



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº29 – Invierno 2025

Cuestiones básicas para organizar un grupo de psicoterapia. Aportaciones de la Concepción Operativa

Victoria de Felipe¹

Elena Vázquez²

INTRODUCCIÓN

La organización de un grupo de psicoterapia es un tema de gran interés para los terapeutas grupales. El psicoterapeuta de grupo es el fundador de un espacio que no existe previamente y es el constructor de los cimientos de un grupo de psicoterapia para lo que debe tener en cuenta una serie de aspectos (Vinogradov y Yalom, 1996). Es un tema que pudiera parecer simple, pero creemos que tiene su complejidad y del cómo se organizan los cimientos de grupo también depende en gran parte su evolución.

Entre los años 2015 y 2023, las autoras de este trabajo coincidimos como psicólogas clínicas en la Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) de Guadalajara, veníamos de otros Dispositivos del mismo Hospital (Interconsulta y Enlace, Adicciones, UHB), teníamos el mismo esquema referencial y comenzamos a organizar un espacio terapéutico grupal que diera respuesta a un número importante de pacientes en la USMA. Nos pareció que el encuadre corredor terapéutico (Bauleo y cols., 1988) era una buena opción y nos pusimos manos a la obra. Durante ese tiempo evaluamos e investigamos sobre dicho encuadre (de Felipe y Vázquez, 2022).

¹ Psicóloga clínica.

² Psicóloga clínica. Hospital Universitario de Guadalajara.

En la actualidad una de nosotras no trabaja en la USMA, pero compartimos otros espacios dedicados a la formación y supervisión de dispositivos grupales. La motivación para escribir este artículo surge en esta nueva actividad, tras las preguntas de los alumnos y alumnas sobre cómo empezar un grupo, qué dificultades se pueden encontrar y cómo resolverlas.

El **objetivo general** de este trabajo es revisar y reflexionar sobre los aspectos que hemos tenido en cuenta en la construcción de los grupos de psicoterapia realizados en nuestras consultas de psicología clínica de la USMA de Guadalajara.

Nos preguntamos sobre nuestra experiencia en cuanto a la selección de pacientes, la propuesta grupal, las diferencias (si es que las hay) según la psicopatología, la edad, las expectativas. Cómo podemos poner un poco de orden al caos que, muchas veces, se genera en una consulta de una USMA y dificulta la organización de un grupo psicoterapéutico. Nos basaremos en los aportes de la Concepción Operativa de Grupo (COG), creada por Enrique Pichon-Rivière (1980) y en otros autores que plantean aspectos importantes en esta línea.

El contexto, Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA).

La USMA suele ser la puerta de entrada de los pacientes que acuden por problemas de salud mental a los servicios públicos de salud. Se caracteriza por la excesiva demanda, diversidad de derivaciones, diferencia en cuanto a la motivación y expectativas de los pacientes y, en muchas ocasiones, largas listas de espera y frecuencia insuficiente en las intervenciones psicoterapéuticas. La derivación fundamentalmente es de Atención Primaria, Especializada y Urgencias, y se asignan los pacientes a la consulta de psiquiatría o psicología clínica. Posteriormente se realizan las derivaciones internas.

En el período en el que se basa este trabajo, en las consultas de psicología clínica se atendían 8 pacientes nuevos a la semana, de los cuales uno era preferente. Cada profesional organizaba las intervenciones terapéuticas de su agenda y las únicas que hacíamos grupos de psicoterapia en la consulta de psicología clínica éramos las autoras de este trabajo. Nos propusimos realizar un grupo de psicoterapia diario, los integrantes eran pacientes de nuestras consultas a diferencia de otros Centros de Salud Mental, en los que la psicoterapia grupal incluye a pacientes derivados por otros profesionales. Esta organización tiene sus ventajas e inconvenientes, pero nos ha facilitado el mantenimiento de dicho encuadre y una buena atención psicoterapéutica a un número importante de pacientes. Es difícil mantener una psicoterapia grupal diaria si además del grupo luego tienes que atender a los pacientes de tu agenda en el contexto actual de sobrecarga laboral. Queremos aclarar que si algún

compañero o compañera consideraba que un paciente necesitaba psicoterapia grupal se hacía una derivación interna y, en ese caso, se le citaba como nuevo en nuestra consulta.

A la hora de organizar un grupo de psicoterapia es fundamental analizar la demanda. Habitualmente cuando comenzamos nuestro trabajo como psicólogas clínicas, en una USMA “heredamos una agenda”. En esa herencia se incluyen los pacientes del profesional anterior, la organización institucional de la agenda y el modo de funcionar de nuestro anterior colega. Y muchas veces, sin pensarlo, asumimos y “repetimos” la forma de atender a los pacientes con la que nos encontramos.

En esa herencia, en ocasiones no disponemos de huecos para grupos psicoterapéuticos y tendremos que gestionarlos, e ir incluyendo un hueco en la agenda para el grupo (y si es posible el postgrupo) de modo oficial (si es posible), nuestra prestación se denomina en la agenda Psicoterapia de grupo y es de dos horas. El tener el grupo programado en la agenda oficial con un tiempo suficiente para la realización del grupo y la reflexión postgrupo va a facilitar al equipo coordinador respetar el encuadre y un trabajo más reposado como coordinadores, en ocasiones hay personas que nos cuentan que tienen que descitar pacientes individuales para ir haciendo hueco para el grupo o realizar otras maniobras que son un obstáculo y unas cargas añadidas para el equipo coordinador.

Para poder organizar los grupos de la mejor manera es importante conocer las características de los pacientes que acuden a la consulta y así, encuadrar los grupos psicoterapéuticos más pertinentes. Por eso queremos dedicarle un espacio a esta cuestión.

El análisis de la demanda.

Tal como plantea Suárez (2006), los dispositivos públicos en los que trabajamos se caracterizan por la necesidad de responder sin seleccionar la demanda (entendida como petición de intervención técnica sobre cierta problemática), debido entre otros factores a la presión asistencial, la indiscriminación de la demanda, la cartera de servicios que nos obliga a responder. Continúa la autora, es **fundamental permitirnos discriminar dicha demanda y ofertar diferentes respuestas** y que ello sea posible dependerá de ese delicado equilibrio entre el peso de la dinámica institucional que tiende a engullirnos y nuestra capacidad de revisar permanentemente nuestro lugar y nuestro operar (poder pensar con otros dentro y sobre todo fuera de la institución parece algo fundamental).

El análisis de la demanda y de nuestra situación en la institución debería facilitarnos establecer los cimientos para la construcción del grupo. Al respecto, Vinogradov y Yalom (1996) plantean que lo primero es evaluar las condiciones y limitaciones para la realización

del grupo, tanto las condiciones clínicas, como las limitaciones dentro de las cuales tiene que trabajar el grupo o factores extrínsecos al grupo que influyen en la capacidad de trabajar. En relación con las limitaciones externas que influyen en la construcción de un grupo de psicoterapia el rol de la institución es un elemento importante, al que hacen referencia Irazábal y Vico (2016), cuando señalan que las instituciones no contemplan todavía las actividades grupales en tanto que instrumentos terapéuticos normalizados y homologables con otros recursos terapéuticos (como los farmacológicos, por ejemplo). Ser conscientes y tener discriminada la posición de la institución en relación con lo grupal nos va a permitir diseñar dispositivos grupales con mayor estabilidad.

Nuestra experiencia. Análisis de la demanda de una consulta de psicología clínica de la USMA de Guadalajara.

Cuando comenzamos en 2015 en la USMA de Guadalajara durante los primeros 8 meses hicimos un estudio de la demanda de una de nuestras consultas para saber qué pacientes acudían y así organizar los grupos de psicoterapia (N=207). Para almacenar y analizar toda la información se utilizó una base de datos dentro del programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20.0., registrando algunas variables necesarias para tener un panorama general de los pacientes nuevos. Somos conscientes de que apenas tenemos tiempo para otras actividades diferentes de las asistenciales, por eso insistimos en que no lleva mucho tiempo esta tarea. Lo más complicado será el análisis posterior, pero si cada día dedicamos 15 minutos para poder registrar los pacientes nuevos, sin darnos cuenta iremos teniendo una visión cada vez más amplia de las características de los pacientes que atendemos.

Algunos resultados, presentados en sesión clínica son (de Felipe, 2018):

1. Variables Sociodemográficas. La edad media es de 40,5. El 73,8% son mujeres. El 54,6% casadas o pareja estable. El 40,1% se encuentra en situación activa y el 25,9% en paro, un 18,3% se encuentra en situación de Incapacidad. El 18,2% son universitarios. El 53,4% reside en medio urbano.

2. Variables de la demanda. El 83,1 % de los pacientes son derivados por los Médicos de Atención Primaria (MAP) y psiquiatra de la USMA (43% y 40% respectivamente) Los derivados desde psiquiatría acuden más a la primera consulta que los derivados desde Primaria ($p=0,004$). Los MAP derivan más trastornos adaptativos, y los psiquiatras trastornos de ansiedad, afectivos y trastornos de la conducta alimentaria, con diferencias significativas.

3. Variables de la respuesta asistencial. El 74,4% acude a la primera consulta, el 25,6% no acude.

4. Variables clínicas. De los pacientes que acuden el 13,2% no presenta psicopatología y los trastornos que más se derivan, son trastornos adaptativos (30,3%), trastornos de ansiedad (22,4%), trastornos afectivos (16,4%) y trastornos de la conducta alimentaria (9,9%). Muchos trastornos adaptativos, afectivos y de ansiedad están asociados a patología orgánica y dolor. Por lo tanto, la mayoría de los diagnósticos de los pacientes, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Organización Mundial de la Salud, 1992), se incluyen en el apartado de trastornos neuróticos y los trastornos de adaptación. Los trastornos neuróticos, también conocidos como trastornos de ansiedad, se clasifican bajo los códigos F40-F48, mientras que los trastornos de adaptación se codifican como F43.2. Vallejo (2009) habla de trastornos de adaptación como aquellos que cursan con una clínica depresiva y factores de riesgo reactivados por acontecimientos vitales que han supuesto cambios drásticos en su vida.

En cuanto a antecedentes asistenciales, el 43,4% (n=154) ha realizado previamente psicoterapia, el 38,8% tratamiento psiquiátrico y un 51,7% tratamiento psiquiátrico, psicológico o ambos.

El 70% de los pacientes recibía tratamiento psicofarmacológico en la actualidad, fundamentalmente antidepresivos y ansiolíticos.

Tras una revisión sobre el análisis de la demanda en Salud Mental nos ha parecido muy interesante **comprobar la similitud de nuestros resultados con los realizados en otras CCAA.** Por ejemplo, en Extremadura (Norberto Gamero, 2017) se analizan con el programa informático SPSS 19.0 las características de pacientes que acuden por primera vez al Equipo de Salud Mental (ESM) de Almendralejo (1584 historias). Excepto un porcentaje mayor de mujeres en la consulta de Guadalajara, las variables sociodemográficas son similares. Respecto al diagnóstico podemos encontrar alguna diferencia, en la consulta de psicología clínica de Guadalajara se registran más casos de trastornos afectivos y somáticos que en las derivaciones a la consulta de psicología clínica de Almendralejo. Estas diferencias pueden explicarse por el hecho de que nuestro estudio es de una consulta de psicología clínica y en el de Extremadura se refiere a las derivaciones desde Atención Primaria. La gran prevalencia de trastornos adaptativos y de ansiedad es similar.

El hecho de que dedicáramos un tiempo para analizar la demanda (en nuestro caso 8 meses), no significa que esperemos durante ese período para comenzar con los grupos de psicoterapia, de hecho, comenzamos algunos grupos de psicoterapia mientras completábamos dicho análisis. Señalar que nos parece interesante empezar por los grupos que nos resulten más “fáciles”, bien porque ya hemos trabajado con ese tipo de pacientes,

porque son menos graves, porque tienen más motivación. En nuestro caso, comenzamos con un grupo de mujeres de mediana edad con síntomas somáticos y otro grupo de pacientes más jóvenes, entre 30 y 40 años, heterogéneo en sexo y diagnóstico, trastornos neuróticos y de adaptación. En la medida que la demanda va cambiando podemos ir ajustando las características de cada grupo.

LA BASE DEL GRUPO: EL ENCUADRE.

El encuadre es un marco desde el cual vamos a trabajar (Sonis). Según la RAE sería “determinar los límites de algo, incluyéndolo en un esquema u organización”. “Distribuir las personas conforme a un esquema de organización determinado, para que participen en una actividad”.

Encuadrar quiere decir encerrar en un marco o cuadro, bordear, determinar los límites de una cosa. Toda tarea necesita estar enmarcada, necesita estar delimitada, justamente para evitar la desorganización y el caos. Toda situación requiere normas que regulen su funcionamiento y el encuadre es eso, es un conjunto de normas, un sistema de reglas que regulan el funcionamiento. El encuadre existe para facilitar la consecución de un objetivo, permite que haya un mínimo de interferencias para la tarea y un máximo de utilidad (Beller, 1983). En esta misma línea Bricchetto (1983) resalta la parte del encuadre que tiene que ver con la operatividad, destinado a asegurar la consecución de un objetivo, el cómo se realiza determinada tarea.

Bleger (1967) define el encuadre, “conjunto de constantes gracias a las cuales puede tener lugar el proceso psicoanalítico”, estas constantes son espaciales, temporales y funcionales (tarea y roles). Defiende que el encuadre debe estar estable para que haya proceso y además que nada justifica al analista mover el encuadre para influir en el analizado, pero sabe que el encuadre no va a estar siempre inmóvil, tiene que haber estabilidad, pero los cambios son inevitables. Es decir, constancia sí pero no rigidez, Sonis habla de “patología del encuadre” cuando se extralimita y empieza a limitar elementos de la creatividad.

A nivel implícito también existe un encuadre del que no se habla con los pacientes a no ser que sea necesario. Por ejemplo, el ECRO de los coordinadores, sus esquemas referenciales, el contexto social, lo social o lo institucional (Buzzaqui, 1998).

Nos parece interesante detenernos en este aspecto.

Nuestro marco de referencia. Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO)

A la hora de organizar y construir un espacio psicoterapéutico grupal hemos de acompañarnos de una teoría que nos sustente, unas herramientas que utilizar en coherencia con la concepción de sujeto, salud, enfermedad y cura con la que nos vamos a manejar, un modelo teórico y práctico del equipo coordinador, desde donde se mira, se entiende, se interviene. Desde la Concepción Operativa de Grupo se denomina ECRO. Sonis define el ECRO como una caja de herramientas básicas para el diagnóstico, el pronóstico, la planificación y la operación en el trabajo grupal. Klein (2017) plantea que el ECRO pichoniano desarrolla (entre otros aspectos) conceptos acerca de lo grupal que nos instrumentaliza para poder conceptualizar y operar en ese campo.

El ECRO es la abreviatura de 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. El ECRO es ante todo un instrumento que debe ser construido en el contexto de las actividades de un grupo operativo y es, por ello, ante todo, un ECRO grupal" (Cazau, 1981).

El concepto de **ECRO** que es clave en COG tiene varias acepciones, todas de interés para el objetivo de este artículo. Hace referencia a **1.- una teoría específica** (en este caso la Teoría de Grupo Operativo de Pichon-Rivière), **2.- al esquema referencial común que un grupo va construyendo para facilitar su tarea** y **3.- al ECRO que el equipo coordinador va construyendo a lo largo de los años de trabajo conjunto** (Fabris, 2023).

1.- El ECRO se refiere a una teoría específica, a la importancia de la filosofía de la ciencia y de la metodología a la hora de ocuparse de una práctica científica (Fabris, 2023). Adamson (2000) plantea que el ECRO pichoniano está conformado por tres grandes campos disciplinares que son las **Ciencias Sociales, el Psicoanálisis y la Psicología Social**. Además, el método dialéctico fundamenta este ECRO. Estas disciplinas constituyen las tres principales apoyaturas de su marco conceptual. Ello hace a la condición de interdisciplinariedad de su Psicología Social.

- Del **Psicoanálisis** toma el concepto de inconsciente, el concepto de deseo que retraduce como necesidad, el mecanismo de identificación en el proceso de constitución del psiquismo, en la medida que plantea que las identificaciones vinculares inconscientes influyen en la constitución del esquema referencial subjetivo, y también la comprensión de la subjetividad en los procesos de cambio.

- **Las ciencias sociales** le aportan esa concepción macro que le permite pensar al sujeto situado en la estructura social y la cultura a la que pertenece.
- De la **Psicología Social** toma fundamentalmente las concepciones de **George Mead y Kurt Lewin**. **Mead** consideraba que el yo se desarrolla como reflejo de las evaluaciones de los otros. **Lewin** planteaba que para entender la conducta de un individuo debemos conocer la totalidad de las fuerzas que operan en su campo psicológico, enfatizaba el aquí y ahora del grupo y consideraba que un grupo era un conjunto de relaciones entre individuos (Schellenberg, 1981). Lewin está asociado al origen de la metodología investigación-acción en la que el investigador/coordinador entra a formar parte activa del campo de observación y deviene en un instrumento básico del proceso (Baz, 1990).

Entonces, nuestro marco de referencia es la teoría de grupo operativo de Pichon-Rivière, y cuando el ámbito de aplicación es la psicoterapia de grupo además de todos los aportes de la teoría pichoniana respecto al grupo, le damos especial relevancia a sus aportes en relación a la psicopatología y la salud mental (concepto de salud-enfermedad, vínculo sano-patológico, teoría de la enfermedad única, grupo familiar patológico...). Desde la perspectiva de Pichon-Rivière, las diferencias entre un encuadre clínico y otro de tipo operativo no lo son, no supone encuadres distintos, no hay encuadres operativos y encuadres clínicos. El término clínica remite a un saber hacer en el terreno del padecimiento mental. Esto requiere un conocimiento profundo sobre la teoría psicopatológica, aunque también remite a la consideración del ámbito psicosocial en su complejidad multidimensional (Fabris, 2021).

2.- El ECRO alude al esquema referencial común que un grupo va construyendo. En relación con la técnica de grupo operativo se señala que uno de los objetivos es construir un ECRO común en el grupo, y esto marca una forma de trabajar en la que como dice Bleger gran parte del trabajo del grupo (y coordinador) es el aprendizaje de funcionar como un equipo.

3.- El ECRO incluye el esquema de referencia del terapeuta, partimos de la necesidad de tener una formación en psicoterapia de grupo para poder coordinar un grupo, o por lo menos el tipo de grupo que abordamos en este artículo. Gómez Esteban (2019) plantea que la formación del psicoterapeuta grupal es un largo proceso de aprendizaje y de transformación subjetiva que ha de basarse entre otros en los siguientes pilares: la experiencia práctica en grupos psicoterapéuticos, en los roles de observación y coordinación, la formación teórico/técnica, la supervisión clínica del material de los grupos terapéuticos, el análisis personal, entre otros. Esto no quiere decir que uno no pueda iniciar un grupo hasta

que complete su formación, ya que esta formación es constante y se enriquece en la praxis y viceversa, sino que la formación teórica y práctica van siempre de la mano.

Al respecto, nos parece muy interesante lo que señala Vico (2006), en el proceso de internalización de los conceptos teóricos en uno mismo, se produce una reinterpretación de la teoría con los objetos internos de cada uno. El resultado de la elaboración de la teoría en cada uno da lugar a un modo particular de desempeñar nuestro papel de terapeuta. Se trataría de un aprendizaje (el del terapeuta de grupo) nunca acabado. Entonces, Vico (2006) plantea que el aprendizaje del terapeuta grupal es un proceso de aprendizaje en el cual situaciones pasadas ya en grupo ayudan a clarificar los obstáculos actuales en grupo. Diego Vico hace un repaso de algunos errores como coordinador, leer esto es algo que siempre ayuda a los terapeutas más jóvenes, todos aprendemos a través del análisis de nuestros errores, al analizarlos podemos entender. Klein (2017) también habla de la importancia de reconocer y trabajar sobre las cosas que hacemos mal, cuando metemos la pata, nos equivocamos, como una manera importante en el aprendizaje y que, habitualmente, no se transmite en la formación.

Por último, queremos señalar que nosotras (y creemos que la mayoría de los psicoterapeutas) no basamos nuestro esquema de referencia en una sola teoría o técnica, es decir, somos conscientes que no toda nuestro análisis e intervención en la psicoterapia de grupo corresponde a la COG. En ocasiones incorporamos otras teorías-técnicas, y para ello intentamos usar la epistemología convergente que practicaba Pichon-Rivière (Fabris, 2019), se trata de una epistemología que busca síntesis abarcativas por medio de la reelaboración crítica y redefinición de aportes provenientes de campos prácticos distintos, de otras teorías y otras filosofías; con coherencia y a partir de la práctica. Por ejemplo, aspectos técnicos de psicodrama, del grupo multifamiliar, en ocasiones técnicas más conductuales o sistémicas nos han resultado de utilidad en la psicoterapia de grupo.

Volviendo a los distintos aspectos que determinan el encuadre, Ribé (2021) plantea que el encuadre se suele sustentar en varias coordenadas: lugar, temporalidad (duración, periodicidad, horario), tipo grupo (grande/pequeño, abierto/cerrado), metodología (teoría, técnica), objetivos terapéuticos, modalidad terapéutica (combinada o no con otras atenciones), coste económico y las normas y recomendaciones para el buen funcionamiento grupal. Por su parte, Bricchetto (1983), nos recuerda que el encuadre es un instrumento para hacer un trabajo, como instrumento es heterogéneo en función del ámbito aplicación. El concepto de encuadre hay que ligarlo a una realidad en la cual nos vamos a mover y en la cual vamos a realizar una tarea.

Teniendo en cuenta nuestro contexto (USMA), la demanda analizada y nuestro objetivo (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) decidimos que el encuadre corredor terapéutico era el más indicado. En otros dispositivos y en otros momentos hemos trabajado con otros encuadres (Vázquez y de Felipe, 2023).

El encuadre corredor terapéutico es diseñado por Bauleo y colaboradores (1988) para la realización de grupos psicoterapéuticos en la sanidad pública. Se puede definir como un grupo semiabierto (un espacio de psicoterapia continuo en la institución), en el que se evalúa la entrada y salida de los pacientes cada cierto tiempo (tres, cuatro meses), pasado ese tiempo se cierra el grupo y se abre otro (de otros tres o cuatro meses) en el que participarán algunos integrantes que han finalizado y otros nuevos. En todos los grupos participan integrantes que ya han realizado psicoterapia con este formato en grupos anteriores (pacientes más experimentados) con pacientes nuevos, que no han realizado psicoterapia. El equipo coordinador está formado por varios terapeutas, pueden ir rotando siempre que continúe el mismo equipo en cada período en el que el grupo está cerrado.

Como hemos dicho, teníamos experiencia con este encuadre y el mismo esquema referencial (Concepción Operativa). El volumen de pacientes de nuestras consultas era muy elevado (consideramos que este es un requisito fundamental para poder mantener un corredor terapéutico), la diversidad de la demanda era importante, muy heterogénea, pero con condiciones comunes a muchos pacientes. Además, nuestro propósito era realizar un grupo de psicoterapia diario, por lo que podíamos agrupar los pacientes de diferentes maneras. Los Psicólogos Internos Residentes (PIR) rotaban por nuestras consultas en períodos ininterrumpidos de al menos 4 meses, por lo que podían realizar la función de observación. El equipo coordinador lo componíamos las autoras de este trabajo y en general las funciones de observación y lectura de emergentes la realiza un Residente (PIR, MIR de psiquiatría).

Disponíamos de las condiciones necesarias para organizar varios grupos con encuadre corredor, recibiendo el apoyo institucional. Así, organizamos grupos pequeños, (8-10 integrantes) con un equipo coordinador (coordinación y observación). Los grupos permanecían cerrados durante 12 sesiones, evaluando al finalizar cada periodo quien se iba y quien permanecía. Aclarar que, si un paciente no podía continuar en el siguiente período de 12 sesiones tras finalizar su grupo, sí podía incorporarse en otro posterior, aunque no coincidiera con todos sus compañeros. Nos pareció importante poner un límite de 2 años de estancia en el grupo para cada paciente, por supuesto flexible y negociable.

La **tarea** del grupo era la psicoterapia, al inicio siempre la enunciamos en la primera sesión, por ejemplo, podemos decir que es “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, Ibáñez, López y Vignale, 1990). En el caso de grupos para pacientes con trastorno mental grave, una manera de enunciarla es “reflexionar sobre las dificultades

que el paciente encuentra en su proceso de recuperación” (Tarí García y Ferrer Dufol, 2011), otra forma, “compartir, pensar, analizar los conflictos y problemas que influyen en los síntomas y sentimientos que tienen y poder encontrar la manera de estar mejor” (Vázquez y de Felipe, 2018). Es importante enunciar la tarea, incluyendo los aspectos de la psicoterapia que consideramos importantes.

A lo largo de los años hemos investigado sobre este encuadre (de Felipe y Vázquez, 2022), confirmando su utilidad.

Para terminar este apartado del encuadre, nos parece muy interesante traer las palabras de Etchegoyen (1991), quien señala que, desde la perspectiva psicoanalítica, en el encuadre se incluye la posición ética, técnica y actitud del analista (tarea analista, regla abstinencia, reserva analítica). Considera que el encuadre es sustancialmente una actitud mental del analista, la actitud mental de introducir el menor número de variables en el desarrollo del proceso. El encuadre debe entenderse como una actitud ética.

LOS PREPARATIVOS

A la hora de organizar un grupo de psicoterapia nos encontramos con una serie de cuestiones previas al inicio del grupo, a las que Irazábal (2022) llama los preparativos que son de suma importancia para el buen desarrollo del grupo. El autor considera los preparativos del grupo casi como la primera etapa del proceso, aunque todavía no haya grupo. Continúa, lo primero es buscar y conseguir el compañero o compañera para trabajar juntos. La sala es la segunda condición, a veces no es fácil conseguir y se transforma en uno de los primeros obstáculos. Poder disponer de un espacio cómodo y agradable es importante. La selección y preparación de los pacientes son aspectos fundamentales. Los preparativos están pensados para construir el mejor ambiente (Vico e Irazábal, 1998; Vico, 2009).

Las aportaciones de Emilio Irazábal (2022) nos ayudan a resolver muchas de las dificultades con las que nos encontramos a la hora de organizar grupos de psicoterapia. Nos aclaran dudas, nos invitan a reflexionar sobre los obstáculos con los que nos encontramos y recomendamos su lectura. En este caso, siguiendo la guía que nos ofrece, reflexionaremos sobre la forma de organizar los preparativos de un encuadre grupal diferente. En el caso de Emilio es un grupo largo con una duración de 2 años, en el nuestro es un corredor terapéutico.

Comenzaremos por lo que plantea Irazábal (2022), buscar un compañero o compañera para trabajar juntos. En nuestro caso, aunque siempre hemos intentado trabajar en equipo para poder mantener el corredor terapéutico, reflexionando conjuntamente y ayudándonos de la

investigación en esta tarea, hemos coordinado con diferentes modalidades a lo largo de los años. Siempre teniendo presente la propuesta de Pichon-Rivière del **equipo coordinador** en el trabajo grupal.

El equipo coordinador.

Desde la Concepción Operativa se habla de equipo coordinador, que incluye dos funciones diferenciadas la de **coordinador y observador**, lo mismo sirve para los grupos de psicoterapia. La realidad es que, en muchas ocasiones no es posible contar con un compañero o compañera para esta tarea. En ese caso, si no encontramos a nadie que nos acompañe podemos desistir de comenzar un grupo de psicoterapia, pero si hubiéramos actuado así no habríamos incorporado la psicoterapia grupal como la mejor opción terapéutica pues habríamos realizado la mitad de los grupos que hacemos. Es por ello por lo que ambas hemos coordinado grupos en solitario y otras veces hemos podido contar con compañeros con quienes compartir esta tarea. Veamos cuáles han sido las modalidades que hemos ido desarrollando a lo largo de los años y algunas reflexiones al respecto.

1.- Un solo coordinador.

Coordinar un grupo sin nadie que nos acompañe en esa función implica una mayor dificultad y soledad, pero se pueden pensar en diferentes opciones para aliviar esa circunstancia: incluir pacientes de menor gravedad y con los que se tenga una buena alianza de trabajo (sobre todo para terapeutas noveles), supervisar, reflexionar con otros colegas que también hagan grupos en la propia institución y , por supuesto, la inestimable ayuda que nos proporciona la teoría, los diferentes autores en los que nos apoyamos y que vamos conociendo en la medida que nos encontramos con diferentes situaciones y encuadres terapéuticos diferentes.

Buscando los apoyos necesarios, tanto dentro de la institución como fuera (supervisión, formación, pertenencia a asociaciones profesionales) es posible y, desde nuestra experiencia, recomendable que no dejemos de hacer grupos de psicoterapia porque no encontremos un compañero o compañera que los realice con nosotras.

Cuando sólo hay un coordinador la función de observación y lectura de emergentes no se realiza.

2.- Un equipo coordinador.

En este caso, diferenciaremos entre un equipo coordinador, con funciones diferentes de coordinación y observación de la coterapia, en la que ambos terapeutas compartimos la misma función, en este caso también hemos contado en ocasiones con un observador además de las dos coterapeutas.

2.1.- Equipo coordinador con funciones diferentes, coordinador y observador. Sería el modelo propuesto por la COG.

En este caso, 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...) (Gear y Liendo 1984; Foladori 2002). El coordinador ha de tener una doble mirada: a) la relación del grupo con la tarea, para que la trabaje y b) la relación de los propios integrantes del grupo en su interaccionar, pues si no se resuelven los conflictos que surjan no se podrá abordar la tarea.

El observador registra hechos, indicios, que permitan establecer hipótesis acerca del desarrollo de un grupo. (Pichon-Rivière y Ana P. de Quiroga, 2009). En la sesión grupal diferencian entre apertura (inicio formal), desarrollo (el grupo está "instalado" en la situación grupal) y cierre (finalización de la sesión) e indican algunos signos a observar en estos momentos. Habitualmente, media hora antes de que finalice cada sesión grupal, el observador hace una devolución de lo observado o devolución de emergentes según la COG. En nuestro caso dicha función la suele realizar un PIR o MIR, lo que supone un buen lugar de aprendizaje (Santa María, López-Botet, Vázquez, y de Felipe, 2020).

2.2.- Coterapia

En la coterapia 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). Vinogradov y Yalom (1996) señalaron como beneficios asociados a la coterapia, la relatividad que lleva asociado el hecho de poder observar con varios ojos los mismos fenómenos, el apoyo mutuo, clarificación de transferencias y sostén ante la presión grupal masiva. Los riesgos se asociarían al hecho de ser una relación humana sujeta a conflictos, depositaciones perversas, rivalidades y contratransferencias que, de no ser abordadas, obstaculizarían la labor psicoterapéutica. Roller y Nelson (1993) afirmaban que es la calidad de la relación entre los terapeutas en el equipo de coterapia lo que determina el curso de la terapia.

En ocasiones nos ha parecido más conveniente trabajar en coterapia, ocupando las dos la función de coordinadoras, sobre todo porque los integrantes de los grupos (de todos los grupos), eran pacientes de nuestras consultas y nos parecía importante mantener una posición en la terapia de grupo similar a la que manteníamos fuera del grupo como psicólogas clínicas de referencia de cada paciente a nivel individual. Por otra parte, nos resultó de gran ayuda en los grupos de pacientes más graves, o cuando queríamos comenzar un grupo de pacientes con los que no teníamos experiencia previa. Otro beneficio de la coterapia es que también nos permite ausentarnos del grupo en caso de necesidad (imperiosa) y no tener que suspender el grupo (el grupo “nos ata” al trabajo más que la agenda individual quizá). A veces también había un observador, función que realizaban un/una PIR o MIR.

En un trabajo de investigación pudimos reflexionar acerca de la función de coterapia que realizábamos (Vilchez et al., 2021). La conclusión principal fue que para poder trabajar en coterapia, es necesario conformar un equipo reflexivo en el que se expliciten no sólo los aspectos de fondo y forma relativos a la coordinación, sino también aspectos emocionales que afloran durante la tarea de coordinación. La comunicación, el conocimiento mutuo y el tiempo serán los ingredientes que llevarán a que entre los coterapeutas se pueda ir construyendo un ECRO común con el que abordar su tarea. Al contrario del modelo de terapeuta único, trabajar con otro implica adoptar una posición de aprendizaje frente al llamado lugar de sujeto supuesto saber y aceptar las propias limitaciones. Ello permite mostrar a los pacientes un nuevo modelo basado en la flexibilidad y la aceptación de la necesidad de ayuda y, con ello, una visión menos idealizada de la figura del terapeuta.

La selección de los pacientes

El hecho de que realizáramos un grupo de psicoterapia diario con encuadre corredor terapéutico, en el que cada tres meses podíamos incluir pacientes nuevos en todos los grupos confería una enorme posibilidad de ofrecer psicoterapia grupal al poco de tener la primera consulta. Además, el tener diferentes grupos con perfiles de pacientes y, en ocasiones, tareas y objetivos grupales diferentes, nos facilitaba la selección, sin perder de vista la diferencia que plantea Ribé (2021) entre los conceptos de selección de pacientes y agrupamiento. Dice el autor que la selección consiste en investigar las características de un sujeto determinado, con el objetivo de verificar si la indicación terapéutica idónea para este es o no la psicoterapia grupal. El agrupamiento es una acción posterior a la selección y se

elige entre los seleccionados para conformar el grupo de terapia a los pacientes que pueden convenir mejor al grupo concreto.

Teniendo en cuenta lo planteado por Ribé (2021), en las primeras consultas intentamos valorar si en ese paciente estaba indicada una psicoterapia y si la psicoterapia indicada era la grupal. Lo que se pretende con la indicación (o no) de psicoterapia es comprobar mediante una conversación si el consultante presenta determinadas características que, según sabemos por la investigación o la experiencia clínica, hacen más probable que la psicoterapia funcione adecuadamente (García-Haro y Fernández-Briz, 2015). Algunos indicadores planteados por Fernández y Rodríguez (2008) incluyen que el cuadro clínico responda a psicoterapia, si existen aspectos del problema por el que se consulta que son modificables por la psicoterapia y modificarían la evolución o el impacto del trastorno, valorar las expectativas del paciente y tener en cuenta factores limitantes (edad y etapa del ciclo vital del paciente, accesibilidad, aspectos culturales, actitud y susceptibilidad para el cambio). Nos parecen muy adecuados los criterios de inclusión y exclusión planteados por Vinogradov y Yalom (1996), consideran criterios de inclusión que el paciente tenga la capacidad de realizar la tarea del grupo, motivación para participar en el tratamiento, áreas problemáticas compatibles con los objetivos del grupo, compromiso de asistir a las sesiones del grupo y permanecer toda la sesión. Y como criterios de exclusión, incapacidad para tolerar la situación de tratamiento de grupo, agitación extrema, no obediencia potencial a las normas del grupo y notable incompatibilidad con uno o más de los otros miembros del grupo.

Contemplando lo que acabamos de decir, en las primeras consultas generalmente proponemos la psicoterapia de grupo, encuadre corredor terapéutico, como la mejor opción psicoterapéutica y entregamos una hoja informativa sobre psicoterapia de grupo que leen y comentamos antes del inicio del grupo y durante la primera sesión grupal.

Somos conscientes de la poca preparación de muchos pacientes que acudían a nuestras consultas para empezar la psicoterapia grupal, pero pensamos que era la mejor manera de atender a personas que en algunas ocasiones llevan meses esperando la consulta y podrían tener que esperar varias semanas hasta la próxima cita individual. El encuadre corredor terapéutico nos permitía realizar la preparación de esta manera, dado que a las 12 sesiones el grupo termina, se evalúa de modo individual y grupal el beneficio de la psicoterapia y el deseo o no de continuar o si el equipo de coordinación cree que es beneficioso para el paciente o para el grupo. Podríamos pensar que esas primeras 12 sesiones del encuadre corredor para un paciente es una primera experiencia, una preparación in situ que nos permite valorar si el paciente se beneficia o no de la intervención. Otros autores, con encuadres de psicoterapia grupal más largos (Irazábal, 2022) indican la conveniencia de que

sea una selección cuidadosa donde edad, sexo, forma de ser, tipo de transferencia con la autoridad, así como ansiedades predominantes, estén compensadas unas con otras.

En los grupos con el encuadre corredor terapéutico que realizábamos, las exigencias de tiempo y contexto impedían una selección tan exhaustiva como plantea Irazábal. A este respecto Alonso y Swiller (1995) señalan que en muchas ocasiones, los terapeutas no seleccionan en realidad a los pacientes para psicoterapia de grupo sino, más bien, dejan de seleccionar, es decir, excluyen a los pacientes que parecen candidatos inapropiados.

A los criterios expuestos añadimos uno prioritario que es la gravedad del paciente. Incluimos en el grupo de psicoterapia a los pacientes más necesitados, más graves, con mayor sufrimiento y prestamos especial interés a las personas que han tenido conflictos importantes a lo largo de su vida, relaciones interpersonales complicadas, vínculos conflictivos, como malos tratos en la infancia, acoso escolar, o en la actualidad conflictos laborales. Un grupo de pacientes que se benefician del trabajo grupal son aquellos que tienen enfermedades crónicas, sobre todo dolor y limitaciones funcionales.

El agrupamiento de los pacientes en el grupo

Hemos hablado de qué pacientes para el grupo, pero también tenemos que pensar qué grupo para ese paciente, la manera de agrupar a los pacientes en los diferentes grupos psicoterapéuticos. Ribé (2021) define otras características a tener en cuenta en el agrupamiento como son la homogeneidad/heterogeneidad grupal en relación con la edad (lo ideal sería que fueran personas de la misma generación y cuanto más jóvenes sean los miembros menos diferencia de edad debe haber), género (se recomienda que sean grupos mixtos y paritarios de cara a fomentar trabajo con la transferencia salvo grupos especiales como mujeres víctimas de violencia de género, maltratadores...), el nivel sociocultural (según el autor no es un aspecto tan relevante), diagnóstico (destaca que es una forma habitual de organizar los grupos en la asistencia pública, señala el autor que en los grupos heterogéneos la identificación y pertenencia es más costosa si bien a la larga son más ricos e integradores).

En nuestro caso el agrupamiento de los pacientes está basado en gran parte en la tarea grupal. Cada grupo (recordemos que manteníamos un grupo psicoterapéutico diario con encuadre corredor) tenía una tarea grupal y unos objetivos terapéuticos y agrupábamos a los pacientes en torno a esa tarea y esos objetivos, es decir agrupamos a pacientes que creemos que van a poder realizar esa tarea, por ejemplo, tenemos uno de los grupos destinado a pacientes con trastorno mental grave, otro grupo para pacientes jóvenes, otro para pacientes psicósomáticos. Siempre intentamos tener en cuenta el criterio de heterogeneidad que

plantea Pichon-Rivière como más operativo en el trabajo grupal (plantea “a mayor heterogeneidad del grupo y mayor homogeneidad de la tarea impulsa un mayor desarrollo de la productividad grupal”), de ese modo los criterios son amplios y se pueden incluir diferentes a pacientes con diferentes diagnósticos o características en cada grupo.

Mantener un grupo terapéutico diario con encuadre corredor terapéutico nos ayudaba a pensar en el mejor de los grupos de los disponibles para el paciente, es decir, en cuál de los grupos disponibles este paciente concreto va a poder trabajar mejor, en cuál de los grupos es más probable que este paciente se inserte en un trabajo grupal operativo, en equipo. Es decir, al conocer los grupos, la cultura y dinámica general del grupo podíamos pensar como ese paciente se iba a integrar o insertar, si bien los pacientes nuevos también aportan dinámicas grupales nuevas, en ocasiones muy terapéuticas y necesarias. La dinámica de cada grupo es diferente y por su puesto a lo largo del proceso grupal cambia, tenemos grupos más cálidos otros en los que se trabaja a niveles interpretativos muy interesantes, podemos pensar qué grupo sería el más adecuado. Otro aspecto para tener en cuenta, nada desdeñable, tiene que ver con cuestiones más cotidianas como no poder acudir un día de la semana por cuestiones laborales o de estudio, o conocer a algún miembro del grupo en el que iba a participar.

Con el modelo propuesto, psicoterapia grupal corredor terapéutico con inclusión de pacientes nuevos cada 12 sesiones podíamos atender en esta modalidad aproximadamente al 30% de los pacientes nuevos que acudían a la consulta y necesitaban un abordaje psicoterapéutico. Adaptándose la psicoterapia a las necesidades y posibilidades de cada uno ya que podían continuar en siguientes grupos hasta que lo necesitaran. Hacemos una puntualización y es que pasados los dos años prácticamente ningún paciente continuaba en este encuadre psicoterapéutico. Si lo necesitaban vimos que era más pertinente un grupo cerrado de más duración, algo que no podíamos ofrecer dada la demanda. No obstante, la satisfacción general y percepción de ayuda con el encuadre corredor era muy alta (de Felipe, Vázquez y Simón, 2019).

La preparación de los pacientes.

Irazábal (2022) prefiere una buena información e instrucción y con ello postergar el afrontamiento de las situaciones difíciles para cuando el grupo haya dado sus primeros pasos, y esté mejor preparado para sostener la tensión. A veces incluye un período de prueba de 2-3 meses o los grupos de Admisión.

En nuestro caso, teniendo en cuenta los criterios de inclusión expuestos anteriormente y dada la excesiva demanda y lista de espera, en las dos primeras entrevistas habitualmente decidíamos quien podía ser un buen candidato para la psicoterapia grupal.

Proponíamos la psicoterapia de grupo, encuadre corredor terapéutico, como la mejor opción psicoterapéutica y entregamos una hoja informativa sobre el funcionamiento de la psicoterapia de grupo que leen y comentamos. En esta hoja informativa se explica brevemente cómo funciona la psicoterapia de grupo (basado en el modelo de aprendizaje interpersonal), se habla de mitos equivocados sobre la psicoterapia de grupo y sobre cómo sacar mayor provecho a la terapia, además de las normas y dificultades comunes que uno puede experimentar. En esta hoja informativa hemos incluido una última parte sobre lo que esperamos del paciente que acude a psicoterapia de grupo tomando lo planteado por Irazábal y Vico (2016) (que a su vez se inspiran en lo planteado por Taylor (Taylor, 1960) sobre el rol de integrante en un grupo de terapia). Así, se les indica que de ellos se espera a) una revelación honesta de sí mismos; b) la descripción de experiencias significativas; c) la búsqueda de interpretaciones que hagan comprensibles los síntomas; d) para que el grupo les beneficie de una manera profunda, deben de saber que, es muy importante que trabajen sus dificultades como grupo para acercarse a un funcionamiento de equipo.

A pesar de ser una breve preparación consideramos que el hecho de que el paciente lea y se pueda trabajar al inicio sobre esta hoja informativa es relevante, más en estos tiempos actuales en los que en las redes sociales domina una idea de psicología donde el terapeuta es un “gestor que da pautas”, y el resto de los integrantes de grupo casi estorba ya que uno desea un espacio “individual” “para centrarme más en mí”. De tal forma que esta idea preconcebida de la psicoterapia nada tiene que ver con la psicoterapia que planteamos, y el no haberlo trabajado antes puede suponer una frustración tal que lleve al abandono.

De este modo muchos pacientes comienzan la psicoterapia al poco de acudir a la consulta, con una mínima preparación. El hecho de que en el corredor siempre hay pacientes que ya han realizado grupos anteriormente y conocen la dinámica de la psicoterapia es de gran ayuda en las primeras sesiones.

Y a partir de aquí ... empezaremos el grupo de psicoterapia.

CONCLUSIONES

- Las USMas son dispositivos asistenciales caracterizados por la excesiva demanda lo que hace necesario realizar encuadres psicoterapéuticos adecuados. La psicoterapia de grupo se propone como encuadre de elección.

- Es necesario pensar y organizar la psicoterapia de grupo. La construcción planificada y reflexionada de un grupo de psicoterapia es el primer requisito para su buena evolución.
- La importancia del ECRO, Esquema Conceptual Referencial Operativo. Una teoría que nos sustente, un esquema referencial del grupo y del equipo coordinador.

La riqueza de la Teoría de Grupo Operativo en la que se integra el psicoanálisis, la psicología social, las ciencias sociales y el método dialéctico. Una teoría sobre la salud enfermedad, constitución del psiquismo...una teoría sobre el manejo grupal.

- La necesidad de pensar en el encuadre adecuado dependiendo de la demanda.

En dispositivos con gran demanda asistencial como las Unidades de Salud Mental, la elección del encuadre corredor terapéutico permite atender a un número importante de pacientes en psicoterapia grupal con las condiciones y garantías necesarias.

- Es importante formar un equipo para coordinar los grupos de psicoterapia, con funciones de coordinador y observador o en coterapia. También es posible realizar grupos con un solo terapeuta.
- Respecto a la selección de pacientes para incluir en psicoterapia grupal, debido a la gran demanda en las USMAs, se puede realizar de manera más rápida, contemplando más bien criterios de exclusión que de inclusión.

Mantener varios grupos con encuadre corredor terapéutico facilita el agrupamiento de los pacientes en diferentes grupos, contemplando las características de los mismos.

- Se puede preparar a los pacientes para un grupo de psicoterapia en menos tiempo si se utilizan herramientas como las hojas informativas. En el corredor terapéutico, la coexistencia de pacientes con experiencia y pacientes nuevos facilita la inclusión de pacientes con una preparación menor.

EPÍLOGO

En la medida que escribíamos el artículo comenzábamos a dudar si conseguiríamos el objetivo de ayudar a los y las colegas que hacían grupos en las USMAs en el inicio de esta maravillosa tarea. Lo que más nos interesa haber generado es deseo, ilusión y esperanza en realizar una psicoterapia de calidad en la sanidad pública.

Nuestras dudas se centraban en la exigencia que podíamos transmitir. Hablamos a lo largo del artículo de los grupos que realizábamos, un grupo de psicoterapia diario con encuadre corredor terapéutico y somos conscientes de la exigencia y esfuerzo que conlleva. Por eso queremos transmitir que esta propuesta la hacemos después de muchos años de experiencia grupal. Podríamos decir que, no hay que hacer un grupo diario cuando se comienza, sino que se puede llegar a dicha propuesta cuando se lleva mucho tiempo y un equipo que la sostenga.

También queríamos transmitir cómo la riqueza de la articulación de pacientes con experiencia en psicoterapia y pacientes nuevos que ofrece el corredor terapéutico se puede aplicar a nuestra experiencia de equipo, psicoterapeuta más años de experiencia con psicoterapeuta más joven. Lo viejo y lo nuevo se articulan y se elaboran dialécticamente. Si uno tiene suerte además este equipo coordinador se convierte en “miniequipo” para reflexionar sobre otros aspectos clínicos e institucionales de nuestra tarea, lo cual es un tesoro. La ayuda y aportaciones de los PIR ha sido crucial en la posibilidad de organizar este entramado psicoterapéutico grupal. La evaluación e investigaciones sobre los encuadres grupales realizados son de gran ayuda, sirven para afianzar el esquema referencial, son de gran ayuda en la formación de residentes y como defensa de la psicoterapia grupal.

Al igual que para el paciente el aprendizaje en psicoterapia es duro, pero también sanador, podríamos decir que para el terapeuta también lo es. Aprender una teoría tan rica y compleja como la COG te cambia la visión de los pacientes, de la enfermedad, de la salud, del equipo, de la institución, si bien es un aprendizaje difícil que requiere tiempo y “horas de vuelo en grupo”, es fundamental aprender a tolerar la frustración de no saber todo enseguida (de la teoría, de los pacientes, de lo que sucede en determinada escena grupal). Después de tanto sufrimiento en los primeros grupos de pronto uno se descubre disfrutando al tomar conciencia del beneficio para los pacientes, para nosotros mismos como profesionales y para la institución.

Bibliografía

- Adamson, G. (2000). O Ecro de Pichon-Rivière. Web <https://www.geocoties.com/Athens/Fórum/5396/ecro.html>
- Alonso, A y Swiller, H.I. (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. Ed. Manual Moderno. México.
- Bauleo A, Duro JC, Vignale R. (1988). La idea y la práctica de “los corredores terapéuticos”. En: Bauleo A. *Notas de psicología y psiquiatría social*. Buenos Aires: Atuel; pp. 83-87
- Baz, M., Diaz, A. (1990). Concepción operativa de grupo e investigación. Su ubicación en el contexto de las Ciencias Sociales.
- Beller, D (1983). Encuadre. Clase en la Primera Escuela Privada de Psicología Social. Fichas Ediciones Cinco
- Bleger, L., Pasik, N. (1997). *Psicoanálisis Grupal. Cuándo, cómo y por qué*. Buenos Aires: Editorial Tekne.

- 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>
- Cazau, P. (1981). *Diccionario de Psicología Social* (Pichon-Rivière). Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Duro JC, Ibáñez ML, López L, Vignale R. Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R. *La Concepción de Grupo Operativo*. Madrid: AEN ; 1990. p 37-67.
- Etchegoyen, R.H. (1991). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu ED.
- Fabris, F. (2019) *Psicología Social: teoría y praxis. Concepto, método y ética de la intervención*. 2ª Edición. Buenos Aires: Editorial El Zócalo.
- Fabris (2021). De la conmoción de la pérdida a la estrategia subjetiva. Cap 4 de *Teoría y Clínica, una dialéctica de la subjetividad*. Manuscrito no publicado.
- Fabris (2023). Enrique Pichon-Rivière. *Obra completa. Del psicoanálisis a la psicología social*. Tomo V (1967-1977). PAIDÓS.
- de Felipe V. (2018). Reflexiones acerca de la función del psicólogo clínico en la Unidad de Salud Mental. [Sesión Clínica de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Guadalajara].
- de Felipe V, Vázquez E y 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*. nº23
- de Felipe V, 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>
- Fernández A, Rodríguez B. (2008). Indicación de una intervención psicoterapéutica. En: Fernández A y Rodríguez B. *La práctica de la psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer; p. 83-92.
- Foladori, H. C. (2002). La concepción del liderazgo en Pichon-Rivière. Clase de la Primera Escuela Privada de psicología Social. Fundada por el Dr. Enrique Pichon -Rivière, E.
- García-Haro J, Fernández-Briz N.(2015) Necesidad de criterios específicos para la derivación a psicoterapia: una propuesta. *Semergen*. 41 (4): 214-220.
- Gear, M. C. y Liendo, E. C. (1984). *Técnica de la interpretación en los grupos en operativos, en Psicoterapia estructural de la pareja y del grupo familiar*. Ed Nueva visión. Buenos Aires.
- Gómez Esteban, R (2019). La formación del psicoterapeuta grupal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 39(136): 117-142 doi: 10.4321/S0211-57352019000200006
- Irazábal, E., Vico, D. (2016). Coordinar grupos hoy: qué cambiamos y qué mantenemos (ensayo segundo). *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. Hemeroteca. https://area3.org.es/descargas/Coordinargruposhoy-Elrazabal-DVico_1.pdf
- Irazábal Martín, E. (2022). Empezar, continuar y terminar. Las etapas de un proceso terapéutico grupal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 42(142): 197-216
- Klein, R. (2017). *Grupo Operativo. Coordinación, clínica, formación*. Lugar Editorial. p. 141.
- Norberto Gamero, MJ. (2017) *Estudio de la demanda de Atención en un Equipo de Salud mental* [Tesis Doctoral Universidad de Extremadura]
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.
- Pichon-Rivière, E (1980). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (I). 5ª Edición. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. y P. de Quiroga., A (2009). *Breve guía para el aprendizaje del rol de observador de grupos*. Ediciones 5.
- Ribé J. (2021). *Técnica en psicoterapia analítica grupal: Experiencia desde la asistencia pública*. Barcelona: Herder
- Roller B, Nelson V. Cotherapy. (1993). En: B. Kaplan y B. Sadock, editores. *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins, p 304 - 312.
- Santa María, A., López-Botet, M., Vázquez, E. y de Felipe, V. (2020). Acercamiento a la Concepción Operativa a través de la figura del observador. *Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, Nº24. www.area3.org.es
- Schellenberg, J.A. (1981). *Los fundadores de la psicología social "Freud, Mead, Lewin, Skinner"*. Alianza Editorial. Madrid.
- Sonis, N. *Teoría y técnica de grupo operativo*. 16 puntualizaciones al respecto. Ediciones Cinco.
- Suárez 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".
- Tarí García, A. y Ferrer Dufol, C.(2011). Duelo y recuperación. En: *Psicoterapia y rehabilitación con psicosis*. Coord. por Mariano Hernández Monsalve, María Pilar Nieto Degregori. Dialnet

- Vallejo, F. (2009). Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastorno de adaptación. *Revista de psicoanálisis y psicología social*, 1(1), 1-10.
- Vázquez E, de Felipe V. (2018). Psicoterapia grupal operativa psicoanalítica para pacientes con trastorno mental grave en una unidad de salud mental de adultos. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. 25: 1-29.
- Vázquez Ramo, E y de Felipe García-Bardón, V. (2023). Psicoterapia grupal Operativa en diferentes dispositivos asistenciales de la red pública de salud mental *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*.; nº. 27
- Vico D, Irazábal E. (1998). Aprender en grupo operativo. *Área3 Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. nº 6.
- Vico, D. (2006). Pero ¿de qué se trata? *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, Número especial 1, Congreso Internacional Madrid 2006. <https://www.area3.org.es/descargas/dequesetrata-Diego-Vico.pdf>
- Vico (2009). Psicoterapia del grupo para necesitados: preparativos básicos. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*. nº 13.
- Vinogradov S, Yalom I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós
- Vílchez Trigueros, F., Simón Martínez, V., de Felipe García-Bardón, V. y Vázquez Ramo, E. (2021). *Algunas reflexiones sobre coterapia grupal. Clínica grupal en los servicios de salud mental*. María Jesús De Castro, Rosa Gómez y Ángela de la Hoz (Editoras). AEN Editorial.