



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 23 – Invierno 2019

La psicoterapia grupal operativa psicoanalítica como tratamiento de elección en la Unidad de Salud Mental. Evaluación del proceso a través de los factores terapéuticos grupales.

Victoria de Felipe García-Bardón^{*},
Elena Vázquez Ramo^{*} y
Vanessa Simón Martínez^{**}

Introducción

En el presente trabajo queremos investigar sobre la percepción de ayuda y eficacia de la psicoterapia grupal operativa psicoanalítica en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Guadalajara. Es un estudio que se inscribe en una línea de investigación sobre la eficacia de la psicoterapia grupal en la que participamos un grupo de psicólogos clínicos y residentes de psicología clínica del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Guadalajara.

Justificación de la psicoterapia grupal psicoanalítica operativa en una USM

Las Unidades de Salud Mental o Centros de Salud Mental (USM o CSM) son la puerta de entrada al sistema público de salud, y como señalan Valencia, García, Gimeno, Pérez y de la Viuda (2014) nos encontramos con un incremento notable de nuevas demandas de la población, elevada carga asistencial, aumento del intervalo de consultas, de la duración del tratamiento para todos los trastornos, en detrimento de la atención de los trastornos mentales más graves y aumento de los costes económicos. Esta situación, como indica

^{*} Psicóloga clínica, Servicio de psiquiatría Hospital Universitario de Guadalajara.

^{**} Psicóloga clínica.

Suárez (2006) exige de los clínicos una evaluación y discriminación de la demanda y los tratamientos, para mejorar la atención profesional y su eficiencia.

En nuestro caso, tras analizar las características de la demanda asistencial de una consulta de psicología clínica de la USM de Guadalajara (207 pacientes nuevos que acudieron durante 7 meses) comprobamos la influencia de los diferentes ámbitos que atraviesan al sujeto (familiar, grupal, institucional y comunitario) en los síntomas y trastornos por los que consultaban los pacientes. Así como las diferentes áreas de expresión del síntoma que están interrelacionadas aunque unas tengan más peso que otras, la mente, el cuerpo y el mundo exterior y que dan cuenta de la psicopatología vincular.

De un análisis exploratorio de la demanda de dicha consulta, efectivamente, más de la mitad (52,7%) de las personas que acudieron expresaban haber vivido situaciones traumáticas y carenciales durante la infancia, y el 74,8% referían algún Acontecimiento Vital Estresante (AVE) como desencadenante de los síntomas y de la demanda de tratamiento, sobre todo pérdidas, enfermedades y situaciones de acoso o maltrato. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre los AVEs sufridos en la infancia y la psicopatología actual ($p=0,022$).

Nos llamó la atención el porcentaje tan alto de mujeres (73,8%) así como el elevado número de personas que no se encontraban activos laboralmente, pues el 25,9% estaban en paro y el 18,3% en situación de incapacidad. Respecto al nivel educativo, el 59,1% tenían estudios primarios, EGB o FPI, diferencia significativa respecto al resto y sólo el 18,2% eran universitarios.

Nos parece relevante el hecho de que el 43,4% haya realizado previamente psicoterapia, el 38,8% tratamiento psiquiátrico previo y el 51,7% tratamiento psiquiátrico, psicológico o ambos.

En cuanto al diagnóstico, según criterios de la CIE-10, el 13,2% no presentaba psicopatología (ni hacía demanda de tratamiento) y los trastornos que más se derivaron fueron adaptativos (30,3%), ansiedad, (22,4%), afectivos (16,4%) y trastorno de la conducta alimentaria (9,9%).

Todos estos datos se refieren a los pacientes que acudieron, ya que el 25% de las personas que fueron derivadas desde otros dispositivos o profesionales de salud mental, Atención Primaria y otras especialidades no acudieron a la primera consulta. Datos similares a otros estudios (Vilas y Lazo, 2009).

Respecto al tratamiento psicoterapéutico, más de la mitad de los pacientes han realizado psicoterapia individual o de apoyo, el 27% psicoterapia grupal y el 14,4% no necesitaron tratamiento psicológico. La mayoría de las personas que necesitaban psicoterapia familiar eran derivadas a otro dispositivo asistencial (Centro de Mediación Familiar), incluyendo en nuestra consulta intervenciones familiares puntuales en las ocasiones que lo precisaron.

Vinogradov y Yalom (1996), hablan de la relevancia clínica de la psicoterapia de grupo (por su eficacia clínica probada y por la gran cantidad de pacientes que son tratados en grupo), de

su eficiencia y por supuesto de las propiedades únicas de la psicoterapia de grupo. En nuestro caso nos permite ofrecer, aproximadamente al 30% de los pacientes, una psicoterapia en condiciones adecuadas, no sólo de tiempo y frecuencia sino que además a través de la terapia grupal se incluyen los aspectos sociales y grupales que, como hemos visto, tienen tanta influencia en los motivos de consulta. Como señala Vallejo (2009) el grupo surge como la intermediación entre la estructura individual y la estructura social. Y un lugar privilegiado para la expresión-visualización de ambas estructuras.

Además, el grupo es el espacio en el que se van a desestructurar y volver a estructurar aspectos propios de la identidad, de la singularidad y de las relaciones con los otros, por el estado de indiferenciación que se genera en la medida que un conjunto de individuos se reúne en un espacio lo suficientemente reducido como para que esta ilusión de un cuerpo y una psique individual se desmorone (Pinto, 2010).

La Concepción Operativa, en la que se integran aspectos del psicoanálisis y de la psicología social va a contemplar las condiciones sociohistóricas que influyen en el proceso de salud-enfermedad y desde ahí desplegar intervenciones eficaces (Foladori y Yañez, 2015).

La psicoterapia de grupo psicoanalítica operativa es propuesta por Gómez (2018) como el instrumento de tratamiento principal en los servicios públicos, ya que posibilita observar, conocer y transformar los modos de relación y de vinculación con los otros. Continúa la autora, su gran eficacia se debe a que funciona como espacio de simbolización y significación, además de ser un dispositivo privilegiado de contención de las pulsiones de muerte.

Encuadres terapéuticos grupales. Corredor terapéutico

Suárez (2006), señala que los Encuadres Terapéuticos Grupales (ETG) pueden ser contemplados como *momentos de un recorrido terapéutico*, ya que el marco macroinstitucional define la relación con el dispositivo como indefinida: en cualquier momento y a petición del usuario, éste puede volver a consultar de nuevo. Los ETG nos permiten temporalizar, hacer cortes en este recorrido institucional, lo cual supone un avance en una relación asistencial que adquiere muchas veces características simbióticas.

En esta línea el *encuadre corredor terapéutico*, diseñado por Armando Bauleo (Duro, Ibañez y Vignale, 1990; y Bauleo, Montserrat y Suárez, 2005) y desarrollado en Madrid, es de gran ayuda ya que se caracteriza por ofrecer un espacio permanente de psicoterapia grupal, con períodos en los que se evalúa la continuidad o alta de los integrantes y la incorporación de otros nuevos. En nuestro caso, cada 3 meses o 12 sesiones finaliza un grupo e inmediatamente comienza otro de otros tres meses. En este nuevo grupo permanecen algunos pacientes del anterior y se incorporan nuevos integrantes, algunos ya han realizado psicoterapia en grupos anteriores y otros son pacientes nuevos, que nunca han realizado psicoterapia. Y así sucesivamente. De esta manera se agiliza la incorporación al espacio psicoterapéutico grupal de pacientes nuevos, sin que tengan que esperar el tiempo de psicoterapias más largas y, también se ofrece la posibilidad de realizar psicoterapias de

diferente duración según las necesidades y demanda de los pacientes en un mismo encuadre terapéutico.

En esta ocasión nos vamos a centrar en dos aspectos del encuadre corredor terapéutico a los que aluden Duro, Ibáñez, López y Vignale (1990) y que son, el cuestionamiento de los tratamientos largos como único procedimiento útil para la curación y la constatación de que el tiempo que necesita cada persona para romper su estereotipia no es el mismo. Y lo vamos a hacer a través del análisis de las respuestas que dan los pacientes a lo largo de una psicoterapia de 36 sesiones, que es evaluada a las 12, 24 y 36 sesiones. Momentos que coinciden con el cierre de cada grupo e incorporación de nuevos integrantes.

Señalar un aspecto metodológico del encuadre corredor y es la complementariedad de elementos propios de la psicoterapia breve con otros de la psicoterapia de larga duración ya que la proposición terapéutica cuando un paciente acude a este tipo de tratamiento es un grupo de psicoterapia de 12 sesiones, que puede ampliarse en sucesivos grupos hasta que el paciente necesite. Así en cada grupo de 12 sesiones a nivel psicoterapéutico nos centramos en un foco que posteriormente en el siguiente grupo podrá ampliarse o pasar a otro foco-conflicto.

Factores terapéuticos grupales

Dentro de la investigación sobre psicoterapia de grupo, existe una amplia tradición en la investigación sobre los factores terapéuticos grupales, fundamental para el clínico ya que a través de este tipo de investigación de proceso la pregunta que se resuelve es qué es lo terapéutico de esa psicoterapia.

Tarí (2015) afirma que hay antecedentes del concepto factores terapéuticos antes que apareciera la conceptualización actual del término, en la historia de la psiquiatría de los siglos XVIII y XIX (Pinel y Esquirol, tratamiento moral), en el siglo XX (Jones y Main, movimiento de la comunidad terapéutica).

En los años 50 se empieza a usar el término factores terapéuticos grupales (FTG) (Ribé, Mecadal, Carrió, Sánchez, Ramilans, Alberich, 2018). Ribé y colaboradores (2018) retoman la definición de Bloch (1981) sobre los factores terapéuticos grupales como “aquel elemento que ocurre en terapia de grupo por la intervención del terapeuta, del paciente o de ambos y que contribuye a la mejoría del paciente”. Desde entonces mucho se ha escrito sobre los factores terapéuticos grupales, siendo uno de los autores más emblemáticos Yalom, que además de su labor como investigador y difusor del concepto de FTG, nos aporta la clásica clasificación sobre los 11 factores terapéuticos grupales. Posteriormente Zukerfeld (1999) agrupa los 11 factores terapéuticos grupales en tres principios que serían (1) *semejanza* (cohesión, universalidad, esperanza, altruismo, imitación), el autor los describe como conceptos que hablan del paso de la individualidad a la grupalidad, del “a mí me pasa” al “a nosotros nos pasa”, sería la *ayuda por identificación*; (2) *identificación (o modelización)* (información, resocialización, factores existenciales) sería según el autor la ayuda por la información o el modelo teórico, “*nosotros con este modelo que construimos*”; y (3)

confrontación (catarsis, experiencia emocional correctiva, aprendizaje interpersonal) sería la ayuda por expresión emocional que conduce al cambio, “*nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta*”.

En un estudio previo (de Felipe, Vílchez y Larrosa, 2018) analizamos la relación entre los principios terapéuticos propuestos por Zukerfeld con los vectores del cono invertido de Pichon-Rivière, pensando en los mismos como nuestros factores terapéuticos y comprobamos la asociación entre (1) el *principio de semejanza* con los vectores pertenencia, cooperación y telé; (2) el *principio de identificación* con el vector aprendizaje; y (3) el *principio de confrontación* con pertinencia y comunicación. Estos resultados apoyan la línea de investigar la eficacia y factores de cambio en una psicoterapia psicoanalítica operativa a través de dicho cuestionario.

Tarí (2015) plantea que en relación a los factores terapéuticos se puede hablar de una *concepción restrictiva* de los mismos (mecanismos de cambio inherentes a la interacción grupal no directamente ligados a la acción del terapeuta), y una *concepción más amplia* de los FT como todos aquellos componentes que inciden en el proceso terapéutico.

Un tema que nos parece importante para seguir profundizando en los encuadres que ofertamos, son los elementos que modifican los factores terapéuticos grupales. Vinogradov y Yalom (1996) describen tres tipos de “fuerzas modificadoras” que influyen en los mecanismos terapéuticos en el grupo, (1) el tipo de grupo (por ejemplo, si se trata de pacientes ingresados o ambulatorios, la orientación teórica, la duración del grupo, si es abierto o cerrado...), (2) la fase de la terapia, y (3) las diferencias individuales entre los pacientes.

Así, la pregunta sobre qué aspectos del grupo influyen en la mejoría del paciente, qué es lo terapéutico del grupo para este paciente (que alude a la definición de FTG), la podemos ampliar con la pregunta cómo influyen los encuadres que ofertamos en la expresión de los FTG, en esta segunda pregunta va implícita la idea de una visión más amplia de los FTG, en la que el terapeuta y el modelo teórico también tendría un peso en la percepción de los FTG.

Es un tema sobre el que llevamos tiempo reflexionando, de hecho, en un estudio previo (de Felipe, Vílchez, Erdocia, Vázquez, 2018) encontramos que ya en una psicoterapia breve de 12 sesiones, teniendo en cuenta las puntuaciones medias globales, el principio de *identificación* fue el más valorado seguido de *semejanza* y por último, con poca diferencia, *confrontación*.

En el presente trabajo nos planteamos investigar cómo influye el número de sesiones realizadas o la duración del grupo en la percepción de los pacientes sobre los factores terapéuticos grupales.

Método

Participantes

Se trata de una investigación descriptiva de corte longitudinal. La muestra estuvo compuesta por 35 pacientes de la Unidad de Salud Mental de Adultos del Hospital Universitario de Guadalajara, que realizaron una psicoterapia grupal de 36 sesiones (desde septiembre de 2015 a diciembre de 2018). Aclarar que la ventana temporal es tan amplia porque no todos los pacientes que realizan psicoterapia completan 36 sesiones, muchos de ellos se van de alta tras psicoterapias más breves. El presente proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Guadalajara. Todos los participantes fueron informados y firmaron el correspondiente consentimiento.

Se trataba de un grupo semi-abierto, de frecuencia semanal, encuadre “corredor terapéutico” a modo de un espacio de psicoterapia grupal semi-abierto de frecuencia semanal, valorando cada cierto tiempo (en nuestro caso cada tres meses, 12 sesiones) quién continúa y admitiendo la incorporación de nuevos integrantes.

La evaluación se llevó a cabo al final de cada grupo, tras la sesión 12, donde se administraron varias escalas y cuestionarios de evaluación clínica y de evaluación del proceso grupal.

Los datos descriptivos de la muestra de 35 pacientes que realizan psicoterapia son los siguientes. En cuanto a la distribución por sexo, la muestra estuvo compuesta por 10 hombres (28,6%) y 25 mujeres (71,4%). La edad media de la muestra fue de 37,28 años ($dt=12.17$). Un 60% de la muestra residía en un entorno urbano, y un 40% en un entorno rural. La distribución según el estado civil fue la siguiente: soltero (51,4%), casado o pareja estable (42,9%) y divorciado (5,7%). En cuanto a la distribución por nivel educativo, un 31,4% tenía estudios primarios, un 37,1% estudios de Bachillerato o similar, y un 31,4% estudios universitarios. Respecto a la actividad laboral el 34,3% se encontraban en activo, el 22,9% incapacidad laboral y el 22,9% en paro. El 57% habían sufrido algún AVE en la infancia y el 65,7% en el año previo a la presencia de los síntomas.

En lo referido a la distribución por diagnósticos de la muestra, un 25,7% presentaba un trastorno depresivo (depresión mayor, episodio depresivo, distimia), un 22,9% un trastorno ansioso-depresivo, un 8,6% un trastorno ansioso depresivo secundario a enfermedad orgánica, un 14,3% un trastorno de la conducta alimentaria, un 11,4% un trastorno adaptativo, un 8,6% un trastorno obsesivo compulsivo, un 2,9% un trastorno por crisis de angustia, un 2,9% un trastorno somatomorfo y un 2,9% acudían a consulta por duelo. Por tanto, la sintomatología y la clínica de los pacientes que participaron en el grupo de psicoterapia, fue heterogénea.

El grupo está compuesto por 8-10 integrantes, heterogéneo en diagnóstico y sexo. Se excluyen pacientes con sintomatología psicótica y afectiva bipolar.

Materiales

Entre otros instrumentos, fue administrada en la última sesión de cada grupo la Escala de Funcionamiento Grupal (EFG-25). Es una escala auto administrada, basada en los factores terapéuticos de Yalom (1986) que evalúa la percepción subjetiva de ayuda percibida por el proceso de psicoterapia grupal. Consta de 25 ítems, en una escala tipo Likert de 0 (nada) a 4 (muchísimo) puntos. Tiene una puntuación máxima de 100 puntos, considerándose una puntuación superior a 60 puntos que el paciente ha percibido el grupo como terapéutico (percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal).

Consta de 3 subescalas o principios: *semejanza* (ayuda por identificación), *identificación* (ayuda por información), *confrontación* (ayuda por expresión emocional).

Objetivos e Hipótesis

Objetivos

1. Evaluar la percepción de ayuda y eficacia en una psicoterapia grupal en tres momentos del tratamiento (12, 24 y 36 sesiones).
2. Analizar la eficacia grupal de acuerdo a los principios generales de *semejanza*, *identificación* y *confrontación* en los tres momentos del tratamiento (12, 24 y 36 sesiones).

Hipótesis:

1. Al menos la mitad de los pacientes obtendrán una puntuación superior a 60 en la puntuación total de la EFG-25, lo que indicaría una percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal.
2. El principio general más valorado será *identificación*, seguido de *semejanza* y finalmente *confrontación*.

Resultados

El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS 20. Tras aplicar pruebas de normalidad, los datos del presente estudio presentaban una distribución normal, por lo que se aplicaron pruebas paramétricas.

En cuanto a la percepción global del grupo como terapéutico, a las 12 sesiones un 68,6% de los pacientes obtuvieron una puntuación superior a 60 puntos. Tras haber realizado 24 sesiones un 60% de los pacientes superaron esa puntuación y al finalizar la psicoterapia de 36 sesiones un 74,3% de los pacientes.

Análisis a lo largo del proceso

En cuanto a la eficacia grupal, de acuerdo a los principios generales de *semejanza*, *identificación* y *confrontación* en los tres momentos del tratamiento, en la evaluación realizada a las 12 sesiones de psicoterapia, el principio *semejanza* tuvo una media de 66,39, *identificación* alcanzó una media de 71,28 y *confrontación* de 67,77. El principio más valorado fue la *identificación*, siendo ésta significativamente mayor que el principio *semejanza* ($t=2,44$; $p<0.05$).

En la evaluación realizada a las 24 sesiones de psicoterapia, el principio *semejanza* tuvo una media de 67,28, el principio *identificación* de 71,71 y el principio *confrontación* alcanzó una media de 69,38; siendo así mismo el principio más valorado la *identificación*, nuevamente significativamente superior que el factor *semejanza* ($t=2,32$; $p<0.05$).

En la evaluación realizada a las 36 sesiones, el principio *semejanza* tuvo una media de 67,34, *identificación* de 71,43 y *confrontación* de 73,84, siendo este último principio el más valorado por los pacientes, y mostrando diferencias significativas con el factor *semejanza* ($t=2,64$, $p<0.05$).

En la tabla 1, se muestran las medias de los tres principios en cada momento grupal.

Tabla 1. Medias de los principios en los 3 encuadres grupales

Principio Terapéutico	12 sesiones	24 sesiones	36 sesiones
Semejanza	66,39	67,283	67,343
Identificación	71,286	71,714	71,429
Confrontación	67,768	69,375	73,839

Por tanto, cuando el paciente había realizado una psicoterapia de 12 y 24 sesiones, el principio *identificación* fue el más valorado por los pacientes en la psicoterapia de grupo, y tras haber realizado una psicoterapia de 36 sesiones fue la *confrontación* el principio más valorado.

Al analizar los datos, de acuerdo al principio terapéutico más valorado en vez de la puntuación media, encontramos que tras la psicoterapia de 12 sesiones es *identificación* el más valorado para el 65,7% de los pacientes, seguido de *confrontación* 25,7% y *semejanza* 8,6%. Cuando los pacientes han realizado 24 sesiones los principios más valorados son *identificación* para el 40% de los pacientes igual a *confrontación* 40% y por último *semejanza* 20%. Por último, al finalizar la psicoterapia de 36 sesiones es la *confrontación* el más valorado por los pacientes con un 48%, seguido de *identificación* 31% y por último *semejanza* 20%.

Tabla 2. Principio terapéutico más valorado en función del número de sesiones.

Principio Terapéutico	12 sesiones	24 sesiones	36 sesiones
Semejanza	8,6%	20%	20%
Identificación	65,7%	40%	31%
Confrontación	25,7%	40%	48%

Comparación entre los distintos momentos del proceso psicoterapéutico grupal

No se encuentran grandes variaciones en los distintos momentos de evaluación para cada principio, no encontrándose diferencias significativas a lo largo del tiempo y proceso terapéutico grupal (Figura 1).

Sin embargo, en el principio *confrontación* se encontró una tendencia cercana a la significación ($t=1,77$; $p=0,08$) entre las puntuaciones del primer momento de la evaluación (12 sesiones) y el último (36 sesiones). Dadas las limitaciones de la muestra, cabría considerar que aumentando la muestra, podrían aumentar estas diferencias, siendo que éste factor fue el más valorado al finalizar la psicoterapia.

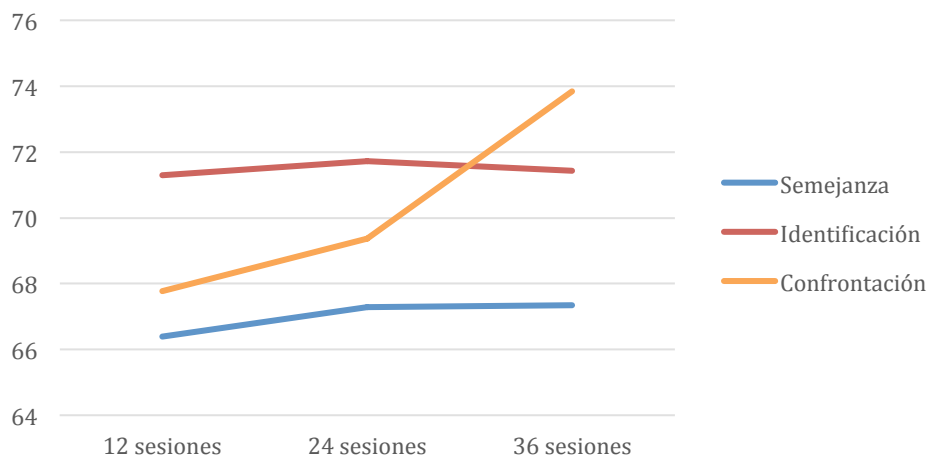


Figura 1. Evolución a lo largo del proceso de la puntuación en los 3 factores terapéuticos grupales.

En cuanto al alta de la consulta de psicología clínica tras el proceso terapéutico grupal, de 35 pacientes que constaba la muestra, tras la realización de una psicoterapia de 36 sesiones, 16 pacientes (45,7%) fueron dados de alta. De los 19 pacientes restantes, 8 (22,9%) continuaron

en psicoterapia individual y 11 (31,4%) continuaron en psicoterapia grupal encuadre corredor terapéutico en el siguiente grupo.

Discusión

El presente trabajo tiene como objetivo general evaluar la percepción de ayuda y eficacia en una psicoterapia grupal operativa psicoanalítica a través de la percepción de los pacientes y analizar los principios generales de *semejanza*, *identificación* y *confrontación* en tres momentos del tratamiento (12, 24 y 36 sesiones).

Comenzamos el artículo hablando de las *características de la demanda en una Unidad de Salud Mental*, así como de la necesidad de realizar intervenciones psicoterapéuticas eficaces. A través del análisis de la demanda de una consulta de psicología clínica hemos podido constatar la presencia de aspectos relacionados con los distintos ámbitos (psicosocial, sociodinámico e institucional), como las áreas de expresión de la conducta (mente, cuerpo y mundo externo) tanto en los motivos de derivación como en los síntomas por los que consultaban, lo que justificaría la psicoterapia operativa psicoanalítica como tratamiento de elección, ya que en sus presupuestos teóricos y técnicos se incluyen dichos aspectos.

Respecto al elevado número de pacientes nuevos, creemos que es fundamental que el profesional adopte un rol activo en la clarificación de la demanda y encuadres a ofertar, dado el alto riesgo de caer en la cronicidad (los pacientes y los profesionales). En este sentido, nos ha llamado la atención que más de la mitad de los pacientes que acudieron a la consulta ya habían realizado tratamiento en consultas de psiquiatría y/o psicología clínica, aspecto que nos lleva a preguntarnos si los Trastornos Mentales Comunes terminan cronicándose, o es que no ofrecemos tratamientos adecuados y por eso la vuelta tan alta a los mismos.

Defendemos el grupo como un espacio para evitar esta cronicidad y la psicoterapia grupal operativa psicoanalítica y el encuadre corredor terapéutico (en continua evaluación), como elementos esenciales para poder abordar tan desbordante demanda. Además, estamos de acuerdo con Irazábal (1990) en que es interesante la práctica grupal como respuesta técnico asistencial, pero también por las posibilidades que plantea de cambios en la organización (equipo e institución), para nosotras ha sido y sigue siendo un lugar donde pensar e investigar nuestra práctica dentro de la Institución.

Es habitual en las investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico emplear los Factores Terapéuticos Grupales para la evaluación de la psicoterapia realizada, pues dan cuenta de aspectos que influyen en el cambio y mejoría. Consideramos de gran interés el EFG- 25 (Zukerfeld, 1999) y los principios terapéuticos que propone el autor (*semejanza*, *identificación* y *confrontación*). Además, es un cuestionario que permite valorar la eficacia de la psicoterapia a través de la percepción de los pacientes (puntuación mayor de 60).

El primer objetivo de este trabajo era evaluar la percepción de ayuda y eficacia en una psicoterapia grupal en tres momentos del tratamiento (12, 24 y 36 sesiones) y planteábamos la hipótesis de que al menos la mitad de los pacientes obtendrían una puntuación superior a 60 en la puntuación total de la EFG-25, lo que indicaría una percepción subjetiva de ayuda y

eficacia grupal. Dicha hipótesis se ha cumplido ya que el 68,6% de los pacientes obtuvieron una puntuación superior a 60 puntos tras la realización de 12 sesiones, el 60% a las 24 sesiones y un 74,3% al finalizar la psicoterapia de 36 sesiones, por lo que podemos deducir que la psicoterapia grupal psicoanalítica operativa es eficaz durante todo el proceso.

El segundo objetivo era analizar la percepción de ayuda de acuerdo a los principios generales de *semejanza*, *identificación* y *confrontación* en los tres momentos del tratamiento (12, 24 y 36 sesiones). Nuestra hipótesis inicial era que el principio terapéutico más valorado sería *identificación*, seguido de *semejanza* y finalmente *confrontación*, dado que fue lo encontrado por nuestro grupo de investigación en un estudio previo sobre una psicoterapia grupal de 12 sesiones (de Felipe, Vílchez, Erdocia, Vázquez, 2018).

No se confirma la hipótesis, sí comprobamos que el principio de *identificación* es el más valorado por los pacientes en los primeros momentos de la psicoterapia (12 y 24 sesiones) medido a través de medias globales como en porcentajes de pacientes, pero el siguiente principio más valorado, es el de *confrontación* y no el de *semejanza* como planteábamos.

Además no se encuentran grandes variaciones a lo largo del proceso para cada principio terapéutico, no hay diferencias significativas a lo largo del tiempo y proceso terapéutico grupal, sin embargo, en el principio *confrontación* se encontró una tendencia cercana a la significación ($t=1,77$; $p=0,08$) entre las puntuaciones obtenidas en las sesiones 12 y 36. Dadas las limitaciones de la muestra, cabría considerar que aumentando la muestra, podrían aumentar estas diferencias, siendo que éste factor fue el más valorado al finalizar la psicoterapia de 36 sesiones.

Estos resultados nos parecen muy sugerentes, y nos permiten reflexionar acerca de lo planteado por Vinogradov y Yalom (1996) respecto a que la fase de la terapia puede influir en los mecanismos terapéuticos del grupo, como señalábamos al comienzo.

Encontramos que el principio de *semejanza* que supone el pasaje del “*a mí me pasa*” a “*nosotros nos pasa*” y que alude a los factores terapéuticos de Yalom de cohesión, universalidad, esperanza, altruismo e imitación es valorado como de ayuda por los pacientes desde el principio, desde la psicoterapia más breve a las 12 sesiones y se mantiene estable. Pero no es lo que los pacientes consideran que les haya ayudado más. Sin embargo, el principio de *identificación* “*nosotros con este modelo que construimos*” que incluye los factores información, resocialización y factores existenciales de Yalom es el que señalan como de mayor ayuda al comienzo de la psicoterapia y se mantiene estable a lo largo de todo el proceso. Por último, y quizá lo más interesante y novedoso, es que el principio de *confrontación* “*nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta*” que incluye los factores terapéuticos de Yalom de catarsis, experiencia emocional correctiva y aprendizaje interpersonal, aunque aparece desde el principio en la percepción de ayuda de los pacientes es el que aumenta progresivamente, tanto a nivel de media como de porcentaje de pacientes que lo valoran como lo más terapéutico.

En nuestro estudio, por lo tanto, observamos que el momento de la psicoterapia influye en la percepción de unos factores u otros como más o menos terapéuticos.

Si analizamos lo encontrado por otros autores, Ribé y colaboradores (2018) realizan una evaluación de los FTG (a través del cuestionario Q-sort de Yalom) en varios grupos de psicoterapia (con diferentes orientaciones, de corte psicodinámico, interpersonal y cognitivo-conductual) en una muestra de 88 participantes (el 38,6 % de la muestra tiene un diagnóstico según DSM5 del espectro de la esquizofrenia) en la sesión 42. Encontrando que los FTG más valorados serían universalidad, cohesión grupal y altruismo (corresponderían al principio semejanza de Zukerfeld). Así, encuentran resultados muy diferentes a los nuestros. Si bien las características de ambos estudios son diferentes y quizá no puedan ser comparadas, estos datos nos hacen reforzar la idea planteada por Yalom sobre las "fuerzas modificadoras" de los factores terapéuticos grupales. En función de la orientación teórica, el tipo de grupo y las características del paciente (incluyendo el diagnóstico) es esperable encontrar diferencias en la percepción de los FTG. Lo cual nos parece interesante de cara a organizar los encuadres que ofertamos, y poder ofrecer un encuadre u otro, de una duración u otra en función de la demanda y de las necesidades de cada paciente. Nuestro propio grupo de investigación (Vázquez, Romero, de Felipe, Vílchez, 2019) encontró que en psicoterapia grupal operativa psicoanalítica con jóvenes, en un encuadre igual al presentado en esta investigación, el principio semejanza fue el más valorado por las pacientes en una psicoterapia de 12 y de 24 sesiones.

En relación con las características de la psicoterapia evaluada, podemos pensar que la presencia constante, pero más baja del principio de *semejanza* en las respuestas de los pacientes es una condición necesaria para que la psicoterapia sea eficaz, aunque en este tipo de psicoterapia no es percibida tan beneficiosa como en las evaluadas por Zukerfeld (1999). Por otra parte, la importancia que los pacientes conceden al principio de *identificación* con el modelo puede tener relación con lo que plantean Pichon-Rivière y Bauleo (Tari, 2015) que la curación en el grupo se basa en la construcción con otros de un esquema referencial común (código grupal), lo cual les permitiría una percepción de sí mismos y de otros no distorsionada por el modelo arcaico y repetitivo del estereotipo. El aprendizaje de un modelo explicativo, que se trabaja entre todos es un factor importante y estable en la psicoterapia operativa. Por último, el principio de *confrontación*, "*nosotros con este modelo que construimos transformamos esta realidad que nos afecta*" nos remite al criterio de salud planteado por Pichon-Rivière como de adaptación activa a la realidad.

Queríamos saber si las características del encuadre corredor terapéutico, en el que cada 12 sesiones se incorporan pacientes nuevos que no están familiarizados con la psicoterapia, posibilita que los pacientes que permanecen más tiempo pueden profundizar al estilo de una psicoterapia más larga, o por el contrario seguirían valorando como de ayuda elementos que serían más habituales en psicoterapias breves. Nuestra impresión clínica era que, a pesar de las nuevas incorporaciones, los pacientes iban profundizando e incorporando elementos más propios de una *psicoterapia de larga duración* y así se ha confirmado en la investigación realizada.

Los datos encontrados (tendencia al crecimiento del principio *confrontación* a lo largo del tiempo) nos confirman nuestra idea de que la permanencia de un paciente durante más tiempo de psicoterapia supondría los beneficios propios de psicoterapias más largas, Freud

(1914, en Ávila y Poch, 1994) afirmaba que hay que dejar tiempo al enfermo para ahondar en la resistencia, hasta entonces desconocida para él, elaborarla y dominarla. El encuadre corredor terapéutico posibilita la realización de un tratamiento psicológico con posibilidades de insight y elaboración. Nos planteamos que la operatividad del grupo, la parte más creativa y de adaptación activa a la realidad necesita un tiempo para su construcción y elaboración. Es interesante comprobar que es en ese momento cuando los pacientes manifiestan mayor percepción de eficacia, pues el 73,4% ofrece una puntuación superior a 60.

El corredor terapéutico ofrece factores terapéuticos diferentes según el tiempo que un paciente permanece en psicoterapia. Pensamos que la evaluación y cierre de cada grupo cada 12 sesiones e incorporación de nuevos pacientes facilita esta posibilidad, sin perder la oportunidad de obtener los beneficios de una psicoterapia de larga duración.

La percepción de eficacia, así como el porcentaje de altas tras la psicoterapia apoyarían la implementación de dicho encuadre y, en líneas más generales, consideramos que la psicoterapia grupal es un tratamiento de elección en las Unidades de Salud Mental.

Conclusiones

La psicoterapia grupal operativa psicoanalítica, encuadre corredor terapéutico se muestra como un tratamiento eficaz y eficiente, por lo que consideramos que es un tratamiento de elección en las Unidades de Salud Mental.

Los principios terapéuticos valorados por los pacientes varían de acuerdo con el número de sesiones realizadas, siendo los relativos a la *identificación* con el modelo los más apreciados en menos sesiones, aumentando la valoración por los elementos más introspectivos y de cambio (principio *confrontación*) conforme se incrementan el número de sesiones.

La investigación continua sobre nuestra *praxis* nos ayuda a reflexionar y tomar decisiones importantes para nuestra práctica clínica.

Bibliografía

- Ávila Espada, A., Poch I Bullich, J. (1994). Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. Editorial: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Bauleo, A., Montserrat, A. y Suárez, F. Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad. Buenos Aires: Atuel; 2005.
- de Felipe, V., Vílchez, F., Larrosa, A. Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en Psicoterapia grupal. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. 2018; (Extra nº3): 1-20.
- de Felipe García-Bardón, V., Vílchez, F., Erdocia, A., Vázquez, E. Factores Terapéuticos grupales en Psicoterapia Operativa Psicoanalítica. Teoría y práctica grupoanalítica: Investigación y Psicoterapia de Grupo (II). 2018; 8 (1): 89-99. Disponible en: <http://www.grupoanalisis.net/investigacion-y-psicoterapia-de-grupo-ii>
- Duro, J.C., Ibañez, M.L., López, L. y Vignale, R. Dispositivos grupales salud mental comunitaria. En Bauleo, Duro y Vignale (coord.). *La Concepción Operativa de Grupo*. Madrid: Ed-AEN, 1990.
- Erdocia, A., de Felipe, V. y Larrosa, A. (2017) Psicoterapia Psicoanalítica Grupal Operativa en pacientes Psicósomáticos: Análisis de un encuadre y satisfacción. *Área 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 21. www.area3.org.es
- Fabris, F.A. y Galiñanes, M.D. (2004). Psicología Clínica Pichoniana. Una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad. Buenos Aires. Ediciones Cinco.
- Foladori, H. (2008). Algunos Proyectos de Bauleo. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Nº Especial Homenaje al profesor Armando Bauleo.
- Foladori, H. C. Y Yañez Castillo, I. (2015). Intervención grupal y poder. Desde la concepción operativa de grupo. Editorial Cuarto Propio.
- Gómez Esteban, R. (2018). El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicóticas, borderline y enfermedades orgánicas. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*. Extra nº 3.
- Irazábal, E.: "Apuntes para una Psicología Social de los Equipos" en *La Concepción Operativa de Grupo*, de Bauleo, A., Duro, J.C. y Vignales, R. (coord.), AEN (11), 1990.
- Pichon-Rivière, E (1981). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). "Estructura de una Escuela destinada a la formación de psicólogos sociales". Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pinto Cid, F. (2010). Grupalidad y mecanismos de defensa en grupo. Memoria para optar al título de psicólogo Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de psicología. Profesor patrocinante Horacio Foladori Abeledo.
- Ribé, J.M., Mercadal, J., Carrió, A., Sánchez, J., Ramilans, C., Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio sobre la perspectiva de los participantes. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 38 (134): 473-489.
- Suárez, V. (2006). Encuadres Terapéuticos Grupales en la asistencia Pública. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, NÚMERO ESPECIAL. Congreso Internacional "Actualidad del grupo Operativo".
- Tarí, A. (2015). Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. *Área 3 Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Nº 19. www.area3.org.es.

- Valencia Agudo, F., García Haro J., Gimeno Peón, A., Pérez Zabalza, A. y de la Viuda Suárez, ME. (2014). Análisis de la demanda en salud mental en el principado de Asturias: características de la demanda y respuesta asistencial. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol 34, No 124.
- Vallejo, F. (2009). Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastornos de adaptación. Revista Huellas. Revista de psicoanálisis y psicología social. Nº 1
- Vázquez, E., Romero, S. De Felipe, V, Vílchez, F. (2019). Psicoterapia grupal psicoanalítica operativa con jóvenes: Reflexiones desde el análisis de emergentes y los factores terapéuticos grupales. Comunicación presentada en II Jornadas de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN, 24-25 octubre 2019, Madrid.
- Vilas Riotorto, V. y Lazo Canzobre, S (2009). Análisis descriptivo de las ausencias a primeras consultas en psicología clínica en el área sanitaria de Ferrol. Psicología clínica: anuario, nº 3 pp 1524-1527
- Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Ed. Paidós. Barcelona.
- Yalom, I. (1986). Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. Ed. Fondo de cultura económica.
- Zukerfeld, R. Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. Vertex, Revista Argentina de psiquiatría, 1999; X: 91-99.