



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,  
Psicosociales e Institucionales

## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Extra Nº5 – Verano 2023

Material presentado en la III Asamblea Internacional de Investigación en torno a la  
Concepción Operativa de Grupo, Salvador de Bahía, 8-10 de septiembre de 2022

### **¿Búsqueda de un espacio grupal para las primeras crisis psicóticas? Pensando desde la concepción operativa de grupo<sup>1</sup>**

Clara Fernández  
Violeta Suárez  
Antonio Tarí  
(Verano 2022)

#### **RESUMEN**

A partir de las dificultades encontradas para dar continuidad a un grupo de psicoterapia, para pacientes con un primer episodio psicótico, del análisis de las dificultades y del redimensionamiento de la tarea, se plantea la posibilidad de modificar el encuadre, mezclando pacientes jóvenes con crisis vitales no psicóticas y pacientes con crisis psicótica. Entendiendo la creación de un grupo desde una mirada más psicosocial y no tan centrada en el diagnóstico de psicosis.

Esa situación hace que el tratamiento grupal sea uno de los más indicados, ya que permite las identificaciones con iguales y crea un espacio de contención, apoyo y acompañamiento.

Se trataba de un grupo más heterogéneo que el anterior de primeros episodios psicóticos, donde podríamos suponer cierta dificultad para homogeneizar la tarea. Para nosotros estaba muy

<sup>1</sup>Trabajo presentado en Nodo Clínica.

presente el texto de R. Klein en el que señala la divergencia en el trabajo psíquico a realizar respecto a la constitución grupal de forma diferenciada en los grupos de neuróticos y de psicóticos, y a la vez la afirmación pichoniana “A mayor heterogeneidad entre los miembros, y mayor homogeneidad en la tarea, mayor productividad grupal”, afirmación paradójica o cuando menos enigmática.

Después de esta experiencia hemos visto que quizás la homogeneidad viene facilitada desde las necesidades y los objetivos que comparten. Se ha creado un espacio transdiagnóstico de prevención, un espacio grupal que podríamos denominar “trabajo de fronteras” entendiendo la tarea como espacio acompañamiento para la prevención a la cronicidad de su malestar psicosocial.

**Palabras clave:**

Heterogeneidad grupal, homogeneidad de la tarea, divergencia en el trabajo psíquico, espacio transdiagnóstico, malestar psicosocial.

## **INTRODUCCIÓN**

A partir de las dificultades encontradas para dar continuidad a un grupo de psicoterapia, para pacientes con un primer episodio psicótico, se plantea la posibilidad de modificar el encuadre, mezclando pacientes jóvenes con crisis vitales no psicóticas y pacientes con crisis psicótica. Entendiendo la creación de un grupo desde una mirada más psicosocial y no tan centrada en el diagnóstico de psicosis.

Aparecen diversos interrogantes en relación a la viabilidad de un trabajo psicoterapéutico con un grupo de estas características. Es decir, nos preguntamos, partiendo del enunciado clásico “A mayor heterogeneidad entre los miembros, y mayor homogeneidad en la tarea, mayor productividad grupal”, cuáles serían las características y los límites de dicha heterogeneidad para lograr esa homogeneidad de la tarea que favorezca la productividad grupal.

## **ANTECEDENTES**

El grupo terapéutico se organiza en una USMC (Unidad de Salud Mental Comunitaria) de zona, que atiende población rural casi en su totalidad, con mucha dispersión geográfica. Se realiza una modificación del encuadre inicial en este último año, con el fin de ampliar el número de integrantes, ya que los últimos años no se podía hacer formato grupal por falta de aforo. (Los años anteriores se optó por un formato más psicoeducativo, sin tener en cuenta el requisito de ser 4 integrantes mínimos para tener la sesión). La necesidad de mantener un espacio grupal psicoterapéutico hace que incluyamos a jóvenes que no se encuentran dentro del programa de primeros episodios psicóticos con el fin de poder sostener este formato grupal.

En 2018 se pone en marcha un grupo de psicoterapia con formato de grupo operativo, ante la necesidad de ofrecer un espacio terapéutico grupal para pacientes que han presentado un primer episodio psicótico. El programa supone la atención durante los 5 años posteriores al proceso de crisis.

Los integrantes del grupo mantienen ciertas características en común como las dificultades relacionales, la tendencia al aislamiento (posiciones autistas), la dificultad para estar con otros, compartir sus experiencias y poder pensar sobre sí mismo, así como para tomar las riendas de su vida. La mayoría, al inicio, pueden tener poca conciencia de trastorno y algunos vienen obligados por sus familias.

El trabajo grupal facilita el descentramiento del rol de enfermo y procura recursos para ser más activos y protagonistas en su proceso terapéutico, facilitando la maduración e individuación.

Entendemos que estas personas necesitan un espacio y un tiempo donde la crisis pueda ser escuchada. Así el grupo se muestra como un espacio privilegiado para la comprensión, contención y elaboración de la misma.

En este espacio se da la posibilidad de recrear vínculos y facilitar la comunicación, combatiendo el aislamiento característico de estos de pacientes.

Previo a la pandemia, ya se observan dificultades para sostener el grupo de forma regular, por la falta de asistencia de los integrantes. El programa de primeros episodios incluye su participación en formato grupal durante 5 años, pero la mayoría abandona a los 3 años. Una dificultad importante es la dispersión geográfica, haciendo muy complicado participar en el programa a familias que vive a más de 50 km y cuyo nivel económico no les permite desplazarse de forma quincenal.

Posteriormente vienen los años de pandemia, 2020 y 2021, se dejan de hacer grupos terapéuticos e incluso disminuye la detección de estos jóvenes con primer brote psicótico. Podríamos analizar múltiples aspectos de la disminución del número de primeros episodios. Tras el período de pandemia, donde la demanda médica estaba limitada y recortada a casos de covid o casos de patología grave, la población en general ha retenido síntomas en su domicilio. Así hemos encontrado en urgencias patologías muy evolucionadas en el tiempo. Algo parecido sucedió con los casos de primer brote psicótico, no disminuyeron en la pandemia, sino que llegaron más tarde, con un mayor DUP “duration of untreated psychosis” (tiempo desde que inician síntomas psicóticos y se tratan). Además de otros factores que facilitaron el postergar la demanda de urgencias: el confinamiento generalizado por motivos de pandemia, hacía que no llamase la atención que un joven se mantuviese aislado en su habitación durante días; el incremento de consumo de tóxicos; la no exposición a lo social, en general hizo que no apareciesen tantos conflictos con el otro, y el joven con psicosis permaneciera en soledad sin trastornos de conducta graves. No descartamos que es posible que el COVID y el confinamiento produjera en las familias y en lo social experimentar una “vulnerabilidad compartida” en forma de sentimientos y vivencias similares a los que presentan las personas con trastornos psicóticos: sentimientos de amenaza (la vida y la muerte pueden estar a la vuelta de la esquina), paranoia (contaminar o ser contaminado, cualquiera puede ser un peligro), aislamiento afectivo, incluso el distanciamiento de la realidad.

El problema de la psicosis, es que la dificultad psicosocial que provoca surge mucho antes del inicio formal de la psicosis, alcanza su punto máximo al inicio de la enfermedad y se estabiliza a partir de entonces, lo que sugiere que esa dificultad es un rasgo de larga data en lugar de una secuela directa de los síntomas utilizados para clasificar el trastorno: alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento (Agerbo et al., 2004).

Estos síntomas alcanzan su punto máximo al inicio de la enfermedad, pero generalmente se resuelven, a menudo con el inicio de la medicación antipsicótica. Sin embargo, ahora se reconoce ampliamente que la medicación antipsicótica tiene poco impacto positivo en la dificultad psicosocial (McGorry et al., 2008), lo que destaca que los síntomas y el funcionamiento no están causalmente relacionados e indica la necesidad de enfoques terapéuticos alternativos, como estos espacios grupales.

Sin embargo, en la pandemia, a pesar de la reducción de casos de primer episodio, sí que incrementó la aparición de urgencias de jóvenes en situación de crisis, crisis no psicóticas, pero con elevada angustia e ideas de muerte. Jóvenes que ya antes del confinamiento empezaban a desarrollar ciertas dificultades psicosociales. El propio confinamiento había obstaculizado aún más su proceso de desarrollo e individuación, empeorando su calidad de vida. Estos cambios sociales, este cambio en la demanda, fue lo que nos llevó a volver a analizar la oferta grupal de nuestro equipo.

Tras analizar estas demandas, a finales de 2021 se decide reiniciar los espacios grupales y se amplían los criterios de inclusión, pasando de ser un grupo de primeros episodios psicóticos a un grupo de jóvenes en situación de crisis vital, entendiendo la crisis como situaciones de sufrimiento con marcada dificultad psicosocial, donde el desarrollo de la identidad del joven está en riesgo.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Personas jóvenes en pleno desarrollo de su identidad, que han presentado situación de crisis vital con problemas de salud mental graves. Jóvenes cuyo momento evolutivo depende de lo social. Esa situación hace que el tratamiento grupal sea uno de los más indicados, ya que permite las identificaciones con iguales y crea un espacio de contención, apoyo y acompañamiento.

En un primer momento pensamos que se trataba de un grupo más heterogéneo que el anterior de primeros episodios psicóticos donde podríamos suponer cierta dificultad para homogeneizar la tarea. Sin embargo, tras supervisar este espacio grupal, nos dimos cuenta que la cuestión no es que hubiese más heterogeneidad, sino que dicha heterogeneidad no impedía la homogeneidad necesaria para construir una tarea. El grupo funcionaba a pesar de estar formado con pacientes con psicosis y neurosis graves.

Estos pacientes que componía el grupo compartían unas necesidades y tenían unas dificultades comunes, que facilitaban justamente el trabajo grupal:

- La existencia de elementos traumáticos.
- El tipo de apego.
- La ruptura biográfica.
- El nivel de construcción de la identidad fragmentada.
- Los vínculos parciales.

Vimos que los pacientes incluidos en este espacio grupal, se encontraban en fases tempranas del desarrollo de una discapacidad psicosocial. Esta situación puede hacer referencia al concepto de la fase adolescente y la fase temprana de la psicosis. Un “período crítico” que

influye en la formación o no de un trastorno mental grave (Birchwood y Macmillan, 1993; Birchwood et al., 1998).

## TAREA

Ahora sí, retomamos el análisis de los factores de productividad grupal, donde Pichón Riviere enuncia que la productividad de un grupo va a depender de la mayor heterogeneidad de los miembros y la mayor homogeneidad de la tarea.

¿Qué viene a hacer cada uno?

Partimos de la base de que todos los pacientes han pasado, o están pasando un período crítico, una crisis. La crisis es un momento de cambio, un aviso, un emergente. Y les planteamos a los pacientes que estamos aquí para pensar y aprender sobre ese período de crisis ¿De qué manera ocurre? ¿Para qué es útil pensar sobre ello?

### La tarea propuesta sería:

Reflexionar y analizar los sentimientos y conductas que paralizan o entorpecen la evolución personal de cada uno de los integrantes del grupo. Aprender a pensar sobre lo que sienten y piensan, cómo influye en sus actos y en las relaciones con los demás. Aprender nuevas formas de relacionarse consigo mismos y con los demás para tener una vida más satisfactoria y productiva.

El trabajo grupal girará alrededor de evitar una ruptura vital, retomar o iniciar proyectos vitales, trabajar la separación e individuación, asumiendo que, aunque ya deberían haber hecho este proceso, no haber podido hacerlo es probablemente uno de los desencadenantes de la crisis.

## CONCLUSIONES

Tras cambiar el encuadre, hemos comprobado que se ha podido sostener este espacio grupal con más estabilidad, se ha mantenido la asistencia regular de los pacientes: ha habido **menos ausencias** que en años anteriores donde se hacía el grupo sólo con pacientes con primer episodio psicótico.

A través de los emergentes se ha visto que el grupo se ha convertido en un lugar donde poder trabajar aspectos de su proceso vital, por lo que podemos pensar qué esta configuración de los integrantes del grupo ha sido más efectiva.

Podemos reflexionar sobre la dificultad que los pacientes psicóticos pueden mantener para comprometerse en el tratamiento, la dificultad de reconocerse como vulnerables o con necesidad de ayuda y el fuerte estigma y la angustia que supone exponerse a espacios grupales donde otros pueden reflejar la crisis de uno mismo. Quizás este encuadre, al dejar a un lado el diagnóstico y partir del momento vital en que se encuentran los pacientes, ha hecho que se **favorezcan identificaciones** con aspectos menos fragmentados, menos psicóticos.

Las diferencias pueden tener que ver con el nivel de fragilidad del que parte cada integrante, con el nivel de funcionamiento previo al momento de la crisis, y de ahí ya podemos intuir mejor o peor pronóstico.

También el hecho de incorporar a pacientes en edades similares, en momentos vitales similares, hace que los pacientes con un primer brote psicótico, mantengan cierta **esperanza** de recuperar lo perdido, de tener **motivación para trabajar en grupo aspectos de uno mismo**, que quizás en espacios más homogéneos en cuanto al diagnóstico, con otros pacientes con brotes psicóticos, es más difícil que se den. Podemos pensar como hipótesis que estos **espacios impulsan más hacia la recuperación y hacia la identificación de aspectos sanos**, más desvinculados con el rol de enfermo.

Esta experiencia nos interrogó respecto a lo planteado por R. Klein en su libro “El trabajo grupal” sobre la dificultad de realizar grupos terapéuticos mezclando pacientes psicóticos y neuróticos, debido a que su tarea es divergente: *Divergencia dada en el trabajo psíquico a realizar respecto a la constitución grupal (sic)*. Según expone Klein en el grupo de neuróticos, *la ilusión grupal se forma rápidamente, siendo parte de la tarea producir su desilusión, mientras que la constitución del grupo como tal con pacientes psicóticos es casi la tarea misma del grupo*.

Los pacientes con primer episodio psicótico incluidos ¿tendrían las mismas características psicológicas que los psicóticos de los que estaría hablando Klein? Igualmente, los pacientes con neurosis graves ¿tendrían diferencias con los neuróticos a los que se refiere el autor? En este caso parece que dichas divergencias no han impedido, sino al contrario, han favorecido la posibilidad de construir un espacio grupal.

En este caso la introducción de pacientes con característica a priori “no psicóticas” junto a pacientes con diagnóstico temprano de psicosis han permitido y consolidado la constitución del grupo, que previamente había sido tan dificultosa

Nos preguntamos acerca de cuáles serían los factores comunes involucrados en este trabajo psíquico que han favorecido tal proceso. Profundizar en este interrogante quedará para otra investigación.

Sin embargo, pensamos que hay algunos aspectos que han podido ser relevantes:

- Se tratan de pacientes jóvenes, en procesos iniciales de enfermedad / malestar, **con poco tiempo de evolución**.
- Está menos consolidada su identificación con el rol de enfermos.
- Son **más flexibles a la posibilidad de introducir cambios**, están en plena crisis vital, sin herramientas ante la situación nueva que se les presenta, pero con motivación para buscar estrategias adaptativas más saludables.

Después de esta experiencia hemos visto que quizás la homogeneidad viene facilitada desde **las necesidades y los objetivos que comparten**. Se ha creado un espacio transdiagnóstico de prevención, un espacio grupal que podríamos denominar “trabajo de fronteras” entendiendo la tarea como espacio acompañamiento para la prevención a la cronicidad de su malestar psicosocial.

Se crea un espacio para abordar **aspectos preventivos** (toma de conciencia de comportamientos que pueden llevar a la enfermedad o la discapacidad) **de promoción** (identificación y potenciación de las fortalezas, de los aspectos sanos del individuo) y de **educación para la salud** (informaciones y experiencias que permiten ir construyendo una nueva cultura de la recuperación reviniendo la medicalización y «psicofarmacologización» abusiva,).

Volviendo a nuestra experiencia grupal, hemos observado que los pacientes con un primer brote psicótico, que han sido incluidos en el programa de primeros episodios, y a continuación incluidos en este espacio grupal, no se han identificado tanto con la etiqueta psicosis, y sí con la de “jóvenes”, llegando a poder pensar con otros en grupo, reflexionando sobre el momento vital que transitan. Podemos ver el grupo de jóvenes como **factor de protección ante el estigma**, mediante las identificaciones con otros como jóvenes, y no como enfermos. Este espacio impulsa a pensar con otros, a analizar la situación de parálisis que se encuentran más allá de la etiqueta de enfermo mental, sin llegar a asignarse un diagnóstico. De hecho, el programa de primeros episodios intenta evitar diagnosticar al paciente los 5 años que dura el programa, promoviendo la mejora de su situación sin marcar límites ni pronósticos a corto plazo.

Desde el punto de vista asistencial puede ser controvertido no usar diagnósticos clínicos durante esos años, pero el espacio grupal que se crea “grupo de jóvenes con dificultades psicosociales” plantea considerar la psicopatología de los jóvenes que buscan ayuda de una manera **transdiagnóstica**, en vez de “monitorear” las dimensiones de la psicosis.

Van Os, en lugar del ineficiente enfoque médico del alto riesgo, propone una perspectiva de salud pública centrada en mejorar el acceso a un entorno poco estigmatizante y de esperanza, a pequeña escala y con un lenguaje e intervenciones aceptables para la juventud. Un adolescente que, subjetivamente, piensa que sufre no tiene por qué desarrollar un trastorno mental, pero la expresión de dicho malestar, en un contexto adecuado, favorece la recuperación. Por ello, el espacio grupal de jóvenes favorece la no identificación con el rol de enfermo y participa en **potenciar aspectos de la prevención y recuperación**.

El grupo puede ser un **factor de protección** para la salud mental de sus componentes, el intercambio de relaciones basadas en el respeto y aceptación del otro es una de las bases para la salud mental en esta edad. Edades donde prima el contacto con el otro para avanzar hacia la individuación y diferenciación con las figuras primarias.

El grupo se convierte en un campo de entrenamiento para mejorar el funcionamiento psicosocial. Las personas son autores activos –protagonistas– de su propio proceso de cambio. Apunta a la revalorización del cuidado en los núcleos vivenciales naturales y de su red social. “se le concede un lugar en el «arsenal terapéutico», a un tipo de ayuda fundamental: la que puede proporcionar un medio acogedor, contenedor y cariñoso, sea familiar, sea de amistades, sea de colectivos sociales...” (Tizón)

El grupo permite observar y analizar los determinantes sociales y colectivos de un problema aparentemente individual. Permite observar y analizar, tanto a usuarios como a profesionales, **la dimensión social de la psicopatología, la discapacidad y los obstáculos para la recuperación**.



De hecho, estudios longitudinales sobre primeros episodios psicóticos, han demostrado que la discapacidad psicosocial, al inicio de la enfermedad es un fuerte predictor de discapacidad muchos años después (Addington et al., 2005; Alvarez-Jimenez et al., 2012; Tandberg et al., 2012), y aquellos que la enfermedad tiene una aparición más temprana, tienen un peor resultado psicosocial (Hafner y van der Heiden, 1999). La lógica de esto es que las intervenciones que tienen como objetivo el funcionamiento psicosocial en las etapas iniciales de la psicosis ofrecen la posibilidad de prevenir la discapacidad psicosocial a largo plazo.

Cómo nuevos objetivos nos planteamos la búsqueda de criterios de inclusión para formar grupos de jóvenes, en relación esta dificultad del funcionamiento psicosocial. Este aspecto debe ser un objetivo importante de intervención, independientemente de su asociación diagnóstica. Los enfoques actuales de intervención temprana en psicosis, centrados en los síntomas, no parecen afectar la discapacidad psicosocial y, por lo tanto, necesitan reconsiderarse. Se necesita un enfoque de intervención temprana que aborde la dificultad psicosocial para garantizar que este problema no se cronifique. Además, existe una ventana de oportunidad para brindar intervenciones de amplio espectro a los jóvenes en riesgo psicosocial, para reducir la desventaja social y la marginación, y potencialmente reducir el número de personas que desarrollan psicosis formal.

Se necesitan más espacios de investigación grupal para poder seguir respondiendo a preguntas sobre la productividad grupal en pacientes con un primer episodio psicótico. Nos quedamos con algunos interrogantes como:

¿La intervención grupal en las primeras fases de la psicosis se ve beneficiada por un espacio donde el común denominador sea la fase vital, más que el diagnóstico de psicosis?

¿La eficacia de grupos de primeros episodios psicóticos, se ve mermada cuando son grupos homogéneos de psicosis?

¿La prevención temprana puede ayudar a descongelar partes más neuróticas de la personalidad de pacientes con un primer brote psicótico?

¿Cómo poder trabajar de forma precoz con los aspectos más simbióticos, sincréticos, que aún no han invadido la personalidad del sujeto?

¿El enfoque transdiagnóstico es más efectivo para la recuperación psicosocial?

---

## Bibliografía

- Ceverino, A. (s.f.). *Salud mental y terapia grupal*. Grupo 5.
- Griffiths SL, Wood SJ, Birchwood M (2019). Vulnerability to psychosocial disability in psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28, 140-145. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000495>
- Guimón, J. (s.f.). *Manual de Terapia de Grupo*.
- Hernández, Mariano; Irazábal, Emilio; (s.f.). *Experiencias terapéuticas grupales*. Grupo5.
- Klein, R. (2009). *El trabajo Grupal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Klein, R. (s.f.). *Coordinación, clínica y formación*. Buenos Aires.
- Rivière, E. P. (1971). *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vázquez, E., & Felipe, V. d. (2021). Psicoterapia grupal operativa psicoanalítica para pacientes TMG en una Unidad de Salud mental de adultos. *Area* 3(25).