



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 25 – Invierno 2021

Psicoterapia grupal operativa psicoanalítica para pacientes con Trastorno Mental Grave en una Unidad de Salud Mental de Adultos.

Elena Vázquez Ramo
Victoria de Felipe García-Bardón ¹

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la psicoterapia grupal operativa para pacientes con trastorno mental grave (TMG en adelante) en una Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA en adelante), compartir el proceso de construcción de este espacio grupal y la experiencia en esta primera fase y además analizar algunos datos clínicos.

Psicoterapia grupal operativa

La técnica de grupo operativo fue creada por Pichon-Rivière partiendo del psicoanálisis y la psicología social. Esta concepción social de la enfermedad, ayudaría a producir un cambio en la forma de prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes, que irá más allá de su abordaje individual. Desde la perspectiva psicosocial se comprende la enfermedad como una situación que se ha producido en un contexto grupal (Otero et al., 2018). Así, partiendo de la teoría psicoanalítica, la Concepción Operativa de Grupo centra su interés, no sólo en los procesos intrapsíquicos, sino también en la construcción de estos procesos que se producen en la interacción del sujeto con la realidad externa (Vallejo, 2006). De este modo, se centra el estudio y la intervención, tanto en la dimensión intrasubjetiva como intersubjetiva.

Pichon-Rivière desde joven se desempeña profesionalmente en instituciones psiquiátricas como el Hospicio de Las Mercedes (actual Hospital Borda) y el Asilo de Torres

¹ Elena Vázquez y Victoria de Felipe son psicólogas clínicas. Hospital Universitario de Guadalajara.

(actual Colonia Montes de Oca). En estas prácticas, intuye la necesidad de un enfoque que trascienda al paciente. Por un lado, incorpora las experiencias y relatos familiares como trasfondo en el cual rastrear las significaciones de los síntomas psicóticos; por el otro, integra la experiencia intra-grupal (los juegos entre pacientes) y la relación paciente familia como dimensiones del análisis y la terapia. Estas son las formas incipientes de una indagación por la índole social de la patología mental individual y que lo lleva a explorar la conducta en general (Becerra, 2015). Del contacto con los pacientes concluye que, tras toda conducta "desviada", subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio, entonces la enfermedad es un proceso comprensible (Zito, 1993).

Janine Puget (López, 2000) cuenta cómo uno de los intereses de Pichon-Rivière fue desinternar pacientes psicóticos e intentar integrarlos a otros medios, siendo esta orientación una de sus preocupaciones constantes, implicándose en esta tarea de modo personal, de hecho el encargado de su clínica de Copérnico era un ex -paciente suyo del hospicio.

Pichon-Rivière habla generalmente de locura y no de psicosis, en el proceso grupal (1980) dice que la locura es la expresión de nuestra incapacidad para soportar y elaborar un monto determinado de sufrimiento. López (2000) señala que utilizar el término locura implica una desclasificación de la nomenclatura psiquiátrica y que no encasilla a un sujeto, ya que el sujeto que en un momento dado transita el camino de la locura no está solo, él es el emergente de un grupo familiar que enferma y que en ello también tiene que ver la sociedad y los acontecimientos que a esa familia en ese momento le ha tocado vivir.

Como señala Lorenzo (1998), el modelo se ha seguido desarrollando, está vivo y en permanente movimiento; siempre cercano a la acción, a la práctica clínica. Aquellos primeros planteamientos y toma de posición de Pichon-Rivière con la salud y la enfermedad, hoy siguen estando presentes en las nuevas conceptualizaciones. Por su parte, Gómez (2018) propone el grupo terapéutico coordinado con metodología psicoanalítica operativa 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. Por otra parte, Vallejo (2006) indica que es un tratamiento idóneo para pacientes con psicosis, una de las patologías graves en salud mental.

La psicoterapia que se propone es grupal, el grupo posibilita un espacio donde por momentos, las personas con psicosis pueden salir de la soledad en la que están inmersos, no solo por la tendencia al aislamiento y su intensa sensibilidad al rechazo, sino por su dificultad de ser escuchados y comunicarse en un medio que no entiende sus experiencias, que las teme, o que tiende a segregarlo (Vallejo, 2006). En el grupo podremos cuidar y acompañar a

los pacientes psicóticos (Racamier, 1983) y los pacientes esquizofrénicos necesitan un espacio y un tiempo donde la crisis pueda ser escuchada. El espacio grupal hace posible un lugar facilitador donde puede rehacerse lo fragmentado en la crisis psicótica (Lorenzo, 1993).

Se ha hablado de locura, psicosis, esquizofrenia. En la actualidad cada vez se utiliza más el concepto de Trastorno Mental Grave (TMG).

El paciente con TMG

El concepto de trastorno mental grave (TMG) surge, en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental, para intentar trascender la limitada perspectiva del diagnóstico clínico como base para organizar la atención sanitaria (Conejo et al., 2014).

La definición que cuenta con más aceptación en cuanto a Trastorno Mental Grave, es la emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1978, que define a este colectivo como un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social y que han de ser atendidas en diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (Gobierno de Navarra, 2005).

En relación con el *diagnóstico* la mayoría de las guías clínicas y autores incluyen dentro del espectro de TMG a los pacientes adultos con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; trastorno bipolar; trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad; trastorno depresivo recurrente. Otros autores también incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de la personalidad en general (Gobierno de Navarra, 2005).

Existe cierto consenso hace años en considerar un tiempo de *duración* de la enfermedad superior 2 años (NIMH; 1987).

Atendiendo al criterio de *discapacidad y disfuncionalidad*, en Del Río et al. (2020) aconsejan el uso de criterios basados en tres escalas de amplia difusión y sencillas (referidas a los últimos 6 meses): Health of the Nation Outcome Scales (HONOS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) y Global Assessment of Functioning Scale (GAF). La escala GAF (EEAG en castellano) es creada por la American Psychological Association, es el Eje V de la evaluación multiaxial propuesta por el DSM, presenta un único ítem que se puntúa en escala de 0 a 100 y valora el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos, siendo 100 una persona con actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades y 1 se trataría de una persona de tal gravedad que se considera en peligro de lesionar a otros o a sí mismo (APA, 2020). La escala HONOS es un instrumento diseñado por el Departamento de Salud Británico, que

evalúa los problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, a través de 12 ítems que evalúan de 0 a 4 (0 sin problemas a 4 problema grave o muy grave) diferentes áreas, la máxima puntuación es de 48, a mayor puntuación mayor gravedad, se puntúa cada ítem (Uriarte et al., 1999). En cada una de ellas se establecen puntos de corte que indican mayor gravedad, así se propone en Escala GAF (EEAG): Menos de 60 puntos, la Escala HONOS una puntuación de 4 en cualquiera de las escalas excepto la 5. Escala BPRS: mayor o igual a 21 puntos (Del Río et al., 2020).

Más allá de la definición en términos de criterios, padecer un TMG supone un enorme deterioro personal además de generar un alto nivel de sufrimiento en el paciente y en las personas de su entorno sociofamiliar (Conejo et al., 2014).

Vico (2009) plantea que los pacientes del llamado TMG serían personas que para explicar su padecimiento hay que remontarse a las más primitivas etapas del desarrollo de la personalidad y que desde ahí arrastran graves perturbaciones en la organización de sus vivencias que afectan a la construcción de su identidad, al juicio de realidad, a las sinrazones en las que se ven envueltos y a las caóticas y peculiares relaciones interpersonales.

El sufrimiento de estos pacientes es diferente al de otros pacientes con personalidades que funcionan, en estados de desarrollo más evolucionados. En general serían pacientes para los que el desarrollo de un proyecto básico de vida es muy costoso a nivel emocional (Vico, 2014).

Tarí y Ferrer (2011) hablan del sufrimiento que conlleva el hecho de padecer una enfermedad mental. La enfermedad mental grave significa una ruptura existencial en la trayectoria del desarrollo personal, acompañada de una gran cantidad de pérdidas. Los autores hablan de duelo acumulativo.

López Fernández-Escandón (2020) habla de personas “reificadas”, cosificadas, a las que, desde el plano psicoanalítico, les falta la falta, con un profundo aislamiento del mundo y de los otros, sujetos desvinculados.

Tratamiento del paciente con TMG

El paciente con TMG, debido a la duración de su malestar, estará en tratamiento en diferentes recursos sociosanitarios y de la red de atención en salud mental y en diferentes momentos de su proceso de enfermedad y recuperación: Unidad de Hospitalización Breve, Hospital de Día, Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia, USMA, Centro de Rehabilitación, Centro de Día, Comunidad Terapéutica de Trastornos de Personalidad. Vico (1994) plantea el tratamiento en los distintos dispositivos de Salud Mental, como un gran

espacio contenedor, articulado, y promoviendo el recurso más apropiado según el momento evolutivo del paciente siempre enfocado en el objetivo último, la autonomía del enfermo.

Suele ser común en estos recursos el abordaje grupal del paciente, planteándose objetivos terapéuticos diferentes en cada uno de ellos. Al respecto, Walter y Stone (1996) señalan que en un principio estos pacientes fueron tratados en grupos de pacientes con un funcionamiento más neurótico, si bien con el tiempo los pacientes más disfuncionales empezaron a ser atendidos en grupos homogéneos. El tratamiento grupal exclusivo de los pacientes crónicos ha resultado ser ineficaz, la terapia es sólo una parte de la gran variedad de necesidades de estos pacientes, por lo que es condición imprescindible un tratamiento integral.

Centrándonos en el abordaje grupal, objeto de este estudio, contamos con un número importante de profesionales que, desde la Concepción Operativa de Grupo, nos hablan de los diferentes dispositivos terapéuticos y rehabilitadores.

Así, Vico (2014) en *el Hospital de Día* plantea que el grupo es un buen espacio para que las personas mantengan diversos grados de compromiso y contribuyan como puedan a una saludable convivencia, tomen conciencia de su valiosa contribución (en la medida en que se enfrentan momentos del proceso grupal) y se sientan protagonistas activos de su tratamiento. Aspectos terapéuticos centrales en este dispositivo son la convivencia terapéutica y la función contenedora del ambiente.

López Fernández-Escandón (2020) habla de la importancia del grupo para abordar la tarea de la rehabilitación en una *Unidad de Larga Estancia* para personas institucionalizadas, aisladas del mundo, por crear, en el espacio –grupal- donde otra relación diferente sea posible, donde el grupo sea en sí mismo un intento de romper con el modo de relación estereotipadamente establecido, abrir la posibilidad de otra forma de vincularse. Además, un medio para incluirles en la cultura del deseo y esperanza.

Tarí y Ferrer (2012) que trabajan en un *Centro de Rehabilitación Psicosocial*, entienden la grupalidad como un factor fundamental en el proceso de rehabilitación-recuperación, porque permite trabajar sobre la dificultad del paciente en establecer relaciones próximas, independientemente de la tipología de grupo, hablando de un continuum de los factores terapéuticos en los grupos de actividad y los grupos psicoterapéuticos.

López Sanz (2020) también habla de la importancia de lo grupal en un *centro de día de soporte social*, incidiendo en la importancia de lo grupal en todas las actividades ya que el trabajo diario en el centro de día gira en torno a la desconexión social, hecho que muchas de

las personas diagnosticadas señalan como causa de su sufrimiento, personas en las que la distancia social se acaba imponiendo tras intentos frustrados de comunicación. Por su parte, Abad (2020) habla del contexto como clave para el cambio en el centro de día y Casillas (2014) de la importancia de crear relaciones de reciprocidad generando convivencias que sean adecuadas para todos, evitando el aislamiento y la cronicidad de las personas con problemas de salud mental.

Durante años, las autoras de este trabajo coordinamos el grupo de la *unidad de hospitalización breve*. En esta situación clínica tan aguda entendemos la grupalidad (institucional y terapéutica) como una oportunidad para disminuir y compartir la ansiedad derivada del ingreso, y fomentar el uso terapéutico del mismo (aprendizaje y elaboración). De hecho, comprobamos que los grupos de psicoterapia realizados facilitaban la comunicación, fomentaban la solidaridad, mejoraban la participación en el proceso terapéutico y mejoraban la conciencia de enfermedad (de Felipe, Pedroviejo, Olivares y Lassaletta, 2001).

Lucena et al. (2013) al referirse a *la Comunidad Terapéutica para trastornos de personalidad* también señalan que los grupos tienen un papel central, la mayoría de las actividades se realizan en formato grupal, tanto las actividades de Terapia Ocupacional como los grupos de contenido psicoterapéutico, además el grupo comunitario desempeña un papel central en el sostenimiento del trabajo en el resto de los espacios terapéuticos.

En los dispositivos ambulatorios, Gómez defiende la psicoterapia de grupo psicoanalítica en grupos homogéneos para la esquizofrenia (Gómez, 2006), trastorno bipolar (Gómez, 2015) y trastorno de la personalidad (Gómez, 2013). La autora plantea el espacio grupal en contexto de la unidad de salud mental como un espacio terapéutico y necesario para estos pacientes por motivos comunes (como el interés del grupo psicoanalítico en patologías graves, las limitaciones de la psicoterapia individual en los Servicios de Salud Mental públicos, por ser espacios de contención, por posibilitar tratamientos psicoterapéuticos largos y en condiciones adecuadas, por posibilitar el trabajo de lo vincular) y específicos de cada patología.

Construyendo un espacio grupal en la USMA para pacientes con TMG

La USMA es el dispositivo asistencial al que primero suelen acceder los pacientes derivados desde el médico de atención primaria, especializada y urgencias, pero también va a ser el lugar de atención más continuada, a lo largo de su vida, para los pacientes más graves. En la USMA nos encontramos con una demanda desbordante, indiscriminada, largas listas de espera, frecuencia y tiempo de sesiones incompatibles, en muchas ocasiones, con las condiciones mínimas que tienen que darse en una psicoterapia, aspectos que van en detrimento de la atención de pacientes más graves.

Por otra parte, y desde nuestra experiencia, el porcentaje de pacientes con TMG que acuden a la consulta de psicología clínica es reducido en relación con el resto de derivaciones. Este hecho contribuyó a que la mayoría de los grupos de psicoterapia que implementamos en la USMA a partir de 2015, (fecha en la que las autoras de este trabajo comenzaron a trabajar en una USMA tras años de realizar sus funciones en el Hospital y en una unidad de Conductas Adictivas) estuvieran dirigidos fundamentalmente a pacientes con estructuras neuróticas. Al cabo del tiempo nos sorprendimos ante el hecho de que los pacientes más graves, de psicosis, trastornos bipolares, depresión mayor, melancolía, trastornos obsesivos graves, trastornos de personalidad, que no tenían la capacidad de trabajar al ritmo de los otros, y que tenían otras prioridades, otros objetivos terapéuticos, otra tarea terapéutica, se iban quedando con tratamientos psicoterapéuticos individuales, muy espaciados, sin poder tener la continuidad necesaria. En realidad, desde nuestro modelo, con las consultas más precarias e insuficientes.

Además, aunque se considera que el paciente esquizofrénico es el prototipo de enfermo mental grave (crónico) (Walter y Stone, 1996), en la USMA atendemos a personas que no tienen diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, pero con una cronicidad y un sufrimiento psíquico muy elevado, junto con una dificultad para la elaboración mental y resolución de su situación. Así Walter y Stone (1996) plantean cómo la cronicidad y la disfuncionalidad no sólo se encuentra en los pacientes del espectro de la psicosis. Por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo principales no tienen un curso tan benigno como se había pensado (del 10 al 20% de las depresiones tienen un curso prolongado), el 30% de las personas con un trastorno bipolar no responden completamente al tratamiento, además los pacientes con un Trastorno de la personalidad se suman a la cronicidad. Estos pacientes también tienen una disfuncionalidad en el ámbito social, laboral...

La intervención terapéutica grupal es el eje central de la psicoterapia que realizamos. En realidad, podríamos hablar de un dispositivo grupal permanente, de frecuencia diaria, en el que los pacientes de nuestras consultas disponen de un espacio de tratamiento en condiciones adecuadas. Por ese motivo, en 2019 decidimos iniciar un grupo específico para pacientes con TMG. Hasta el momento, algunos de estos pacientes más graves se incluían en los otros grupos de psicoterapia, con buena integración y evolución para algunos, pero no beneficiosos para otros, y otros directamente no eran incluidos en grupo.

Vico (2009) plantea algunas indicaciones y condiciones en los pacientes para el grupo psicoterapéutico en TMG en dispositivos ambulatorios, algunas que consideramos de utilidad para tener en cuenta en nuestro grupo serían: escasos déficits cognitivos, adecuado control de impulsos, deseo de tratamiento, disposición a considerar factores psicológicos como causa de su trastorno mental, reconocimiento de su parte enferma y reconocimiento

(doloroso en general) de padecer Trastorno Mental Grave, y por último capacidad de establecer alianza terapéutica.

Si algún paciente no cumple y se considera que no se puede beneficiar del grupo psicoterapéutico de USMA, no quiere decir que no se pueda beneficiar de otros tratamientos, algunas personas que no llegaron a comenzar en grupo USMA iniciaron seguimiento en otros recursos, como por ejemplo Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL).

Los pacientes, como decíamos, son pacientes que acuden a la USMA de nuestras consultas. Todos tienen tratamiento combinado con Psiquiatría. Son pacientes que no acuden a otros recursos psicoterapéuticos ni de rehabilitación, algunos ya han acudido previamente a estos recursos. Intentamos que cuando se incorporen al grupo no haya una descompensación psicopatológica que impida trabajar en el grupo.

Se trataba, en ese momento, de poner en marcha un grupo de psicoterapia específico para pacientes graves, por lo que decidimos coordinar ambas juntas y contar con la figura de un observador.

En la Concepción Operativa (C.O.) hablamos de equipo coordinador, con dos funciones diferenciadas, coordinador y observador. La función del coordinador consiste en posibilitar que el grupo realice la tarea, y para conseguirlo tiene que trabajar sobre los obstáculos que aparecen en el propio grupo en su interaccionar (ansiedades, resistencias, conflictos). El observador, registrará hechos, indicios, que permitan establecer hipótesis acerca del desarrollo del grupo.

En esta ocasión, mantenemos ambas funciones, pero la coordinación es realizada en coterapia, donde el manejo de la situación terapéutica es realizado simultáneamente por dos terapeutas en condiciones de igualdad en cuanto a su importancia, funciones y jerarquía (Bleger y Pasik, 1997). Por su parte, Irazábal (2016) sugiere que la coterapia es un compromiso, una relación entre terapeutas que pretende un beneficio para el paciente al tiempo que un apoyo colegial y un aprendizaje para el terapeuta.

El primer grupo se inició en septiembre de 2019, sólo pudimos realizar 12 sesiones debido a la suspensión debida a las medidas sanitarias por Covid-19. En abril de 2021 pudimos retomar la actividad grupal. La suspensión por la pandemia no nos permitió seguir con la intervención grupal pero sí pensar sobre esta primera experiencia, y reafirmarnos en la importancia de un dispositivo grupal para pacientes con trastorno mental grave.

Encuadramos un día a la semana para realizar psicoterapia de grupo para TMG, con frecuencia quincenal, en un grupo incluimos a pacientes en general con una estructura

psicótica (Esquizofrenia y espectro de la esquizofrenia y Trastorno Bipolar), y en el otro grupo pacientes con una estructura neurótica pero grave, en general pacientes con Trastorno de la personalidad grave y Trastorno Depresivo Mayor. Esta diferenciación no es rígida, hay un criterio más allá del diagnóstico o funcionamiento, que el paciente se sienta cómodo en el grupo y puede sacar beneficio de él, por lo tanto, sucede que en el primero de los grupos hay una persona con un Trastorno obsesivo-compulsivo grave y en el segundo de los grupos otra persona que ha tenido un episodio psicótico.

Encuadre:

El encuadre que realizamos en el momento actual se trata de un grupo semi-abierto, frecuencia quincenal, de 90 minutos de duración, encuadre “corredor terapéutico” (Duro et al., 1990; Bauleo et al., 2005), a modo de un espacio de psicoterapia grupal permanente, semi-abierto de frecuencia quincenal, valorando cada cierto tiempo (en nuestro caso cada 12 sesiones) quién continúa y admitiendo la incorporación de nuevos integrantes.

El grupo está compuesto por 8-10 integrantes, heterogéneo en sexo y edad, cierta homogeneidad en el diagnóstico, como decíamos no exacta, pero lo tenemos en cuenta.

Nos reunimos en la Sala de Juntas de la USMA. El Equipo coordinador lo componemos las autoras y en general las funciones de observación y lectura de emergentes la realiza un Psicólogo Interno Residente (PIR).

El grupo se realiza de mediados de septiembre a mediados de julio. Cerramos dos meses por vacaciones. Hemos pensado encuadrar 2 años de estancia en el grupo para cada paciente, por supuesto flexible y negociable.

Tarea y objetivos del grupo:

El Grupo Operativo es un grupo centrado en la Tarea. Esto le diferencia de otros enfoques terapéuticos grupales: grupo centrado en el grupo, y del grupo centrado en el individuo. La tarea sería lo fundamental del proceso grupal. La tarea consiste en el abordaje del objeto de conocimiento. A través del grupo centrado en la tarea, se afrontan los problemas que ella presenta y el aprendizaje y comunicación en relación con la misma (Pichon-Rivière, 1980). La tarea convoca al grupo con una finalidad concreta, si bien de lo que su definición puede abarcar, de sus consecuencias y significaciones para nuestro grupo sabremos al terminar el grupo (Bauleo, et.al. 2005).

La tarea sería el proceso por el cual los integrantes de un grupo recorren un camino, superando el aislamiento individualista, cuestionando las certezas, pudiendo integrar los aportes de otros, difícil camino que cuestiona el narcisismo de cada uno (Jasiner y Woronowski, 1992).

Vico (2009), refiere que la representamos como una espiral dialéctica, pues lo situamos en un devenir con avances y retrocesos, momentos de estereotipia y de saltos cualitativos, donde se trabaja paralelamente la temática (tarea explícita) y la dinámica (tarea implícita), por lo que diremos que su devenir tiende a ir de lo manifiesto a lo latente.

Tarea:

La tarea que proponemos al grupo es general, y parecida a la que proponemos a los grupos de pacientes menos graves, es decir se trata de un grupo terapéutico y lo expresamos a los pacientes así: “La tarea consiste en compartir, pensar, analizar los conflictos y problemas que influyen en los síntomas y sentimientos que tienen y poder encontrar la manera de estar mejor”.

Objetivos terapéuticos:

Planteamos los siguientes objetivos terapéuticos, se trata de unos objetivos amplios dadas las variadas necesidades de esta población de pacientes.

- Formar parte de un grupo en el que poder compartir sus experiencias, sufrimiento y vivencias derivados de su enfermedad, por un lado y las ligadas al afrontamiento de la vida por otro.
- Mejorar la comunicación y relaciones.
- Mejorar el manejo de la enfermedad.
- Ampliar el conocimiento de su enfermedad integrando aspectos individuales, familiares y relacionales.
- Integrar su proceso de enfermedad con su biografía, promoviendo un mayor conocimiento de sí mismo.
- Ampliar el autoconocimiento y la autoestima más allá del rol de enfermo.
- Conocer los factores que influyen en su sintomatología: los que desencadenan los síntomas, los que los mantienen, los que los mejoran y empeoran.
- Resolver conflictos y situaciones previas que influyen en los síntomas actuales.
- Elaborar duelos, incluidos los derivados de las limitaciones de la enfermedad.
- Favorecer la participación activa en el proceso de curación.
- Disminuir el sentimiento de exclusión y estigma.

Población-Los pacientes del grupo:

Los pacientes como decíamos son pacientes que acuden a la USMA de nuestras consultas. Todos tienen tratamiento combinado con psiquiatría. Son pacientes que no acuden a otros recursos psicoterapéuticos ni de rehabilitación, algunos ya han acudido previamente a estos recursos. Intentamos que cuando se incorporen al grupo no haya una descompensación psicopatológica que impida trabajar en el grupo.

Por ahora se ha ofrecido el grupo a un total de 24 pacientes, de estos 24 pacientes dos de ellos abandonan en las primeras sesiones y una de ellas no se llega a incorporar. Estos pacientes acudieron durante los años 2019 a 2021 a alguno de los grupos realizados.

La edad media es de 45,08 (desviación estándar 12,35, con edades comprendidas entre 21 y 67 años), mayoritariamente son mujeres (62,5%), sólo el 41,6% están casados o tienen pareja estable. En cuanto al nivel educativo, el 70,84% tienen estudios primarios (29,16%), ESO (16,66%) o Grado Medio(25%) y el 29,16% son Universitarios.

Respecto a la situación laboral, se encuentran en activo únicamente el 13,05%, en paro el 34,78%, en situación de incapacidad laboral el 47,83% y el 4,34% son estudiantes.

La gran mayoría (83,34%) ha realizado previamente tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, es decir sólo el 16,66% de los pacientes se enfrentan a un primer episodio. En relación con los años de evolución de la enfermedad la mayoría (91,66%) llevan más de 2 años de evolución, pero además el 66,66% de los pacientes llevan más de 10 años de evolución de la enfermedad.

En cuanto al diagnóstico, según criterios CIE-10, encontramos como el más prevalente el Trastorno del estado de ánimo (F30-39) (37,5%) diferenciando los pacientes con diagnósticos de depresión (25%) y de trastorno bipolar (12,5%), seguidos de los pacientes diagnosticados de Trastorno de personalidad (F60-69) (29,17%) y los diagnosticados de Esquizofrenia y del espectro “trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo” (F20-F29) (29,17%). Uno de los pacientes presenta criterios de Trastorno obsesivo-compulsivo (F42) (4,16%). El 37,5% de los pacientes tienen más de un diagnóstico, siendo el diagnóstico más frecuentemente asociado el trastorno de la personalidad.

El 57,14% han realizado por ahora 12 sesiones. El 14,28% han realizado por ahora 24 sesiones. El 28,5% han realizado por ahora 36 sesiones.

El 95,83% de los pacientes tienen una puntuación en la Escala GAF (EEAG) de 60 o menor. La mayoría de los pacientes tiene una puntuación de 50 (45,83%), seguidos de los pacientes que tienen una puntuación de 60 (33,3%), de 40 (16,66%) y de 70 (4,16%).

Con relación a la Escala HONOS encontramos las siguientes puntuaciones: la media de la puntuación total es de 13 puntos, con una desviación estándar de 4,09. El 41,67% de los pacientes tienen una puntuación de 4 en alguno de los ítems evaluado.

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones medias de todos los pacientes en la escala HONOS divididas por secciones.

Tabla 1. Puntuaciones medias de toda la muestra de pacientes en las secciones de la Escala HONOS.

Título de la sección y nombre del ítem	Rango de puntuaciones en cada ítem (0-4)	Rango de puntuaciones de la sección
<i>A. Problemas conductuales</i>		(0-12)
1. Agresividad	0,63	1,84
2. Autoagresiones	0,96	
3. Uso de sustancias	0,25	
<i>B. Deterioro</i>		(0-8)
4. Disfunción cognitiva	0,5	0,87
5. Discapacidad física	0,37	
<i>C. Problemas clínicos</i>		(0-12)
6. Depresión	0,67	6,25
7. Alucinaciones e ideas delirantes	2,54	
8. Otros síntomas	3,04	
<i>D. Problemas sociales</i>		(0-16)
9. Relaciones sociales	2,54	4,62
10. Funcionamiento general	1,25	
11. Problemas de residencia	0,37	
12. Problemas ocupacionales	0,46	
Puntuación total (0-48)	13	

Nota:

La dispersión de los ítems es de 0 (sin patología) a 4 (muy grave).

La dispersión de cada sección varía en función del número de ítems que engloba.

La dispersión de la puntuación total es de 0 a 48 puntos, a mayor puntuación, mayor gravedad.

En la siguiente tabla se muestran también los ítems de las Escala HONOS divididos por secciones con la media de la puntuación en cada sección, pero en esta tabla divididos en los dos dispositivos grupales descritos, el primer grupo el grupo de pacientes con TMG con estructuras psicóticas (grupo 1), constituido por un total de 12 pacientes, la media en HONOS es de 14,42 y la desviación estándar es de 4,19. El segundo grupo de pacientes con TMG con estructuras neuróticas pero graves (grupo 2), constituido por un total de 12 pacientes, la media de HONOS es de 13,75 y la desviación estándar es de 4,18.

Tabla 2. Puntuaciones medias de los pacientes divididos por grupos en las secciones de la Escala HONOS.

Título de la sección y nombre del ítem	Grupo 1		Grupo 2	
	Rango de puntuaciones en cada ítem (0-4)	Rango de puntuaciones de la sección	Rango de puntuaciones en cada ítem (0-4)	Rango de puntuaciones de la sección
<i>A. Problemas conductuales</i>		(0-12)		(0-12)
1. Agresividad	0,75		0,5	2
2. Autoagresiones	0,75	1,67	1,17	
3. Uso de sustancias	0,17		0,33	
<i>B. Deterioro</i>		(0-8)		(0-8)
4. Disfunción cognitiva	0,50	0,75	0,5	1
5. Discapacidad física	0,25		0,5	
<i>C. Problemas clínicos</i>		(0-12)		(0-12)
6. Depresión	1,08	6,42	0,25	6,09
7. Alucinaciones e ideas delirantes	2,17		2,92	
8. Otros síntomas	3,17		2,92	
<i>D. Problemas sociales</i>		(0-12)		(0-12)
9. Relaciones sociales	2,33	4,67	2,75	
10. Funcionamiento general	1,42		1,08	4,58
11. Problemas de	0,25		0,5	

residencia				
12. Problemas ocupacionales	0,67		0,25	
Puntuación total (0-48)	14,42		13,75	

Nota:

La dispersión de los ítems es de 0 (sin patología) a 4 (muy grave).

La dispersión de cada sección varía en función del número de ítems que engloba.

La dispersión de la puntuación total es de 0 a 48 puntos, a mayor puntuación, mayor gravedad.

Emergentes:

El concepto de emergente es clave en la concepción operativa de grupo, se trata de algo que aparece en el campo visible que conecta con algo latente, en palabras de Pichon-Rivière (1980) el emergente es como un signo que remite a lo implícito de la interacción grupal. El emergente es un concepto que posibilita el conocimiento del latente grupal y del inconsciente individual (Gómez, 2014), es a partir de las palabras, frases, lapsus, síntomas y sueños de los sujetos en el grupo como el equipo coordinador realiza sus intervenciones que permiten establecer nuevas conexiones y relaciones en los relatos y acciones de los integrantes.

Respecto al equipo coordinador y el emergente, Cifuentes et al. (2014) señalan que el coordinador elige, de entre las cosas que se dicen y ocurren en el grupo, algunas de ellas que le permiten ir armando una cierta narrativa, un sentido y que transmite al grupo a través de una interpretación, señalamiento, esclareciendo algo. Mientras tanto, el observador mira también ese proceso, incluye las intervenciones del coordinador, registra los nuevos emergentes y va construyendo una narrativa de lo acaecido en la sesión, realizando una lectura de emergentes, cuya funcionalidad es la de efectuar una devolución interpretativa del acontecer grupal. El observador, durante la sesión registra los emergentes que leerá al grupo en torno a 30 minutos antes de su finalización.

Dividimos los emergentes en los dos grupos. Los pacientes con TMG estructuras psicóticas (esquizofrenia, trastorno bipolar) (grupo 1) y el grupo de pacientes con estructuras neuróticas pero graves (grupo 2) (trastornos de personalidad, trastorno depresivo mayor) Respecto *al grupo 1*, diferenciamos dos períodos ya que dicho grupo comienza en septiembre de 2019, se interrumpe por Covid-19 y se retoma en septiembre de 2021.

El grupo de TMG (grupo 1) en su inicio en 2019

El inicio de este grupo en cuanto a la participación, al logro de pertenencia, es lento. Se da cierta desconfianza y se preguntan qué hacen en ese espacio, quizá porque no están

acostumbrados en la USMA a tener este tipo de atención, psicoterapia grupal. Quienes han estado en otros dispositivos sí saben de esta modalidad, pero otros no. Se preguntan cómo les va a ayudar este espacio, máxime si tenemos en cuenta las dificultades en las relaciones que presentan fuera. Poco a poco se van sintiendo cómodos, no faltan a ninguna sesión valoran poder expresar y compartir sus sentimientos y sentirse escuchados.

Desde la presentación y a lo largo de todo el proceso grupal la temática central es el diagnóstico, como algo independiente de los problemas o cuestiones que pasan en la vida. Pueden hablar de lo que les pasa (traumas, separaciones, maltratos, pérdidas...) pero no lo relacionan con los síntomas. Es tarea de la psicoterapia poder ir relacionándolo.

Otro tema central y que se repite es el del aislamiento. Al igual que con el diagnóstico, en un principio lo traen como algo independiente de ellos, de las relaciones, de cómo se relacionan. Aislamiento como consecuencia de la enfermedad, de la vergüenza, “yo sentí vergüenza, me escondo”. La soledad como consecuencia del aislamiento, de la enfermedad, de no encajar, ser diferentes.

Poco a poco pueden ir hablando de las consecuencias de la soledad “yo estoy a gusto en soledad, pero luego es peligroso”, “yo a veces prefiero no estar con nadie” y de aspectos que influyen en dicho sentimiento “Los demás no entienden, a mi familia digo unas cosas y ellos escuchan otras”.

La lectura de emergentes es valorada por los integrantes. El primer emergente tras la lectura de emergentes nos ayuda a pensar qué efecto tiene en ellos: *se sienten identificados, reconocidos* “nos ha recogido a todos”; sirven para *retomar temas importantes que quizá se habían dejado de lado* “nunca, nunca hay que tolerar el abuso”. “Mi tema es la soledad”; les hace ver *la importancia de pedir ayuda* “tuvimos que pedir ayuda, es duro venir a psicoterapia”; permite *relacionar el síntoma con otros aspectos y la consecuencia* “la soledad, la tristeza van unidas, te atrapan” y la importancia de tomar *una postura más activa* fuera “hay que sacarlo fuera hay que aplicarlo”.

Emergentes TMG (grupo 1) septiembre 2021

En este grupo muchos integrantes han realizado grupo previo.

El tema central que se trabaja a lo largo del grupo se refiere a las consecuencias de la enfermedad. Hay cierto sentimiento de desesperanza “Parecía que iba mejorando, pero otra vez estoy peor”, “me da miedo salir a la calle”, “tengo ganas de irme y no venir, esto me agobia mucho, lo paso muy mal”, “estoy mal vuelvo a estar mal, esto no tiene solución”.

Se repite el tema de la ocultación de los síntomas, del diagnóstico y las consecuencias que puede tener.

Se sienten cansados de hacer tanto esfuerzo, el esfuerzo que les supone intentar estar bien.

A lo largo del grupo se introduce el tema de las relaciones, no sólo centradas en ellos sino en los demás “cuando estoy mal intento no ser una carga tan pesada para los demás”. También de lo que pueden ir aprendiendo en el grupo y para qué les sirve el grupo, de lo que sí consiguen, “con los años voy a mejor porque controlo más la enfermedad” pero con dudas “entiendes la enfermedad, pero no la puedes controlar del todo”. Se trabaja la ambivalencia de estar mal y poder controlarlo “busco las maneras de compensar lo que me pasa, pero me bloqueo”, “se me queda la mente en blanco, me siento tonta cuando hablo con la gente se me olvida hasta lo que he comido”.

En este período también se expresa la importancia del grupo, la importancia de sentir que tienen un grupo, se les echa en falta cuando no acuden a una sesión “sois los únicos que me habéis echado en falta”.

Se habla de la recuperación, y el miedo y la importancia de enfrentarse a los miedos, el miedo a la recaída. Dice un integrante, “la recuperación es un proceso”, hablan de la dificultad de cambiar.

Emergentes TMG (grupo 2) septiembre 2021.

En este grupo, gran parte de los integrantes han realizado psicoterapia previa.

En la primera sesión muchos pacientes se presentan con la experiencia del grupo anterior “me sirve como apoyo”, “me gusta compartir experiencias”, “me viene bien saber qué es lo que me ha llevado a tener una depresión y aprender elementos para manejarla”.

A lo largo del proceso grupal pueden ir relacionando algunos de los síntomas (impotencia, mala imagen, hacerse daño) con situaciones que han vivido, con traumas infantiles. También se analizan los desencadenantes (pérdidas, muertes, enfermedades).

Se aborda de manera recurrente cómo poder manejar las emociones y sentimientos, tan intensos e impulsivos que tienen algunos, o depresivos y pasivos de otros. Se insiste en buscar un equilibrio, poder gestionar los problemas. Se incide en la importancia de entender qué provocan los síntomas “me irrita no saber por qué estoy triste”, “hay que pararse a pensar para tener idea de lo que nos pasa”, “Todo me lo tomo a la tremenda, no es problema de los demás es mío”, “Saber el por qué y saber el para qué”. “Tenemos que

aprender a no decir lo que queremos a través del síntoma". "Estaba tan agarrada a mi problema que no trabajaba en poder solucionarlo".

Se habla de la incapacidad, de la baja, de sentirse inútiles, de que es difícil aceptar que ya no eres el mismo, de la limitación. Hablan del sufrimiento de estar mal y de las ideas de quitarse la vida y de los ingresos que han necesitado.

Es central el tema de la relación con los padres, con la madre "mi madre me aterrorizaba, ¿por qué pagaba conmigo todo ese odio?", reconociendo también los problemas y enfermedades de los padres y el temor a repetirlo con sus hijos. También se abordan las relaciones con la familia actual.

Otro tema central, que se repite es la comunicación. Comparten en el grupo el malestar y los síntomas que tienen, "me autolesiono", "estaba descontrolada", "siento ira y rabia", "mi vida está en caos". Posteriormente pasan a hablar de la importancia de la comunicación y de las dificultades que tienen, sienten que su forma de comunicarse y todos estos sentimientos tan intensos van alejando a los demás y a veces también prefieren callarse porque les da miedo el descontrol que pueden tener y todas las dificultades de la comunicación.

En general, a lo largo de las sesiones se trabaja sobre los dos polos salud/enfermedad de manera dialéctica, hablan de la enfermedad, los síntomas, la discapacidad y las ganas de salir. De los traumas, las pérdidas, las muertes que han ocasionado los síntomas y la forma de poder resolverlos "no voy a quitarle importancia al problema, pero no voy a dejar que me hunda."

Respecto a la dinámica, es un grupo más activo que el grupo 1, se pueden hablar y afrontar los conflictos que surgen, las emociones derivadas de la relación. Se pueden aprovechar situaciones problemáticas para entender aspectos menos conscientes y que se repiten en la forma de comunicarse.

Respecto a la técnica, señalar algunos aspectos del equipo coordinador, de sus intervenciones en relación con los dos grupos. En el primer momento del grupo 1 (pacientes con estructuras psicóticas) las terapeutas van escuchando, conteniendo y dando la oportunidad para exponerse en un espacio seguro, traer los conflictos, problemas "importante decir en el grupo si alguien se encuentra mal", "qué quieren decir los síntomas", "si aparecen aquí las dudas, se pueden plantear". Los señalamientos muchas veces van más dirigidos a lo manifiesto y las dificultades que tienen en las relaciones. Posteriormente se pueden ir trabajando en más profundidad algunos de los focos o problemas que presentan los integrantes del grupo. Son fundamentales los diferentes tipos de intervención que se

utilizan en la Concepción Operativa en este grupo, información, aclaración, confrontación... Incluyendo la interpretación de contenidos más inconscientes en la medida de que el grupo avanza y pueden ser trabajadas.

En el grupo 2 (trastorno depresivo mayor y trastorno de personalidad) las intervenciones de las coordinadoras se asemeja más a otros grupos de neuróticos, incluyendo desde momentos más iniciales interpretaciones y confrontaciones (quizá con algo más de cuidado que en otros grupos), no siendo tan necesaria la contención.

Discusión

La actitud y proceder que tuvo Pichon-Rivière en las instituciones psiquiátricas donde inició su trayectoria profesional (de indagación de la cronicidad y el estereotipo, de la creencia y esperanza radical en el cambio, del cuidado y búsqueda de la autonomía del paciente), la teoría y técnica de grupo operativo y el esfuerzo de muchos compañeros y compañeras que desde la COG han reflexionado, estudiado y puesto en práctica en las instituciones de salud mental de nuestro país tratamientos grupales para el trastorno mental grave, nos ha inspirado y motivado a realizar cambios en la atención al paciente grave en nuestra consulta en una Unidad de Salud Mental.

Nos ha resultado de gran ayuda *el concepto de TMG* en la organización de la psicoterapia grupal para la atención a pacientes graves en la USMA, al respecto Conejo et al. (2014) señalan es clave para organizar la atención sanitaria. Otros autores (Walter y Stone, 1996) señalan la utilidad del concepto para establecer las estrategias terapéuticas adecuadas, en las cuales el optimismo terapéutico deba equilibrarse con las limitaciones en cada caso.

Aun no existe una definición consensuada sobre TMG, algunos autores incluyen algunas categorías más como la seguridad hacia sí mismo y los demás y el apoyo social y familiar (Slade et al., 1997), o el uso de recursos sanitarios e ingresos hospitalarios, apoyo familiar y social y variables personales (edad de comienzo enfermedad, nivel formación, recursos económicos, conciencia de enfermedad). Además, Conejo et al. (2014) demostraron cómo existen diferencias en la conceptualización del TMG entre los diferentes profesionales de salud mental, por ejemplo, en su estudio los psiquiatras consideran de importancia el diagnóstico y del diagnóstico de psicosis específicamente, si bien el resto de profesionales restaron importancia a este hecho. Los psicólogos, educadores y médicos de familia en su estudio dieron más importancia a la funcionalidad. Los trabajadores sociales se centraron en las características de los cuidadores y las repercusiones de ese apoyo.

El tema del diagnóstico en conceptualización del TMG es uno de los aspectos más controvertidos en el momento actual, y que está evolucionando más, es decir el TMG no se agota en los trastornos psicóticos, y no toda psicosis es TMG. Algo parecido sucede con la

duración, la cual tampoco es considerada por los profesionales como algo necesario, teniendo en cuenta que hay casos de corta duración y de gran gravedad, y otros de larga evolución, pero autónomos (Conejo et al., 2014).

Estos desarrollos respecto al concepto de TMG en los que se incluyen otros diagnósticos además de la importancia concedida a la funcionalidad, a la autonomía y necesidades de supervisión y apoyo como criterio clave en la conceptualización del TMG, se aproxima más a las características de muchos pacientes que acuden a las USMA. Con relación a la duración, la mayoría de nuestros pacientes llevaban más de 2 años de evolución de la enfermedad (91,66%), pero también hemos incluidos personas con menor duración de la enfermedad que hemos considerado se podían beneficiar del grupo.

La mayoría de las Comunidades Autónomas consideran *la atención a estos pacientes* como algo prioritario, en muchos casos en modo de procesos asistenciales. Nos parece que dicha atención está muy bien organizada en dispositivos asistenciales de corta y media estancia, así como en centros de día, pero en algunas ocasiones en los dispositivos ambulatorios y por las características de la demanda e insuficiencia de profesionales en los equipos, pensamos que las intervenciones psicoterapéuticas en la atención de estos pacientes pueden quedar marginadas respecto a pacientes con otras patologías. En este sentido estamos de acuerdo con los autores que plantean la importancia de construir dispositivos grupales para las personas en trastorno mental grave en los servicios de salud mental (Gómez, 2003; Vallejo, 2006; Lorenzo, 1998).

La realización *de psicoterapia de grupo* con esta población de pacientes requiere una adaptación técnica con respecto a otros grupos de psicoterapia, un exceso de ambición en el terapeuta en relación con el cambio sin tener en cuenta la profundidad de la psicopatología del paciente, pueden presionar para que se logre una mayor intimidad y expresión de afectos de lo que se puede tolerar (Walter y Stone, 1996). Creemos que este concepto es clave y justifica la organización de espacios grupales específicos para esta población de pacientes en la USMA. Además, volvemos a constatar la utilidad del concepto de encuadre corredor terapéutico (Duro et al., 1990; Bauleo et al., 2005), permitiendo en este caso generar un dispositivo grupal permanente, promoviendo la aseguración de un espacio psicoterapéutico para estos pacientes graves y crónicos, algo que de otra forma puede verse cuestionado por la alta demanda de otras patologías más comunes y leves en las USMAS. Lorenzo (1998) también se refiere a la influencia de la idea de corredor terapéutico en el diseño del espacio psicoterapéutico grupal para pacientes psicóticos en Hospital de Día.

La coterapia nos parece siempre interesante, a veces no es posible en la asistencia pública, pero con esta población de pacientes creemos que es fundamental. Por un lado, como plantea Vallejo (2006) en los espacios grupales los profesionales podemos reflexionar sobre el paciente, sobre las intervenciones asistenciales y sobre la coordinación del equipo,

algo fundamental siempre pero más cuando trabajamos en la gravedad. Por otro lado, los fenómenos de transferencia y contratransferencia se intensifican y complican en la atención a esta población de pacientes graves, por ejemplo, en pacientes con trastorno de la personalidad la coterapia posibilita reflexionar conjuntamente sobre la intensa transferencia de los pacientes (desorganizada, inestable, agresiva) y además promueve una diversificación de la misma y reduciendo el riesgo de transferencia masiva en el terapeuta (Gómez, 2013). En los pacientes con estructuras psicóticas, como plantea Tarí (2014) el terapeuta puede sentirse aturdido, inhibido, paralizado.

Respecto al *modo de organizar el grupo*, nos ha resultado útil dividir en dos grupos, como decíamos, uno con estructuras psicóticas y otro con estructuras neuróticas graves. Como observamos a través de los emergentes son grupos con dinámicas y temáticas diferentes, lo que nos lleva a reafirmarnos en esta opción. Ambos grupos son heterogéneos, por ejemplo en el primer grupo no son todos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sino que hay pacientes con trastorno bipolar, una persona con un TOC grave, creemos que esto marca también una diferencia con los procesos grupales que otros autores describen en los grupos de psicoterapia con pacientes psicóticos, como por ejemplo demanda ambivalente o inexistente en el paciente (Vallejo, 2006; Tarí, 2014), la tendencia al aislamiento y el autismo en el espacio grupal (Vallejo, 2006), algo que sí podemos observar en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en una primera fase grupal. En el segundo grupo integrado por trastornos de personalidad y trastornos del ánimo crónicos, hace que la dinámica grupal quede menos marcada por una transferencia difícil y con tendencia a las actuaciones característica de los trastornos de la personalidad como informan otros autores (Gómez, 2013) que es característico en los grupos homogéneos de trastorno límite de la personalidad. Creemos que esa heterogeneidad beneficia al clima y dinámica grupal.

La tarea que proponemos al grupo es general, y parecida a la que proponemos a los grupos de pacientes menos graves, analizar los conflictos y problemas que influyen en los síntomas y sentimientos que tienen y poder encontrar la manera de estar mejor. Lo que cambia quizá es el camino, sabemos de la dificultad de esta tarea para estos pacientes, sabemos de la intensidad de las ansiedades, por lo tanto, adaptamos la propuesta a las características y posibilidades del grupo, en cada momento. Intentamos que el viaje sea para ellos lo más cómodo posible, sin muchas curvas, aunque alguna es inevitable para poder cambiar. Es cierto que en el grupo de pacientes con estructuras psicóticas relacionar los factores psicológicos, su historia biográfica con los síntomas es un proceso más lento y hemos de centrarnos más en aspectos más manifiestos, durante más tiempo, a diferencia del grupo de estructura neurótica grave que tienen más capacidad de simbolización e introspección. Pero hemos visto que plantear una tarea más amplia puede ayudarnos a incluir intervenciones que de otro modo no contemplaríamos.

Este tema de la tarea es un tema que nos ha llevado tiempo pensar en esta población de pacientes, hasta llegar a la conceptualización que tenemos en el momento actual.

Otros autores, como Tarí y Ferrer (2011) para esta población de pacientes plantean como tarea “reflexionar sobre las dificultades que el paciente encuentra en su proceso de recuperación”. Los autores plantean que el concepto de recuperación es un principio guía en esta población de pacientes. La recuperación según Anthony es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y plena a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (Tarí y Ferrer, 2017).

Planteamos una variedad de *objetivos* de la psicoterapia de grupo, creemos que cada uno de los pacientes que acuden al grupo tienen necesidades muy amplias y variadas, y probablemente cada uno de estos pacientes se acerque más al cumplimiento de unos objetivos u otros, en función de su gravedad y del momento de su evolución, por ejemplo hay pacientes que se benefician de estar en grupo, es el único momento de la semana que no están aislados, y otros pacientes han podido trabajar conflictos previos en relación con su sintomatología. Como plantea Gómez (2006, 2013, 2015) el espacio grupal es válido para los pacientes con TMG por diferentes motivos. En la esquizofrenia puede ser un lugar desde el que modificar el mundo de relaciones del paciente, de elaboración y contención de las alucinaciones, delirios o ansiedades en las relaciones familiares y sociales. En el trastorno bipolar es un espacio que ayuda a los pacientes a afrontar la vulnerabilidad en el afrontamiento de la vida cotidiana. En el paciente con trastorno límite de la personalidad es un espacio que promueve la reducción de la tendencia al acto, además el grupo es un espacio de simbolización, reflexión y análisis.

Respecto a *las características sociodemográficas*, si comparamos a los pacientes del grupo de TMG con otros pacientes que acuden al resto de grupos de la USMA (de Felipe, Vázquez y Simón, 2019), la principal diferencia, además del diagnóstico, tiene que ver con la actividad laboral, en el grupo de TMG únicamente el 13,05% se encuentran activos laboralmente respecto al 34,3% de pacientes que acuden con otros diagnósticos. La edad media de los pacientes del grupo de TMG también es algo mayor (45 años, en comparación con los 37 años). El resto de variables analizadas son similares (estado civil, nivel estudios). El tema laboral es un tema que se repite en ambos grupos, el dolor por no poder realizar una actividad profesional. En ocasiones se habla de trabajos “protegidos” pero con niveles de exigencia exagerados. Como plantea Tarí (2019) el inicio de la exclusión social y la cronificación comienza con la expulsión de los pacientes de contextos significativos. Todavía queda mucho que avanzar en materia de integración laboral y social de estos pacientes, algo que incidiría sin duda en descender los niveles de discapacidad de los mismos.

En relación a la *discapacidad y disfuncionalidad* de los pacientes atendidos comprobamos que se trata de pacientes graves, la mayoría (95,83%) obtienen en la escala GAF (EEAG) menos de 60 puntos. Analizando la escala HONOS vemos cómo en nuestra población de pacientes las áreas de más gravedad por orden serían los problemas clínicos (2,08), los problemas sociales (1,16), los problemas conductuales (0,61) y finalmente el deterioro (0,44). Este perfil es similar en los dos grupos de pacientes analizados, por lo que nos reafirmamos en que el trastorno mental grave va más allá del diagnóstico de esquizofrenia. Podríamos pensar que las bajas puntuaciones en problemas conductuales y deterioro tiene que ver con el perfil de pacientes graves atendidos en USMA a diferencia de otros recursos terapéuticos intermedios (HD, Centros de Día).

En cuanto a *los abandonos*, dos pacientes abandonaron tras la primera sesión, ambos con diagnóstico de esquizofrenia. Tras esa primera sesión dijeron que no querían estar en ese grupo, que los demás estaban peor y no tenían sus problemas. Eran dos personas muy aisladas, vivían solos, no se relacionaban apenas, suspicaces y sin ninguna motivación en profundizar sobre lo que les pasaba. Siguieron en tratamiento en la USMA, psiquiatría, enfermería y psicología clínica durante un tiempo, pero encontraron su grupo y las relaciones que necesitaban en el Centro de Día, se sintieron bien, realizando actividades en las que se sentían integrados y a gusto. Vico (2014) en la misma línea plantea cómo los grupos psicoterapéuticos no son “café para todos”.

En general la asistencia al grupo ha sido muy elevada, con escasos abandonos, algo que coincide con lo observado por otros autores para grupos similares en la USM (Gómez, 2006). Además, percibimos también lo planteado por Vallejo (2006), con el avance del proceso grupal observamos un cuidado al espacio grupal y a los compañeros. Así lo observado por nosotras se diferencia de lo planteado por Walter y Stone (1996) que plantean que la mayoría de los pacientes crónicos no desarrollan la cohesividad de la misma manera que el resto de grupos con mejor funcionamiento y la asistencia irregular es la norma.

El análisis de los emergentes aporta información sobre los temas que más preocupan y la dinámica grupal. El análisis del material del grupo a través de los emergentes es una metodología de investigación utilizada en Concepción Operativa (Baz y Díaz, 1991). Entendemos que no se puede hablar en sentido estricto de emergentes pues los observadores no tienen formación en Concepción Operativa pero como se ha dicho en otras ocasiones sí en la escucha de procesos y contenidos psicológicos. Por otra parte, la intervención del coordinador a través de la lectura e interpretación de la latencia grupal influye en los contenidos grupales que se analizan a continuación.

Respecto a la participación y pertenencia al grupo, en el caso de pacientes con estructuras psicóticas en las primeras sesiones es lento, expresan cierta desconfianza y se preguntan qué hacen en ese espacio, expresado también por Gómez et al. (2003) cuando dicen que en los grupos de pacientes esquizofrénicos en las sesiones iniciales destacan sus dificultades para integrarse en el grupo, aparecen ansiedades de tipo paranoide.

Por otra parte, en el grupo de pacientes de estructuras psicóticas y respecto a la temática *encontramos la importancia del tema del diagnóstico, de su enfermedad como algo independiente* de los problemas o cuestiones que pasan en la vida. Vallejo (2006) plantea cómo en grupo con pacientes psicóticos precisamente sucede esto, “se presentan con sus diagnósticos, con sus medicaciones, sus historias de ingreso, con el tiempo que llevan enfermos”, el autor lo define como un “atrincheramiento con la identidad de enfermo” que va a ser un estereotipo y emerge en muy diversos momentos del proceso grupal (situaciones de cambio, entrada de nuevos miembros...). Según el autor uno de los objetivos terapéuticos va a ser la ruptura de este estereotipo. Tarí y Ferrer (2011) se refieren a este hecho como una actitud resistencial que denominan “atrapado en la enfermedad”, es un estado en el cual el autoconcepto acaba siendo organizado alrededor de la enfermedad y alrededor del rol de paciente. Barbagelata (2005) plantea la importancia de realizar una relectura de la psicosis, buscando su comprensión en la vida de los individuos como intento de desarrollar una identidad que de sentido y valide sus sufrimientos. Estamos de acuerdo con estos autores y consideramos un objetivo clave de la intervención psicoterapéutica grupal el ir relacionando la enfermedad con su biografía.

Compartimos con Tarí y Ferrer (2017) que el grupo posibilita expresarse libremente sin miedo a ser considerado como loco, así el trabajo sobre el discurso de la enfermedad permite apropiarse de la experiencia de la enfermedad, y gracias a los miembros del grupo permite superar las fragmentaciones y los vacíos del discurso, contribuyendo a dar un sentido coherente a las propias vivencias. Así el grupo sería un espacio privilegiado para posibilitar el paso del rol de enfermo al de persona con enfermedad. Y como plantea Vico (2010) “pasar de estar enfermo a tener problemas y poder soportar como mejor pueda las injusticias de la vida”.

Otro tema central y que se repite y les preocupa es *el aislamiento* como consecuencia de la enfermedad, de la vergüenza, de no encajar, ser diferentes, el grupo es un buen espacio para hablar de esos aspectos, de los síntomas, de las vivencias que no suelen compartir con nadie. Sienten alivio de poder hablar de ello, se sienten comprendidos y escuchados. Así que la propuesta grupal se convierte para estos pacientes en un espacio transicional entre el aislamiento y la realidad externa, pudiendo recomponer su capacidad de relación, tal como refiere Tarí (2017). Poco a poco pueden ir hablando de las consecuencias de la soledad y expresar la satisfacción de compartir ese espacio, lo que nos

recuerda a lo que dice Correale et al. (2004) al hablar de los factores terapéuticos en grupos de pacientes graves, considerando el sentido de pertenencia como algo fundamental, plantean que sus funciones serían el refuerzo y revitalización del sentido del sí-mismo de los pacientes. A medida que avanza el grupo se empieza a expresar *la importancia del grupo*, Jasiner (2019) se refiere a la importancia de la metáfora del grupo como piel en los abordajes en psicosis, retomando la metáfora que plantea Anzieu el cual propone que la piel como sostén y órgano que otorga unidad a los otros órganos haciendo que éstos al ser cubiertos sean todos uno. Creemos que es fundamental esta importancia de pertenecer al grupo, como elemento que alivia esos sentimientos de soledad y aislamiento tan duros y profundos.

En la medida que han pasado por la experiencia grupal, en un segundo momento, ya se conocen, han realizado un trabajo juntos, pueden ir hablando de las consecuencias de la enfermedad, repitiéndose un sentimiento de desesperanza en el discurso grupal, la ocultación de los síntomas, del diagnóstico y las consecuencias que puede tener. Se sienten cansados de hacer tanto esfuerzo, el esfuerzo que les supone intentar estar bien. En esta segunda edición del grupo es muy llamativa la entrada de la tristeza, la desesperanza, creemos que se trata de un avance dentro de la elaboración del duelo por la salud perdida como plantean Tarí y Ferrer (2011).

En relación a los emergentes del *grupo 2, del grupo con estructuras neuróticas graves*, respecto a *la temática y dinámica* encontramos diferencias entre los dos grupos. En este grupo a diferencia del anterior, desde momentos iniciales se habla de situaciones vividas, traumas infantiles, desencadenantes de la enfermedad, y se va relacionando con algunos de los síntomas. Encontramos aspectos comunes con los que plantea Gómez (2018) respecto al discurso de los pacientes con TLP, intenso temor a ser abandonadas, experiencias de abandono, abuso sexual y maltrato físico, pero en nuestro caso, la heterogeneidad en cuanto a los diagnósticos o estructuras hace que los discursos y temáticas de los grupos se entremezclen con otros contenidos y de menor intensidad que lo planteado en pacientes psicóticos o TLP. Encontramos mayor dificultad que en el grupo 1 en el manejo de las emociones y sentimientos, tan intensos e impulsivos que tienen algunos, o depresivos y pasivos de otros, algo que se actúa en la dinámica grupal.

Finalmente, respecto a *la técnica*, señalar la importancia de la integración en la Concepción Operativa de aspectos relacionados con el psicoanálisis y la psicología social, especialmente en este grupo de pacientes tan dañados y con tantas repercusiones relacionales y sociales. La variedad de intervenciones que se plantean en el grupo operativo desde las más psicoanalíticas como la interpretación o las más dirigidas a confrontar o informar, esclarecer o apoyar son de enorme utilidad en este grupo psicoterapéutico.

Conclusiones:

- Es fundamental atender desde el punto de vista psicoterapéutico a los pacientes con enfermedad mental grave dentro de las Unidades de Salud Mental de Adultos.
- La enfermedad mental grave va más allá del diagnóstico de esquizofrenia dentro de las Unidades de Salud Mental de Adultos. El concepto de TMG resulta de utilidad para organizar la asistencia.
- El tratamiento psicoterapéutico grupal es una opción terapéutica interesante tanto porque posibilita en la sanidad pública el poder realizar una psicoterapia en condiciones de tiempo y frecuencia, como por los factores terapéuticos propios que, como hemos visto a lo largo del artículo, son fundamentales en el proceso de mejora de estos pacientes.

Bibliografía

- Abad , T. (2020). Elementos estructurales del contexto como claves para el cambio. *Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 24, 1-10.
<http://www.area3.org.es/uploads/a3-24-elementosestructuralescontextocambio-TAbad.pdf>
- American Psychiatric Association, APA (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://goo.gl/7iZUBq>
- Barbagelata, N (2005). Nuevos horizontes en la terapia familiar de la psicosis: biología, entorno y desarrollo de la identidad. *Revista Redes* (15).
<http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/128/67>
- Baz, M., y Barriga, A. D. (1991). Concepción operativa de grupo e investigación. Su ubicación en el contexto de las ciencias sociales. *Lo grupal*, 9, 115-43.
- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo: a propósito de la grupalidad*. Atuel.
- Becerra, G. (2015). Enrique Pichon-Rivière: los orígenes de la psicología social argentina. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 5 (1).
<http://www.relmece.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmececv05n01a04>
- Bleger L, Pasik N. (1997) *Psicoanálisis Grupal. Cuándo, cómo y por qué*. Buenos Aires: Tekné.
- Casillas, I. (2014). Lola y el grupo de ocio. ¿Normas del grupo o de la institución? En Irazábal Martín (Coord.), *Situaciones grupales difíciles en salud mental* (pp. 147-160). Grupo 5: Madrid.
- Cifuentes, R., Suárez, V., Suárez, F. y Tarí, A. (2014). Emergente en la Concepción Operativa de Grupo. *Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 18, 1-14.
<http://www.area3.org.es/uploads/a3-18-emergenteCOG.pdf>
- Conejo, S., Moreno, P., Morales, J. M., Alot, A., García-Herrera, J. M., González, M. J., y - Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 37 (2), 223-233. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200005
- Correale, A. y Nicoletti, V. (2004). *Il Gruppo in Psiquiatria*. Ed Borla.
- Del Río, F., Castellano, J., Fernández, F., Fernández, B., Guerra, J., Huizing, E. y Vázquez, A. J. (2020). Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado.
http://217.12.23.249/bitstream/10668/3226/1/PAI_TrastornoMentalGrave_2020.pdf
- Duro, J. C., Ibáñez, M. L., López, L. y Vignale, R. (1990). Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale, *La Concepción Operativa de Grupo*, (pp. 37-77). AEN.
- De Felipe, Pedroviejo, Olivares y Lassaletta, (2001). *Estudio de la psicoterapia de grupo en una Unidad de Hospitalización Breve*. Actas del Congreso Diez años de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid.

- De Felipe, V., Vázquez, E., Simón, V. (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. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 23, 1-15. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-23-Evaluacionfactoresterapeuticos-VdeFelipe-etall.pdf>
- Gobierno de Navarra. Dirección General de Bienestar Social (2005). Programa de atención a personas con trastorno mental grave. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B66BCCE6-6744-4560-83E7-7729EE54C2D1/152344/PROGRAMATMG1.pdf>
- Gómez, R., Martín, M., González, A., Flores, M., Bote, B., y Güerre, M. (2003). Reflexiones acerca de un grupo terapéutico con pacientes esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 88, 17-33. <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15857>
- Gómez, R (2006). Psicoterapia de grupo Psicoanalítica en la esquizofrenia. Algunas fases del proceso grupal. En Gómez Esteban y Rivas Padilla (coordinadores). *La práctica analítica en las instituciones de salud mental. La psicosis y el malestar de la época actual* (pp. 85-119). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gómez, R. (2013). Sin ti no soy nada. Una perspectiva psicoanalítica y grupal de los trastornos límites de la personalidad. En Irazábal, E. y Hernández, M. (coordinadores). *Experiencias terapéuticas grupales* (pp. 57-89). Grupo 5: Madrid.
- Gómez, R. (2014). Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 18, 1-15. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-18-clinicagrupalRGomez.pdf>
- Gómez, R (2015). Psicoterapia de grupo psicoanalítica operativa en la melancolía/manía, en los denominados “Trastornos Bipolares” en el DSMV. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 19, 1-44. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-psicoterapiagrupalmelancolia-mania-RGomez.pdf>
- Gómez, R. (2018). El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicóticas, borderline y enfermedades orgánicas. *Área3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, Número especial 3*. Materiales presentados en la II Asamblea Internacional sobre Investigación en torno a la Concepción Operativa de Grupo, Madrid 26-28 de abril de 2018. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-E3-discursogrupal-RGomez.pdf>
- Irazábal E. (2016). *Coterapia o equipo coordinador*. Trabajo presentado en IV Jornadas de Trabajo Grupal en Salud Mental Hospital Universitario La Princesa, Madrid
- Jasiner, G. y Woronowsky, M. (1992). *Para pensar a Pichon*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Jasiner, G. (2019). *La trama de los grupos: dispositivos orientados al sujeto*. Lugar Editorial.
- López Fernández-Escandón, M. (2020). Grupo con personas con Trastorno Mental Grave. Grupo con personas. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 24, 1-11. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-24-Gruposconpersonas-MLopez.pdf>
- López, R. (2000). *El estilo en la transmisión del psicoanálisis*. Topía. Buenos Aires.

- López Sanz, A. (2020) El Saber ocupó un lugar. Evaluación de un grupo de Cultura en un centro de día. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 24, 1-12. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-24-alsaberocupounlugar-ALopez.pdf>
- Lorenzo, M.D. (1993). Aportaciones de la psicología social y la concepción operativa de grupo en el tratamiento del psicótico en un Hospital de Día. *Apuntes de Psicología*. 38-39. 151-162.
- Lorenzo, D (1998). La atención a pacientes psicóticos: Una mirada desde la concepción operativa de grupo. Recorrido del esquema referencial. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 6,1-12. <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-6-atencionapsicoticos-LLorenzo.pdf>
- Lorenzo, L. (2018). La psicoterapia de grupo y la psicosis. Un lugar para el sujeto. En Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *I Jornadas Sección de Psicoterapia de Grupo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: «La psicoterapia de grupo en los servicios de Salud Mental»* (pp. 33-42). Madrid: AEN.
- Lucena, R., Serván, I., Posada, B y Gálvez, M.E. (2013) Del acto al pensamiento el proceso de la comunidad terapéutica. *Clínica Contemporánea*, 4 (2), 135-151. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2013v4n2a4.pdf>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.
- Otero, J., Vallejo, F. y Mantrana, L. (2018). Psicoterapias de grupo en los sistemas de salud público desde la concepción operativa de grupo. *Norte de Salud Mental*, XV (59), 120-125. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Revista-Norte-59-Salud-Mental.pdf#page=122>
- Overall J, Gorham D (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*. <https://goo.gl/SosLK5>
- Pichon-Rivière, E. (1980). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (1), (5ª Ed.). Nueva Visión.
- Racamier, P.C. (1983). *Los esquizofrénicos*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Slade M, Powell R, Strathdee G (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* ; 32 (4): 177-184
- Tarí, A., Ferrer, C. (2011). Duelo y recuperación. En *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis* (pp. 127-150). Madrid: Grupo5.
- Tarí, A., Ferrer, C (2012). Grupo y Rehabilitación. En *Salud Mental Comunitaria* (pp. 351-369). España: UNED.
- Tarí, A. (2014). ¡Otra vez grupo! En Irazábal Martín (Coord.). *Situaciones grupales difíciles en salud mental* (pp. 395-406). Grupo 5: Madrid.
- Tarí, A., Ferrer, C. (2017). El grupo y la recuperación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37 (131): 227-240. <http://revistaen.es/index.php/aen/article/view/16999>
- Tarí, A. (2019). El reconocimiento como fundamentación ética y técnica de la rehabilitación. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 23,1-17.

<http://www.area3.org.es/uploads/a3-23-Reconocimiento-ATari.pdf>

- Uriarte, J. J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J. K., Beevor, A. S., & Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11(4), 93-101.

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=HoNOS.pdf>

- Vallejo, F. (2006). Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 331-343.

<https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/109/111>

- Vico, D. (1994). Trabajo con psicóticos. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 0, 1-12. <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-0-psic%C3%B3ticos-DVico.pdf>

- Vico, D. (2009) Psicoterapia de grupo para necesitados: preparativos básicos. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 13, 1-18.

<http://www.area3.org.es/Uploads/a3-13-Psicoterapia-D.Vico.pdf>

- Vico, D. (2010). Locos entre suposiciones, curiosidades y disparates. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 14, 1-7.

<http://www.area3.org.es/Uploads/a3.14.Locos.DVico.pdf>

- Vico, D. (2014). ¿Café para todos? En *Situaciones grupales difíciles en salud mental* (pp. 407-436). Madrid: Grupo 5.

- Walter, N., Stone, M.D. (1996). Terapia grupal con enfermos mentales crónicos. En Kaplan, H., Sadock, B. (Ed.). *Terapia de grupo*, 3ª Edición (pp. 842-842). Editorial Médica Panamericana.

- Zito Lema, V. (1993). *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*.