



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 27 – Invierno 2023

Psicoterapia grupal Operativa en diferentes dispositivos asistenciales de la red pública de salud mental

Elena Vázquez Ramo y Victoria de Felipe García-Bardón.

*“En tiempos de incertidumbre y desesperanza,
es imprescindible gestar proyectos colectivos
desde donde planificar la esperanza junto a otros».*

Pichon-Rivière

INTRODUCCIÓN

En la sanidad pública nos encontramos con la necesidad de responder por un lado al sufrimiento grave de los pacientes con un tratamiento psicoterapéutico adecuado y por otro a una gran demanda asistencial, siendo la psicoterapia grupal un tratamiento de elección, no sólo porque ofrece la posibilidad de realizar una psicoterapia en las condiciones de tiempo y frecuencia necesarias (ya que permite tratar a mayor número de pacientes a la vez, lo que aludiría a su eficiencia), sino también porque es el medio óptimo para tratar los aspectos grupales y sociales inherentes a la subjetividad y la psicopatología. Además, numerosos estudios apuntan a la psicoterapia de grupo como un tratamiento eficaz en diferentes problemáticas (Gil y Rodríguez-Zafra, 2022) y como un tratamiento igual de eficaz que la psicoterapia individual para aliviar los trastornos psicológicos (Smith, Glass y Miller, 1980; McRoberts, Burlingame y Hoag, 1998; Leichsenring, 2009).

Por otra parte, tal como propone Pichon-Rivière, hemos de contemplar el contexto a la hora de planificar y diseñar las psicoterapias realizadas, adaptando los encuadres grupales a los diferentes dispositivos asistenciales, en nuestro caso la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), Interconsulta y Enlace (IE), Unidad de Conductas Adictivas (UCA) y Unidad de Salud Mental (USM). El objetivo de este trabajo es analizar y reflexionar sobre los diferentes encuadres de psicoterapia

pia grupal operativa que hemos ido planificando y desarrollando a lo largo de nuestra trayectoria profesional en el Hospital Universitario de Guadalajara.

El presente trabajo es una ampliación, a partir de una comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de la FEAP (Vázquez Ramo, E. y de Felipe García-Bardón, V., 2022). Hemos introducido y ampliado algunos planteamientos teóricos de la Concepción Operativa que han guiado la elección de los encuadres propuestos. Partiendo de una reflexión sobre el término “dispositivo” haremos un recorrido por las propuestas de Pichon-Rivière respecto a la planificación de la intervención (estrategia, táctica, técnica y logística), el proceso corrector y la praxis, incluyendo algunos resultados de investigaciones realizadas en estos años.

ACERCA DEL TÉRMINO DISPOSITIVO

En el campo de la salud mental asistimos a una proliferación heterogénea de los usos del término “dispositivo”, que tendría como consecuencia cierta pérdida de especificidad cuando no un vaciamiento de sentido (Salum et al., 2022). Continúan los autores, que el concepto de dispositivo, tomado en su vertiente foucaultiana, forma parte de una trama teórica que sirve para pensar problemáticas relativas al ejercicio de derechos y a la producción de subjetividad en el campo de la salud mental. También refieren que en estos momentos existe una vaguedad, propiciada por la extensión de los usos del término ya que se trata de una noción de notable difusión, a tal punto que resulta más utilizada que interrogada.

Salum et al (2022) hacen referencia a tres tipos de uso del término dispositivo: uso de tipo convencional, de tipo teórico y de tipo vivencial.

Respecto al *uso de tipo convencional*, el dispositivo es entendido como un mecanismo, artificio u organización para producir una acción prevista (RAE, 2014). En este sentido serviría para nombrar una serie sumamente variada de modos de organización, tales como consultas ambulatorias, atención domiciliaria. En esta línea, podemos pensar lo que Sonis (s.f.) plantea, que el dispositivo es una manera de disponer las cosas, de ordenar en relación con aquello que queremos producir y de cómo producirlo, se dispone algo para que sea funcional, evocando los aspectos más técnicos del concepto.

Respecto al *uso de tipo teórico*, entre los desarrollos teóricos más frecuentes se encuentran principalmente en lineamientos foucaultianos y que, sin duda, han influido en que hoy denominemos así a nuestros “dispositivos”, aunque no seamos ya conscientes de la riqueza de este término. Santiago (2012) plantea que las investigaciones de Foucault se basan en el análisis de las relaciones de saber-poder y sus efectos en las prácticas de subjetivación. Un dispositivo es el resultado de la permanente relación de un conjunto heterogéneo de elementos, el dispositivo es la red que se establece entre los elementos y esta red lo es de relaciones de saber-poder. El dispositivo, además se caracteriza por su relación con un acontecimiento que se presenta como urgente y por el cual el dispositivo asume una posición estratégica.

El *uso de tipo vivencial* fue encontrado en el análisis de los testimonios recabados en las entrevistas y resaltan de este uso la cualidad afectiva y dinámica de los dispositivos.

Montaño (2001) se refiere a la palabra dispositivo utilizando el uso convencional, pues indica que tiene que ver con disponer las cosas, poner en cierto orden, arreglar, ordenar, determinar, pero también incorpora el uso teórico ya que apunta que fue una intuición de Foucault e incluye un armado de tácticas y estrategias, por lo que es objeto y operación en movimiento, se ve y se construye. Considera que en la práctica profesional el dispositivo es un medio y un método complejo para promover una acción y se refiere al **dispositivo grupal** como instrumento para la intervención y la investigación, que posibilita procesos de subjetivación y de definición o adecuación de identidades. Por su parte, Jasiner (2019) plantea que el grupo, como dispositivo en el sentido más foucaultiano del término, indica un cruce entre urgencias sociales, relación de poder, técnicas y aprioris teóricos, además es en los dispositivos donde se producen los saberes.

Por último, señalar que los diferentes dispositivos asistenciales exigen diferentes encuadres terapéuticos pues como dice Jasiner (2019), cuando se elige el dispositivo con el que se trabajará, se está instituyendo un encuadre. Así es diferente el encuadre pensado para un Hospital de Día, una Unidad de Conductas Adictivas, una Unidad de Salud Mental o en Interconsulta y Enlace del Hospital, pues las características de su organización y de los pacientes atendidos, influyen en la elección del encuadre, la estrategia y técnicas a utilizar, por lo tanto, tendremos que pensar los diferentes encuadres (dispositivos) grupales en los dispositivos asistenciales en los que trabajemos.

Contamos con diferentes tipos de dispositivo grupal con los que podemos trabajar, los cuales incluyen metodologías, encuadres y formas de establecer el trabajo grupal a la medida de cada objetivo, que en el caso de los dispositivos de salud mental irán dirigidos al cambio. Las conceptualizaciones en torno al concepto de dispositivo y dispositivo grupal nos parecen de sumo interés y evocadoras de cara a pensar en nuestra situación como profesionales en los diferentes dispositivos asistenciales y en las propuestas terapéuticas que realizamos a través de los dispositivos grupales. Además, a continuación, presentamos algunos conceptos que desde la concepción operativa de grupo también son de utilidad en esa línea, como son el proceso corrector, la planificación del cambio y la praxis.

EL PROCESO CORRECTOR

Mora (s.f.) señala que en los textos de Pichon no resulta formalizado el término proceso corrector, habla de proceso, tarea, operación y situación correctora indistintamente, también señala que el término proceso corrector remite a la praxis pensada desde la filosofía marxista, la praxis es un proceso corrector, a cada momento de la práctica le sigue un momento reflexivo que vuelve sobre la praxis para modificarla. En esta línea, Adamson (1985) refiere que Pichon-Rivière fue un agente corrector, se caracterizó siempre por investigar en diferentes técnicas con un claro fin terapéutico y con el objetivo claro de remisión de síntomas y promoción de la salud. Así, la investigación técnica en Pichon-Rivière lo lleva a descubrimientos teóricos y a redefiniciones conceptuales, en un proceso que va del psicoanálisis a la psicología social. Otra característica de Pichon fue su operatividad, reflexionaba mientras hacía, mientras transformaba la realidad, siendo fiel al concepto de investigación activa de Kurt Lewin.

Carballo (s.f.) define el proceso corrector en Pichon-Rivière, como el proceso mediante el cual se disminuye el aumento de las ansiedades básicas para que el individuo o el grupo dejen de

emplear defensas estereotipadas y comiencen a utilizar técnicas más adecuadas a preservar lo bueno (sano) y controlar lo malo (enfermo) para lograr una verdadera adaptación activa a la realidad. De esta forma este proceso se convierte en terapéutico no porque “cura” sino porque permite al sujeto romper las estereotipias que puedan instalar una configuración de la enfermedad a través de una adaptación pasiva a la realidad. En última instancia, el proceso corrector repara y resignifica una interpretación de una realidad que le permita al sujeto poder transformarse y transformarla. Pichon habla de la “operación correctora” en referencia a la metodología de trabajo que está aplicando y que encuentra su concreción en una herramienta particular y específica: el grupo operativo, que incluye su propio dispositivo (la situación grupal), más los marcos de referencia y las técnicas de trabajo que el dispositivo exige para su operación (Carballo, s.f.).

Cazau (1981) explica que Pichon-Rivière propuso el empleo de la técnica del grupo operativo para encarar el proceso corrector. En el contexto psicoterapéutico, el proceso corrector puede ser descrito desde cuatro puntos de vista: a) los momentos de la operación terapéutica (diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis), b) sus niveles de intervención (psicosocial, sociodinámico e institucional), c) el análisis de los fenómenos universales de todo grupo (miedos básicos, la situación terapéutica negativa o resistencia al cambio, sentimiento básico de inseguridad, los procesos de aprendizaje y comunicación, las fantasías básicas de enfermedad y curación), y d) el análisis de los conceptos y pasos operacionales del ECRO.

El ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) es un conjunto de conceptos teóricos (‘conceptual’), que son referidos a un grupo y a una situación concreta (‘referencial’) para trazar instrumentalmente (‘operativo’), sobre esas bases, una *estrategia de cambio*, que se constituye como la tarea de un grupo operativo (Cazau, 1981). La planificación del cambio implica: estrategia, táctica, técnica y logística. El criterio de operación, de producción planificada del cambio (en relación con el logro de los objetivos propuestos) constituye nuestro criterio de evaluación (Pichon-Rivière, 1980).

APORTACIONES DE LA CONCEPCIÓN OPERATIVA A LA PLANIFICACIÓN DEL CAMBIO

Cuando Pichon-Rivière se introduce en los hospitales e instituciones manicomiales empieza a confrontar su instrumental psiquiátrico y psicoanalítico con la realidad de la clínica hospitalaria, su caja de herramientas es puesta a prueba en situaciones de urgencia, crisis, necesidades apremiantes, conflictos. Parece como si sus instrumentos, en contacto con la realidad en la que tiene que intervenir tuviesen que ser revisados y reconfigurados permanentemente, y desde allí según Mora (2021) se ve abierto a la modificación de sus ideas, pensamientos y acciones para adecuarlas a la realidad.

Mora (2021) reflexiona como desde el planteamiento de la epistemología convergente Pichon-Rivière fue influido por una diversidad de autores, entre ellos por el historiador y militar prusiano Von Clausewitz, tomando algo de la terminología bélica para enfrentar una realidad complicada desde la Psicología Social, con las armas de la crítica, una propuesta de lucha en el campo de la Psicología Social sería “romper estereotipias”, destruir visiones alienantes del sujeto y promover una adaptación activa a la realidad. En concreto Mora (2021) reflexiona sobre la influencia en los conceptos estrategia, táctica y logística en la operación psicológica. Quiroga (2008, como se citó en Mora, 2021) reflexiona sobre como el modelo de Clausewitz pudo ser tomado por Pichon-Rivière para complementar la teoría del ECRO, que apunta a un cambio social, direc-

cional y planificado, entendiendo que gran parte de las dificultades de los sujetos tienen que ver con que no pudieron desarrollar matrices de aprendizaje o que su matriz de aprendizaje fue una construcción marcada por fallos, desarticulaciones, distorsiones vinculares que dificultaron las posibilidades de conocimiento de la realidad.

Kesselman (en Mora, 2021) propone que las ideas de Pichon-Rivière respecto a la concepción del ataque y la lucha contra la enfermedad mental se plantean en formas muy similares a como se utilizaban para enfrentar un enemigo o rival en el campo de batalla, es así como el agente corrector es visualizado como un soldado que tiene que combatir contra un enemigo (la enfermedad), y para ello deberá realizar un trabajo previo de observación, posteriormente diseñar una forma de atacar ese campo, a modo de estrategia (diseño de un plan de acción sobre el camino a recorrer para llegar a nuestra meta u objetivo final). Kesselman organiza los planteamientos de Pichon-Rivière y dice que la logística, estrategia, táctica y técnica pueden ser no solo sucesivas sino simultáneas y son los cuatro principios básicos con que el agente corrector contará para el planeamiento y a la ejecución de la tarea correctora.

Pichon-Rivière (en Sonis, s.f.) plantea que las herramientas para poder planificar el cambio y que resulte eficaz y adaptativo a la realidad son: La estrategia (¿qué se quiere lograr?), la táctica (¿cómo se quiere lograr el cambio, cual es la herramienta más efectiva?), la técnica (¿qué procedimientos o técnicas son necesarias?) y la logística (¿qué recursos hay disponibles y cuales se utilizarán para lo que se quiere lograr?).

Al pensar en la **estrategia**, en lo que se quiere lograr, nos remite al término tarea, dado que nuestro quehacer está centrado en el concepto de tarea. Cuando se realiza una tarea se hace de una determinada forma o con un procedimiento y se realiza esa tarea en prosecución de un fin (Bricchetto, 1983). Uno de los aspectos centrales del Grupo Operativo es la importancia dada a la tarea grupal, la marcha hacia el logro de los objetivos, el proyecto. La tarea es lo que sostiene el sentido del grupo, se trata entonces de una concepción orientada hacia el cambio (Pichon-Rivière, 1980). Todo dispositivo ha sido creado para algo, para realizar una tarea, esta tarea imprime la lógica del dispositivo, de tal modo que si cambia la tarea cambia la lógica de éste (Klein, 2017).

Una **táctica** es una forma de actuar, un ordenamiento de los recursos que poseemos para la consecución de un objetivo, es el procedimiento por el cual realizamos la operación, en cierta manera puede ser entendida desde el encuadre, como la parte constante del procedimiento, si bien el encuadre es mucho más que una táctica (Bricchetto, 1983). Por otra parte, el encuadre grupal es considerado en sus dos vertientes, explícita e implícita. En su vertiente explícita: se trata del espacio, tiempo, roles, tarea-tema (o tarea manifiesta), dinero. En su vertiente implícita: el ECRO de los coordinadores, sus esquemas referenciales (Pichon-Rivière se refirió también al encuadre 'externo' e 'interno' del terapeuta). Ahora bien, esta dimensión implícita no sólo se limita a fenómenos actuantes a través de los coordinadores (sus esquemas referenciales), sino que también aparece como algo implícito (para el grupo) lo que puede denominarse como contexto social, lo social o lo institucional (Buzzaqui, 1998). Todos estos aspectos van a ser contemplados en la táctica.

Respecto a la **técnica**, nos parece muy sugerente lo que propone Mustieles (1996), que la técnica no es un objetivo en sí misma. Continúa el autor, si no hay un esquema del proceso de

intervención en el que incluir las técnicas e interrelacionarla dialécticamente con los demás momentos del proceso-procedimiento- táctica, logística y estrategia, ¿qué lugar le queda a la técnica sino la de ser un objetivo?. Entonces habría que poner el énfasis en algo más global, en todo lo que rodea a la técnica, en los marcos de referencia que guían la acción, en la forma de mirar al grupo y elegir la estrategia: estos son niveles lógicos superiores al del momento preciso de aplicación de la técnica y que contienen y proporcionan los elementos necesarios para realizar una adecuada elección técnica.

Para pensar en la **logística** tenemos que responder a las preguntas ¿qué recursos hay disponibles y cuales se utilizarán para lo que se quiere lograr? ¿con qué se cuenta para hacer la tarea? ¿qué ideas, qué sentimientos y qué posibilidades de acción tenemos cada uno de nosotros y de cada uno de los grupos? (Bricchetto, 1983).

LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN EL CONCEPTO DE PRAXIS

Es necesario evaluar los encuadres grupales, la evaluación e investigación de las prácticas realizadas es imprescindible para poder valorar si son adecuadas y efectivas. El criterio de evaluación, en palabras de Adamson (s.f.) se establece en función del cumplimiento de los objetivos propuestos y estos en relación con una adaptación, como la posibilidad de promover una modificación creativa o de adaptación activa a la realidad. Por otra parte, como dice Villegas (2016) es importante destacar que ejecutar prácticas de investigación que no trascienden a la praxis, es actuar sin reflexión, de ese modo se convierten en un mero repetir, sin reportar soluciones o conocimiento válido. Pichon-Rivière incluye la praxis como un aspecto fundamental de su pensamiento, la praxis es el actuar responsable, reflexivo, crítico y consciente de las acciones que se están ejecutando.

A lo largo de los años hemos intentado incorporar algunos de estos planteamientos a nuestra práctica clínica, realizando evaluaciones e investigación tanto de resultados como de proceso de las psicoterapias grupales realizadas. Como forma de reflejar la importancia de dichas investigaciones en el diseño de los encuadres grupales posteriores y del aprendizaje que ha supuesto se dedicará un apartado en cada dispositivo asistencial en el que se reflejarán algunas aportaciones de las mismas.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO EN LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS

A continuación, se describirán los diferentes encuadres psicoterapéuticos grupales realizados en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB), una Unidad de Conductas Adictivas (UCA), una Unidad de Interconsulta y Enlace Hospitalario (IE) y una Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA). Todos estos dispositivos tienen su idiosincrasia y particularidades, a las cuales nos hemos ido adaptando para plantear los diferentes encuadres. Nos apoyamos en las herramientas para el cambio planificado para explicar la lógica del diseño de estos dispositivos y reflexionaremos sobre resultados de algunas investigaciones realizadas.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB)

El abordaje grupal en UHB tiene una serie de particularidades como son una amplia heterogeneidad de pacientes que acuden al grupo, el hecho de que los pacientes se encuentran en un momento agudo/crítico de la enfermedad y en una quiebra de su situación vital (el ingreso suele desencadenar una crisis en el paciente y en el grupo familiar). Además, existen multitud de efectos del entorno de la UHB que pueden incidir en el proceso grupal (cómo el resto de los profesionales valoran el grupo, por ejemplo) y existe siempre una socialización extra-grupal (dado que los pacientes permanecen ingresados juntos y compartiendo otros espacios formales e informales). Además, se trata de grupos de corta duración, Vinogradov y Yalom (1996) los plantea incluso como grupos de “sesión única”, asumiendo que es improbable que los mismos pacientes coincidan en el siguiente grupo.

A nivel de estrategia el objetivo general de la intervención grupal es facilitar la elaboración de la crisis actual.

A nivel táctico se plantearon dos encuadres, una psicoterapia grupal con pacientes ingresados y otra con los familiares de los pacientes.

La psicoterapia grupal con pacientes ingresados se realizaba dos veces por semana, se trata de una intervención de 45 minutos de duración. La tarea explicitada al grupo es “hablar sobre la vivencia del ingreso y preparar el alta, con el objetivo de aprender de la experiencia”.

La psicoterapia grupal de familiares se realizaba una vez por semana, se trata de una intervención de 90 minutos de duración. La tarea explicitada al grupo es “hablar sobre la vivencia del ingreso de la familia y los posibles aprendizajes que se pueden derivar del mismo”.

A nivel técnico son grupos en los que se requiere mayor directividad del terapeuta y favorecer la participación de los miembros, se intenta reducir al mínimo el conflicto en el grupo y se focaliza el trabajo en el “aquí y ahora” del grupo, utilizando un estilo terapéutico seguro y contenedor.

A nivel logístico encontramos algunos obstáculos en la realización del grupo que se relacionaban con que el psicólogo clínico no estaba integrado en la Unidad, sino que acudía dos o tres días a la semana.

En una **investigación** comprobamos que el grupo de psicoterapia realizado con pacientes facilitaba la comunicación, fomentaba la solidaridad, mejoraba la participación en el proceso terapéutico y mejoraba la conciencia de enfermedad (de Felipe, Pedroviejo, Olivares y Lassaletta, 2001).

UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTICAS (UCA)

El abordaje grupal en la UCA tiene una serie de particularidades como son la importancia de abordar no sólo la abstinencia a las sustancias, sino también el conflicto psicológico del paciente; la abstinencia se convierte en el primer objetivo de la recuperación (dado que si no se detiene el consumo la persona no se puede beneficiar de la psicoterapia) (Flores, 1996);

la importancia del trabajo de la motivación al tratamiento y la demanda de psicoterapia (más allá del abandono de la sustancia); el hecho de que existen diferentes perfiles de pacientes con adicciones y la importancia de incluir a la familia del adicto en el tratamiento.

A nivel estratégico el objetivo fue lograr salir de la dependencia de sustancias y resolver el conflicto psicológico que lleva a la dependencia.

A nivel táctico se planteó la psicoterapia grupal en dos niveles, un primer nivel de *Motivación* y un segundo nivel de *Psicoterapia y Profundización*, con tareas y objetivos diferentes y además se planteó una *Psicoterapia grupal operativa familiar*.

La psicoterapia de grupo de primer nivel se trataba de una psicoterapia grupal de 12 sesiones de frecuencia semanal. El número de integrantes era de 8 a 10. El equipo coordinador estaba compuesto por coordinador y observador. Los criterios de inclusión en este grupo de primer nivel serían pacientes que están iniciando la abstinencia y que no han realizado antes psicoterapia. La tarea explicitada al grupo es conseguir la abstinencia de la sustancia y una motivación clara para mantenerla.

La psicoterapia de grupo de segundo nivel, se trataba de una psicoterapia grupal operativa de 12 sesiones de frecuencia semanal. El número de integrantes era de 8 a 10. El equipo coordinador estaba compuesto por dos coordinadores y un observador. El encuadre realizado era el de corredor terapéutico (encuadre semi-abierto, valorando cada tres meses quién continúa y admitiendo la incorporación de nuevos integrantes) (de Felipe y Vázquez, 2022). Los requisitos para participar en este grupo consistieron en llevar un tiempo largo de abstinencia, poseer capacidad de introspección y simbolización necesarias para realizar este proceso psicoterapéutico. La tarea explicitada al grupo es mantener la abstinencia y profundizar en los conflictos psicológicos que le llevaron a ella.

La psicoterapia de grupo operativa familiar, se trataba de una psicoterapia grupal para pacientes y familias, con una duración de un curso escolar, de frecuencia semanal. El Equipo Coordinador estaba compuesto por un enfermero especialista en Salud Mental y una psicóloga clínica. El número de familias que participaban era entre 5 y 6 familias. La tarea explicitada al grupo es reflexionar sobre las relaciones familiares en familia con un (os) miembro (s) adicto (s).

Todos los grupos eran heterogéneos en la sustancia de la que se abusaba.

Se trata de tres grupos con necesidades a nivel de **técnicas** diferentes. El grupo de primer nivel (motivación) es un grupo en el que la coordinación es activa en el manejo de la ansiedad grupal, se utiliza menos la interpretación. Se trataría de un estilo terapéutico de apoyo, ánimo y confrontación amable (Flores, 1996). El segundo de los grupos (llamamos de Profundización) es similar en su abordaje técnico a otros grupos psicoterapéuticos. En el grupo de familias al incluir a la familia con el paciente hace que el análisis se complejice, por lo que fue interesante incluir técnicas de otras orientaciones como Psicoanálisis Multifamiliar. Mandelbaum (2015) plantea que ante el grupo multifamiliar se requiere un análisis hipercomplejo y clasifica las intervenciones en el seno del Grupo Multifamiliar de acuerdo con el **Objeto** al que están dirigidas. Por ejemplo, pueden realizarse intervenciones dirigidas a un individuo, a interdependencias vinculares (diádicas, familiares nucleares), grupales parciales “grupos adictos” “grupo de padres”,

grupales totales. Esta clasificación nos resulta muy interesante ya que “organiza” en el espacio complejo las intervenciones en el Grupo Multifamiliar.

A nivel logístico tomamos conciencia que era difícil sostener estos encuadres sólo para una profesional, así que decidimos coordinar juntas en el grupo de segundo nivel, que además era un grupo de mayor novedad para el dispositivo asistencial.

A través de **investigación** y reflexión (Vázquez, 2022), con los años tomamos conciencia de que había cierta limitación en la propuesta terapéutica en dos niveles y que la realidad era que se trataba de dos grupos con perfiles de pacientes diferentes. Además, también nos pareció más adecuado trabajar con un encuadre cerrado en la psicoterapia de grupo de primer nivel y no con encuadre corredor terapéutico, debido a que permanecían en el grupo los pacientes que no conseguían la abstinencia. Como decíamos anteriormente la práctica va modificando los diferentes encuadres planteados dentro de la lógica de la praxis.

INTERCONSULTA Y ENLACE EN EL HOSPITAL

Algunas características del abordaje grupal en la Interconsulta y Enlace vienen determinadas por las condiciones del contexto de intervención. El que se trate de un contexto hospitalario y médico determina que suponga un reto para la inclusión de lo psicológico, de lo psicoterapéutico, en el sujeto enfermo y en los Servicios. Cuando comenzamos en el dispositivo de Interconsulta y Enlace no fuimos receptoras de una demanda (como sucede en otros recursos de consultas ambulatorias de salud mental) sino que el equipo de Interconsulta y Enlace (psiquiatra y psicóloga clínica) en una primera fase se acercó a los Servicios Médicos con el objetivo de hacer emerger una demanda de lo psicológico que en general permanecía latente en el ámbito médico. Después de realizar este primer acercamiento de reuniones, sesiones clínicas y trabajo con el equipo y en función de las derivaciones se plantearon unos encuadres u otros. Los programas de Enlace se basaron de forma importante en la actividad grupal con pacientes, pero también con los equipos, dado que desde la Concepción Operativa la práctica no solo es coordinar un grupo de psicoterapia, sino que incluye el trabajo institucional y con los equipos.

A nivel estratégico el objetivo fue trabajar los aspectos psicológicos implicados en el origen, mantenimiento y resolución de las patologías tratadas.

Para ello y *como táctica* se pusieron en marcha múltiples encuadres grupales diferentes (pacientes en hemodiálisis, pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria), se trabajó con varios servicios (Reumatología, Digestivo, Rehabilitación) y se pusieron en marcha algunos grupos de apoyo a sanitarios en dispositivos de especial estrés como la UCI. Todos estos encuadres se adaptaron a las diferentes situaciones.

Señalamos brevemente como ejemplo el realizado para los pacientes con diagnóstico de **fibromialgia** que además fue objeto de una tesis doctoral (de Felipe, 2012):

En el diseño de este encuadre se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: la elevada derivación desde el Servicio de Reumatología y dos aspectos planteados por diferentes estudios (Turk y Okifuji, 2002; Vallejo, 2005) que serían que el tratamiento del dolor crónico requiere de

un cuidado y atención regular y un seguimiento y la importancia de la participación activa del paciente en su tratamiento.

Se realizó psicoterapia grupal operativa, de 22 sesiones, distribuidas a lo largo de un año y medio.

A nivel técnico, en el caso del programa de fibromialgia, en un primer período se llevaron a cabo 12 sesiones, con una frecuencia semanal, en las que los 30 primeros minutos se dedican a psicoeducación y aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de los síntomas. La hora restante se dedicaba a la psicoterapia operativa psicoanalítica. A los seis meses de finalizar esta intervención grupal se llevó a cabo una segunda intervención de 5 sesiones de psicoterapia grupal. A los 6 meses de finalizar la segunda intervención grupal se llevó a cabo una tercera intervención de 5 sesiones de psicoterapia grupal. En la 2ª y 3ª intervenciones de psicoterapia grupal no se incluye psicoeducación. Los grupos son cerrados con un máximo de 10/12 integrantes.

A nivel de logística, en toda la actividad de Interconsulta y Enlace, se tuvo en cuenta de manera central el trabajo en equipo, con diferentes especialidades, la importancia de la interdisciplinariedad, así como la participación activa de los residentes de psicología clínica ya que no había más psicólogos clínicos en el Hospital.

En una **investigación** (de Felipe, 2012) se demostró la mejoría en resultados de los pacientes con fibromialgia tras la psicoterapia grupal según los síntomas principales, ansiedad, depresión, calidad de vida a lo largo de todo el proceso terapéutico y en comparación con grupo en lista de espera. Se comprobó la utilidad de encuadres diferentes según las características del contexto. A partir del programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria se realizó una tesis doctoral (Pérez, 2017).

UNIDAD DE SALUD MENTAL (USMA)

Desde hace unos años ambas coincidimos en la USMA. Algunas características de las USMA que determinan el abordaje grupal que planteamos son un incremento 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 (Valencia et al., 2014).

A nivel estratégico lo que queremos es generar una oferta grupal desde la USMA que convierta a la psicoterapia de grupo en la principal oferta terapéutica para las personas que necesitan realizar psicoterapia.

A nivel táctico el tipo de encuadre que utilizamos en la actualidad en general en todos los grupos de la USMA es el diseñado por Bauleo (de Felipe y Vázquez, 2022), llamado corredor terapéutico. Se trata de un grupo semiabierto, en el que se evalúa la entrada y salida de los pacientes cada cierto tiempo, en nuestro caso lo hacemos cada tres meses, es decir, cada 12 sesiones se cierra el grupo y se abre otro en el que participarán algunos integrantes que han finalizado y otros nuevos. El número de integrantes oscila entre 8 y 10, la frecuencia es semanal. La coordinadora es una psicóloga clínica, siempre la misma, y los observadores rotan en cada encuadre, haciéndose cargo de dicha función los residentes de psicología clínica.

La tarea de los grupos es la de realizar psicoterapia, puede ser explicitada a los pacientes de diferentes modos, como, por ejemplo: la reflexión y el análisis sobre los conflictos y problemas que los integrantes traen al grupo, con el objeto de disminuir el displacer y la angustia que estos le producen (Duro et al., 1990). Realizamos todos los días un grupo. Podemos hablar en esencia de dos tipos de dispositivos grupales que atiende a dos tipos de población. El primero de ellos serían los encuadres grupales para pacientes con Trastornos Neuróticos y de Adaptación, son grupos heterogéneos en cuanto al diagnóstico y homogéneos en algunos casos respecto a la edad sobre todo en el caso del grupo de jóvenes. El segundo de los dispositivos es el realizado con pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).

A nivel técnico, como no puede ser de otro modo, nos vamos adaptando en función del grupo. Por ejemplo, en el grupo de TMG los señalamientos muchas veces van más dirigidos a lo manifiesto y las dificultades que tienen en las relaciones y la comunicación. Otro ejemplo en el grupo de jóvenes en ocasiones incluimos técnicas activas.

A nivel logístico se trata de un encuadre exigente para los pacientes y para los terapeutas, nos basamos tanto en él para poder compaginar una psicoterapia de calidad y la inclusión ágil de los pacientes en lista de espera. Señalar además la importancia de no trabajar solo, la soledad puede ser dura (Suárez, 2006), sobre todo en el sostén de tantos encuadres simultáneos.

Respecto a la **investigación**, el encuadre corredor terapéutico es un encuadre que realizamos desde hace años en la USMA y del que hemos investigado (de Felipe y Vázquez, 2022), hemos podido ir aprendiendo más sobre él y adaptando los encuadres realizados. Por ejemplo, hemos comprobado que la psicoterapia de grupo de larga duración no es la única eficaz, ya que encontramos que desde la sesión número 12 la percepción de ayuda y eficacia grupal es muy elevada y se produce mejoría en síntomas como la ansiedad y depresión. Conforme avanza el proceso terapéutico (y el tiempo de pasaje por el corredor terapéutico es mayor), los pacientes valoran como más eficaces factores que implican un cambio mayor, como la catarsis, la experiencia emocional correctiva y el aprendizaje interpersonal.

Para terminar, queremos señalar que los diferentes encuadres también fueron modificándose producto de la práctica y la investigación, basándonos siempre en el criterio de operatividad. Lo que se expone aquí es la elaboración más actual de los mismos.

CONCLUSIONES

Este artículo ha pretendido transmitir la importancia de planificar los encuadres de psicoterapia grupal en función del ámbito de aplicación, población de pacientes, y con relación a las demandas y necesidades de los pacientes y del dispositivo desde el que trabajamos. Además de planificar estos encuadres y llevarlos a la práctica consideramos esencial posteriormente poder evaluarlos. El valor de la Concepción Operativa de grupo como teoría para poder llevar a cabo ambos procesos es para nosotras fundamental.

Queríamos finalizar con unas palabras de dos autores de la Concepción Operativa que apoyan las conclusiones anteriores.

Fabris (2019) habla de algunos componentes clave del método Pichon- Rivière:

Abrir y sostener espacios de participación, de esclarecimiento y promoción de protagonismo, hacia la resolución de los obstáculos y hacia el desarrollo de las capacidades.

Promover relaciones productivas entre teoría y práctica.

Hacer una lectura crítica de los contextos de producción de salud mental y de los modos de aprendizaje, investigación y conocimiento.

Jasiner (2019) plantea que estamos ante el desafío de desarrollar herramientas para que se pueda indicar a un paciente la opción de grupos, no sólo como respuesta a la demanda de listas de espera sino por los beneficios que la derivación supone en cada caso particular.

Bibliografía

- Adamson, G. (1985). *Proceso corrector en la psicología social del Dr. E. Pichon Riviere*. Ediciones Cinco. Buenos Aires.
- Adamson, G. (s.f). Escuela de Psicología Social del Sur. Epistemología del ECRO de Enrique Pichon Rivière. Recuperado el 6 de diciembre de 2023 <https://psicologiasocial.com.ar/epistemologa-del-ecro-de-enrique-pichon-riviere/>
- Bauleo A. (2005). Un grupo. En: Bauleo A, Monserrat A, Suarez F. *Psicoanálisis Operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Ediciones Atuel/Parusía (pp. 13-28).
- Bricchetto, O. (1983). Encuadre. Clases de 3er. año -Primera Escuela Privada de Psicología Social Dr. Enrique Pichón Rivière. Ediciones Cinco.
- Buzzaqui Echevarrieta, A. (1999). El "grupo operativo" de Enrique Pichon-Rivière: análisis y crítica. Comunidad de Madrid [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid] <https://hdl.handle.net/20.500.14352/56025>
- Carballo, R. (s.f.). El Proceso Corrector. Material desarrollado por el profesor Roberto Carballo para Construyendo Alternativas. Recuperado el 9 de diciembre de 2023. <https://es.scribd.com/document/631125851/EL-PROCESO-CORRECTOR-1>
- Cazau, P. (1981). *Diccionario de Psicología Social (Pichon Riviere)*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 6, 66.
- Dallorso, NS. (2012). Notas sobre el uso del concepto de dispositivo para el análisis de programas sociales. *Espiral (Guadalajara)*, 19(54), 43-74. Recuperado en 25 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652012000200002&lng=es&tlng=es.
- Duro JC, Ibáñez ML, López L, Vignale R (1990). Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En Bauleo A, Duro JC, Vignale R. *La Concepción Operativa de Grupo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (pp. 37-77).
- Fabris F. (2019). *Psicología Social: teoría y praxis. Concepto, método y ética de la intervención*. 2ª Edición. Buenos Aires: Editorial El Zócalo.
- 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 MV. (2012). *Psicoterapia Grupal Operativa de orientación psicoanalítica en pacientes con Fibromialgia: evaluación y factores relacionados*. [Tesis doctoral, universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/16479/1/T33888.pdf>
- de Felipe V. y Vázquez E. (2022). El encuadre "corredor terapéutico" en psicoterapia grupal operativa: revisión del concepto y hallazgos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 42(142): 217-234. Disponible en: <https://www.revistaen.es/index.php/aen/issue/view/num-142/2>
- Flores, Pd. D. (1996). Terapia grupal con alcohólicos, sujetos dependientes de sustancias psicoactivas e hijos adultos de alcohólicos. En Kaplan, H., Sadock, B. (Ed.), *Terapia de grupo 3ª Edición*(pp. 842-842). Editorial Médica Panamericana.
- Foucault, Michel (1984). "El juego de Michel Foucault", en *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta, pp.127-162.
- Gil G y Rodríguez-Zafra M. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia* 33(121): 139-148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>
- Jasiner, G. (2020). *La Trama de los grupos*. Lugar Editorial Buenos Aires
- Klein, R. (2017). *Grupo Operativo. Coordinación, clínica, formación*. Lugar Editorial. p. 141.

- Leichsenring F. (2009) Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies. En Levy RA y Ablon JS (Eds.). Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Current clinical psychiatry. Humana Press. p. 3-27. doi: 10.1007/978-1-59745-444-5_1
- Mandelbaum, E. (2015). *Teoría y práctica del grupo multifamiliar, desde el psicoanálisis integrativo*. Ediciones del Candil (Becar).
- McRoberts C, Burlingame GM y Hoag MJ. (1998) Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2): 101-117.
- Montaña, R (2001). El dispositivo grupal como instrumento de intervención e investigación en el campo de la psicología social. *Revista LiberAddictus*. Disponible en <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0853-82.pdf>
- Mora, F. (2021). Pichon Riviere y Von Clausewitz. Estrategia, táctica y logística en la operación psicológica. Disponible en: https://www.academia.edu/49411627/Pichon_Riviere_y_Von_Clausewitz_Estrategia_t%C3%A1ctica_y_log%C3%ADstica_en_la_operaci%C3%B3n_psicol%C3%B3gica
- Mora, F. (s.f). Pichon Riviere y los procesos correctores. Disponible en: https://www.academia.edu/16308606/Pichon_Riviere_y_los_Procesos_Correctores_Hacia_una_psicolog%C3%ADa_de_la_praxis
- Mustieles, D. (1996). Las técnicas en el trabajo con grupos. *Clínica y Análisis Grupal*, 18 (3), 419- 432.
- Pichon-Rivière E. (1980). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*. 5ª Edición. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pérez, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología [Tesis doctoral, universidad Complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/15611>
- Real Academia Española, 2014. Diccionario de la Real Academia Española.
- Salum, J.E, Stolkiner, A.I y D'Agostino, A.M. (2022) La noción de dispositivo en el campo de la salud mental. *Revista de Psicología. (Universidad Nacional de la Plata)*.
- Smith ML, Glass GV, Miller TI. (1980). *The benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sonis N (s.f.) . Teoría y técnica de grupo operativo. Ediciones Cinco.
- Suarez V. (2006). Encuadres Terapéuticos grupales en la asistencia pública. *Revista Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Número Especial. Congreso Internacional "Actualidad del Grupo Operativo"*. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Disponibel en: <http://www.area3.org.es/sp/item/105/Encuadres%20terap%C3%A9uticos%20grupales%20en%20la%20asistencia%20p%C3%BAblica.%20V.%20Su%C3%A1rez>
- Turk, D.C y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Pain*, 70, 678-690.
- Valencia, F., García, J., Gimeno, A., Pérez, A. y de la Viuda, M. E. (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*, 34(124), 741-752.
- Vallejo, M.A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.
- Vázquez, E. (2022). Pensando el tratamiento psicológico en adicciones desde la perspectiva de la concepción operativa de grupo (COG). *Revista Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 26. Disponible en: <http://www.area3.org.es/uploads/a3-26-Pensandoeneltratamientopsicologicoenadicciones-EVazquez.pdf>
- Vázquez, E. y de Felipe, V. (2022, 3-5 de noviembre). *Psicoterapia grupal Operativa en diferentes dispositivos asistenciales de la red pública de salud mental*. [presentación comunicación oral] IV Congreso Nacional. El futuro de la psicoterapia, la psicoterapia del futuro. Bilbao. España. <https://feapbilbao.com/congreso-bilbao-2022/>
- Villegas Z. (2016). Prácticas y praxis de investigación en las Universidades. *Revista de Ciencias de la educación*, 26(46), 347-359.
- Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós. Barcelona