que los participantes regulan su propio comportamiento. Esto cobra mayor sentido cuando uno de los propósitos de la terapia tenía que ver con asumir la responsabilidad individual sobre las propias acciones en situaciones con diferentes elementos contextuales.

Tabla 18. Resultados grupales en Escala de Experiencia del Yo (EOSS)

	Pre			Post			Diferencia de medias		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Me</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Me</i>	<i>t</i>	<i>Sig. (bilat.)</i>	<i>Dif. estad. significativa</i>
Sí-mismo en general	25,3	10,7	26	22,4	5,1	20	1,02	0,344	No
Sí-mismo con personas conocidas	26,4	10,9	26	21,6	6,8	24	0,957	0,376	No
Sí-mismo en relaciones de intimidad	35	12,6	35	26,4	12,1	28	1,78	0,125	No
Sí-mismo en relación con los demás	37	8,5	34	31,5	5,1	32	2,012	0,091	No
Total-media	30,9	8,2	26,5	25,2	5,4	24,5	2,866	0,029	Sí

M = media / DT = Desviación típica / Me = Mediana / t = estadístico t de student / Sig. (Bilat.) = Significación (Bilateral) / Dif. estad. significativa = Diferencia estadísticamente significativa

En cuanto a los resultados en regulación emocional, las puntuaciones previas al tratamiento, en las diferentes dificultades emocionales, mostraban los siguientes valores: (*Descontrol*: $M = 22,7$; $DT = 3,9$) (*Rechazo*: $M = 19$; $DT = 7,5$) (*Desatención*: $M = 11$; $DT = 4,7$) (*Confusión*: $M = 12$; $DT = 3,5$). Cabe destacar la gran variabilidad en las puntuaciones de las diferentes dificultades emocionales, y a su vez, la elevada puntuación promedio en *Interferencia emocional* ($M = 16,9$; $DT = 1,2$); un 85,7 % con respecto a la

máxima puntuación posible en dicha escala (rango mín. = 4 / rango máx. = 20). A excepción del componente de *Interferencia* ($M_{pre} = 16,9 / M_{post} = 14,1 / p < .05; t = 2,489 / sig. = 0,048$), los resultados grupales en este cuestionario no muestran ninguna diferencia de medias (*pre-tratamiento / post-tratamiento*) estadísticamente significativa.

Tabla 19. Resultados grupales en Escala de Dificultades para la Regulación Emocional (DERS)

	Pre			Post			Diferencia de medias		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Me</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Me</i>	<i>t</i>	<i>Sig. (bilat.)</i>	<i>Dif. estad. significativa</i>
Descontrol	22,7	3,9	22	20,3	4,1	20	0,941	0,383	No
Rechazo	19	7,5	21	16	3,7	15	1,097	0,315	No
Interferencia	16,9	1,2	17	14,1	3,7	14	2,489	0,048	Sí
Desatención	11	4,7	8	10,1	2,1	10	0,669	0,528	No
Confusión	12	3,5	10	10,9	1,9	11	1,220	0,268	No
Total – Media	16,3	2,8	17	14,3	2,3	14,8	1,491	0,186	No

M = media / DT = Desviación típica / Me = Mediana / t = estadístico t de student / Sig. (Bilat.) = Significación (Bilateral) / Dif. estad. significativa = Diferencia estadísticamente significativa

En cuanto a los resultados grupales en el Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE), los distintos factores del cuestionario presentan ligeras diferencias entre una y otra evaluación. Sin embargo, estas diferencias no se muestran estadísticamente significativas.

Tabla 20. Resultados grupales en Cuestionario de Autoconcepto y Realización (AURE)

	Pre			Post			Diferencia de medias		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Me</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Me</i>	<i>t</i>	<i>Sig. (bilat.)</i>	<i>Dif. estad. significativa</i>
Autoconcepto y autoestima	2,80	0,59	2,71	2,87	0,57	2,9	-0,530	0,614	No
Empatía y realización social	2,99	0,43	3,1	2,94	0,44	3,1	0,279	0,790	No
Operatividad y realización en el quehacer	2,89	0,52	3,1	2,98	0,44	2,7	-0,577	0,585	No
Total – Media	2,88	0,49	2,9	2,94	0,39	2,9	-0,448	0,670	No

M = media / DT = Desviación típica / Me = Mediana / t = estadístico t de student / Sig. (Bilat.) = Significación (Bilateral) / Dif. estad. significativa = Diferencia estadísticamente significativa

4. DISCUSIÓN

4.1. Valoración de la intervención

Con la cautela que requieren este tipo de afirmaciones en psicoterapia, tras el análisis estadístico de los resultados, podemos aseverar que la intervención se ha mostrado moderadamente eficaz en la mejora de la “Experiencia del Yo”, (*gestión de las necesidades, deseos o sentimientos en el seno de las relaciones con los demás*). A nivel grupal, seis de los siete sujetos presentaron descensos en la puntuación promedio de la Escala de la Experiencia del Yo (EOSS). A nuestro entender, estos resultados denotan un aumento de la responsabilidad sobre el propio comportamiento en relación. Esto es, a la hora de responder en una determinada situación en la dirección que la persona *necesita, siente o quiere*. O en la terminología de los autores del cuestionario, los resultados apuntan a un cambio de una regulación del yo “desde afuera”, esto es, basada en estímulos públicos (*otras personas, lo que “debería hacer”, otras claves externas...*) a una regulación del comportamiento bajo control de estímulos privados (*necesidades, sentimientos, opiniones, etc...*) (Ferro, Valero y López, 2007).

Este hallazgo cobra sentido al contar con la Terapia Gestalt como modelo de referencia para la intervención; pues este focaliza su atención en la perspectiva relacional (*en el concepto de frontera-contacto, es decir, en lo que ocurre **entre** tú y yo*) y en la perspectiva de campo (*el concepto de situación*), y a su vez, coloca a la relación terapéutica como el núcleo principal de la terapia (Spagnuolo, 2011). En palabras de M. Spagnuolo (2011) (p. 117):

“En la psicoterapia gestáltica, el objetivo de la cura no es la mera consciencia de sí mismo, sino recobrar la espontaneidad y la responsabilidad en el contacto con el otro, con la creatividad y el apoyo como principales soportes.”

Por el contrario, basándonos en el criterio estadístico, afirmamos que la intervención no se ha mostrado eficaz en la mejora de la “Regulación emocional” de los participantes del estudio. Las diferentes dificultades emocionales evaluadas mediante la Escala DERS (Hervás y Jódar, 2008) son: 1) *Descontrol emocional*, definida como la “incapacidad percibida para el manejo de la emoción”, 2) *Interferencia emocional*, definida como el “nivel en el que esta incapacidad afecta, interrumpe u obstaculiza el desarrollo de actividades cotidianas”, 3) *Rechazo emocional*, definida como la “tendencia a juzgar de

forma negativa la propia experiencia emocional, y por tanto a reaccionar con malestar o vergüenza ante las propias emociones”, 4) *Confusión emocional*, definida como la “incapacidad para clarificar y percibir una determinada emoción” y 5) *Desatención emocional*, definida como la “tendencia a ignorar u obviar la presencia de una determinada emoción” (Hervás y Jódar, 2008). La intervención únicamente se mostró estadísticamente eficaz en el descenso de las puntuaciones en *Interferencia emocional*. Resultado que resulta paradójico tratándose de la *Terapia Gestalt* como modelo que fundamenta la intervención, ya que como enfoque centrado en el *darse-cuenta* y en el *apoyo del proceso-de-la-experiencia*, cabría esperar un mayor efecto del tratamiento sobre los componentes de *Desatención* y *Confusión*, y *Rechazo*, respectivamente. En efecto, los resultados obtenidos en *Interferencia* parecerían más afines a aproximaciones psicoterapéuticas como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), más centrada en la desliteralización de los contenidos del Yo y en la acción comprometida sin la interrupción de una determinada emoción (Wilson y Luciano, 2002). En cualquier caso, estos resultados podrían estar relacionados con la formación del terapeuta del grupo en la corriente de las terapias contextuales, principalmente en la Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF). Enfoque que guarda grandes similitudes con algunos postulados gestálticos.

En cuanto a la valoración de los cambios en “Auto-consciencia”, como habilidad para el darse-cuenta, no disponemos de un instrumento de corte cuantitativo que permita un análisis estadístico de los datos obtenidos. Los cambios en auto-consciencia fueron evaluados a través de la auto-valoración “*Antes de venir / Después de venir*”, la cual solo permite cierto análisis cualitativo / valorativo. Las verbalizaciones de los participantes en este instrumento se han agrupado en los siguientes clústeres: 1) Detecciones del propio patrón de comportamiento (*mayormente en la columna “Antes de venir”*) y 2) La incorporación de los datos de la experiencia (*sensaciones, emociones o sentimientos*) a la hora de posicionarse en una determinada situación (*mayormente en la columna “después de venir”*). Los datos aportados por esta auto-valoración son considerados clínicamente relevantes para la valoración del proceso terapéutico individual de cada miembro del grupo. Sin embargo, no permiten la extracción de conclusiones sobre los resultados en auto-consciencia con los niveles de fiabilidad y validez que demanda la investigación.

4.2. Limitaciones y retos del estudio

En cuanto a las limitaciones metodológicas del estudio apuntamos principalmente el diseño de la investigación. La ausencia de un grupo control debilita la fortaleza de los hallazgos obtenidos. Los cambios en las puntuaciones post-tratamiento ganarían en validez a través de la comparación con un grupo de sujetos que no hayan estado bajo el efecto de la intervención. Actualmente, se está implementando un segundo ciclo de ocho sesiones con un nuevo grupo, el cual ha sido evaluado al mismo tiempo que el grupo del presente trabajo. Integrar e incorporar los resultados de este nuevo grupo, tanto en su fase de “*grupo cuasi-control lista de espera*”, como en su fase de “*grupo de tratamiento 2*”, es uno de los proyectos futuros de este primer trabajo.

Por otro lado, los cuestionarios utilizados no proceden de un marco teórico gestáltico. Los índices que aporta cada cuestionario hablan en un “lenguaje distinto” al de la Terapia Gestalt, lo que nos obliga a una continua búsqueda de equivalencias conceptuales¹⁴ entre los marcos de referencia de los que proceden los instrumentos de evaluación y la Terapia Gestalt. Además de lo anterior, la evaluación y la confección de los resultados se ha llevado a cabo a través de medidas auto-informadas, lo que puede dar lugar a distintos sesgos de respuesta (*Ej. deseabilidad social, auto-divulgación, falta de sinceridad*). A su vez, con la excepción del MCMI-III, ninguno de los cuestionarios cuenta con los desarrollos estadísticos para transformar las puntuaciones directas a las puntuaciones tipificadas de una población normalizada. Todo ello, sumado al reducido tamaño muestral, nos obliga a considerar los resultados en términos relativos.

En cuanto al enfoque teórico, destacan las dificultades en la adaptación y operativización de una terminología experiencial, no preparada para el mundo académico, a los requerimientos de la investigación. La carencia de otros trabajos equivalentes previos, y la ausencia de una metodología de investigación sustentada en una filosofía de ciencia afín a los postulados gestálticos, se situaron como los principales escollos a salvar. Es un hecho que la Terapia Gestalt tiene un gran camino por recorrer en el desarrollo de una metodología que permita evaluar, analizar o valorar la eficacia de intervenciones inspiradas en sus preceptos. Es por ello, que el presente trabajo, se ha visto obligado a superar retos de diferente calado.

¹⁴ Por ejemplo, el concepto de la Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) de un “Yo inseguro, inestable” controlado por estímulos públicos guarda grandes similitudes con el concepto gestáltico de un “estilo de contacto confluyente” consistente en una no-diferenciación del organismo con respecto al entorno, una ausencia de límites del *self*, con un deterioro en la *función Yo* (*realizar elecciones, rechazar / aceptar*). Una persona instalada en el “*no sé qué quiero para mi vida, ¿Qué me aconsejas tú?*” podría tener cabida en ambas terminologías.

Como se comentaba con anterioridad, el mundo académico y la Terapia Gestalt se han mostrado, históricamente, inhóspitos y reacios el uno con el otro. Los prejuicios anti-intelectualistas, el predominio de lo vivencial y el no-desarrollo de una filosofía de ciencia que fructifique en una metodología de investigación han recluido a la Gestalt a una instancia no-oficial, al margen de la ortodoxia académica. Sin embargo, consideramos firmemente que la Terapia Gestalt, al igual que otros enfoques, puede empezar a trazar camino en la sistematización y comprobación de sus principios terapéuticos.

Para ello, también creemos necesario que las personas relacionadas con el mundo de la investigación flexibilicen sus prejuicios relacionados con este enfoque, y se abran a la posibilidad de que la Terapia Gestalt sea una aproximación terapéutica con grandes similitudes con otros modelos, además de aportar un valor añadido para la psicoterapia con su perspectiva de campo organismo/entorno.

4.3. Experiencia con en el desarrollo el grupo

Originalmente, la propuesta para el grupo consistía en un guion cerrado de trabajo, con una serie de dinámicas preestablecidas. Su estructura estaba compuesta por una ronda inicial de apertura, una posterior propuesta o ejercicio experiencial y una ronda de cierre en la que concluir la sesión. Este tipo de propuesta, aparentemente diferenciada de los protocolos de intervención, disenta claramente de la filosofía de trabajo que propone la Terapia Gestalt. Fundamentalmente, porque esta concibe el encuentro terapéutico como una experiencia novedosa que co-crean entre paciente y terapeuta. Esto supone la pericia¹⁵ de hacerse sensible a lo que forma parte del *aquí-y-ahora* en sesión.

En consecuencia, se optó por una estructura de trabajo mucho más abierta, que pudiera dar cabida de manera flexible a las necesidades del grupo en cada momento, manteniendo como denominadores la díada de “*experiencia inmediata*” + “*proceso de esclarecimiento*”¹⁶. A título personal, el trabajo con el grupo me ha permitido entrar en contacto con la “*psicoterapia de carne y hueso*”, con los problemas y las dificultades que las personas sienten, en lugar de los constructos teóricos que propone cada modelo.

¹⁵ El terapeuta gestáltico ha de sostener el anhelo de llevar el encuentro con el paciente a un terreno controlado y conocido para él. Abrirse al proceso-de-la-experiencia en relación con el paciente requiere de un trabajo personal previo en uno mismo. El terapeuta también pone en marcha sus distorsiones en el *proceso-de-contacto* (*las mismas que le convierten en humano*), la única diferencia con el paciente, es que él ya ha aprendido a sostenerlas y transitarlas (Vázquez, 2008b).

¹⁶ Yalom (1969) recalca reiteradamente la necesidad de que estas dos líneas de trabajo vayan juntas en sesión, ya que de lo contrario se deformaría el potencial terapéutico del grupo.

5. REFERENCIAS

- Aciego, R. y Domínguez, R. (1998). Intereses, cualidades, dificultades y deseos de los adolescentes: diferencias según edad y sexo. *Cultura y educación*. Vol. 9, 113-124.
- Adler, A. (1933). Las formas de la actividad psicológica. En Adler, A. (1933). *Superioridad e interés social*. México: Fondo de Cultura Económica
- Allport, G. (1955). *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality*. New Haven: Yale University Press.
- Alonso-Fernández, Y. (2012). *Psicología clínica y contemporánea. Cómo orientarse en la jungla clínica*. Editorial Universidad de Almería.
- Ansbacher, H. & Ansbacher, R. (1956). La psicología individual en su más amplia concepción. En H. Ansbacher & R. Ansbacher (1956), *La psicología individual de Alfred Adler*. Buenos Aires: Ediciones Troquel.
- Bagladi, V. (1994). Enfoque humanista experiencial: Una delimitación. En R. AriasBarahona (1994), *Enfoque existencial-humanista*. Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Bühler, C. y Alien, M. (1972). *Introduction to Humanistic Psychology*, Monterey, Cal.: Brooks/Cole.
- Corona, A. (2002). Alfred Adler: Lo humano y la psicología individual. En C. Mondragón (2002), *Concepciones del ser humano*. México: Paidós.
- Cushman, P. (1992) Psychotherapy to 1992: A historically situated interpretation". En D. K. Freedheim (1992). *History of psychotherapy. A century of change*. Washington: American Psychology Association.
- Domínguez, R. (2001). *Intervención para la realización personal y social: validación de un instrumento de diagnóstico y evaluación del cambio*. Tesis doctoral, Universidad de La Laguna.
- Dreyfus, C. (1977). *Grupos de encuentro*. Barcelona: Ediciones Mensajero.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19 (3), 452-458.
- Freixas, G y Miró, M.T. (2000) *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, Paidós, 2000.

- Frankl, V. (1978). *Psicoterapia y humanismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frick, W. B. (1982). Conceptual foundations of self actualization. A contribution to motivation theory. *Journal of Humanistic Psychology*, 4 (22), 33-52
- Fromm, E. (2008). *El miedo a la libertad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Giordani, B. (1988). *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. (2014). La retroalimentación grupal: funciones y corrupciones. *Revista de Psicoterapia*. Vol. 5, 18-19.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia integradora humanista*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gondra, R. J. (1986). El status científico de la psicología y psicoterapia humanista. *Anuario de Psicología*. 34 (1), 47-61
- González, E. (2006). Existencialismo y humanismo ante la crisis de la psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades – Universidad Nacional de San Luis*. 1 (7), 183-192
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assesment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*. 26, 41-54
- Henao-Osorio, M. C. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanística-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 4(1), 83-100
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156.
- Horney, K. (1984). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Buenos aires: Editorial Paidós
- Imbernón, C. y García-Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 104 (29), 437-453
- Jung, C. G. (1933) *El yo y el inconsciente*. Biblioteca Universal Miracle.
- Krippner, S. (1999). Foreword. En D. Moss (1999). *Humanistic and Transpersonal Psychology: A Historical and Biographical Sourcebook* (pp. 11-13). Westport: Greenwood Press.
- León, O.G. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en psicología y Educación* (3ª edición). McGraw - Hill: Madrid

- Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*. Nueva York: McGraw-Hill
- Lewin, K. (1938). *La Teoría del Campo en las Ciencias Sociales*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lowen, A. (1958). *El lenguaje del cuerpo*. Alianza Editorial, Barcelona.
- Kanter, J. W., Parker, C. & Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 198-211.
- Kriz, J (2012). Las raíces de las terapias humanistas. En Kriz, J (2012). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Amorrortu Editores.
- Maddi, S. (1988). Psicoterapia existencial. En Linn, S. & Garske, J. (Eds.) *Psicoterapias contemporáneas: Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martínez, M. (1982). *La psicología humanista: Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México: Editorial Trillas.
- Martorell, J. L. (2008). La Psicología Humanista. En Martorell, J. L. y Prieto, J. L. (2008). *Fundamentos de Psicología*. Editorial Ramón Aceres, Madrid.
- May, R. (1963). El surgimiento de la Psicología Existencial. En May, R., Allport, G., Feifel, Maslow, A. y Rogers, C. (1963). *Psicología existencial*. Buenos Aires: Paidós.
- May, R., Allport, G., Feifel, Maslow, A. y Rogers, C. (1963). *Psicología existencial*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. y Davis, R. (1997). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Minneapolis: NCS Pearson, Inc.*
- Moss, D. (2001). The roots and geneology of humanistic psychology. En Schneider, K., Bugental, J. & Fraser, J. (2001). *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice*. California: Sage Publications.
- Murray, H. (1974). *La personalidad en la naturaleza, la sociedad y la cultura*. Barcelona: Editorial Grijalbo.
- Oppenheimer, R. (1956). Analogy in science. *American Psychologist*. 2 (11), 127-135
- Peñarrubia, F. (2014). Preceptos básicos de la Terapia Gestalt. En Peñarrubia, F. (2014). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Perls, F (1969). *Sueños y existencia*. Buenos Aires: Cuatro vientos.

- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). *Terapia Gestalt. Excitación y crecimiento en la personalidad humana*. Madrid: Los libros del CTP.
- Quitmann, H. (1985). *Psicología humanística: Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona: Herder.
- Reich, W. (1967). *Análisis del carácter*. (1ª Ed) Madrid: Paidós Surcos 5
- Rogers, C. (1965). Some questions and challenges facing a humanistic Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 5, 1-5.
- Rogers, C. (2000a). ¿Personas o Ciencia? Una disyuntiva filosófica. En Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. 8ª edición. Paidós Ibérica
- Rogers, C. (2000b). Algunas hipótesis acerca de la posibilidad de facilitar el desarrollo personal. En Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. 8ª edición. Paidós Ibérica
- Rogers, C. (2000c). “Ser la persona que uno realmente es”. Cómo ve un terapeuta los objetivos personales. En Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. 8ª edición. Paidós Ibérica
- Sartre, J-P (1946). *El Existencialismo es un humanismo*. Conferencia con el mismo nombre dictada en París, 1945. Artículo en web. <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/766.pdf>
- Sassenfeld, A. & Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista existencial. *Revista de psicología*. 1(15), 91-106
- Sassenfeld, A. (2004). *El desarrollo humano en la psicología jungiana: Teoría e implicancias clínicas*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Departamento de Psicología, Universidad de Chile: Santiago de Chile.
- Sassenfeld, A. (s/f). *Sobre la antropología que fundamenta la psicoterapia de orientación humanista-existencial*. Recuperado: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:P6WJoARuCVgJ:www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/docs/>
- Spagnuolo-Lobb, M. (2011). *El ahora-para-lo-siguiente en psicoterapia. La Psicoterapia de la Gestalt contada en la sociedad post-moderna*. Madrid: Los Libros del CTP
- Sullivan, H.S. (1959). *La teoría interpersonal de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Psique.
- Sutich, A. & Vich, M. (1969). *Readings in Humanistic Psychology*. New York: The Free Press.
- Tageson, C. (1982). *Humanistic Psychology: A Synthesis*. Illinois: The Dorsey Press.

- Tillich, P. (1944) *Existential philosophy*. Hist. Ideas, 5, pp. 44-70
- Tillich, P. (1965). Existencialismo y Psicoterapia. En: Ruitenbeek, H., Tillich, P., Bingswanger, L., Dusen, W., Van Den Berg, J., Bytendijk, F., Vilanova, R. (1993). *Contribuciones a la Psicología Clínica. Algunos aportes teóricos de psicólogos notables*. Buenos Aires.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., López-Bermudez, M. A., & Selva, M. A. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of Experiencing of Self Scale (EOSS) comparing normal and clinical samples. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*.7(2-3), 151-158.
- Vázquez, C. (2008a). Apuntes sobre Terapia Gestalt. En Vázquez, C. (2008). *Buscando las palabras para decir. Reflexiones sobre la teoría y la práctica de la Terapia Gestalt*. Madrid: Los libros del CTP.
- Vázquez, C. (2008b). El diagnóstico y la Terapia Gestalt. En Vázquez, C. (2008). *Buscando las palabras para decir. Reflexiones sobre la teoría y la práctica de la Terapia Gestalt*. Madrid: Los libros del CTP.
- Vázquez, C. (2008c). Breve historia de la Terapia Gestalt. En Vázquez, C. (2008). *Buscando las palabras para decir. Reflexiones sobre la teoría y la práctica de la Terapia Gestalt*. Madrid: Los libros del CTP.
- Villegas, M. (1986). La Psicología Humanista: historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 34 (1), 7-45
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide
- Yontef, G. (1993). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Yalom, I. (1969). El trabajo del terapeuta en el aquí y el ahora. En Yalom, I. (1969). *Psicoterapia existencial y Terapia de Grupo*. Barcelona: Herder

6. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad de Atención Psicológica es un organismo dependiente del Vicerrectorado de Estudiantes y Empleo de la Universidad de Almería. Su principal función es prestar una atención psicológica a todas las personas que guardan una relación directa con la Universidad de Almería (alumnos, personal docente e investigador y personal de administración y servicios). En ocasiones puntuales, cuando el interés clínico o investigador lo requiera, la oferta del servicio de atención psicológica se abrirá a otros colectivos no directamente relacionados con la Universidad de Almería.

Se trata de un servicio **totalmente gratuito** atendido por licenciados, graduados y doctores en Psicología, cuyos principales objetivos son: a) prestar una atención psicológica a aquellas personas que, cumpliendo los requisitos previamente descritos, lo requieran, b) formar a futuros profesionales de la Psicología, y c) realizar investigaciones en torno a cuestiones relacionadas con la intervención psicológica. Es por ello **que toda persona que demande atención en esta Unidad debe tener conocimiento de que:**

1. Se solicita la **máxima puntualidad en las sesiones**. Las dinámicas o actividades del grupo en cada sesión tienen un sentido secuencial o progresivo, por lo que resulta necesario estar presente desde el inicio.
2. Se requiere una **asistencia continuada a las sesiones**. El número de personas que ha solicitado la actividad es muy amplio en relación con el volumen de la demanda que la Unidad puede acoger, por lo que en caso de contar con una disponibilidad parcial o incierta durante el periodo de las sesiones, le rogamos que nos informe para dar entrada a otra persona.
3. Es imprescindible **cumplimentar el material de evaluación** proporcionado por las personas encargadas de la actividad.
4. Considerando que uno de nuestros objetivos es la formación de futuros profesionales, **es posible que se necesite realizar grabaciones en video o audio**, que sirvan como material didáctico.
5. Los datos de contacto pueden ser utilizados para recibir información de las actividades que desde la Unidad se organicen.
6. Recordamos que cada sesión tiene un precio estimado de 50 euros por lo que un proceso de terapia grupal de unas 8 sesiones supondría unos 400 euros, este servicio es gratuito, **la persona que solicite esta actividad ha de encontrarse altamente comprometida con el buen desarrollo de la misma**.
7. El carácter investigador que debe caracterizar a cualquier servicio relacionado con la Universidad implica que, respetando siempre el anonimato y la confidencialidad de la información, **algunos datos pueden ser empleados como material de publicaciones especializadas o de proyectos de investigación**.
8. Los datos de carácter personal recabados, serán incorporados a un fichero titularidad de La Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería, necesario para la correcta gestión y asesoramiento de los clientes, e imprescindible para la prestación de nuestros servicios y la debida atención psicológica.

Asimismo, le informamos que tan solo se recogerán los datos estrictamente necesarios para la prestación de los servicios psicológicos por parte de la clínica y que estos no se comunicaran a terceros ajenos a la clínica, salvo en los supuestos legalmente previstos.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su DNI a: Unidad de Atención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Social.

Yo, _____, con DNI _____ estoy de acuerdo con la normativa leída anteriormente y me comprometo con el buen desarrollo del “*Grupo de Crecimiento Personal y Autoconocimiento*” ofertado por la Unidad de Atención Psicológica de la Universidad de Almería.

Almería, a ___ de _____ del _____

Firma:

ANEXO 2. ENTREVISTA INICIAL

Datos personales:

1. Fecha de la entrevista:
2. Nombre completo:
3. Edad:
4. Lugar de nacimiento:
5. Ocupación:
6. Nivel de estudios:
7. ¿Con quién vives actualmente?
8. ¿Tienes pareja?
9. ¿Has recibido algún diagnóstico de psicopatología?

PARTE 1:

1. ¿Cómo ha llegado hasta ti la noticia de la actividad?
2. ¿Estás inmerso en algún otro proceso terapéutico, ya sea a nivel individual o grupal?
3. ¿Has tenido alguna experiencia previa de terapia? ¿De qué tipo?
4. ¿Prácticas meditación o alguna actividad similar? ¿Con qué frecuencia?
5. ¿Tienes alguna limitación horaria en tu disponibilidad para venir?
6. De 0 a 10, ¿Cómo de comprometido te sientes con esta actividad?

PARTE 2:

1. ¿Cuál es tu propósito al participar en este taller?
2. ¿Has identificado alguna dificultad personal que te interese explorar?
3. ¿Hay alguna cosa importante que debamos saber que nos ayude a trabajar contigo?
4. ¿Qué cosas detestas o te sacan de quicio de otras personas? ¿En qué situaciones vitales te sueles poner más nervioso?
5. ¿Hay algo de ti-mismo/a que te estorbe a la hora de relacionarte? ¿Hay algo de ti-mismo/a que eches en falta a la hora de relacionarte?

6. En cuanto al contacto con otras personas, ¿hay alguna forma de relación en la que te reconozcas con mayor fuerza que en otras? Aquí te nombro algunos ejemplos para ayudarte en la respuesta:

- Cuidador/a
- Autosuficiente
- Rebelde
- Evitativo
- Dominante
- Pragmático
- Cascarrabias
- Seductor
- Complaciente
- Dependiente
- Conciliador

7. ¿Hay alguna forma de relación que raramente practiques?

8. ¿Qué cosas dirían tus amigos, familiares o conocidos de ti?

9. Dime cinco cosas que te gustan de ti:

a.

b.

c.

d.

e.

10. Dime cinco cosas que no te gustan de ti:

a.

b.

c.

d.

e.

ANEXO 3. PAUTAS PARA LAS DEVOLUCIONES¹⁷

PAUTA GENERAL

1. La devolución (también denominada retroalimentación) tiene como función manifestar a la persona destinataria de la misma la reacción que ha suscitado en los otros su trabajo o declaración para que:
 - a) Pueda percibir aspectos que los otros captaron y de los que esa persona no había reparado
 - b) Conozca cómo pueden ser recibidos ciertos aspectos de su persona en el resto de los miembros del grupo y por lo tanto orientarla en sus relaciones tanto dentro como fuera del grupo.

La devolución no es para exponer las teorías propias de lo que está ocurriendo o ha ocurrido, o acerca del tema que suscitó.

PAUTAS PARA EL QUE HACE LA DEVOLUCIÓN

2. Está al servicio de la persona que la desea y por tanto, si esa persona pide un determinado tipo de devolución habrá que respetarlo, sin perjuicio de la confrontación que pueda hacer el terapeuta cuando sospeche de algunas condiciones limitadoras.

No confundir la devolución con la expresión de una emoción personal dada la resonancia que ha suscitado en alguien al margen del trabajo que se haya llevado a cabo. Lo importante es situar lo que se quiere compartir a partir de un trabajo o experiencia compartida en términos de resonancia, devolución o simplemente compartir como tema relacionado.

La devolución debe estar ajustada al tema en cuestión no se trata de ser protagonista ni se trata de desahogarse.

3. Se puede dar libremente o cuando la persona lo ha pedido explícitamente, pero si se da sin haber sido pedido se tiene en cuenta si es el momento oportuno.

Cuida de darlo en un momento oportuno.

4. No es obligatorio hacer devoluciones, incluso aunque la persona lo solicite explícitamente, y por lo tanto, te puedes negar a ello. La devolución es un regalo que se hace al otro no una obligación.

Ofrece la devolución sólo cuando desees hacerla.

5. La devolución no es una forma de juicio acerca de la persona que lo pide. Nadie tiene ningún derecho a juzgar al otro. Ahora bien, sí tenemos derecho a juzgar el comportamiento de los demás y el propio conforme a nuestros valores y sabiendo de lo relativo de nuestro conocimiento. Se sugiere ser específico y cuidadoso cuando se hace

¹⁷ Esta información ha sido extraída del artículo de Gimeno-Bayón, A. (2014). La retroalimentación grupal: funciones y corrupciones. *Revista de Psicoterapia*, vol. 5, 18-19.

un juicio negativo sobre un aspecto concreto del comportamiento de alguien. No se valora la persona sino si acción en unas condiciones determinadas. Puede que hacer una valoración negativa acertada sobre el comportamiento de alguien le ayude a conectar que esto es lo que le pasa en la vida real, lo cual le trae muchos problemas. En la situación terapéutica se diferencia en que puede ser tratado con respeto y más seguridad aunque sea incómodo. Cuando se hace un juicio o valoración positiva se alienta a las personas a mantenerlo a lo largo del tiempo.

No juzgues, condenes o absueles a la persona que recibe tu devolución. Limitate a sus comportamientos y sé cuidadoso con el juicio.

6. El comentario ha de ser corto. Si se hace demasiado largo o complejo pierde fuerza, cansa o confunde al que lo recibe y resta tiempo de otros posibles comentarios.

Por lo tanto, no te enrolles.

7. El comentario ha de ser intenso. Es decir, no hay que adornarlo, disimularlo o revestirlo.

Arriégate y sé directo.

8. El comentario ha de ser íntimo y comprometido.

Habla de ti y de lo que está ocurriendo a nivel emocional o afectivo en relación al tema expuesto por la persona del grupo.

9. La devolución versará sobre contenidos afectivos, volitivos e intuitivos. Dado que nuestra zona más íntima es la parte afectiva, y que normalmente no nos permitimos mostrar demasiado nuestras emociones y sentimientos, enriquecerá el trabajo el poder expresarlos.

Los contenidos intuitivos tampoco se expresan normalmente, porque, al menos, en un primer momento, son difíciles de justificar desde la lógica, y muchas veces nos creemos en la obligación de tener que justificar lo que no se ajusta a una comprobación racional.

Usa la devolución para mostrar tus afectos, deseos e intuiciones.

10. El comentario ha de ser concreto. Para que a la persona le sirva el comentario que le hagas, tiene que poder relacionarlo con algo que ella dijo o hizo y que tú observaste.

Detalla el comportamiento observable de la otra persona que da lugar a tus afectos, deseos e impresiones.

11. No utilices la devolución para dar consejos, sobre todo aquellos que no hayan sido pedidos. Los consejos que no han sido pedidos no sirven de mucho y a veces la persona se siente ofendida por recibir algo que no ha pedido y que le sirve de poco. A veces el proceso que hay debajo es que uno se siente salvador y acude en socorro de la víctima, boicoteando esta última los consejos que le das y que no ha pedido.

No uses la devolución para sugerir algo que el otro podría hacer por sí mismo.

12. No uses la devolución para hacer de terapeuta, con tus preguntas, confrontaciones, sugerencias y orientaciones psicoterapéuticas.

No hagas de terapeuta amateur. Es mejor hacerlo como profesional. Describe en lugar de interpretar o confrontar.

13. No busques ni te esfuerces en impresionar a los otros ofreciendo unos comentarios inteligentes o brillantes y perfectos. Basta con ser honesto y personal. Esta es la mejor devolución que puedes hacer al otro, porque está hecha de lo mejor de ti, de tu interés por el otro.

A la hora de hacer una devolución sé natural, sencillo y espontáneo en tus comentarios.

PAUTAS PARA EL QUE RECIBE LA DEVOLUCIÓN

14. La devolución es para tu ayuda. No te quedes callado cuando te dan una devolución que más que ayudarte te perjudica o no la quieres.

Orienta a los demás respecto al tipo de devolución que necesitas, hazte responsable de expresar esta necesidad.

15. No es obligatorio “tragar” toda devolución que te hagan. Los demás dan lo que tienen pero esto no es suficiente para que uno tenga que aceptar como ciertas todas las cosas que le dicen los demás. Toma lo que necesites.

Discrimina lo que te sirve de lo que no te sirve.

16. Toma conciencia si observas que te estás colocando a la defensiva ante un comentario o una devolución. No rechaces rápidamente lo que no te suene o no te calce en ese momento, déjalo reposar aunque no te guste.

Adopta una actitud receptiva.

17. Recibe la devolución en silencio. Si reaccionas antes de que el otro termine estas funcionando de modo automático antes de dejar reposar lo que te estas transmitiendo. Si algo te genera ira o enfado no es el mejor modo de responder en ese momento, tomate tu tiempo para digerirlo y después responde a ello.

No hables mientras te hacen una devolución.

18. La devolución que te hacen los demás es un regalo que te hace el otro.

Adopta una actitud de agradecimiento ante las devoluciones de los demás.

PAUTA FINAL GLOBAL

Las orientaciones anteriores son solo eso, orientaciones. cada cual será responsable de tomarlas o dejarlas y aceptar las consecuencias de ello.

ANEXO 4. DESARROLLO ESPECÍFICO DE LAS SESIONES

A continuación, se desglosan las actividades específicas de cada sesión, además de las interacciones terapéuticas mantenidas con cada miembro del grupo¹⁸.

Tabla 21. Desarrollo específico de las sesiones.

	Actividades terapéuticas	Interacciones terapéuticas
Sesión 1 (20 Enero, 2017)	<p>1. <u>Apertura de la sesión.</u> Bienvenida al grupo y establecimiento de sus bases de funcionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Puntualidad, · Respeto a los demás y a mí mismo, · Confidencialidad absoluta de lo tratado en las sesiones, · Breve introducción de la estructura general de las sesiones (dinámica + ronda de compartir) · Inicio del “clima grupal” por parte de los terapeutas (se muestran actitudes de cercanía, disponibilidad y simpatía.) · Se dio la instrucción de hablar desde la experiencia de cada uno, evitando entrar a opiniones, consejos o juicios de valor. <p>2. <u>Dinámica de presentaciones:</u> Se realizan una serie de preguntas o frases incompletas, sobre las que reflexionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nombre · Qué quiero trabajar en el grupo · Qué puedo aportar al grupo · Del grupo necesito... · En la vida me apasiona... · Uno de mis miedos es... · Una manía que tengo es... · Esa vez que me sentí ridículo yo... <p>Después, los miembros del grupo se colocan en parejas. Uno se presenta, el otro le escucha y cambian. Por último, cada pareja va saliendo al centro del grupo, uno presenta a su compañero, este matiza algún dato y luego cambian.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Cuando damos paso a las presentaciones, S. expresa sentirse “con vergüenza y nerviosa” / El terapeuta normaliza y trata con valor este primer acto de expresión. · S. expresa “Estar bien” tras ser presentada por M.M. / Antonio pide una mayor precisión a la hora de nombrar sensaciones. · Al término de ser presentada M.M., habla de una sensación de liberación, de alivio. / El terapeuta agradece el gesto y da paso a una nueva presentación. · Cuando R. está siendo presentada, habla de un conflicto en la relación con la madre (“le dije que era una infantil, es mi técnica de chantaje con ella (risas)”) / Antonio le pide que se detenga en esto, a ver qué siente ahora al ponerlo en el grupo / R. vuelve a reírse con nerviosismo y desvía la atención a otro tema. · Cuando N. está siendo presentada, se nombra una presentación en clase en la que se avergonzó con un profesor, ella expresa “lo que me pasa es que pensaba muchas cosas a la vez mientras exponía, y al final me terminé bloqueando” / El terapeuta normaliza su vivencia y da paso a una nueva presentación. · M. habla de una sensación de “extrañeza e incomodidad” al ser presentada por otra persona. Ella expresa: “normalmente no hablo de estas cosas con nadie, porque pienso que no me van a dedicar su atención a escucharme y tampoco merecen saber según qué cosas de mí” · S. habla de lo inusual que es para ella sentirse escuchada y comprendida, en contraste con lo que siente ahora con el grupo “Siento que aquí hay gente que también siente como yo (empieza a llorar y expresa avergonzarse por ello). En mi vida siento que no me entienden”. · El grupo acoge esta expresión con calidez y a su vez entra a debatir sobre “la expresión emocional en general” / El terapeuta reconduce las verbalizaciones hacia la experiencia personal de cada uno. · M.M. interpreta a S. (“Es que tú te desvalorizas”) y trata de aconsejarla (“tienes que tener más auto-estima”) / Yo vuelvo a recalcar el mensaje del terapeuta, “hablar desde lo que me está pasando a mí cuando te escucho, soltar los deberías” e

¹⁸ El presente análisis pormenorizado de cada sesión se realizó a través de un visionado de las grabaciones al término de la terapia.

	<p>3. <u>Experimento terapéutico.</u> Transcurrida gran parte de la sesión, nos percatamos de que el tema protagonista del grupo era “<i>exponer algo mío a los demás y no ser tratado con consideración</i>”. Les propusimos representar esta interacción a través de un role-playing, con el propósito de evocar las sensaciones de las que hablan.</p> <p>4. <u>Cierre:</u> se piden un par de palabras a cada miembro del grupo, que resuman cómo se van de sesión y se recomienda que tomen notas en casa de lo que les va ocurriendo en cada sesión.</p>	<p><i>invito a S. a “no asumir con tanta rapidez las recomendaciones que otros me dan”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>S. vuelve a retomar el tema de sentir “que no la comprenden, que la tratan como a una loca” / El terapeuta trata de explorar con S. el significado que tiene para ella “estar loca” y expone las distintas asociaciones que puede tener para cada uno un mismo concepto “loco”.</i> • <i>N. habla de “dejar de tener conversaciones con gente” por la posibilidad imaginada de “no ser tratada bien”.</i> • <i>E. expresa que “le gustaría participar en el role-playing, pero que ahora es precipitado” para ella. Decide dar un paso atrás.</i> • <i>R. y J. recrean el role-playing. El tema de este tiene que ver con una reclamación de J. a su madre de querer hacer su propia vida, R. interpreta a una madre que juzga e invalida este deseo.</i> • <i>J. expresa corporalmente cierta agitación y nerviosismo, y le caen algunas lágrimas. / El terapeuta pregunta a J. con qué sensación ha conectado y juntos, van elaborando el tema de la relación con la madre</i> • <i>El terapeuta explica el tema de las resonancias en el grupo. “(...) Del trabajo que han hecho J. y R. podemos nutrirnos todos, puede que se despierten algunas sensaciones o recuerdos de nuestra historia...”</i> • <i>E. y M.M. hablan de sus dificultades para “expresarles el afecto a sus padres” y a la vez, de un sentimiento de culpabilidad por no hacerlo / Por problemas de tiempo, este trabajo se pospone para futuras sesiones.</i>
	<p>Actividades terapéuticas</p>	<p>Interacciones terapéuticas</p>
<p>Sesión 2 (27 Enero, 2017)</p>	<p>1. <u>Revisión del documento con las “Pautas para las Devoluciones”</u>, elaborando algunos puntos significativos y aclarando dudas del grupo.</p> <p>2. En esa sesión se incorporó una nueva integrante al grupo, por lo que <u>retomamos la dinámica de presentaciones</u> de la sesión anterior. Esta vez, con una variante: <i>el grupo se coloca como público en un lado de la sala, y cada persona sale al “estrado” a presentarse a sí misma.</i></p> <p>3. <u>Dinámica de masaje.</u> <i>Nos colocamos en círculo, de perfil, el de atrás masajea mi espalda y yo lo hago lo propio con el de adelante.</i></p> <p>4. <u>Dinámica de cierre:</u> Completar frases... · <i>De esta sesión me llevo...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>E. expresa que su objetivo con el grupo es... “encontrarme más óptima a nivel mental, me cuesta controlar mis emociones...”</i> • <i>H. se da a conocer al grupo por primera vez, y expresa “cierto alivio” tras presentarse a los demás. Suponemos que partía de un nerviosismo previo. Su objetivo con el grupo... “conocer mis fortalezas y desarrollar mis debilidades”.</i> • <i>J. expresa que su objetivo con el grupo es... “mejorar sus interacciones con los demás”.</i> • <i>N. expresa que su objetivo con el grupo es... “tener más libertad con respecto a sus pensamientos y sentimientos”. Expresa también sentirse “identificada” con el relato de H. y a la vez cierta “incomodidad” / El terapeuta le pregunta a qué le invita esta última sensación / N. dice “me iría ahora misma de aquí”, y sin embargo, elige quedarse.</i> • <i>E. se muestra interesada en el relato de N., haciéndole varias preguntas, comentarios y demás... / El terapeuta la invita a reflexionar sobre este interés suyo con el tema del “perfeccionismo” / E. expresa que “lo pasa mal con los defectos de su cuerpo” y que no sabe “cómo mejorar esto”. / El terapeuta introduce la metáfora de las líneas (la silueta en</i>

	<p>· <i>De esta sesión dejo...</i></p>	<p><i>el agua, el surco en la arena y la grieta en la roca) con respecto a la rigidez de los patrones psicológicos.</i></p> <p>· <i>S. sale al centro del grupo y expresa cierta activación, “me da risa, a la vez ganas de llorar y a la vez, me da vergüenza todo esto”. / El terapeuta la invita a respirar y acoger todas estas sensaciones / S. expresa: “Es que yo estoy acostumbrada a llorar sola, no con gente... Evito mucho esto... No sé...”. / El terapeuta reconoce la dificultad de este gesto para ella y la invita a continuar. / Ahora cambia el tono de voz de S. (más tembloroso) y empieza a hablar de sus relaciones con los demás, “es que permito que me hagan cualquier cosa por tal de que no me abandonen”, “no sé cómo cambiar esto... llevo mucho tiempo así”. / El terapeuta introduce elementos de toma de perspectiva y aceptación “quizá no haya que quitarse cosas, quizá el asunto consista en sacarle provecho a nuestra herida”.</i></p> <p>· <i>Cuando M.M. ocupa el centro del grupo, habla de su deseo de cambiar... “la constante infravaloración que tengo conmigo misma, sobre todo en las relaciones con mis amigas”. / El terapeuta le devuelve la fenomenología de sus hombros (encogidos, tensos...) y la invita a explorar cómo es para ella contar esto al grupo.</i></p>
	<p>Actividades terapéuticas</p>	<p>Interacciones terapéuticas</p>
<p>Sesión 3 (3 Febrero, 2017)</p>	<p>1. <u>Dinámica de apertura.</u> <i>Meditación Vipassana. Instrucciones para el grupo: “Focalizamos nuestra atención en las fosas nasales, en la manera en la que el aire entra... el aire sale...” (...)</i> “Si la atención se va hacia el pensamiento, la redirigimos con gentileza y amabilidad de nuevo hacia nuestra respiración.”</p> <p>2. <u>Ronda inicial.</u> Se plantean las preguntas de: <ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué sensación tengo? · ¿Qué necesito? · ¿Qué quiero hacer con ello? </p> <p>3. <u>Dinámica en imaginación.</u> <i>Fantasia guiada del Rosal. Instrucciones: “Busca una postura corporal en la que te sientas cómodo, revisa si existe tensión en alguna zona de tu cuerpo y trata de hacer los movimientos para aliviarla... Te voy a invitar ahora a un ejercicio de imaginación, imagina que te conviertes en un rosal, quédate con la primera imagen que venga a tu mente, no está ni bien ni mal. Observa tus características como rosal, cómo es</i></p>	<p>· <i>M.M. relata una sensación de “angustia, de agobio y a la vez, un nudo en la garganta” / El terapeuta sondea el significado que tiene esto para ella y le devuelve la siguiente información: “Nos haces muchas preguntas, como si nos dejaras a nosotros la tarea de buscar tus respuestas”. / M.M. nos habla de una relación de pareja “en la que hacía algo muy parecido a esto”, y expresa cierto “enfado” al respecto. “Me hice muy dependiente de lo que él decía de hacer, yo estaba sola... Y no sé...” / El terapeuta pregunta ahora por esa “sensación de nudo en la garganta” / M.M. expresa “tengo rabia, estoy hasta el c... de esto. (mientras sonríe)” / El terapeuta le devuelve esta incongruencia discurso –expresión facial y la atención se desvía hacia otros temas, pierden el contacto.</i></p> <p>· <i>R. interviene en la interacción anterior, elaborando una explicación sobre lo que puede estar pasándole a M.M., / El terapeuta invita a R. a hablar desde su experiencia y soltar ese rol o papel que estaba empezando a tomar en el grupo.</i></p> <p>· <i>S. expresa: “He estado rodeada de gente que siempre me ha hecho creer, que la culpa de todo la tengo yo”. “Yo dejaba que la gente me tratara así”. / El terapeuta pregunta si esto le ha ocurrido dentro del grupo, por si hubiera episodios recientes sobre los que trabajar / El tema se diluye.</i></p> <p>· <i>S. expresa: “soy un rosal que está plantado en una jardinera, que está rodeado de cactus...” “Acabo de encontrarle sentido a esto... Yo quiero tirar para adelante, pero el resto de personas que me rodean me ponen trabas” “Yo me quiero ir de la situación con estas personas, pero no puedo irme...”</i></p>

	<p>tu tronco, qué aspecto tienen tus raíces, tus ramas... El lugar en el que estás plantado y el tiempo que te acompaña... ¿Eres el único rosal del lugar? Si aparece juicio, lo dejo pasar, no hay necesidad de modificar nada... Y ve volviendo a tu ritmo aquí a la sala.</p> <p>Ahora te invito a que te plasmes como rosal en un folio, con colores y a que te presentes al grupo a través de él.”</p> <p>Por temas de tiempo, se invita a los miembros del grupo a buscar una pareja con la que compartir su vivencia como rosal.</p> <p>4. <u>Dinámica de cierre</u>: un par de palabras que resuman mi paso por la sesión de hoy.</p>	<p>“Para que sufran ellos, prefiero sufrir yo” / El terapeuta le propone un <u>experimento</u>: “Le vamos a decir, S. esta carga mía (cojín), mejor me la llevas tú, cuídamela bien eh! Puedes hacernos más favores todavía?” / S. mantiene una mueca de sonrisa durante todo el experimento / El terapeuta la invita a respirar las sensaciones que se han despertado con esto y le propone hacer algo distinto a “quedarse con los cojines que le dan los demás” / S. comienza a devolver los cojines uno a uno, primero con esa mueca de sonrisa, y conforme va avanzando el tema, su tono de voz y su expresión facial van ganando en “seriedad”. Ahora S. expresa que le ha resultado “difícil devolver los cojines, por si ellos no sabían llevarlos bien”. / El terapeuta la invita a interiorizar, a hacer suya esa sensación de “no saber llevar los cojines, no saber gestionarse en la vida” / S. expresa: “Es que ese miedo también lo tengo yo conmigo” / El terapeuta la invita a dar valor al movimiento que ha hecho en el grupo, aun con la dificultad que le supone y la anima a tratarse con paciencia en esto.</p> <p>• E. expresa: “El tallo de mi rosal tiene espinas... Vive en la temporada de invierno...”. / El terapeuta le pregunta por la sensación que tiene al comentar esto / E. conecta con el llanto y relata: “Tengo miedo de que el verano no llegue nunca y me termine congelando...” / El terapeuta le propone un <u>experimento</u> de contacto físico mano con mano, y vuelve a preguntarle por la sensación y por la manera en que ella entiende todo esto. / E. habla de que “ahora se siente más cálida y de que echa en falta el roce con los demás”.</p>
	<p>Actividades terapéuticas</p>	<p>Interacciones terapéuticas</p>
<p>Sesión 4 (10 Febrero, 2017)</p>	<p>1. Presentación de la nueva integrante Jn. (cubriendo la baja de H.), y bienvenida del grupo.</p> <p>2. <u>Dinámica de apertura</u>: Evocar sensaciones de manera gradual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primero vamos a romper el círculo, empezamos a caminar por la sala. • Ahora, vamos levantando la mirada poco a poco, y me doy cuenta de que no estoy solo en esta sala... • Ahora, mantengo la mirada con alguien hasta que sale de mi campo visual • Ahora, con la persona que me encuentre, me mantengo frente a frente con ella durante unos segundos y continuo... • Ahora un paso más allá, cuando me encuentro con alguien, nos cogemos de las manos durante unos segundos y seguimos nuestro camino. • Ahora otro pasito más, me encuentro con alguien y completo 	<ul style="list-style-type: none"> • M.M expresa: “Me he dado cuenta de que siempre estoy comparándome con alguien a quien le veo habilidades, y siempre salgo perdiendo, siempre quedo por debajo...” / “Me da miedo que mis padres mueran, sin haberles dicho que les quiero, pero tengo barrera con esto...” / El terapeuta le pregunta sobre su sentir al expresar eso, la utilidad que tiene para ella ponerlo en el grupo... “¿Hubo alguien que de pequeña te comparara con otros? ¿Tal vez con tus hermanos?” / M.M expresa: “Sí, mi madre, con mis hermanos. Yo me esforzaba mucho... Pero no conseguía que ella...” / El terapeuta le pregunta sobre qué sentimientos le aparecen ahora al decir esto / M.M expresa: “Cierto abandono y también un bloqueo...” / • El terapeuta pide un voluntario para hacer un <u>experimento</u> con M.M., nos colocamos frente a frente, colocamos mano con mano, y hacemos una especie de danza con las manos”. / J. y M.M. empiezan a mover sus manos, J. va hacia el espacio de M.M. y ella permanece más a la espera / El terapeuta les pregunta sobre su sentir en este momento / M.M. expresa: “Es que yo prefiero que él se sienta cómodo, por eso me dejo un poco hacer” “Después ya me siento por debajo” / El terapeuta le pregunta si esta manera de relacionarse, le resulta familiar en su vida / M.M. expresa: “Con mis amigas me pasa esto, me siento por debajo, pero no se lo digo por

	<p>la frase de: <i>Me gusta... / Ahora, no me gusta... / Quiero... / Si pudiera... / Odio... / Me apasiona...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · <i>Ahora nos colocamos en círculo, con este cojín, le digo a alguien lo que me gusta de ella... y le lanzo el cojín.</i> · <i>Ahora vamos a dedicar un tiempo a escribir de qué me he dado cuenta, qué sensaciones han emergido, qué creo que ha pasado para que sintiera eso...</i> <p>3. <u>Cierre de sesión</u>: Completar frases...</p> <ul style="list-style-type: none"> · <i>De esta sesión me llevo...</i> · <i>De esta sesión dejo...</i> 	<p><i>orgullo, no quiero que me miren con pena. O que nos distanciamos por eso... Lo mismo debería decirles..." / El terapeuta la invita a moverse desde lo que quiere o no quiere hacer, y además, a tratar con aprecio el trabajo que ya ha hecho con el grupo "En estas cosas, es mejor ir despacio. Hoy ya has hecho un movimiento..."</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · <i>N. expresa: "Yo me he sentido muy identificada con lo de M.M., yo también pongo barreras con mis amigos..." / El terapeuta pregunta: ¿De qué tienes miedo? / N. expresa: "De que me critiquen, de que me vean vulnerable... (...) Por eso me cierro, me alejo..." / El terapeuta normaliza y valida este sentir de N. y pide la participación de otros miembros.</i> · <i>Je. expresa: "Yo también me he sentido identificada con M.M., a mí me cuesta mucho dar cariño... A lo mejor, me apetece pero no soy capaz..." / El terapeuta pregunta por las relaciones familiares / Je. expresa: "En mi casa, mi madre y mi hermano son muy secos, mi padre era el cariñoso... (la voz le empieza a temblar). (...) Falleció hace dos años." / El terapeuta le devuelve: "Imagino que te debes sentir muy sola desde entonces..." / Je. asiente con la cabeza / El terapeuta trata con valor este primer movimiento de apertura y ambos deciden dejarlo ahí.</i> · <i>S. se muestra visiblemente emocionada y el terapeuta le pregunta por el "mensaje que dirían sus lágrimas". Ella expresa: "Me siento encerrada, y a la vez tengo miedo de que penséis que estoy loca", "Me siento sola, y me da miedo que la relación con mis padres siga así (mientras llora)" / El terapeuta la invita a permitir que la emoción brote y después, le propone que reflexione sobre el estado de la relación con Mamá y con Papá. / S. expresa ciertas dudas, cierta confusión. "Es que... no me comprenden, no me valoran... No sé". / El terapeuta reformula el mensaje "No me siento comprendida, no me siento valorada" y le pregunta por los efectos que tiene esto en ella / S. dice: "Llega un momento, en el que dejas de sentir y todo te da más igual, pero en el fondo... (vuelve a emocionarse)" / El terapeuta valida su sufrimiento, y la invita a detenerse en este punto, a quedarse con el trabajo recorrido hasta ahora,</i>
	<p>Actividades terapéuticas</p>	<p>Interacciones terapéuticas</p>
<p>Sesión 5 (17 Febrero, 2017)</p>	<p>1. <u>Dinámica de apertura</u>. Baile en grupo: "Nos cogemos de las manos y formamos un círculo. Alguien lleva la iniciativa de un baile, y el resto le imitamos..." (Los terapeutas muestran una actitud desenfadada y cómica).</p> <p>2. <u>Meditación en parejas</u>. "Sentaros frente a frente y cerrad vuestros ojos. Toma contacto con las sensaciones de tu cuerpo y pon atención a tu respiración. Ahora</p>	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Prácticamente todos los integrantes del grupo, expresan cierto nerviosismo a través de la risa y hablan de la emoción de vergüenza / El terapeuta valida este sentir "Todo lo que emerja, está permitido y es bienvenido. No hay que hacer nada para que desaparezca..."</i> · <i>E. expresa "Me cuesta mucho mirar a los ojos a los demás, me veo vulnerable, demasiado observada." / El terapeuta pregunta: "Ahora que estamos teniendo esta conversación, ¿También sientes esta vulnerabilidad? / E. expresa: No, hablando me siento más segura, no estoy acostumbrada a los silencios. / El terapeuta agradece su participación y da paso a la siguiente.</i> · <i>N. expresa: "Yo cuando he pasado a mirar a J., me he sentido muy insegura. Me he bloqueado, y casi que no lo he mirado</i>

	<p><i>concentra tu atención en la zona del plexo solar... ¿Cómo te sientes? Ahora, poco a poco, ve mirando al plexo solar de la persona que tienes enfrente. ¿Qué emerge en ti al hacer esto?</i></p> <p><i>Ahora lentamente, ve elevando tu mirada hasta encontrarte con la mirada del otro. Sin hablar. Mantente en las sensaciones que esto te provoque.</i></p> <p><i>Ahora te invito a que compartas con tu compañero cómo te has sentido durante el ejercicio.</i></p> <p>3. <u>Cierre</u>. Completar frases...</p> <ul style="list-style-type: none"> · De esta sesión me llevo... · De esta sesión dejo... 	<p><i>más.” / El terapeuta le devuelve: “Date cuenta de cómo estás sentada” / (rápidamente cambia la postura) / El terapeuta le pregunta: “¿Qué sensación ha emergido? / N. expresa: “No sé... Como si estuviera haciendo algo mal. La he corregido rápido” / El terapeuta trata de normalizar esta sensación, preguntando por situaciones equivalentes de su historia.</i></p> <p>· M. M. expresa: “Yo he estado muy tranquila haciendo esto (mirarse) con ella. Pero también he notado que le costaba mucho... e intentaba no dejarla sola.” / El terapeuta le devuelve: “Me llega esta actitud de cuidado hacia ella, y me imagino que para ti es importante que no se sienta abandonada, ¿Te dice esto, algo de tu historia? / M.M. cambia el tono de voz y expresa: “No quiero sentir eso... sentirme abandonada. (Habla de una experiencia pasada con su padre)” / El terapeuta le propone un <u>experimento de silla vacía</u> entre ella y su padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - M.M.: “Papá, me cuesta mucho... Decirte lo que siento. Quiero que fluya la comunicación, que nos amemos, pero... Es como cierto rencor... No sé” / El terapeuta la invita a soplarle este rencor a través de varias respiraciones / M.M.: “Estoy más tranquila, pero quiero solucionar esto ya (sentimiento de rencor)” / El terapeuta le propone la escritura de una carta a su padre, en la que exprese todo lo que sintió allí-y-entonces, etc... (no para entregársela, sino más bien como un acto para reconocer y dar cabida a los sentimientos que forman parte de esa experiencia) - (No hay cambio de silla, se quedan ahí) · J. expresa: “Yo también me he sentido inseguro. Con miedo de no estar haciendo bien el ejercicio” / El terapeuta le devuelve: “Me llega mucho esfuerzo J., mucha exigencia. ¿Quién te pedía que hicieras las cosas “bien”? / J.: “Mi padre se enfadaba mucho conmigo, me soltaba frases como “no sirves para nada” / El terapeuta reconoce este acto de “mirar lo desagradable” y le pregunta: ¿Qué te hubiera gustado que tu padre te diera? / J. expresa: “Un padre que me explicara las cosas con cariño, que me regañara menos cuando me equivocaba... No sé / El terapeuta le devuelve: “Y sin embargo tu padre, hizo lo que sabía hacer, y me imagino lo difícil que tuvo ser esto en algunos momentos. (...) Ve con paciencia J., los trabajos con Papá y Mamá, pueden expandirse mucho en el tiempo, hoy ya has dado un gran paso”.
	Actividades terapéuticas	Interacciones terapéuticas
<p>Sesión 6 (9 Marzo, 2015)</p>	<p>1. <u>Ronda inicial</u>. Responder a las preguntas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo estoy? - ¿Qué necesito? - ¿Qué voy a hacer con ello? <p>2. <u>Cierre</u>. El grupo forma un círculo cogidos de las manos y escucha una canción en silencio.</p>	<p>· M.M. expresa: “Ayer estaba escribiendo la carta a mi padre, y me di cuenta que siento odio. Y odio también a mi abuelo, era la única persona que sentía que me quería y decidió suicidarse sin decirme nada a mí.” / El terapeuta pregunta: ¿Qué sientes al decir esto? / M.M. expresa: “Siento que te estoy contando la historia mental, sin entrar mucho a lo que siento” / Terapeuta: “Date cuenta de qué manera bloqueas el sentir y te subes a la cabeza. Esto no está ni bien, ni mal, es solamente para que lo miremos juntos.” “¿Qué te hubiera</p>

gustado decirle a tu abuelo” / **M.M.** expresa: “Estoy enfadada contigo, tendrías que haberme avisado...” / El **terapeuta** baja el volumen de voz, y le devuelve lo que a él le llega (“Dolor y tristeza, y también siento que no terminas de permitirme estar conmigo”) / **M.M.** expresa: “Tengo cierta desconfianza, no quiero abrirme y que después me pase como siempre” / El **terapeuta** le coge las manos y le expone la posibilidad de hacer algo diferente, con un experimento (baile de manos) / La respiración de **M.M.** va aumentando en profundidad conforme va avanzando el experimento, las miradas de ambos permanecen conectadas entre sí, el tema de la conversación versa sobre el miedo a abrirse al otro y resultar herido. / La excitación va bajando poco a poco, y ambos se despiden

- **Je.** habla de la resonancia que ha sentido con la experiencia anterior, en su caso, con el tema de una ruptura de pareja: “Yo siento rabia con él, no fue claro para dejarme” / **Terapeuta:** ¿Quieres hacer algo con esa rabia? / **Je.** expresa: “No sé... Creo que no puedo hacerlo” / El **terapeuta** la invita a sustituir el “no puedo” por el “no quiero”, para hacer suya la elección y además le propone un trabajo para descargar la rabia golpeando un cojín / **Je.** va poniendo palabras a las dificultades en hacer esto (“vergüenza, miedo de conectar del todo con la rabia...”) al mismo tiempo que sigue golpeando el cojín, el tono de voz se va haciendo más tenue y la fuerza en el golpeo va bajando / El **terapeuta** reconoce la dificultad del movimiento que ha realizado hoy y la invita a seguir entrando en este dolor, de la manera en la que pueda hacerlo en cada momento.
- **E.** pide paso para preguntarle cosas a **Je.** / El **terapeuta** la invita a soltar la pregunta, y a hablar desde la experiencia que ella vivió, etc. / **E.** sigue hablando desde el consejo y la valoración
- De manera espontánea, se abre una ronda en el grupo en la que comparten experiencias relacionadas con el desamor.
- **N.** expresa: “Yo me siento mal por no compartir nada, pero es que me muchísimo (mientras llora). Me falta confianza... Me da vergüenza” / **Terapeuta:** “¿Qué podríamos hacer nosotros para facilitarte un apoyo? ¿Qué nos pedirías?” / **N.** expresa: “Me da miedo de lo que podáis pensar, no quiero que penséis que soy débil / El **terapeuta** la invita a contrastar este miedo con alguien en concreto del grupo, a quien ella elija preguntarle / **N.** elige a **E.** (también son compañeras de piso), “Me da miedo de lo que pienses tú, porque ahí fuera me muestro de otra manera y aquí hay otras cosas” / **E.** dice comprenderla y terminan el encuentro con un abrazo / El **terapeuta** trata con valor el trabajo de **N.** por la dificultad que le suponía en un principio y cierran el asunto.
- **R.** propone hacer una dinámica, y cuando el **terapeuta** la invita a llevarla a cabo, se repliega y decide no hacerlo, el **terapeuta** le pregunta por la función de este movimiento / Expresa **R.** entre risas y nerviosismo: “¿Qué me diagnosticáis” / El contacto entre ellos se pierde y lo dejan ahí.
- Interviene ahora **J.**, habla sobre su disposición a trabajar los asuntos con sus padres, mientras su cuerpo expresa cierta inquietud. / El **terapeuta** le devuelve la fenomenología de su

		<p><i>cuerpo y le pregunta por su sentir / J. expresa: “Me siento incómodo, estoy trabajando en esto pero es que no lo consigo” / El terapeuta le devuelve: “Cuando me dices esto, imagino que para ti, el trabajo consiste en hacer desaparecer la incomodidad, pero esta sensación se presenta por alguna razón, el trabajo no está en eliminar partes de lo que hay”, “Te voy a proponer que te pongas de pie, y que busques la manera de descargar la energía de tu cuerpo de alguna manera” / J. camina por la sala de manera pausada, algo rígido / El terapeuta pide al grupo, un ayudante para J. alguien que lo acompañe en este caminar por la sala, salgo yo mismo, iniciamos un caminar que va aumentando en intensidad sucesivamente / J. agradece el apoyo y cierra el trabajo con el terapeuta reconociendo las dificultades que había experimentado.</i></p>
	<p>Actividades terapéuticas</p>	<p>Interacciones terapéuticas</p>
<p>Sesión 7 (16 Marzo, 2015)</p>	<p>1. <u>Dinámica de apertura</u>. Ejercicio corporal (varios integrantes del grupo nos lo pidieron).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nos colocamos de pie, elegimos alguna vocal, tomamos aire, y soltamos la voz con esa vocal mientras damos “saltitos”. - Ahora, abrimos los pies a la altura de los hombros, ponemos la barbilla en el pecho, soltamos los brazos y empezamos a tirar la cabeza hacia el suelo. - Por último, empezamos a masajear cada parte del cuerpo, empezando por la cabeza y terminando por los pies. <p>2. <u>Dinámica de los nombres</u>. Alguien ocupa el centro, y los demás van entonando su nombre de diferentes maneras.</p> <p>3. <u>Ronda de ¿Cómo estoy aquí y ahora?</u></p> <p>4. <u>Cierre</u>. Una palabra cada uno para cerrar la sesión de hoy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · N. expresa: “Ha habido varias voces que me han recordado a mi padre, y me he quedado pillada ahí...” / El terapeuta y N. dan varios rodeos entre confusiones y divagaciones, hasta que N. llega a un mensaje que ella expresa sentir con claridad “No me gusta su forma de querer, es muy fría, siempre tengo que ir yo a tomar la iniciativa” / Terapeuta: “Veo que te emocionas al decir esto N., ¿Cuál es tu deseo frustrado con tu padre?” / N. expresa: “Hay tantas cosas que... Ni me sale decirlo en voz alta” / El terapeuta la invita a hablar desde el “quiero, no quiero hacerlo” / Cierran el asunto. · Varios miembros del grupo, se sienten identificados con el tema de una relación con el padre, con dificultades para lo afectivo / El terapeuta propone la escritura de una carta hacia los respectivos padres. · S. expresa lo que le ha ido pasando al escribir la carta, de manera apresurada / El terapeuta la invita a ir más pausada, respirando las palabras que va diciendo / S. habla de una necesidad de valorización y reconocimiento que no podía satisfacer con su madre y de un sentimiento de enfado y frustración al respecto. · R. expresa sentirse identificada con el sentir de S. y habla de experiencias similares / El terapeuta la invita a poner palabras a lo que siente al expresar eso / R. da varios rodeos a la hora de mostrar lo que siente / R. expresa su vivencia sobre su situación familiar / El grupo le devuelve algunos aspectos que le llaman la atención sobre el dibujo que ha realizado sobre su familia / Cierran el trabajo · Je. anima al resto del grupo, a expresar a los padres lo que sienten, a trabajar en las relaciones, etc. / El terapeuta trata de redirigir este trabajo hacia ella ¿Qué te gustaría expresarle a tu padre? / Je. se emociona, y empieza a hablar del duelo con su padre “Ya no puedo decirle nada...” “Es difícil estar en mi familia, yo tiendo a sobrecargarme con mucha responsabilidad, a mí me tienen como la “fuerte” y estoy cansada ya...” / El terapeuta valida estos sentimientos y le pregunta sobre qué quiere hacer con ello / Je. permanece en silencio durante unos instantes e interviene S. (amigas desde

		<p>la infancia), expresa S.: “Deja que te cuiden de vez en cuando tía...” / Je. expresa: Ya S... pero es que...” / El terapeuta interrumpe a Je. y la invita a respirar las palabras que le ha dicho S. y cierran ahí el trabajo.</p>
<p>Sesión 8 (13 Marzo, 2015)</p>	<p>1. <u>Ronda de inicio</u>: “elijo una pareja para compartir mi vivencia con el grupo, mientras realizamos un baile. En un momento dado, cambiamos de pareja.”</p> <p>2. <u>Propuesta con la escritura</u>: “La propuesta consiste en ponerle palabras a los posibles cambios en la relación conmigo mismo y con el mundo, Antes de venir / Después de venir”.</p> <p>3. <u>Propuesta con la música</u>: “Vamos a formar un gran abrazo grupal mientras escuchamos esta canción (“Todo cambia – Mercedes Sosa”) y conforme vaya terminando, el grupo se irá separando y cada miembro del grupo se irá retirando.”</p>	<p>En esta sesión, el terapeuta optó por no abrir nuevos trabajos terapéuticos. Por el contrario, sus esfuerzos se concentraron en invitar a cada miembro del grupo a recoger el proceso que había vivido a lo largo de las ocho sesiones y a incorporar lo aprendido a sus trayectorias vitales.</p> <p>El contenido de la auto-valoración “antes de venir / después de venir”, se ha optado por incluirlo en el apartado de resultados de este trabajo.</p>