



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 21 – Invierno 2017

Psicoterapia Psicoanalítica Grupal Operativa en Pacientes Psicosomáticos: Análisis de un encuadre y satisfacción.

Hospital Universitario de Guadalajara. Servicio de Psiquiatría.
Andrea Erdocia¹; Victoria de Felipe²; Ángela Larrosa³;

Resumen

Desde nuestro lugar en la institución pública, con una demanda desbordante a la que es necesario dar salida y con el foco puesto en no caer en la rigidez y no evaluación de nuestros encuadres ofertados, decidimos realizar una investigación sobre un encuadre de psicoterapia psicoanalítica grupal operativa (encuadre corredor terapéutico).

Los objetivos de esta investigación son: 1. Analizar la satisfacción y los comentarios de los pacientes sobre la psicoterapia grupal con un encuadre corredor terapéutico y evaluar si varían según el número de sesiones realizadas. 2 Analizar los beneficios obtenidos en la vida diaria tras participar en la psicoterapia y 3. Detectar nuevas necesidades para mejorar la calidad de la atención.

La muestra se compuso de un total de 60 pacientes, con patología de tipo psicósomática del dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara. La media de edad era de 40,88 años, la muestra fue dividida en dos grupos homogéneos: los pacientes del grupo 1, que habían realizado un grupo de psicoterapia (12 sesiones) y los pacientes del grupo 2, que habían realizado dos o más grupos (≥ 24 sesiones). La psicoterapia fue de tipo grupal psicoanalítica coordinada con técnica de grupo operativo y con frecuencia semanal. En la última sesión se facilitó a cada paciente una encuesta de satisfacción, que posteriormente fue analizada mediante el programa estadístico SPSS 20.

La investigación concluye que el encuadre corredor es una oferta terapéutica posible dentro de la institución pública, un recurso a utilizar para la elaboración de conflictos y una oportunidad de mantener un espacio grupal permanente a nivel institucional. Además en el encuadre corredor terapéutico, convergen la posibilidad de permanencia y la presencia de límite como elemento terapéutico.

¹ Andrea Erdocia es Psicóloga clínica

² Victoria de Felipe es Psicóloga clínica

³ Ángela Larrosa es Residente de psicología clínica

Abstract

From our daily work in a public institution with an overwhelming demand, we decided to prevent a risk of rigidity and lack of evaluation of the care we provide, undertaking research on our therapeutic setting: “the therapeutic corridor” in an operative group therapy psychoanalytically oriented.

The aims of this research were to analyse: 1. The satisfaction and commentaries of patients with the therapeutic corridor, and their variations depending on how many sessions they've attended. 2. The benefits in their daily lives after psychotherapy, and 3. The emergent needs of patients in order to improve the quality of the attention.

This research was based on the analysis of a satisfaction survey administered to 60 psychosomatic patients from the Mental Health Liaison program of the Guadalajara University Hospital (Spain). The average age was 40.88 years and they were divided into two homogeneous groups: patients in group 1 had participated in one psychotherapy group (12 sessions), and group 2 was formed by patients who had participated in two or more groups (≥ 24 sessions). The psychotherapy was conducted on a weekly basis. In the last session, a satisfaction survey was provided to each patient. Data were analysed with the SPSS 20 statistical analysis programme.

Research concludes that the “therapeutic corridor” setting is a feasible therapeutic offer within the public institution, a resource to deal with inner conflicts and an opportunity to maintain a permanent psychotherapy group at the institutional level. Moreover, in the therapeutic corridor setting the possibility of permanence and presence of limits converge as therapeutics elements.

Palabras clave: psicoterapia grupal, grupo operativo, psicósomática, encuadre corredor terapéutico, encuesta de satisfacción.

Keywords: group psychotherapy, operative group psychotherapy, psychosomatic, therapeutic corridor setting, satisfaction survey.

Introducción

Con el presente trabajo queremos reflexionar sobre el “encuadre corredor terapéutico” de psicoterapia psicoanalítica grupal operativa realizado con pacientes psicósomáticos en el dispositivo de Interconsulta y Enlace del Hospital Universitario de Guadalajara. Nuestra investigación se basa en una encuesta de satisfacción completada por los pacientes en la última sesión de la psicoterapia de grupo.

Decidimos realizar este análisis ya que consideramos que incorporar la investigación a la práctica clínica es una manera de enriquecer la identidad profesional a partir del mejor conocimiento del rol y del campo de trabajo en el que operamos. La investigación sería una manera de construir una explicación a los aspectos problemáticos de nuestra práctica y un camino hacia el conocimiento de la realidad que tratamos.

Desde nuestro lugar profesional, nos encontramos frente a múltiples problemas propios de nuestro contexto de intervención, como puede ser la demanda tan desbordante a la que tenemos que dar respuesta. Esta dificultad en nuestra práctica diaria nos lleva a adaptar la oferta de tratamiento. Actualmente realizamos un encuadre de psicoterapia grupal

motivado por nuestra creencia de que es la mejor manera de responder y poder gestionar esta demanda, pero nos preguntamos sobre el sentido de nuestra práctica profesional, buscando analizar nuestro campo de trabajo mediante la investigación, ya que ni la teoría ni la práctica son suficientes para el conocimiento de una realidad. Entendemos que el concepto de praxis alude a una retroalimentación permanente de teoría y práctica (Zito Lema, 1985).

Contexto

Desde los años 2003 a 2013, en el Hospital Universitario de Guadalajara realizamos varios programas de Enlace en coordinación con diferentes servicios médicos, destacando dos grupos de pacientes atendidos: aquellos que tenían diagnóstico de fibromialgia (en coordinación con reumatología) y los que sufrían un trastorno de conducta alimentaria (en coordinación con endocrinología). Otros programas no se mantuvieron en el tiempo, sino que respondieron a demandas puntuales de diferentes servicios, como patología del suelo pélvico, poliposis adenomatosa familiar o pacientes pluripatológicos. En otras ocasiones, como en el caso de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, fue la disminución de derivaciones lo que puso fin al programa específico.

En cualquier caso, durante esos años nuestra actividad asistencial se centró en la atención de pacientes psicósomáticos, y no sólo por nuestra participación en dichos programas, sino por las intervenciones individuales y familiares realizadas en la Interconsulta Hospitalaria. Cuando nos referimos a pacientes psicósomáticos lo hacemos desde la perspectiva planteada por Ulnik (2002), que define la Clínica Psicósomática como la disciplina que se ocupa de todos los aspectos psicológicos involucrados, aunque no sean la causa, en la atención de todos los pacientes que presentan episodios o enfermedades somáticas de cualquier índole.

Hemos de tener en cuenta las características de los pacientes atendidos, ya que van a influir en el tipo de encuadre psicoterapéutico elegido así como en las respuestas que los pacientes dan al mismo.

La organización asistencial del sistema público de salud habitualmente requiere que una persona presente un diagnóstico psicopatológico para que pueda acceder a un tratamiento psicológico que se realizará tras la derivación pertinente, en las Unidades de Salud Mental. A nuestro parecer, este recorrido limita de manera importante la inclusión de lo psicológico en la definición de la salud como biopsicosocial de los pacientes con enfermedades orgánicas ya que es como si no se contemplara que un cambio tan importante como puede ser el diagnóstico de una enfermedad orgánica, fuera a tener efectos en todas las esferas, subjetiva, familiar, grupal y laboral.

En el caso de los programas de Enlace, el recorrido es algo diferente pues aunque el Psicólogo Clínico no forma parte del equipo que atiende al paciente, se coordina con el mismo, y no es estrictamente necesario que una persona con determinado diagnóstico médico presente una clara psicopatología para ser derivado. Sin embargo en ambos casos, los pacientes no acuden directamente a la consulta del Psicólogo Clínico, sino que requieren una derivación médica.

En este contexto, en nuestra consulta vamos a atender a personas que no hacen demanda de un abordaje psicológico, que acuden decepcionados porque otros especialistas no les han “curado” sus síntomas, incluso enfadados porque la derivación la entienden como si les dijeran que están fingiendo, inventándose los síntomas físicos que presentan. Además de otros que, al menos desde lo manifiesto, sienten que necesitan un espacio en el que poder reconstruir su identidad, reorganizarse en lo social y poder apropiarse de este cuerpo con las limitaciones a las que les enfrenta.

Pensamos que estas características propias de esta población clínica en concreto, influyen en las respuestas a la encuesta de satisfacción administrada, en las que observamos mayor frecuencia de contenidos relacionados con la adaptación a la enfermedad física.

Psicoterapia Psicoanalítica Grupal Operativa

Antes de centrarnos en la psicoterapia propiamente dicha es importante mencionar la concepción del sujeto de la que partimos así como de curación, salud y enfermedad.

Nuestro esquema referencial es psicoanalítico, y en este sentido siguiendo los planteamientos de D’Alvia (2015, en Borensztejn, 2015), consideramos que en una expresión somática hay que tener en cuenta el grado de evolución del yo y del psiquismo (simbolización, grado representacional, etc.), el grado de sostenimiento y cronicidad del proceso psico-somático y el momento histórico-evolutivo del individuo enfermo.

Dentro de la corriente psicoanalítica las aportaciones de la Concepción Operativa constituyen un pilar fundamental en nuestro abordaje. Pichon-Rivière (1981) se inscribe en un marco de referencia psicoanalítico, incidiendo en la relación existente entre la vida psíquica del sujeto, su historia y vicisitudes con el contenido y la forma del síntoma. Pero para él, el acontecer intrapsíquico no puede ser comprendido sin analizar la dimensión de lo intersubjetivo, las relaciones que ambos sujetos establecen, el cómo se afectan recíprocamente y para ello propone el vínculo como elemento central a analizar. Por otra parte, insiste en las tres áreas en las que se expresa la conducta, la mente, el cuerpo y el mundo externo, en continua interrelación. Para él la conducta implica siempre la participación indefectible del cuerpo y del mundo externo.

El concepto de cura en Pichon es un proceso ligado al aprendizaje y a la creación. Cazau (2005) explica que Pichon-Rivière establece una fuerte vinculación entre adaptación activa y aprendizaje, entendido como la apropiación instrumental de la realidad, para modificarla. Pichon-Rivière (1981) considera la adaptación activa como una transformación del sujeto que a la vez modifica al medio, y al modificar el medio se modifica a sí mismo. En este sentido relaciona la Salud Mental directamente con una adaptación activa a la realidad, mientras que la enfermedad mental lo estaría con un proceso de adaptación pasiva, entendiendo la adaptación como la adecuación o inadecuación de la respuesta a las exigencias del medio.

El otro aspecto fundamental de la Concepción Operativa es que la cura es imaginada y abordada en el espacio grupal a través de la producción de una tarea (Jasiner y Woronowsky, 1992). Los Grupos Operativos se definen como grupos centrados en la Tarea, a diferencia de los grupos centrados en el individuo o en el propio grupo. El Grupo Operativo no está centrado en el grupo como totalidad, sino en la relación que los integrantes mantienen con la tarea. ¿Cuál sería la tarea en un grupo de psicoterapia? La primera respuesta es la de curarse, los pacientes acuden a un grupo de psicoterapia para curarse. Pero el término cura es muy amplio y siguiendo nuestra posición teórica al respecto podríamos definir la tarea como “resolver y elaborar las dificultades relacionadas con situaciones de pérdida, duelo y depresión, tanto las actuales como las previas, las del desarrollo” (de Felipe, 2015), o “el logro del aprendizaje sobre uno mismo, sobre sus formas de vinculación, sobre los obstáculos o dificultades que bloquean una relación dialéctica con el otro, con los otros, externos e internos” (Suárez, 2015).

De este modo, como señala Tarí (2015), el objetivo común de curarse colectivamente compartido, hace que se necesiten entre ellos para que el grupo funcione y esta necesidad recíproca constituye el factor motivador para que se constituya una compleja red interaccional. El grupo va a ser el agente terapéutico, por eso lo importante para Pichon-Rivière no es que el terapeuta “curara” a los pacientes, sino que creara las condiciones para que estos aplicaran sus propios recursos para la solución de sus problemas.

En la psicoterapia vamos a abordar aspectos de la verticalidad junto con la horizontalidad. Verticalidad que se refiere a la historia del paciente, a los conflictos previos, los duelos no elaborados, las carencias en el desarrollo y las dificultades en los vínculos, en definitiva, a la relación de la enfermedad actual con la historia del sujeto, qué conflictos moviliza, o que duelos son reactualizados. Horizontalidad que se refiere al aquí y ahora grupal, las relaciones que se establecen, las emociones, los roles que se ponen en juego y que nos van a permitir acceder a otros previos. Porque la enfermedad se ha presentado ahora, y no vamos a tratar sólo sus efectos sino los aspectos conscientes e inconscientes que han podido influir en su desencadenamiento y que entorpecen la adaptación activa del sujeto a la realidad.

El cambio que se pretende con este grupo es interno (elaboración de los sentimientos negativos e inclusión de lo psicológico como un aspecto importante en su enfermedad) y externo (adquirir una conducta más activa y sana así como mejorar las relaciones con los demás).

Encuadre corredor terapéutico

La psicoterapia grupal puede realizarse a través de diferentes encuadres, en este estudio evaluaremos el encuadre corredor terapéutico, diseñado por Armando Bauleo (Duro, Ibáñez, López y Vignale, 1990; Bauleo, Monserrat y Suárez, 2005). Podríamos definir dicho encuadre como el de un grupo semi-abierto, en el que se evalúa la entrada y salida de los pacientes cada tres meses, es decir cada 12 sesiones se cierra el grupo y se abre otro en el que participarán algunos integrantes nuevos y otros que ya han finalizado al menos un grupo de psicoterapia.

De este modo y teniendo en cuenta que la demanda de los pacientes que acuden a nuestras consultas es muy dispar, así como por la severidad de sus síntomas y la motivación para profundizar, con este encuadre podemos ofrecer un espacio continuo en el que se puedan adaptar a las necesidades y posibilidades de trabajar los aspectos psicológicos implicados en cada caso particular.

Nos resulta un encuadre útil, además, ya que disminuye la ansiedad que genera en el profesional de Salud Mental el elevado número de pacientes que hay que atender, pues cada tres meses se abre de manera sistemática un encuadre en el que pueden entrar nuevos pacientes, pero además permanecen algunos del grupo que finaliza, lo que agiliza y moviliza más rápidamente el proceso grupal.

¿Cómo podemos saber si este encuadre es adecuado a las características de nuestra demanda?

Consideramos que las intervenciones terapéuticas que generan las instituciones de salud deben ser el resultado dialéctico entre la demanda, la institución y las teorías que constituyen los instrumentos de intervención. Si contemplamos los tres polos en nuestros análisis podremos tener una visión más completa ofreciendo respuestas más adecuadas, y como dice Jasiner (1992) sostener las prácticas realizadas en las Instituciones Públicas. Esta perspectiva integradora en la que se contemplan al sujeto la institución y las teorías, estaría inscrita en las propuestas de la Concepción Operativa (CO) ya que el proyecto de Pichon-Rivière tenía la intención de operar en lo subjetivo-social de modo tal que los sujetos fuesen cada vez menos víctimas y más artífices de sus propios destinos.

No podemos dissociar la teoría de la práctica, ambas están interrelacionadas en nuestras intervenciones asistenciales. Pero la teoría no sólo se refiere a la que sustenta la psicoterapia

que realizamos, sino que también incluye nuestra posición respecto a la realidad, entendida desde la dialéctica materialista (pilar fundamental de la CO) como una totalidad concreta en permanente proceso de conflicto y cambio por lo que no podemos seguir manteniendo una práctica por el hecho de que fue adecuada en un momento concreto.

De este modo incluimos en nuestro quehacer profesional un espacio para la investigación, y en el caso del encuadre corredor terapéutico nos preguntamos si pasados los años es beneficioso y satisfactorio para nuestros pacientes, por lo que decidimos preguntarles a través de la encuesta de satisfacción.

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario" (Corbella y Saturno, 1990). Nuestra investigación parte de la relación entre el sujeto (investigador) y el objeto (investigado). Los protagonistas (los pacientes), forman parte del proceso de conocimiento, es decir, sujeto y objeto de la investigación se vinculan, se retroalimentan y sobre todo se transforman.

Consideramos que la mejor manera de saber la satisfacción y los beneficios del encuadre terapéutico realizado, es a través de una encuesta de satisfacción de preguntas abiertas, que se administra a los pacientes al finalizar cada encuadre grupal, y que incluye una pregunta cerrada (respuesta tipo Likert) sobre la satisfacción general con la psicoterapia de grupo realizada. Utilizamos preguntas abiertas para conocer la opinión de nuestros pacientes, ya que consideramos que los elementos emocionales, motivacionales y propios de la verticalidad de cada uno, son un aspecto fundamental a la hora de realizar nuestra praxis. De este modo, atendemos a la necesidad de basarnos en la comprensión de los significados, acuerdos y reglas sociales, buscando la comunicación con los objetos de investigación y no la simple observación o manipulación experimental de estos objetos. Nos resulta fundamental tener en cuenta las interrelaciones, procesos, personas e instituciones involucradas.

En el presente estudio y a través de dicha encuesta vamos a analizar los aspectos de la psicoterapia ofrecida que más y menos valoran los pacientes, diferenciando aquellos que han realizado sólo un encuadre de 12 sesiones, de aquéllos que han realizado más de 12 sesiones. Consideramos que el análisis de las respuestas de los pacientes a una encuesta de satisfacción después de cada intervención psicoterapéutica nos puede aportar información sobre los beneficios y aplicaciones de lo trabajado en la misma, así como de aspectos a mejorar.

Método

Participantes

Muestra incidental de 60 pacientes con una media de edad de 40,88 años (dt 12,62), de la que 2 sujetos son hombres y 58 son mujeres. Todos ellos con patología psicósomática donde el cuerpo se ve comprometido. El 55% sufre dolor crónico, el 25% trastorno de la conducta alimentaria (TCA), el 13,3% obesidad, el 3,3% enfermedad oncológica, el 1,7% patología digestiva y 1,7% patología cardíaca. El 75% de la muestra ha sufrido algún tipo de Acontecimiento Vital Estresante (AVE) según criterios del eje IV del DSM-IV-TR en su vida, de los que el 40% en la edad adulta o en la infancia y el 35% en ambas etapas vitales. El 25% no ha sufrido ningún AVE relevante. El diagnóstico psicopatológico común a casi todos los pacientes es el trastorno mixto ansioso-depresivo. Estos pacientes han realizado psicoterapia de grupo en nuestro dispositivo desde Junio de 2013 a Junio de 2015.

Dividimos la muestra en dos grupos homogéneos en edad, sexo, sintomatología física y AVEs. Los pacientes del grupo 1 han realizado un grupo de psicoterapia (12 sesiones) y los pacientes del grupo 2 han realizado dos o más grupos de psicoterapia (≥ 24 sesiones).

Hipótesis y objetivos

Hipótesis:

1. Los comentarios positivos respecto a la psicoterapia grupal variarán dependiendo del número de sesiones. A menor número de sesiones se centrarán en la propia experiencia grupal. A mayor número de sesiones se centrarán en la resolución de conflictos intrapsíquicos.
2. Los comentarios negativos respecto a la psicoterapia variarán dependiendo del número de sesiones. A menor número de sesiones se centrarán en la movilización e impacto emocional de dicha experiencia grupal y en el limitado número de sesiones.
3. Los beneficios psicológicos de la psicoterapia grupal variarán dependiendo del número de sesiones. A menor número de sesiones se centrarán en la comunicación y relaciones interpersonales, a mayor número de sesiones se centrarán en la mejoría psicológica derivada de la resolución de conflictos previos y aspectos de su biografía.
4. La satisfacción de los pacientes con la psicoterapia grupal aumentará a mayor número de sesiones realizadas.

Objetivos:

1. Analizar la satisfacción y los comentarios de los pacientes sobre la psicoterapia grupal con encuadre corredor terapéutico y evaluar si varían según el número de sesiones realizadas.

2. Analizar los beneficios obtenidos en la vida diaria tras participar en la psicoterapia.
3. Detectar nuevas necesidades para mejorar la calidad de la atención.

Instrumentos

La encuesta de satisfacción con la terapia de grupo es un instrumento elaborado por el equipo de trabajo para valorar diferentes aspectos de satisfacción y posibles beneficios que les ha aportado la psicoterapia de grupo realizada. Al finalizar cada intervención psicoterapéutica los sujetos cumplimentaban la encuesta con varias preguntas abiertas y una pregunta final con cinco alternativas para valorar la satisfacción con la misma (escala Likert).

Dicha encuesta consta de una serie de preguntas abiertas lo que permite a los pacientes contestar de manera “abierto, espontánea” sin la restricción de respuestas cerradas. Somos conscientes de que dicho instrumento puede resultar complejo de evaluar, sobre todo teniendo en cuenta criterios exigidos para una investigación de corte cuantitativo, pero la posibilidad de que cada paciente respondiera de manera abierta es lo que nos permitía saber qué aspectos de la psicoterapia les ha ayudado y qué efectos ha podido tener en sus vidas. De este modo las preguntas sobre los comentarios positivos y negativos, que analizaremos más adelante, nos indicarían elementos concretos de la propia intervención y la pregunta sobre los beneficios, los efectos en sus vidas. Las preguntas de la Encuesta de satisfacción se encuentran reflejadas en la Tabla 1.

1.- Qué opinión le merece el trabajo de grupo a lo largo de todo este tiempo				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1.1.- Comentarios positivos ▪ 1.2. Comentarios negativos 				
2.- Beneficios que ha aportado en su vida diaria participar en este espacio grupal				
3.- Valoración de la psicoterapia grupal:				
<i>MUY BUENO</i>	<i>BUENO</i>	<i>REGULAR</i>	<i>MALO</i>	<i>MUY MALO</i>

Tabla 1. Encuesta de satisfacción.

Encuadre terapéutico

El tratamiento se basó en una psicoterapia psicoanalítica grupal operativa. Cada encuadre grupal tenía una duración de 12 sesiones semanales (1 hora 30 minutos). Los grupos estaban cerrados de inicio a fin, compuestos por 8-10 integrantes, una coordinadora (Psicóloga Clínica) y un observador (residente de Psicología Clínica) que 30 minutos antes de finalizar la

sesión, realizaba una lectura de emergentes o devolución al grupo de los aspectos más relevantes que se trabajaron en el grupo.

El encuadre más amplio que se realiza es el denominado “corredor terapéutico”, en el que el grupo se mantiene cerrado 12 sesiones, tras las que se decide la configuración del siguiente grupo, es decir, qué miembros continúan en el siguiente grupo junto con nuevos participantes y cuáles finalizan el tratamiento. Esto nos permite abrir las problemáticas en torno a la decisión, la responsabilidad, la participación, la cooperación, etc. El encuadre se mantiene fijo en cuanto a los horarios y el lugar. Consideramos que el espacio, como el resto de elementos del encuadre, contribuye a estructurar la permanencia terapéutica. El espacio actúa como un referente y no debe cambiarse.

Análisis de datos

Es una investigación de corte transversal. Se realiza un análisis descriptivo y comparativo de los procesos implicados en el tratamiento grupal y la satisfacción de los pacientes a través de la encuesta de satisfacción.

Se analizan los resultados de la encuesta agrupando las respuestas en base a los contenidos comunes. La categorización de las respuestas fue realizada de forma independiente por dos miembros del equipo y posteriormente discutida y validada por el equipo de investigación, lo que garantiza la validez interjueces. Para evitar el sesgo o la deseabilidad social en las respuestas de los pacientes, las encuestas de satisfacción fueron entregadas y recogidas por residentes del servicio ajenos a esta investigación.

Se analizan las respuestas de dichas encuestas dividiendo la muestra en dos grupos según el número de sesiones que ha realizado el paciente: grupo 1 (12 sesiones) o grupo 2 (≥ 24 sesiones). Se ha utilizado el programa estadístico SPSS 20 para realizar la comparación entre las respuestas de los dos grupos.

Resultados

La pregunta 1.1. de la encuesta hace referencia a la opinión que le merece al paciente el trabajo de grupo, teniendo que aportar éste sus comentarios positivos. Dividimos sus respuestas en dos categorías:

- **Experiencia grupal.** En esta categoría agrupamos las respuestas referidas al espacio grupal como el elemento más positivo de la psicoterapia. Se refieren a poder compartir con otras personas la vivencia de la enfermedad, sentirse apoyados y saber que no son los únicos, comunicarse, sentirse escuchados y comprendidos.
- **Conocimiento de uno mismo.** Poder revisar y analizar aspectos de uno mismo a los que no se habían enfrentado, reconocer, elaborar y asumir conflictos no resueltos o

duelos no elaborados y que permiten cambiar algunos aspectos de su posición en la situación actual.

Encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=8,715$, $p<.05$) en los aspectos positivos que valoran los pacientes del trabajo grupal según el número de sesiones realizadas. El grupo 1 (12 sesiones), valora más la experiencia grupal (70%), mientras que el grupo 2 (≥ 24 sesiones) valora principalmente el conocimiento sobre sí mismo (56,7%). Los resultados se muestran en la tabla 2.

	GRUPOS REALIZADOS		TOTAL
	GRUPO 1	GRUPO 2	
EXPERIENCIA GRUPAL	21	12	33
	70,0%	40,0%	55,0%
CONOCIMIENTO DE UNO MISMO	6	17	23
	20,0%	56,7%	38,3%
EN BLANCO	3	1	4
	10,0%	3,3%	6,7%
TOTAL	30	30	60
	100,0%	100,0%	100,00%

Test Chi-Cuadrado			
	Valor	df	Sig. Asintótica doble
Pearson Chi-Cuadrado	8,715 ^a	2	,013
Índice de Probabilidad	9,015	2	,011
Asociación lineal	2,096	1	,148
N de casos válidos	60		

a. 2 celdas (33,3%) han esperado contar menos de 5. El mínimo esperado es 2,00.

En la pregunta 1.2. les preguntamos por su opinión sobre el trabajo grupal pero centrando sus aportaciones en comentarios negativos, que finalmente cuantificamos en estas categorías:

- **Movilización de emociones:** El dolor que genera hablar de sentimientos y experiencias pasadas, identificación con el sufrimiento del otro, “llevarte los problemas de los demás”, escuchar experiencias dolorosas y el sufrimiento que genera.
- **El encuadre:** Abandonos y falta de asistencia, escaso número de sesiones.
- **Ningún comentario negativo:** Refieren que no tienen ningún comentario negativo.

No encontramos una diferencia estadísticamente significativa en los comentarios negativos que aportan los pacientes según el número de sesiones realizadas. Ambos grupos exponen principalmente su preocupación con el encuadre, seguido de ningún comentario negativo y la movilización que generan las sesiones grupales. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Comentarios negativos de la psicoterapia de grupo.			
	GRUPOS REALIZADOS		TOTAL
	GRUPO 1	GRUPO 2	
MOVILIZACIÓN	6	7	13
	20,0%	23,3%	21,7%
ENCUADRE	12	13	25
	40,0%	43,3%	41,7%
NINGUNO	12	10	22
	40,0%	33,3%	36,7%
TOTAL	30	30	60
	100,0%	100,0%	100,0%
Test Chi-Cuadrado			
	Valor	df	Sig. Asintótica doble
Pearson Chi-Cuadrado	,299 ^a	2	,861
Índice de Probabilidad	,299	2	,861
Asociación lineal	,263	1	,608
N de casos válidos	60		
a. 0 celdas (0,0%) han esperado contar menos de 5. El mínimo esperado es 6,50.			

En la pregunta 2 de la encuesta los pacientes refieren los beneficios que ha aportado en su vida diaria participar en este espacio grupal, que agrupamos en dos categorías:

- **Relaciones interpersonales:** Disminución del aislamiento social, mejora en la comunicación con los demás, integración en la sociedad, valoración del espacio grupal, apoyo por parte de los profesionales.
- **Mejoría psicológica:** valorarse más a uno mismo, sentirse más fuerte, ser más positivo, más optimista, sentimientos de seguridad y tranquilidad, resolución de conflictos de índole psicodinámica y exteriorización de sentimientos.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=13,372$, $p<.05$) en los beneficios que obtienen los pacientes tras la realización de psicoterapia de grupo en función del número de sesiones. De los pacientes del grupo 1 (12 sesiones), el 43,3% reporta como

principal beneficio las relaciones interpersonales y el 46,7% la mejoría psicológica. En cambio el grupo 2 (≥ 24 sesiones), valora como principal beneficio la mejoría psicológica con un 90% frente al 10% que valoran las relaciones interpersonales. Los resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Beneficios que ha aportado en su vida diaria participar en este espacio grupal.

	GRUPOS REALIZADOS		TOTAL
	GRUPO 1	GRUPO 2	
RELACIONES INTERPERSONALES	13	3	16
	43,3%	10,0%	26,7%
MEJORÍA PSICOLÓGICA	14	27	41
	46,7%	90,0%	68,3%
EN BLANCO	3	0	3
	10,0%	0,0%	5,0%
TOTAL	30	30	60
	100,0%	100,0%	100,0%

Test Chi-Cuadrado			
	Valor	df	Sig. Asintótica doble
Pearson Chi-Cuadrado	13,372 ^a	2	,001
Índice de Probabilidad	15,091	2	,001
Asociación lineal	2,977	1	,084
N de casos válidos	60		

a. 2 celdas (33,3%) han esperado contar menos de 5. El mínimo esperado es 1,50.

Por último, **en la pregunta 3** los pacientes puntúan en una escala Likert su valoración de la psicoterapia grupal, puntuando como: “muy buena”, “buena”, “regular”, “mala” o “muy mala”. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la valoración del grupo en función de número de sesiones realizadas.

El 70% de los pacientes del grupo 1 (12 sesiones) valora la psicoterapia grupal como “muy buena”, el 23,3% como “buena”, el 3,3% como “regular”, el 3,3% como “mala” y ningún participante puntúa al grupo como “muy malo”.

En el grupo 2 (≥ 24 sesiones), el 70% valora el grupo como “muy bueno”, el 26,7% como “bueno”, el 3,3% como “regular” y ningún participante puntúa al grupo como “malo” o “muy malo”.

Discusión

El análisis de las respuestas de la encuesta de satisfacción se inicia con la categorización de las respuestas de los pacientes.

En la primera pregunta sobre los **comentarios positivos** de la psicoterapia grupal, hemos agrupado las respuestas en dos categorías: la propia experiencia grupal y el conocimiento de uno mismo. Al relacionar dichos resultados con el tiempo de psicoterapia medido en número de sesiones, encontramos una diferencia estadísticamente significativa. A menor número de sesiones mayor valoración del espacio grupal, es decir, aspectos relacionados con la comunicación, ayuda, confianza y escucha. Pero en la medida en que el grupo tiene más sesiones, son otros aspectos más internos, relacionados con el conocimiento de uno mismo y la elaboración de conflictos previos, lo que aparece como más valorado. Estos resultados confirmarían nuestra hipótesis de que dependiendo del número de sesiones los pacientes valoran diferentes aspectos psicológicos de la psicoterapia.

En un primer tiempo, parece que los pacientes sienten de manera positiva tener un espacio en el que puedan compartir con otros lo que les pasa, y según van realizando más sesiones, es el conocimiento de uno mismo lo más valorado. En la medida que avanza la psicoterapia, señalan que es la relación de lo que les pasa con aspectos significativos de su vida, en definitiva el poder enfrentarse a sus propios sentimientos y miedos, lo que les permite hacer un cambio de lugar respecto de sí mismos y en relación con los demás. Esta secuencia, compartir y confiar en el otro para profundizar en uno mismo, nos hace pensar que sólo podremos enfrentarnos a nuestros miedos y a lo desconocido si tenemos a alguien que nos apoye en ese camino.

En la psicoterapia individual es necesaria la confianza en el terapeuta, la alianza terapéutica, la transferencia positiva para que el paciente pueda profundizar en los aspectos más temidos y conflictivos. En la psicoterapia grupal también será necesaria dicha confianza, con la peculiaridad de que en este caso no es sólo con el psicoterapeuta sino también con el resto del grupo, y podemos confirmar que los pacientes lo señalan como algo positivo en la encuesta. Aprovechando los factores terapéuticos específicamente grupales, como la modelización, semejanza y confrontación (Zukerfeld, 1999) y apoyándonos en las aportaciones de Pichon-Riviére (1981) a través del cono invertido, insistimos en este primer momento en la pertenencia, cooperación y comunicación como aspectos importantes. Todos estos elementos son necesarios para avanzar en el conocimiento y aprendizaje de uno mismo y su vinculación con los otros.

Aunque existan diferencias significativas al respecto, también podemos comprobar que los dos aspectos son valorados como positivos y por lo tanto abordados a lo largo de todo el proceso. Este resultado nos recuerda a lo que plantea Fabris (2007) al señalar la importancia

en psicoterapia de una perspectiva que combine el criterio histórico y el situacional, que comprenda el vínculo terapéutico a la vez como proceso transferencial, en el sentido de repetición del pasado, y como existente real, esto es, intersubjetividad actualizada. Nuestros pacientes no siguen una secuencia lineal respecto a la valoración positiva del presente en la relación con los demás y del pasado en la elaboración de aspectos no resueltos, sino que ambos se valoran a lo largo de todo el proceso.

Nos parece relevante este hallazgo pues apoyaría la importancia de la dialéctica como método que posibilita el movimiento y por tanto el cambio. En este caso el trabajo de la relación con el otro y con uno mismo, como aspectos de una sola unidad, son valorados y por lo tanto abordados a través de todo el proceso. Podríamos decir que la experiencia grupal, la relación de confianza con los otros, es necesaria para profundizar sobre uno mismo y enfrentarse a sus propios miedos, pero hay que volver a esa confianza para poder volver a enfrentarse, como en un movimiento espiralado.

Por otra parte, como señala el método dialéctico, sólo a través del trabajo de los contrarios se producirá movimiento (Maggio 2012). Es decir, sería una separación dilemática pensar que primero se trabaja un aspecto, la propia experiencia grupal, para poder llegar a profundizar, vemos que ambos son abordados a lo largo del proceso aunque tenga más peso uno u otro en el mismo según el momento grupal.

La segunda pregunta es la referida a **los aspectos de la psicoterapia valorados como negativos**. Las respuestas las podemos agrupar en tres categorías: La primera corresponde a las respuestas que mencionan la movilización de emociones (tratar temas dolorosos y profundos), la segunda a las relacionadas con elementos del encuadre (escaso número de sesiones y falta de asistencia de algunos integrantes), y la tercera a las que no tienen ningún comentario negativo.

En este caso no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, no confirmándose nuestra hipótesis, ya que considerábamos que a mayor número de grupos realizados menos comentarios negativos respecto al hecho de tener pocas sesiones, al tiempo que los pacientes que empezaban la psicoterapia podrían percibir negativamente la movilización de tantas emociones de forma tan rápida.

Por otra parte, aun siendo alto el porcentaje de pacientes que expresan que no tienen ningún comentario negativo (40% de quienes han realizado un solo encuadre de 12 sesiones, y 33.3% de quienes han realizado más de 12 sesiones), tampoco encontramos grandes diferencias respecto al número de sesiones. Nos llama la atención que en los dos grupos una tercera parte de los pacientes plantean que no tienen ningún comentario negativo sobre la

psicoterapia de grupo y podemos asociarlo con la satisfacción de la psicoterapia grupal valorada con la escala tipo Likert que comentaremos más adelante.

Estos resultados nos muestran otros aspectos del encuadre corredor terapéutico que estamos analizando y en los que no habíamos reparado. En otras ocasiones hemos señalado que es un encuadre que ofrece la posibilidad de tener el número de sesiones que cada paciente necesite (de Felipe y Olivares, 2014), y en este sentido pensábamos que en la medida que cada paciente realizara el número de sesiones que considerara necesario, tendría menos comentarios negativos al respecto. Sin embargo en los resultados del presente estudio esto no se confirma, y pensamos que realizar más sesiones en las que también se incluyan pacientes nuevos puede no ser tan valorado, incluso algunas de las respuestas de los que han realizados más grupos se refieren claramente a la necesidad de cerrar el grupo, es decir, realizar un grupo de mayor duración sin la salida de pacientes y la inclusión de otros nuevos.

En la pregunta 3 les preguntamos sobre **los beneficios que les ha aportado la psicoterapia**. Decíamos en la introducción que la salud la concibe Pichon (1981) como adaptación activa a la realidad, y quizá podríamos pensar las respuestas en esa línea ya que se les pregunta qué beneficios han obtenido, como manera de evaluar si la psicoterapia de grupo ha sido eficaz y les ha posibilitado realizar algunos cambios en su vida diaria.

Los pacientes que han realizado un grupo de psicoterapia valoran la mejoría de las relaciones interpersonales, mientras que los que han realizado más grupos refieren una mejoría psicológica. Estos resultados confirman nuestra hipótesis de cambio a lo largo del proceso grupal.

En relación con esto, hemos constatado que los pacientes psicósomáticos, sobre todo quienes tienen muchos dolores y limitaciones, manifiestan muchas dificultades en las relaciones interpersonales. No se sienten comprendidos, establecen una comunicación centrada en las conductas de dolor y se van aislando al no poder realizar las mismas actividades que antes (de Felipe García-Bardón, Oñoro Carrascal y Antón Monllor, 2007). En los grupos de psicoterapia se trabaja mucho la relación con los demás y cómo puede afectarles a ellos su enfermedad, poder analizar este estilo de comunicación y comprobar los efectos del mismo en el grupo, posibilita realizar algunos cambios en las relaciones y recuperar una dinámica que poco a poco han ido perdiendo.

Por otro parte, las respuestas de los pacientes aportan que han obtenido con la psicoterapia una mejoría psicológica, tanto a nivel de la disminución de algunos síntomas (ansiedad, depresión, etc.), como la tranquilidad derivada de la resolución de conflictos del pasado o la elaboración de duelos.

Para terminar, **en la pregunta 4** utilizamos una escala tipo likert para **analizar la satisfacción de los pacientes tras la psicoterapia de grupo**. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción en los dos grupos (en ambos el 70% la valoran como “muy buena”), por lo que no podemos confirmar nuestra hipótesis de que la satisfacción iba a ser mayor en pacientes que han estado más tiempo realizando psicoterapia de grupo.

Al reflexionar sobre la posible relación de este resultado con las respuestas de los pacientes a las preguntas anteriores. Hemos visto que se valoran diferentes aspectos del acontecer grupal en función del número de sesiones que hayan realizado, pero esto no implica que uno u otro contenido sea más o menos importante, sino que ambos son valorados por los pacientes, sintiéndose satisfechos y enriqueciéndose del espacio grupal de forma diferente según el momento de su propio proceso terapéutico.

Conclusiones

Una de las características de los Servicios Públicos de Salud es el elevado número de pacientes que hay que atender, lo que nos enfrenta a los profesionales que trabajamos en los mismos a grandes limitaciones y dificultades para ofrecer tratamientos psicoterapéuticos adecuados.

La excesiva demanda así como las características de la misma, pacientes psicósomáticos atendidos en un dispositivo de enlace hospitalario, hace necesaria la creación de encuadres que puedan dar respuestas. Pero no podemos olvidar que es necesario revisar permanentemente nuestro lugar y nuestro operar para no caer en la repetición y familiaridad acrítica de nuestros propios dispositivos y referentes teóricos y así evitar que los mismos se conviertan en lo conocido, lo obvio e inmodificable (Jasiner y Woronowaki, 1992).

Como refieren Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llantá Abreu, Peña Fortes e Infante Ochoa (2008), si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces la evaluación de la satisfacción en los pacientes y familiares se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y qué falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

La evaluación sobre la satisfacción de los pacientes tras haber realizado psicoterapia psicoanalítica grupal operativa con un encuadre corredor terapéutico, justificaría su implementación en un Servicio Público de Salud, máxime si tenemos en cuenta que se ha centrado en la escucha directa de las personas que la realizaban. Consideramos que hemos de tener cuidado con no repetir de manera rutinaria encuadres sin evaluar la eficacia y

utilidad de los mismos, y en este estudio hemos podido analizar algunos aspectos positivos y negativos de dicho encuadre así como los beneficios del mismo, no sólo en líneas generales, sino comparando el número de sesiones que cada paciente ha realizado a través de encuestas de satisfacción.

Lo que nos parece interesante, en este intento de escuchar lo que les ayuda a los pacientes a mejorar, es que lo transmitan con sus propias palabras. Por otro lado, señalar que los resultados encontrados están en la línea de la concepción teórica que la terapeuta tiene acerca de la psicoterapia y la curación, y que se han expuesto a lo largo del presente trabajo, aspecto que no nos sorprende ya que cada psicoterapia ofrece de alguna manera un modelo que será transmitido por el psicoterapeuta en su operar, no de manera impositiva sino como forma de ayudar a afrontar y resolver los conflictos y los obstáculos que dificultan la adaptación activa a la realidad.

Nos ha llamado la atención encontrar dos polos en las repuestas de nuestros pacientes, experiencia grupal vs conocimiento de uno mismo, encuadre vs movilización, relaciones interpersonales vs mejoría psicológica que nos podría remitir a lo externo y lo interno de uno mismo o el adentro y el afuera grupal. También nos remite a la dialéctica, pilar fundamental en la Concepción Operativa, que señala que el trabajo de los contrarios es el que produce el movimiento (Pichon-Riviére 1981). Quizá por eso, aunque los resultados ofrecen diferencias significativas en cuanto a los aspectos más valorados (en pocas sesiones valoran más la comunicación y a más sesiones valoran más el conocimiento de uno o una elaboración más profunda), si miramos detenidamente ambos polos están presentes a lo largo de todo el proceso. Podemos concluir que trabajando desde los dos polos de manera continua el grupo adquiere la posibilidad de continuar no estereotipándose o quedándose en un espacio tan externo, de apoyo,... o tan profundo e introspectivo que pudiera generar miedos y resistencias que impidan el trabajo grupal. Además creemos que el hecho de que en los grupos siempre haya integrantes “experimentados” e integrantes “nuevos” también favorece este movimiento dialéctico.

Esta manera de trabajar nos permite tener “encuadres distintos para necesidades distintas”. Nos permite adaptar estrategias terapéuticas a los tiempos y procesos de cada paciente. Así tendremos pacientes que se pueden beneficiar de un único grupo y realizar un trabajo psicoterapéutico semanal durante 3 meses, y otros que por sus características, tanto psicopatológicas, como sociales, personales o biográficas, necesiten mayor tiempo de psicoterapia, ya que demandan una profundización mayor.

Sin embargo, es cierto que este encuadre tiene un techo, en el sentido de que pacientes que han realizado varios grupos, es decir, que se han beneficiado de un tratamiento semanal durante aproximadamente un año, demandan un grupo cerrado para seguir ahondando y

profundizando en sus conflictos. Desde nuestro lugar no podemos ofertar esa posibilidad más propia de un tratamiento psicoanalítico a largo plazo, que en la institución pública no está contemplado, pero este encuadre nos permite adaptar la psicoterapia psicoanalítica a nuestro contexto y proporcionarles un espacio terapéutico que les permita profundizar más allá de una primera y única experiencia grupal.

Con todo esto, concluimos que el encuadre corredor terapéutico es una oferta terapéutica posible dentro de la institución pública, es un recurso a utilizar en un momento determinado para la elaboración de conflictos y nos permite mantener un espacio grupal permanente a nivel institucional, donde además convergen la posibilidad de permanencia y la presencia de límite como elemento terapéutico (Duro, Ibáñez, López y Vignale, 1990).

Para terminar, como futuras líneas de investigación proponemos aumentar el tamaño muestral y continuar analizando las respuestas de los pacientes. Bien comparando de manera más pormenorizada el número de sesiones realizado, en cortes transversales, lo que nos ayudaría a pensar encuadres adaptados a las características de los pacientes; bien comparando al mismo paciente a lo largo del proceso. Nos resulta interesante también ampliar la muestra añadiendo y estudiando las diferencias con otro tipo de patologías, es decir, no utilizar una muestra compuesta únicamente por pacientes psicósomáticos.

Referencias bibliográficas

- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Bleger, J. (1980). *Grupos Operativos en la Enseñanza*, en "Temas de Psicología". Ed Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.
- Borensztein, C.L. (2015). *Diccionario de Psicoanálisis Argentino*. Editorial Antigua. Buenos Aires. Argentina
- Cazau P. (2005) <https://es.scribd.com/doc/21196636/Diccionario-Psicologia-Social-Pablo-Cazau>
- Corbella, A. y Saturno, P. (1990). *La garantía de la calidad en atención primaria de salud*. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General.
- de Felipe García-Bardón, V., Oñoro Carrascal, I., Antón Monllor, C. (2007). *Tratamiento psicológico grupal en pacientes con fibromialgia*. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 11 www.area3.org.es
- de Felipe García-Bardón, V. (2012), *Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados*. Tesis de Doctorado para la obtención de título de Doctora en Filosofía. Universidad Complutense de Madrid.

- de Felipe, V. Y Olivares, D (2014). Situaciones grupales difíciles en Salud Mental. Capítulo 11 *Más que palabras*. Coordinadores, Emilio Irazábal y Mariano Hernández. Editorial Grupo 5.
- de Felipe García-Bardón, V. (2015). *Aportaciones de la Concepción Operativa a la clínica. Una mirada desde la praxis*. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 19. www.area3.org.es
- Duro, J.C., Ibáñez, M.L., López, L., Vignale, R. (1990). *Dispositivos grupales en salud mental comunitaria*. En: La concepción de grupo operativo. Ed AEN.37-77
- Fabris, F.A. (2007) Pichon-Rivière un viajero de mil mundos. Ed: Polemos
- Gómez, R (2014). *Clínica grupal psicoanalítica/operativa y "emergente"*. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 18. www.area3.org.es
- Irazábal Martín, E. (1990). *Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental)*. Revista AEN
- Jasiner, G. y Woronowski, M. (1992). Para pensar a Pichon. Lugar Editorial. Argentina. Buenos Aires.
- Maggio, L. (2012) *Espiral dialéctica: concepto central como ontología relacional en la teoría de Pichon-Rivière*. Revista de temas sociales, 29
- Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R.M., Llantá Abreu, M.C., Peña Fortes, M., y Infante Ochoa, I. (2008). *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*. Revista Cubana de Salud Pública, 34(4)
- Pichon-Rivière, E (1981). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Ediciones Nueva Visión. Argentina. Buenos Aires.
- Suárez, F. (2015). *Interpretación y aprendizaje*. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 19. www.area3.org.es
- Tarí García, A. (2015). *Factores Terapéuticos y Antiterapéuticos Grupales. Una mirada desde la Concepción Operativa de Grupo*. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 19.
- Ulnik, J. (2008). *El médico, el psicoanalista y lo psicossomático*. En: Subjetividad y procesos cognitivos, 11, 2008. Pág: 193-210.
- Zito Lema, V. (1985). Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco. Buenos Aires. Argentina.
- Zukerfeld, R (1999). Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. Vertrex. Revista Argentina de psiquiatría, X, 91-99.