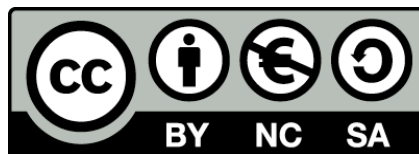




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Creando espacios seguros para el crecimiento en estados de máxima fragilidad

Lidia Sánchez Morales



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – CompartirIgual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

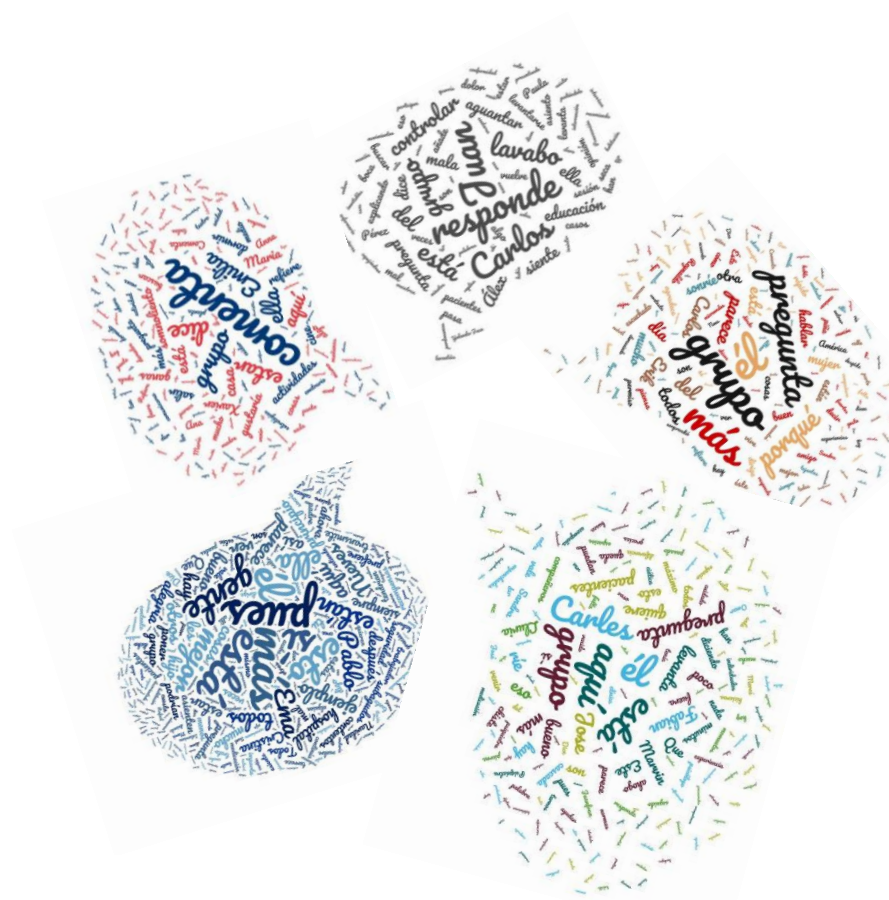
Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – CompartirIgual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

CREANDO ESPACIOS SEGUROS PARA EL CRECIMIENTO EN ESTADOS DE MÁXIMA FRAGILIDAD



Tesis doctoral

Lidia Sánchez Morales

BARCELONA 2019

Creando espacios seguros para el crecimiento en estados de máxima fragilidad

Doctoranda:

Lidia Sánchez Morales

Director:

Francisco José Eiroa Orosa

Programa de doctorado de Psicología Clínica y de la Salud



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Que nos expulsen del grupo es lo peor que nos puede suceder

Eduard Punset

Agradecimientos

Cuando me decido por la formación específica en psicoterapia grupal en el año 2010, este reto inicia su gestación, sin yo ser consciente de ello ni de su envergadura. Quiero agradecer el cariño y calor de mi grupo pequeño con Segundo de Miguel al frente como conductor; sin vosotros no hubiera transitado aquel camino que desembocó en un trabajo final de máster que es la semilla de la presente tesis doctoral. Gracias Marta, Mariona, Ángel, Itziar, Muntsa, Isabel, Sonia, Anna, Mayte, Inma, Marisa y a todos los conductores, observadores y compañeros que nos arropasteis durante aquellos tres intensos años. Dicen que la mente es como un paracaídas, sólo funciona si se abre; y nosotros conseguimos abrirla.

Abierta al mundo nos encontramos tú y yo. Viste en mi trabajo un sinfín de posibilidades y empezaron las propuestas. Me siento profundamente orgullosa de mi elección y si retrocediera en el tiempo, sin dudarlo, volvería a escogerte como director y sé que no me equivocaría. Gracias por tu disponibilidad, paciencia, docencia y apoyo constante, sin ti no hubiera sido lo mismo, te debo mucho, este trabajo es tan mío como tuyo. Muchísimas gracias, Fran. Y como no podía ser de otra manera, aquellas ideas las moldeamos e hicimos crecer en grupo. Por eso hoy quiero especialmente agradecer, la compañía, el trabajo y el compromiso de Alba, las Cristinas, Gemma, Sandra, Neus, Olena y Clara. Cada una de vosotras habéis contribuido, junto con el resto de las residentes de Psicología Clínica, estudiantes de Máster Universitario Psicólogo General Sanitario y compañeros de la unidad, en el desarrollo de este proyecto personal que hoy ve la luz.

Han sido muchos años, siempre bien acompañada. El viento a favor gracias a las personas que día a día hacen de mi vida un camino más placentero. Gracias Pilar, Carmen, Begoña, Olga, Laura y Nuria por compartir vinos, cenas, comidas, viajes y encuentros varios, así como ese punto neurálgico de sostén llamado *Bellas*. Muchas gracias, Patri, Agueda y Marta por contener, desde antes de todo, mis angustias, por no soltarme nunca la mano y por quererme

tanto y tan bien durante tantos años. Os quiero.

Tirarse en paracaídas no es fácil. Decidir cuándo abrirlo, ver cómo sostenernos en el aire y disfrutar del viento a favor son tareas que sin ti no hubiera logrado hacer. Muchas gracias, Laura por darme seguridad en cada paso, por tu confianza, por tu apoyo incondicional y tu ayuda siempre respetuosa y amorosa; no existe en el mundo para mí mejor tándem que tú. T'estimo moltíssim i més, I love you to the moon and back. Quiero que sepas que si he llegado hasta aquí es gracias a ti, infinitamente agradecida y feliz de compartir mi vida contigo.

Y el suelo, al final llegamos de dónde venimos, nuestras familias, las que siempre están. Gracias Irene, Joan, Aleix y Evelin por vuestra disponibilidad y afecto que tanto nos facilita la vida. Gracias también a Belén y especialmente a mi hermano, Joan Miquel, por su incondicionalidad y complicidad; os quiero un montón. Y, por último, agradecer intensamente a mi madre y a mi padre por cuidarme y entregarme su amor sin esperar nada a cambio. Us estimo molt.

No quiero que el aire, tan indispensable para volar, quede en el olvido. Tampoco dejar fuera de estos agradecimientos a las personas que han participado en los grupos de psicoterapia y dan sentido a mi trabajo día a día. Muchas gracias miembros del grupo, sin vosotros nada de esto hubiera sido posible.

1. Índice

1. Índice	6
2. Índice de tablas	12
3. Índice de figuras	14
4. Índice de tablas en los apéndices.....	16
5. Resumen y abstract.....	18
5.1. Resumen.....	18
5.2. Abstract	20
6. Marco teórico.....	22
6.1. Psicoterapia de Grupo: orígenes y desarrollo.....	22
6.1.1. El Grupoanálisis.....	28
6.2. La importancia de la psicoterapia de grupo.....	34
6.2.1. Los procesos grupales.....	36
6.2.2. Los factores terapéuticos grupales.....	38
6.3. Terapia de grupo en personas hospitalizadas: características.....	41
6.4. La investigación en psicoterapia	45
6.4.1. Investigación cualitativa en psicoterapia.....	48
6.4.2. Investigación en psicoterapia grupal.....	49
7. Planteamiento de la tesis doctoral. Objetivos e hipótesis.....	51
7.1. Objetivos	52
7.2. Hipótesis.....	53
8. Método.....	56
8.1. Participantes.....	56
8.2. Criterios de inclusión y exclusión	57

8.3.	Procedimiento	57
8.4.	Registros de sesión.....	58
8.5.	Información sociodemográfica y clínica.....	59
8.6.	Diseño.....	60
8.7.	Análisis de datos.....	61
9.	Resultados.....	64
9.1.	Estudio piloto	64
9.1.1.	Descripción de la muestra.....	64
9.1.2.	Análisis de las transcripciones de las sesiones de psicoterapia grupal.....	64
9.1.3.	Desarrollo de la psicoterapia de grupo.....	77
9.2.	Estudio principal.....	78
9.2.1.	Descripción de la muestra.....	78
9.2.2.	Análisis de las transcripciones de las sesiones de psicoterapia grupal.....	79
9.2.3.	Cuantificación y correlaciones de las subcategorías.....	85
9.2.4.	Análisis de componentes principales.....	87
9.2.5.	Desarrollo individual a lo largo de las sesiones de psicoterapia de grupo.....	90
9.2.6.	Relación entre los temas tratados en el grupo de psicoterapia y el desarrollo de los procesos grupales.....	94
10.	Discusión	118
10.1.	El poder de los grupos psicoterapéuticos	118
10.2.	El proceso de creación de un grupo	120
10.3.	La idiosincrasia de los grupos.....	122
10.4.	Los beneficios de un grupo psicoterapéutico	125
10.5.	Los miembros del grupo y su relación con los procesos grupales	128

10.6.	Los temas del grupo y su relación con los procesos grupales.....	132
10.7.	Los factores comunes o inespecíficos como promotores del cambio	137
11.	Limitaciones.....	139
12.	Aplicabilidad futura	141
13.	Conclusiones.....	142
14.	Referencias.....	146
15.	Apéndice A: Protocolos de recogida de datos	160
16.	Apéndice B: Tablas de resultados	166
17.	Apéndice C: Publicaciones derivadas de la tesis	190

2. Índice de tablas

Tabla 1. Ocurrencia y porcentaje de las subcategorías del estudio piloto.....	52
Tabla 2. Ocurrencia y porcentaje de las categorías del estudio principal.....	70
Tabla 3. Pesos de los componentes. Unidad de análisis la sesión.....	85
Tabla 4. Pesos de los componentes. Unidad de análisis la persona.....	89
Tabla 5. Proporción de los subtemas en las sesiones grupales.....	80
Tabla 6. Proporción de los temas en las sesiones grupales.....	82

3. Índice de figuras

Figura 1. Distribución de la varianza entre los componentes. Unidad de análisis la sesión.....	85
Figura 2. Distribución de la varianza entre los componentes. Unidad de análisis la persona.....	89
Figura 3. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada tema en cada sesión y en comparación con la media general.....	95
Figura 4. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Autorregulación y comparación con la media general.....	96
Figura 5. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Vida Cotidiana (Modos de vida) y comparación con la media general.....	98
Figura 6. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Vida Cotidiana (Creencias y raíces) y comparación con la media general.....	99
Figura 7. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Psicopatología y comparación con la media general.....	101
Figura 8. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Relaciones interpersonales (Aspectos intrapersonales) y comparación con la media general.....	103
Figura 9. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Relaciones interpersonales (Aspectos interpersonales) y comparación con la media general...	104
Figura 10. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Metagrupo y comparación con la media general.....	105
Figura 11. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estructura de las sesiones y comparación con la media general.....	107

Figura 12. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estancia en agudos (Proceso de ingreso) y comparación con la media general.....	109
Figura 13. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estancia agudos (Contexto hospitalario) y comparación con la media general.....	110
Figura 14. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estructura de agudos (Aspectos intrapersonales) y comparación con la media general.....	111
Figura 15. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Regulación de la información y comparación con la media general.....	113

4. Índice de tablas en los apéndices

Tabla B1. Análisis de las sesiones psicoterapéuticas.....	150-154
Tabla B2. Matriz de correlaciones. Unidad de análisis la sesión.....	155
Tabla B3. Matriz de correlaciones. Unidad de análisis la persona.....	156
Tabla B4. Frecuencia de las subcategorías en función del Género (M±DT).....	157
Tabla B5. Frecuencia de las subcategorías en función de la Adecuación al grupo (M±DT).....	158
Tabla B6. Frecuencia de las categorías en función del Rol de soporte al grupo (M±DT).....	159
Tabla B7. Frecuencia de las categorías en función de la Asistencia (M±DT).....	160
Tabla B8. Frecuencia de las categorías en función de la Tolerancia al escenario grupal (M±DT)	161
Tabla B9. Definición de los subtemas y los temas.....	162-167
Tabla B10. Media de ocurrencia de los procesos grupales cuando aparece cada uno de los temas en las sesiones grupales.....	168
Tabla B11. Medias de ocurrencia de los procesos grupales en las sesiones: media general (MG) y cuando aparecen los subtemas incluidos en los temas Estancia en agudos (verde), Estructura de las sesiones (azul) y Psicopatología (naranja).....	169
Tabla B12. Medias de ocurrencia de los procesos grupales en las sesiones: media general (MG) y cuando aparecen los subtemas incluidos en los temas Metagrupo (beige), Relaciones interpersonales (amarillo), Vida cotidiana (rojo), Regulación de la información (marrón) y Autorregulación (rosa).....	170

5. Resumen y abstract

5.1. Resumen

Las personas diagnosticadas de trastorno mental grave tienden a adoptar un papel pasivo en la relación social que favorece su aislamiento. Los grupos de psicoterapia son un instrumento eficaz para el tratamiento, el cual es importante iniciar desde la hospitalización. Este trabajo pretende explorar los procesos grupales que emergen en la psicoterapia de grupo de una unidad de agudos de salud mental a través del desarrollo de un estudio piloto que dará pie a uno principal. El objetivo del estudio piloto es la creación de una taxonomía válida para la descripción de procesos grupales. El estudio principal pretende comprobar la validez de dicha taxonomía incluyendo además dos análisis secundarios. El primero, conocer si hay relación entre la evolución que hace cada miembro dentro del grupo y la evolución del grupo propiamente dicha. El segundo, descubrir si hay alguna relación entre los temas que aparecen en el grupo y los procesos grupales que se desarrollan en el mismo.

La muestra del estudio piloto está compuesta por personas en estado psicopatológico agudo y con consumo activo de sustancias. Mientras que en el estudio principal participaron personas que han presentado síntomas psicóticos como motivo de ingreso. Se escoge una metodología basada en métodos mixtos, combinando cuantitativos y cualitativos. En primer lugar, se recoge información de grupos psicoterapéuticos y se realizan análisis temáticos sobre una muestra piloto. Una vez obtenida una taxonomía, se utiliza para realizar un análisis de contenido sobre una muestra mayor. Tomando como unidad de análisis el individuo se hace un análisis de la participación en el grupo. Posteriormente, volviendo a tener la sesión como unidad de análisis, se analizan las temáticas. En base a los resultados obtenidos en el análisis de contenido, se realiza una matriz de correlaciones y un análisis de componentes principales para facilitar la comprensión de los datos.

El estudio piloto establece una taxonomía compuesta por 20 subcategorías. Nuestros datos muestran que la psicoterapia es un proceso, las narrativas de la conducción disminuyen cuando aumentan las de los participantes. El estudio principal añade 5 subcategorías para recoger el 17% de las narrativas grupales que no pueden describirse con la taxonomía creada. Además, se añaden cuatro variables dicotómicas para valorar el comportamiento de cada miembro y se explora la relación entre éstas y los procesos grupales.

Según nuestros resultados, la subcategoría más predominante es *Expresión de sentimientos*. Además, es la que mantiene mayor número de correlaciones con el resto de las subcategorías y correlaciones especialmente altas con las subcategorías relacionadas con la desingularización, la socialización y las relaciones de ayuda. Las correlaciones son altas también con las categorías exclusivas de la conducción. El número de sesiones realizadas correlaciona con todos los procesos grupales a excepción de los relacionados con factores obstaculizadores del grupo. La gravedad de la sintomatología tiene relación directa con la adecuación al grupo y no mantiene ninguna relación con la capacidad de ofrecer soporte ni con la asistencia ni la tolerancia al escenario grupal. Nuestros grupos, dadas las características de la unidad, están siempre en fases iniciales, cuando los procesos grupales empiezan a emerger. Por ello, los temas menos frecuentes son los que los eliciten en mayor grado.

En conclusión, podemos afirmar que los grupos psicoterapéuticos ofrecen un espacio favorecedor para adquirir un rol activo y desarrollar habilidades comunicacionales y relacionales. A pesar de la brevedad del tratamiento, emergen procesos grupales relacionados con factores terapéuticos grupales descritos por Irvin Yalom como son la *Universalización*, la *Catarsis*, el *Altruismo* y la *Socialización*. Por ello, se considera una herramienta útil para el tratamiento, la inclusión de grupos psicoterapéuticos en las unidades de agudos de salud mental.

5.2. Abstract

People diagnosed with severe mental disorders tend to adopt a passive role in social relationship which favors their isolation. Psychotherapy groups are an effective tool for treatment, which is important to start already during hospitalization. Our study aims to explore group processes emerging in the psychotherapy groups of an acute mental health unit. In order to achieve these aims, we have developed a pilot study that led to a main one. The objective of the pilot study is the creation of a valid taxonomy for the description of group processes. The main study aims to verify the validity of this taxonomy, which includes two secondary analyses. The first one tries to find out if there is any relationship between the evolution of each member within the group and the evolution of the group itself. The second, aims to discover if there is any relationship between the main subjects discussed in the group and the group processes.

The pilot study sample is composed of people in acute psychopathological state and with active substance use. The main study included people who presented psychotic symptoms during hospital admission. The methodology is based on mixed methods, combining quantitative and qualitative analyses. In the first place, we collect information from psychotherapeutic groups and we carry out thematic analyses on a pilot sample. We perform an analysis of the participation in the group by using the individual as the unit of analysis. Subsequently, using the session as analysis unit, the themes are analyzed. Based on the results obtained in the content analysis, a correlation matrix and component analysis are carried out to facilitate the understanding of the data.

The pilot study establishes a taxonomy composed of 20 subcategories. Our data shows that psychotherapy is a process as conduction narratives decrease when those of the participants increase. The main study adds 5 subcategories to be able to collect the 17% of the group narratives that cannot be described with the taxonomy previously created. In addition, we add four dichotomous variables to assess the behavior of each member. The relationship between them and the group processes is explored.

According to our results, the most predominant subcategory is *Expression of feelings*. This subcategory maintains the highest number of correlations with the rest of the subcategories. Specifically, the highest correlations are with the subcategories related to universality, socialization and altruism. The correlations are also high with the exclusive subcategories of group conduction. The number of sessions correlates with all the group processes except with those related to group obstacles. The severity of the symptomatology is directly related to the adequacy of the group and does not maintain any relationship with the ability to offer support neither with the attendance nor the tolerance to the group setting. Our groups stay always in the initial stages, when the group processes begin to emerge. Therefore, the least frequent topics are those that elicit them to a greater degree.

In conclusion, the psychotherapeutic groups offer a favorable space to acquire an active role and develop communicational and relational skills. Despite the brevity of the treatment, the group processes emerge. They are related to group therapeutic factors described by Irvin Yalom, such as *Universality, Catharsis, Altruism* and *Socialization*. Therefore, the inclusion of psychotherapeutic groups in acute mental health units can be considered a valuable tool for treatment.

6. Marco teórico

6.1. Psicoterapia de Grupo: orígenes y desarrollo

El estudio de los fenómenos colectivos se remonta a Platón y Aristóteles, que ya los analizan, aún sin existir un término para denominar al grupo. El italiano es la primera lengua que introduce la palabra grupo, ésta proviene de *gruppo* o *gruppo* que designa a varios individuos, pintados o esculpidos, que componen un tema.

La idea que el hombre es un ser grupal se encuentra por primera vez a principios del siglo XIX en la obra del pensador francés Charles Fourier (Beecher, 1990). A finales de ese mismo siglo, dos sociólogos franceses muestran su interés por el estudio de los procesos colectivos: por un lado, Émile Durkheim crea la *hipótesis de una conciencia colectiva*, y por otro lado, Gustave Le Bon (1895) publica su obra *La psicología de las masas*, ofreciendo dos visiones diferentes del liderazgo en grupos grandes. Así, Durkheim considera que los grupos se autorregulan y tienen actitudes y creencias compartidas que priman a la conciencia individual, existiendo solidaridad entre las partes y un funcionamiento común. En cambio, Le Bon ofrece una visión más pesimista de los grupos, describe el fenómeno de contagio emocional por el cual los grupos son intolerantes, ilógicos y desinhibidos; en definitiva, descontrolados y necesitan un líder regulador.

Posteriormente, William Mc Dougall, psicólogo de principios del siglo XX, recoge de la sociología las ideas de Le Bon y las connota introduciendo la diferenciación entre dos tipos de grupos: el *desorganizado*, que es nocivo para el individuo y parecido al descrito por Le Bon; y el *organizado*, que es beneficioso y constructivo para el individuo. El grupo, según este autor, sólo podrá ser positivo para los miembros que lo componen si se dan las siguientes condiciones: que haya continuidad de existencia en el tiempo, que surja un sistema de relaciones interpersonales, que se de estimulación de rivalidades con otros grupos, que se desarrollen tradiciones comunes,

que se fomente la diferenciación y especialización de funciones y que exista alguna forma de liderazgo (Gil Gómez de Liaño, 2000).

En el siglo XX, desde el Psicoanálisis, Sigmund Freud publica *Psicología de las masas* (Freud, 2010), donde habla de la cohesión de grupo y la explica a través del mecanismo de identificación de los miembros con el líder. A pesar de que Freud nunca ha trabajado con grupos, ya en la primera tópica contempla el plano relacional cuando habla de la importancia del vínculo madre-hijo y de la relación edípica. En la segunda tópica integra más aspectos sociales y grupales en el mundo interno de la persona cuando incluye la noción de superyó, la conciencia moral del sujeto, heredera de la cultura ética de sus progenitores y su grupo social.

Paralelamente, desde la Psicología Social, se aportan elementos relacionados con el liderazgo, el conflicto intra- y extra-grupo y las actitudes frente al cambio. Su máximo representante es Lewin (1980), quien en 1944 aporta el término *dinámica de grupo*, concepto que ha impregnado en todas las corrientes teóricas. Además, la teoría lewiniana plantea, por un lado, la importancia del liderazgo y de las fuerzas y tensiones que se dan dentro del grupo; y, por otro lado, las cuestiones referentes al cambio y la resistencia al mismo (Maisonneuve, 1973). El grupo es un campo de batalla donde el conflicto es inevitable ya que los miembros que lo componen luchan por obtener y mantener su espacio vital. Cualquier movimiento de un miembro origina tensiones, necesidades y movimientos de los demás. Cuando estas tensiones fluyen de manera constructiva y organizada, el resultado es el equilibrio y es sanador para cada uno de los sujetos individuales que lo componen.

A principios del mismo siglo, se inicia tanto el estudio experimental de los grupos y las relaciones humanas como los primeros tratamientos grupales. Se realizan grupos de terapia para tratar patologías orgánicas y psiquiátricas, ya sea durante la hospitalización y/o en el ámbito comunitario.

En Europa, Alfred Adler, discípulo de Freud, es uno de los pioneros en poner en marcha grupos terapéuticos. Éstos son de carácter público y gratuito para el tratamiento de personas

con problemas orgánicos. Su intervención se centra en aspectos racionales (Papanek, 1970).

En Estados Unidos, como pionero del tratamiento grupal destaca Joseph Hersey Pratt y los grupos con personas diagnosticadas de tuberculosis (1951). Utiliza un método psicopedagógico, reúne a las personas que trata y les habla sobre aspectos de la enfermedad que posteriormente discuten en grupo. En este espacio, observa que se establecen lazos emocionales que influyen favorablemente en el cumplimiento del tratamiento y en la evolución clínica. En estos grupos el terapeuta es un elemento influyente. Describe un líder carismático con un funcionamiento autoritario o paternalista. En este clima se activan fundamentalmente mecanismos de sugestión y aprobación. Los principales objetivos grupales son el apoyo y la contención. De todo ello, resultan grupos con un marcado matiz psicoeducativo indicados a personas durante la hospitalización. En esta misma línea, Edward W. Lazell empieza a tratar a soldados que vuelven de la I Guerra Mundial y presentan sintomatología psicótica. Igual que Pratt, señala la importancia de recibir información y consejos, así como promover la identificación y el soporte entre los participantes. Una década más tarde, L. Cody Marsh empieza a realizar grupos utilizando los conceptos teóricos de Freud, Le Bon, McDougall y los métodos psicoeducativos de Pratt y Lazell para estimular las emociones grupales (Marsh, 1931). Por primera vez, incluye a los miembros de la plantilla como participantes en los grupos, donde tratan temas de la vida cotidiana como la sexualidad y el matrimonio, entre otros.

Los inicios de la terapia de grupo, que incluyen los autores previamente mencionados, son conocidos como la *etapa del sentido común* que da paso alrededor de los años 30 a la inclusión del *Psicoanálisis* en los grupos. En ese momento, éste es el modelo teórico por excelencia. Dado que este tipo de tratamiento es largo y costoso, se empiezan a plantear la modalidad grupal como una alternativa a la individual. Se inicia lo que hoy conocemos como *Psicoterapia en grupo* con Alexander Wolf, Paul Schilder y Emmanuel Schwartz tratando adultos y Samuel Slavson en el campo infantil. Todavía no se habla del grupo como una entidad de derecho propio, sino de personas individuales analizadas en grupo. Introducen la interpretación

en la situación colectiva, aplican el *setting* psicoanalítico al grupo y crean las condiciones para descentrar la coordinación y el liderazgo; elementos que suponen un cambio respecto al procedimiento sugestivo utilizado hasta entonces en los grupos terapéuticos. Se crea el término de *transferencia múltiple*, cada persona transfiere impulsos, sentimientos y fantasías a cada uno de los miembros del grupo y no sólo al terapeuta (López-Yarto, 2002). Paralelamente, en Estados Unidos Jacob Levy Moreno crea el *Psicodrama*, técnica psicoterapéutica que consiste en representar en grupo, como si de una obra de teatro se tratase, situaciones relacionadas con conflictos internos con el objetivo de tomar conciencia de ellos y poderlos superar. Este mismo autor es quien acuña el término *psicoterapia de grupo* en 1931.

Los siguientes desarrollos teóricos están englobados dentro de la llamada *Psicoterapia de grupo* y se diferencian de la *Psicoterapia en grupo* básicamente en la función del terapeuta dentro del grupo y los métodos de trabajo que influyen en las relaciones transferenciales que se establecen dentro del campo grupal. La *Psicoterapia de grupo* se centra en el individuo dentro del grupo y el grupo como un todo, trabajando con lo grupal y lo individual; en contraposición a la *Psicoterapia en grupo*, predominante hasta el momento, que analiza al individuo en el grupo, pero sin tener en cuenta la estructura del grupo como una entidad dinámica.

En la *Psicoterapia de grupo* hay dos grandes escuelas: la inglesa con el *modelo de Tavistock*, cuyo máximo representante es Bion; y la Argentina, cuyo máximo representante es Pichón Riviere. El *Grupoanálisis*, cuyo fundador es Foulkes como veremos más adelante, está a caballo entre estas dos escuelas.

En Europa, tanto Bion como Foulkes, reniegan en cierto modo de sus orígenes psicoanalíticos e inician su trabajo en hospitales militares de Inglaterra tras la II Guerra Mundial. Reivindican mayor protagonismo para el grupo. Consideran que el grupo como totalidad es el que cura. Por primera vez, la Psicología Clínica toma en consideración a la Psicología Social que ha estudiado el grupo en su génesis y lo considera como una posible unidad de análisis. La *teoría de campo* de Lewin, mencionada anteriormente, es la base para entender y trabajar con grupos.

Se considera que lo que cura no es la interpretación de la dinámica personal de cada individuo, sino la guía que el terapeuta hace de los procesos grupales (Guimón, 2003).

En Estados Unidos, la corriente humanista, representada por Carl Rogers, introduce elementos que modifican la relación paciente-terapeuta. La persona posee un mundo de experiencias al que solamente ella tiene verdadero y auténtico acceso. Nadie, excepto ella misma, es experta conocedora de lo que realmente está experimentando. Esta nueva concepción de la persona implica un cambio en la relación terapéutica, logrando un clima más igualitario y simétrico, en el cual puede darse la experiencia del encuentro (Rogers, 1986). La palabra encuentro, desde esta perspectiva, es clave para expresar y comprender el elemento sanador del grupo. El objetivo no es analizar los mecanismos inconscientes en una situación de *transferencia múltiple* ni conducir los procesos grupales, el objetivo, en este caso, es proveer a las personas en el grupo de intensas experiencias de encuentro con ellas mismas y con los demás.

Desde la *Teoría General de Sistemas*, se generan conceptos importantes y que son adoptados e integrados en el cuerpo teórico general de la psicoterapia de grupos como son el *principio de no sumatividad* (el sistema es una totalidad diferente a la suma de las partes) y la importancia tanto del aquí y ahora como de la búsqueda de los orígenes (Von Bertalanffy, 1981).

En los años 60, la *Teoría Cognitivo-Conductual* introduce la modalidad grupal utilizando los principios conductistas relacionados con el refuerzo. En los años 70-80 incluyen las técnicas de *reestructuración cognitiva*, *entrenamiento en habilidades sociales*, *relajación* y *exposición a estímulos*. El grupo ofrece muchas posibilidades para aprender y practicar conductas y cogniciones. El problema es que en ocasiones se entiende el grupo como una clase y se pierde la interacción grupal como herramienta de tratamiento (Sheldon, 1996).

A pesar de todos estos esfuerzos en el desarrollo de teorías y aplicaciones prácticas de los grupos, no es hasta los años 80 que la psicoterapia de grupo acumula suficiente evidencia para considerarse el tratamiento principal y no un tratamiento coadyuvante. También en esta

década, en contraposición a Bion y Foulkes, se empieza a tomar conciencia de que los grupos son diferentes en función del contexto, y por tanto, el encuadre, los objetivos y las técnicas también deben modificarse para adaptarse a sus características particulares. Las aportaciones de Irvin D. Yalom tienen una gran importancia aquí, entre otras razones, porque establecen una diferenciación clara entre grupos de personas ingresadas y grupos de personas en seguimiento comunitario. Este autor desarrolla en Estados Unidos la *Terapia Grupal Interpersonal*, cuyo énfasis se sitúa en el aprendizaje interpersonal como mecanismo curativo fundamental. El foco de atención es el aquí y ahora, primándose las conductas, experiencias e interacciones de los miembros durante el tiempo real del grupo. Describe once factores terapéuticos, los cuales deben emerger y madurar con la facilitación promovida desde la conducción (Yalom & Leszcz, 2005).

En la década de los 90 la tendencia más prometedora es el desarrollo y aplicación de protocolos de tratamiento en formato grupal para diagnósticos, contextos y orientaciones específicas. Los grupos empiezan a ocupar un papel importante dentro del sistema de la salud mental. En este momento existe una unanimidad a favor del incremento del uso de grupos de psicoterapia cerrados en número de sesiones para el tratamiento de trastornos específicos en detrimento de la psicoterapia individual. Dos factores son importantes en este cambio de visión: la eficacia y coste de la psicoterapia de grupo y la proliferación de estudios que demuestran la efectividad del tratamiento grupal en diagnósticos específicos, lo cual promueve la aparición de protocolos específicos de tratamiento.

En la actualidad existe un debate abierto alrededor de la utilización de protocolos cerrados y específicos de intervención para trastornos determinados. Paralelamente, se estudian los *factores comunes* promotores del cambio que no son específicos para ningún trastorno mental. Aún no hay consenso a favor de la especificidad o bien la integración de diferentes intervenciones para el tratamiento de los trastornos mentales.

6.1.1. El Grupoanálisis.

Los avances más importantes en psicoterapia de grupo en el siglo XXI vienen de la mano del *Psicodrama* de Moreno y la *Psicoterapia Analítica Grupal* o *Grupoanálisis* fundado por S.H. Foulkes en 1940.

Siegfried Heinrich Fuchs, posteriormente llamado Foulkes, psiquiatra y psicoanalista germano-británico de origen judío, realiza sus primeros escritos en 1944, donde da a conocer sus experiencias y la utilidad del abordaje grupal en la práctica clínica. La *Psicoterapia Grupoanalítica* ha recibido mucha influencia de la teoría lewiniana considerando el grupo como un todo. En el campo analítico es Bion, quien introduce esta idea haciendo referencia al grupo como totalidad y entendiendo la grupalidad como origen de la resistencia. Foulkes recoge esta concepción del grupo, aunque la entiende de forma diferente. A diferencia de Bion, destaca el poder positivo de la ayuda y contempla al grupo como una totalidad en la cual incluye al terapeuta. Introduce la figura del conductor como un *observador participante*, que ha de facilitar la función simbólica del grupo haciendo preguntas, señalamientos y alguna interpretación. Enfatiza el rol del terapeuta como conductor siendo quien lidera el grupo. Mantiene una actitud no enjuiciadora y la neutralidad evitando reacciones personales. El autor añade la importancia de ser honesto y mantener una actitud genuina trabajando al servicio del grupo (Foulkes, 2007c).

Joan Campos es quien introduce el *modelo grupoanalítico* en España (Mir, 2010). Según este modelo siete u ocho miembros se reúnen durante hora y media y se sitúan en círculo junto al analista/conductor, quien mantiene una actitud similar a la del tratamiento individual. No se dan instrucciones ni programa, sino que las contribuciones surgen espontáneamente; siendo todas las comunicaciones tratadas como el equivalente en el grupo a la *asociación libre* del sujeto en el *Psicoanálisis individual*. Todos los miembros del grupo toman parte activa en el proceso terapéutico total, teniéndose en cuenta todas las comunicaciones y relaciones como parte de un campo total de interacción llamado *matriz grupal* (Foulkes & Anthony, 2007).

Uno de los conceptos angulares de la *teoría grupoanalítica* es el de *matriz grupal*, descrito por primera vez en 1950 por Foulkes, como una estructura abstracta que pretende recoger fenómenos comunicacionales y relacionales transpersonales. Secundariamente puede ser un lugar de proyección y simbolización de diversas fantasías, entendiéndose así dos acepciones: *matriz como estructura* y *matriz como lugar simbólico*. Deja atrás la sustantivación *mente grupal* que había sido utilizada por sus predecesores.

La *matriz grupal* es la base operacional de todas las relaciones y comunicaciones y es descrita como una serie de sucesos moviéndose y actuando todo el tiempo. Dentro de esta red el individuo es concebido como un punto nodal siendo descrito como un sistema abierto. Inicialmente *red* y *matriz* se usaron indistintamente y con el tiempo fueron diferenciándose. La *matriz* es descrita como dinámica, de carga cambiante y fluctuante en una red existente. Mientras la *red* es un concepto más objetivo, la *matriz* está más cerca de lo experiencial y fenomenológico. Cuando se hace referencia a la *matriz* se tienen en cuenta las relaciones y fenómenos existentes entre sus constituyentes, aquello que une al grupo. Foulkes describe la *matriz* como condición preexistente (*matriz fundacional o de base*) y la *matriz* como proceso (*matriz dinámica*). Por un lado, la *matriz fundacional* hace referencia a la realidad externa, a la herencia social y cultural que es transmitida verticalmente durante generaciones. Existen ciertas cosas comunes compartidas por los grupos, aun antes de que sus miembros se junten. Por otro lado, la *matriz dinámica* es aquello que se desarrolla delante de nuestros ojos y que tiene un lugar consciente e inconscientemente en la *matriz* del grupo. Explica que todo lo que ocurre en el grupo tiene que ver tanto con el grupo como un todo como con cada uno de sus componentes individuales, refiriéndose al grupo como la *matriz* común dentro de la cual todas las demás relaciones se desarrollan. Los individuos se integran en el grupo sin mayor dificultad, porque sus procesos mentales también constituyen una *matriz*: la *matriz personal*. Es esta última *matriz* la que se transforma en el curso de la evolución de la *matriz grupal*, haciendo posible la psicoterapia.

Precisamente porque los procesos intrapsíquicos, los interpersonales y los transpersonales tienen la estructura de una *matriz*, pueden integrarse fluidamente. Además, las transformaciones que se dan en uno de los niveles de organización del campo grupal determinan cambios en los demás. La *matriz personal* se ve atravesada por los múltiples hilos de la red y, cuando dicha red cambia, los procesos individuales se modifican. El grupo se constituye en un nuevo contexto para el individuo y determina su conducta y experiencia, aun cuando no se encuentra en sesión e incluso después de haber cesado su participación en el mismo (Foulkes, 2007a). De esta manera introduce el concepto de *procesos transpersonales*, que dan cuenta de que lo que ocurre en el grupo va más allá de la mera interacción, pudiendo hablar de cultura e historia del grupo.

Para que un grupo determinado se constituya y se reconozca como tal es necesaria la existencia de unas mínimas reglas de juego, unas fronteras, unos límites que estarían impuestos por lo que llamamos *setting* o marco. El grupo adopta estas reglas como propias y se constituye desarrollándose progresivamente la *matriz grupal* a partir de la cual se puede operar, creciendo en profundidad y dimensiones en el curso del tratamiento. Las múltiples interacciones que se dan en la *matriz grupal* se manifiestan siempre en un doble plano: el emocional y el racional o del pensamiento. Por un lado, se recrean allí todas las necesidades de reconocimiento y contención emocional. Por el otro, se realiza un sistemático trabajo de análisis de todo lo que allí ocurre, lo que lleva a una profunda transformación de los procesos de pensamiento. Para poner palabras a las comunicaciones que son expresadas por otras vías, Foulkes habla de *traducción* más que *interpretación*. Esta verbalización progresiva de la comunicación coincide con el concepto de Pichon-Riviére de *hacer explícito lo implícito*, y consiste en pasar de las formas menos articuladas de expresión a las formas más articuladas y culminar en aquel tipo de comunicación que puede ponerse en palabras. Posteriormente, el concepto de *matriz* ha sido relacionado con otros provenientes de teorías múltiples y dispares. Se ha relacionado con la idea de *sistema* del pensamiento sistémico, con el concepto *base segura* de la *Teoría del vínculo* de

Bowlby, con el *espacio de ilusión* desarrollado entre madre e hijo en la *Teoría de relaciones objetales* de Winnicott y por último con el uso de la palabra *matriz* en informática, en la actual cultura cibernética (Blake & Blake, 1980).

El papel del terapeuta se modifica en el transcurso del grupo. Inicialmente, el nivel manifiesto, que hace referencia a lo objetivable de la relación en curso, es mucho más importante que el nivel latente, que se corresponde con los procesos y mecanismos fundamentalmente inconscientes. Se plantea que el análisis de los miembros del grupo se realice por el propio grupo, incluyendo a la conducción como una parte más del grupo. Analizar las múltiples transferencias de los miembros del grupo a la conducción, de los miembros entre sí y de los miembros hacia el grupo. Esta función es inicialmente de la conducción y progresivamente se va desplazando hacia todo el grupo. En relación con los objetivos y la evolución del grupo, se realiza una interpretación grupal e individual y se procura no atraer la *transferencia* hacia la figura que ocupa la conducción, sino referirla al grupo como totalidad. Foulkes, a diferencia de Bion, opina que centrar el trabajo en las transferencias puede reforzar la neurosis y opta mayoritariamente por la *traducción*. En relación con la *contratransferencia*, tampoco está de acuerdo con la teoría bioniana y se muestra contrario a analizar la *contratransferencia* en el propio proceso grupal. Considera que la persona encargada de la conducción tiene otros espacios donde puede realizar el análisis de la *contratransferencia* y propone no hacerlo en el grupo, sino en la supervisión o en el propio análisis del terapeuta.

Desde el *modelo grupoanalítico*, se trabaja en el aquí y ahora, lo cual incluye las relaciones intragrupales y la vida cotidiana sin realizar una búsqueda activa del pasado, dado que se considera que éste se reactualiza en el grupo. Destaca la importancia de la cadena grupal y comprender la conducta en su contexto social. La persona es un síntoma de la perturbación en el equilibrio de su red de relaciones significativas, enfatizando la base social del trastorno mental. Entiende las dificultades emocionales y alteraciones mentales como fenómenos multipersonales. El individuo expresa a través de los síntomas y los trastornos las dificultades

que hay en su grupo de pertenencia. Otorga importancia a las primeras relaciones en la familia, la cual está inmersa a su vez en una historia generacional y social determinada. Coincide con Mc Dougall en que la mente de cada individuo está moldeada por las fuerzas mentales de la sociedad en la que crece, de las que difícilmente puede liberarse, y es esta relación la que ha de ser objeto de tratamiento. Considera que son los bloqueos en los sistemas de comunicación y socialización los desencadenantes de los trastornos mentales. El ser humano necesita establecer diálogos significativos con sus semejantes, necesita comunicarse. Cuando la comunicación se detiene o interrumpe se desarrollan posiciones de aislamiento que afectan a la salud mental de las personas. La función del análisis grupal es reestablecer el diálogo interrumpido a través de las nuevas relaciones. En grupo nos vamos a dar cuenta que siempre necesitamos a otros. Esta necesidad no supone forzosamente la humillación, el sometimiento, el abandono o la frustración. Por el contrario, en el grupo se puede encontrar la aceptación, la comprensión, la valoración y la solidaridad, curando las heridas secundarias al medio humano en el que se constituyó como individuo. Se plantea el grupo como el tratamiento más adecuado para los trastornos que se generan en el grupo familiar y en redes sociales más amplias. La psicoterapia de grupo arranca al individuo de su red primaria familiar y le mezcla con otros, formando un campo de interacción en el que cada persona empieza de nuevo. Se va desarrollando una *matriz grupal*, constituida por la red de relaciones afectivas entre los integrantes del grupo. El ser humano se desarrolla en grupo y es por tanto en este contexto de la interacción grupal donde se repara a través de las *experiencias emocionales correctoras* que favorecen el cambio psicoterapéutico siendo la tarea hacer consciente lo inconsciente. Las intervenciones desde la conducción favorecen la capacidad de pensamiento reflexivo en los miembros del grupo desarrollando nuevas funciones y otras relacionadas con la reflexión y la comprensión (Foulkes, 2007c).

En el tratamiento Foulkes defiende la primacía de los mecanismos de cambio para los cuales se usó más tarde el término de factores terapéuticos. Describe factores específicos

grupales como son la *socialización*, los *fenómenos en espejo*, los *condensadores*, los *elementos en cadena* y la *resonancia*. Refiere que nos constituimos como personas a través de la relación con otros, a través de la *socialización*. En el grupo la persona encuentra nuevas oportunidades de interacción social en un clima de aceptación y tolerancia hacia sus síntomas y peculiaridades personales. La propia interacción con los miembros del grupo devuelve a la persona múltiples imágenes de sí misma, *fenómenos en espejo*, a través de las cuales la persona se redescubre y reconoce, enriqueciéndose con las diversas versiones de sí misma que recibe en el grupo. Como resultado de la libre asociación e interacción se producen los *fenómenos condensadores* que son descargas de material primitivo consecuencia de la acumulación de sueños, temores y fantasías grupales. Por otro lado, los *elementos en cadena* aparecen en el grupo a partir de la *resonancia* entre los miembros, ambos factores específicos también de esta modalidad de tratamiento. Por último, cabe agregar un factor, descrito por Vives (1989), la *solidaridad*, que constituye uno de los elementos terapéuticos fundamentales en psicoterapia de grupo.

En resumen, el proceso psicoterapéutico en el análisis grupal incluye factores descritos por las teorías psicodinámicas (el *insight*, el análisis de la *transferencia*, la *experiencia emocional correctora* en el aquí y ahora de la relación terapéutica, la internalización de nuevos modelos de relación y el desarrollo de nuevas estructuras yoicas) y los combina e integra con factores específicos de grupo (efectos de las modificaciones de la red, la experiencia de la *mutualidad* y la *solidaridad*) adquiriendo nuevas dimensiones el análisis de la *transferencia* y la *contratransferencia*.

Una diferencia importante entre análisis individual y análisis grupal es que en el primero la *transferencia* se analiza en función de los orígenes y en el segundo la *transferencia* aparece en el encuentro de diversas personas. Quizá esta diferencia fue la que lleva a Foulkes a indicar la situación de grupo como idónea para estudiar los procesos terapéuticos y la individual para estudiar las causas u orígenes de los trastornos mentales. Finalmente, se podría definir el *Grupoanálisis* como una psicoterapia del grupo y para el grupo, la cual se ha aplicado para la

comprensión y conducción de grupos terapéuticos (Nitzgen, 2014).

6.2. La importancia de la psicoterapia de grupo

Hay tantas definiciones de grupo como autores se han dedicado a su estudio. A nivel estructural, los autores otorgan mayor peso a los componentes, roles y/o creencias compartidas por los miembros del grupo; o bien, a nivel relacional, quiénes dan más importancia a la interacción entre los miembros del grupo (Forsyth, 2013). No obstante, todas tienen en común la pluralidad de personas, la delimitación espacial y temporal de la experiencia y la comunicación de los miembros entre sí. Se consideran elementos decisivos del grupo la experiencia común, la interdependencia, la distribución de funciones y la consecución de una meta. Newcomb plantea dos condiciones necesarias para formar un grupo: que los miembros compartan normas e incluir a miembros cuyos roles estén interrelacionados; ambas condiciones se dan en el grupo terapéutico (de la Hoz, 2011).

La psicoterapia de grupo, como ya se ha comentado en el primer punto de la introducción, está presente desde los años 60 y ha ido acumulando experiencia y evidencias empíricas llegando a su pleno reconocimiento en los años 80-90 como tratamiento primario. En la actualidad la eficacia de la psicoterapia de grupo está ampliamente contrastada, centrándose los estudios actuales en la efectividad de los tratamientos grupales y en la identificación de los componentes que intervienen en mayor medida en el éxito terapéutico (Burlingame, Fuhrman, & Mosier, 2003; Kösters, Burlingame, Nachtigall, & Strauss, 2006) Dados los recursos limitados en la salud pública, la eficiencia es un valorpreciado en nuestro sistema, y los grupos psicoterapéuticos son un instrumento útil por la buena relación coste-beneficio (Blackmore, Tantam, Parry, & Chambers, 2012; Kösters et al., 2006), siendo hoy en día un tratamiento comparable al patrón oro, la terapia individual (Gelo, Pritz, & Rieken, 2015).

El cambio terapéutico es un proceso complejo que sucede a través del intercambio de experiencias humanas. El espacio grupal constituye un contexto privilegiado para el

establecimiento de relaciones interpersonales. El grupo es un lugar de encuentro con otras personas en situación similar, siendo un espacio donde poder expresar y cambiar procesos relacionales desadaptativos, ya que el objetivo es poder reflexionar y vivenciar nuevas formas de interacción más adaptadas a la realidad. Gracias a estar constituido por diversas personas va a ser posible que existan *relaciones intertransferenciales múltiples* que aportan un abanico amplio de experiencias relacionales de las que poder aprender. A su vez es un lugar de seguridad y contención que depende de varias personas y por tanto su continuidad, en cierta medida, está garantizada. Es un espacio versátil y con múltiples utilidades. Los miembros del grupo pueden tratar tanto aspectos psicológicos relacionados con el sufrimiento como elaborar e integrar diferentes experiencias y ayudas terapéuticas, ya que es habitual que a la vez que se acude a la psicoterapia de grupo se esté recibiendo otras intervenciones (tratamientos farmacológicos y/o rehabilitadores, intervenciones familiares, ingresos hospitalarios en fase aguda...). Por otro lado, la conducción puede valorar las necesidades de atención en cada momento concreto e indicar posibles intervenciones terapéuticas (Silvestre García, Ingelmo Fernández, & García-Ordás Álvarez, 2013).

El objetivo principal de las intervenciones grupales es fomentar la autonomía personal, y en especial en personas con cuadros psicóticos, las cuales suelen estar atrapadas en vínculos que generan dependencias mutuas e impiden o dificultan el funcionamiento autónomo (García Badaracco, 2000). Muchos autores han señalado que los cambios que se producen en la psicoterapia grupal tienen que ver con las relaciones que se establecen entre los miembros del grupo, incluidos los conductores, ya que el contexto va a ofrecer la oportunidad de reproducir relaciones patológicas y la posibilidad de explorar y poner en acción nuevas formas de estar con los demás más seguras y gratificantes. Por tanto, la creación de un espacio terapéutico grupal de orientación dinámica lleva implícita la idea de que las personas diagnosticadas de algún tipo de psicosis pueden reunirse para estar, articular e integrar sus experiencias de forma compartida. Esto hace referencia tanto a las inherentes a su patología como a las diferentes

intervenciones terapéuticas que se realizan en los diferentes contextos en los que son atendidas. De esta manera la psicoterapia de grupal constituye el elemento básico y de soporte del resto de intervenciones terapéuticas que estas personas reciben a lo largo del proceso de recuperación (Silvestre García et al., 2013).

6.2.1. Los procesos grupales.

El término *proceso grupal* hace referencia a todo aquello que sucede en el grupo. Una definición ampliamente utilizada los describe como el estudio del grupo como un sistema completo y los cambios en su desarrollo. Se analizan las interacciones de los subsistemas, miembros del grupo y conductores, y la forma en que interactúa cada subsistema, estando estas interacciones a su vez influenciadas por el grupo como un todo (Díaz Portillo, 2000).

En el campo de la investigación, Burlingame y su equipo (2001) ofrecen un modelo que integra diferentes partes del grupo como un todo. Diferencian la *estructura del grupo* de los *procesos grupales*, teniendo ambas una parte *formal* y otra *emergente*. La *estructura formal* hace referencia a aspectos como la composición del grupo y la preparación de éste en la *entrevista pre-grupo*. Por su parte, la *estructura emergente* está relacionada con el desarrollo del grupo, los subgrupos y las normas de éste. En relación con los *procesos*, los *formales* son los que tienen que ver con las funciones del rol, la toma de decisiones, las características del terapeuta, el poder, el conflicto y la actuación. Los *procesos emergentes* incluyen los factores terapéuticos, la autorrevelación, las interacciones, la cohesión y el clima del grupo. Frecuentemente son estos *procesos emergentes* el objeto de estudio de la investigación en procesos grupales. Todas estas partes se influyen mutuamente y a su vez influyen en el grupo como un todo y en lo que en él sucede, funcionando el grupo como un todo integrado e interrelacionado (Gelo et al., 2015). La función de la conducción es ayudar al grupo a desarrollarse y a mantener un clima terapéutico donde se puedan beneficiar de las interacciones que se dan y facilitar así los cambios en las conductas, creencias y habilidades. Así, la conducción

no sólo tiene la responsabilidad de percibir los *procesos emergentes* sino también influenciar en los *procesos de cambio* (Burlingame et al., 2001). Conforme el grupo se va desarrollando de forma progresiva la conducción va fomentando la aparición de *procesos emergentes* promoviendo así un clima grupal beneficioso para la expresión de sentimientos y favorecedor para el encuentro y la interacción. Cada vez las intervenciones de los miembros son más frecuentes y autónomas, produciéndose cambios en los procesos de empoderamiento, en la progresiva responsabilización del propio proceso y en el aumento de la reflexividad (Ferràs & Mateu, 2013).

Respecto a los procesos que influyen en el cambio terapéutico, existe un debate sobre qué factores son más determinantes. Por un lado, los llamados *factores comunes* que aparecen por el hecho de realizar trabajo en grupo y son independientes de la orientación teórica y del contenido del grupo. Por otro lado, los llamados *factores específicos* que son añadidos por parte de la conducción en base a una orientación teórica determinada para obtener los objetivos planteados. Cuando el objetivo principal de la psicoterapia es mejorar la calidad de vida de las personas, los componentes *específicos* tienen un valor limitado, siendo los *factores comunes* los mayores responsables del cambio. No obstante, si el objetivo principal de la psicoterapia grupal es reducir los síntomas identificados, probablemente añadir *factores específicos* promueva la eficacia a largo plazo, ya que se proporcionan nuevas habilidades y/o conocimientos que se pueden usar en un futuro si es necesario (Bell, Marcus, & Goodlad, 2013). Hasta el momento actual los *meta-análisis* han encontrado mayor evidencia a favor de los *factores comunes* como proveedores del cambio (Ahn & Wampold, 2001; Bell et al., 2013). Cuando se defiende la primacía de los *factores comunes* se está dando mayor importancia a los factores relacionales que a los de contenido. En esta línea, se ha descrito el concepto *real relationship* como parte fundamental y más importante de toda psicoterapia. Se define *real relationship* como el encuentro con el otro, siendo imprescindibles dos características: la autenticidad y el realismo (Gelso, 2011).

6.2.2. Los factores terapéuticos grupales.

Los *factores terapéuticos grupales* son aquellos elementos que ocurren en psicoterapia de grupo a través de la intervención realizada por la conducción, por los miembros del grupo o por ambos. Éstos contribuyen a la mejoría de los miembros que componen el grupo (Bloch & Crouch, 1985). Forman parte de los *procesos emergentes* durante toda psicoterapia (Burlingame et al., 2001), son centrales en el tratamiento y los considerados promotores del cambio terapéutico (González de Chávez, Gutierrez, Ducaju, & Fraile, 2000). El término *factor terapéutico* fue acuñado por Corsini (1955) y su popularidad llegó en los años 70 dada la proliferación de publicaciones empíricas sobre el tema y las aportaciones de Irvin D. Yalom.

En el transcurso de la psicoterapia, independientemente de la modalidad individual o grupal, se producen asociaciones de uno mismo con aspectos del mundo externo y conexiones entre uno mismo y la nueva información producida en el contexto psicoterapéutico. Para que todo ello pueda darse, el psicoterapeuta ofrece un espacio seguro para poder elaborar información personal y expresar sentimientos. El objetivo en ambas modalidades es favorecer la consecución de objetivos propios y mantener la esperanza, entendiendo que el cambio es posible. A pesar de compartir los procesos anteriormente comentados, los procesos y mecanismos de cambio se encuentran influidos y condicionados por la modalidad terapéutica escogida. Se han identificado seis factores terapéuticos como propios y únicos de la psicoterapia de grupo que son: *aprendizaje vicario* (aprendizajes de nuevas respuestas a partir de la experiencia de otros miembros del grupo), *flexibilidad de rol* (se adopta de forma indistinta el rol de dar y recibir ayuda), *universalidad* (darse cuenta que a otros les ocurren cosas y tienen experiencias similares a las propias), *altruismo* (se ofrecen ayuda y soporte entre sí), *recreación familiar* (parecido del grupo con la familia de origen) y *aprendizaje interpersonal* (aprender de la interacción con los otros miembros del grupo). El grupo ofrece un microcosmos donde se recrean las relaciones interpersonales que se dan fuera del grupo y proporciona una

oportunidad para trabajarlas a través de la *transferencia* (Fuhriman & Burlingame, 1990).

El mecanismo principal de cambio en la psicoterapia individual es la *relación terapéutica* que se establece entre la persona y el psicoterapeuta (Levitt, Pomerville, & Surace, 2016; Martin, Garske, & Davis, 2000). No obstante, en la psicoterapia de grupo no existe únicamente esta relación diádica, sino que se desarrollan múltiples relaciones entre los miembros y conductores del grupo, siendo considerado el grupo como un todo, como una *matriz grupal* de relaciones (Foulkes, 2007a). En este contexto, diferente al de diada, algunos autores han considerado paralelo a la *relación terapéutica*, la *cohesión del grupo* (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005; Yalom & Leszcz, 2005). En la literatura pueden encontrarse diferentes definiciones de *cohesión grupal*, una de ellas es la realizada por Burlingame y colaboradores. Ellos la definen como los lazos emocionales existentes entre los miembros del grupo entre sí y el compromiso compartido con el grupo y su tarea principal (Gelo et al., 2015). Estos autores destacan el grupo como un todo y las múltiples relaciones que se dan en él, siendo componentes principales la conexión emocional y el compromiso con el grupo y sus objetivos. Describen dos dimensiones de la *cohesión grupal*: la *estructura* y la *calidad de las relaciones*. La primera dimensión, la *estructura de las relaciones*, comprende la *dirección* y la *función de la relación*. La *dirección de la relación* tiene dos planos: el *vertical* y el *horizontal*. En el plano *vertical* describe la percepción que cada miembro tiene sobre la competencia, autenticidad y calidez del conductor del grupo. En el plano *horizontal* identifica la relación de cada miembro del grupo con cada uno de sus compañeros y con el grupo en general. Por su parte, la *función de la relación* incluye: la *cohesión de tareas* y la *cohesión afectiva*. La *cohesión de tareas* se refiere a que los miembros del grupo colaboran para alcanzar una meta. La *cohesión afectiva* tiene que ver con que los miembros del grupo se sienten conectados debido al apoyo emocional que la experiencia de grupo les proporciona (Dion, 2000). La segunda dimensión, la *calidad de las relaciones*, comprende *vínculo positivo*, *trabajo positivo* y *relación negativa*. El *vínculo positivo* incluye la relación afectiva de cada miembro con el líder (*cohesión vertical*) y a la relación afectiva entre los miembros

(*cohesión horizontal*). El *trabajo positivo* indica la consecución de objetivos grupales. La *relación negativa* es definida como el fracaso empático con el conductor y el conflicto en el grupo (Burlingame, McClendon, & Alonso, 2011).

La *cohesión grupal* es un mecanismo de cambio incluido en los llamados *factores terapéuticos grupales* descritos por Irvin D. Yalom. Este autor realiza la clasificación de los *factores terapéuticos grupales* más ampliamente aceptada, describiendo los once siguientes: *Infundir esperanza, Universalidad, Catarsis o Expresión de sentimientos, Socialización, Altruismo, Cohesión grupal, Información participativa, Imitación, Aprendizaje interpersonal, Recapitulación del grupo familiar primario y Factores existenciales* (Yalom & Leszcz, 2005). Estos factores son intrínsecos de la dinámica grupal y actúan de forma independiente al diagnóstico de los miembros del grupo y a la orientación que guía la conducción (García-Cabeza, Ducajú, Chapela, & González de Chávez, 2011; Tarí García, 2015). No obstante, y a pesar de mantener la idea de la independencia de los factores terapéuticos grupales, algunos autores han encontrado que personas con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia valoran más positivamente los factores de *Cohesión, Catarsis y Universalidad* (Ribé et al., 2018). La *Cohesión* y la *Universalidad* son dos factores terapéuticos grupales intrínsecamente unidos. El reconocerse en otro y descubrir similitudes favorece romper el aislamiento y la idea de singularidad que muchas veces acompaña a las personas que presentan sintomatología psicótica (Campos Vidal, 2000). Estas personas muchas veces han perdido los vínculos con sus grupos naturales que se han visto incapaces de contener sus crisis y estados mentales. El grupo les ofrece una oportunidad para sentirse parte de un nosotros, lo cual tiene un valor curativo propio, especialmente en el caso de personas que presentan síntomas psicóticos (Ribé, 2017). La *cohesión grupal* es el factor terapéutico más valorado por los miembros del grupo ya que contribuye a su sensación de satisfacción (Hornsey, Dwyer, & Oei, 2007).

La valoración sobre la ayuda recibida con el tratamiento es un elemento importante. Kvilighan crea la *Group Counseling Helpful Impacts Scale*, que permite evaluarla. Esta escala

tiene cuatro dimensiones: *Conciencia-insight* (incluye ítems de experiencias emocionales fuertes y algunos factores cognitivos conectados con la conciencia y el *insight*), *Relaciones con el entorno* (incluye ítems de formación y mantenimiento de relaciones entre la persona que recibe ayuda y el/la terapeuta o los miembros del grupo), *Otros versus uno mismo* (incluye ítems de altruismo y autodivulgación) y *Definición del problema-cambio* (incluye ítems de identificación y comprensión cognitiva del problema y conductas a seguir para lograr el cambio). La percepción de las personas sobre la ayuda recibida varía según la modalidad de tratamiento. En la modalidad grupal fueron los factores de *Relaciones con el entorno* y *Otros versus uno mismo* los más valorados, mientras que en la modalidad individual fueron los factores de *Conciencia-insight* y *Definición del problema-cambio* los más valorados (Holmes & Kivlighan Jr., 2000). Las valoraciones cambian en función de la modalidad y el contexto de tratamiento. Estudios realizados con personas en tratamiento grupal en la unidad de hospitalización aguda de salud mental encuentran como puntos fuertes los factores grupales y relacionales independientemente del contenido del grupo. Los miembros del grupo destacan la experiencia en general de participar en una psicoterapia de grupo, la interacción con los otros miembros del grupo y la normalización del síntoma (O'Donovan & O'Mahony, 2009).

Existen elementos comunes a las distintas modalidades de tratamiento y a los diferentes contextos en los que éstos son impartidos. No obstante, parece que tanto la modalidad escogida como el contexto en el que se ofrece el tratamiento en cierta manera pueden determinar y/o modular los procesos principales, los mecanismos de cambio más relevantes y la percepción que tienen las personas de la ayuda recibida.

6.3. Terapia de grupo en personas hospitalizadas: características

La psicoterapia de grupo se ha mostrado eficaz para el tratamiento de los trastornos mentales graves en estado agudo (Pérez Marín, Piedad; García Cabeza, 2016). Los grupos psicoterapéuticos no sólo contienen los síntomas, sino que además permiten el desarrollo de

otras capacidades en sus miembros como son la mejoría en el estado de ánimo, el soporte y el *insight* (Sigman & Hassan, 2006). La inclusión de grupos psicoterapéuticos en la dinámica de la unidad de hospitalización aguda de salud mental proporciona más espacios destinados a la relación. Ello contribuye a la mejoría clínica de las personas ingresadas y simultáneamente tiene efectos positivos en el clima de la unidad (Fagin, 2001). Con la inclusión de los grupos psicoterapéuticos se reduce también el impacto de factores potencialmente estresantes asociados a la hospitalización, la cual en muchas ocasiones es vivida como un encarcelamiento y una experiencia para olvidar en lugar de una experiencia para la autorreflexión, la exploración personal y el cambio (Martín Cabrero & Martínez Rodríguez, 2009).

Los grupos psicoterapéuticos se hallan insertos en un contexto, en este caso el hospitalario, que define y modifica algunos aspectos estructurales y determina los procesos grupales que emergen. Con el objetivo de adaptar los procedimientos ortodoxos de la psicoterapia de grupo a las unidades de hospitalización se observa una tendencia a la integración de diferentes modelos, creándose un esquema desde el que comprender los fenómenos del grupo.

La conducción modifica su intervención en función de las características y necesidades de los miembros del grupo. En grupos con personas que presentan síntomas psicóticos, la conducción tiene que estar preparada para intervenir cuando los miembros lo requieran y así puedan aprender cómo estar en el grupo aún cuando son incapaces de encontrar una solución satisfactoria a sus problemas (Urlić, 2010). Desde la conducción se abandona la neutralidad y se adoptan métodos activos de intervención; así como se renuncia al silencio en favor de la introducción de elementos didácticos y directivos en la dinámica grupal (García Cabeza, 2008). Diferentes autores apuntan también que la interpretación se sustituye por breves señalamientos y clarificaciones en el aquí y ahora en los grupos realizados en unidades de agudos (Arroyo Guillamón & del Palacio Tamarit, 2011; Galletero et al., 2002; García Bernardo, 1999; González de Chávez, García-Cabeza, & Fraile Fraile, 1999; Segura, Mendivil, Galletero, &

Sánchez, 2003). En este tipo de unidades, con estas peculiaridades en la conducción y con personas diagnosticadas de trastornos mentales severos se ha utilizado *enfoque grupoanalítico* en el tratamiento (Ingelmo Fernández, Calderón, & Sánchez, 2012).

La longitud del tratamiento varía también en función del contexto. La estancia en las unidades de agudos es necesariamente breve y, por tanto, se produce un recambio continuo de personas que participan en el grupo. Por ello, se recomiendan grupos de naturaleza abierta que se adapten a las dinámicas de la hospitalización. Los grupos en estos contextos incluyen miembros heterogéneos, con distintos diagnósticos, diferentes niveles de gravedad y funcionamiento (Maves & Schulz, 1985). La heterogeneidad del grupo permite que las personas con más ajuste a la realidad y mejor conciencia ayuden con sus intervenciones a los recién llegados (Rico Bodi, 2000). Normalmente, las sesiones grupales en las unidades de agudos suelen funcionar casi independientes unas de otras, teniendo un inicio, un desarrollo y una conclusión e instalándose la sensación de *sesión única*. No obstante, existen una serie de tópicos que se abordan frecuentemente sea cual sea el grupo, es común hablar sobre los permisos, la sensación de amenaza cuando están fuera o la sensación de protección y seguridad cuando están dentro de la unidad y compartir con el grupo los factores que precipitaron la crisis (Belloso Roper, Díaz Medina, & López Moreno, 2015).

El desarrollo del grupo y los procesos y factores terapéuticos grupales que en él emergen se encuentran condicionados por la temporalidad de este. La psicoterapia de grupo con personas ingresadas en unidades de hospitalización aguda tiende a mantenerse en las etapas iniciales de desarrollo, ya que a los miembros del grupo normalmente obtienen el alta cuando la cohesión aún se está desarrollando. En estos contextos es prioritario establecer normas grupales y fomentar relaciones interpersonales para aprovechar la asistencia a las pocas sesiones grupales que se realizan durante el ingreso hospitalario y beneficiarse así al máximo de la inclusión en un programa de psicoterapia de grupo (Sánchez Morales, Eiroa-Orosa, Valls Llagostera, González Pérez, & Alberich, 2018). De los once *factores terapéuticos grupales*

descritos por Irvin D. Yalom los más destacados en entornos de hospitalización son la *Universalidad*, la *Expresión de sentimientos*, el *Altruismo*, la *Cohesión grupal* y el *Infundir esperanza* (García-Cabeza et al., 2011). Tienen en común su naturaleza afectiva y son básicos como pilares de desarrollo del grupo. En primer lugar, la *Universalidad* está siempre muy presente en las primeras etapas del grupo donde los participantes buscan similitudes entre ellos, se activan los procesos de desingularización y los miembros del grupo pueden reconocer su sufrimiento en otros. Los participantes rompen su aislamiento y pueden *Expresar sus sentimientos* en un entorno fiable y seguro empezándose a dar las primeras interacciones. Acostumbrados a ser quienes reciben ayuda en el grupo podrán ser los agentes de la ayuda y vivenciar la experiencia de dar ayuda a los demás, el *Altruismo*, que influirá de forma positiva en su estado de ánimo y autoestima. Los participantes llegan a sentirse parte de un grupo, donde son aceptados con sus singularidades, y es entonces cuando hablamos de *Cohesión grupal*. Por último, los miembros del grupo comparten espacio con otros a los que despiden y preparan el alta, lo cual mantiene niveles de *Esperanza* altos en las personas que participan en el grupo.

A pesar de las limitaciones de los grupos en unidades de agudos, se puede conseguir adoptar un funcionamiento más reflexivo a través de la realización de grupos psicoterapéuticos que modifiquen la forma de funcionamiento psicológico de la personas ingresadas, promoviendo la capacidad de pensar, lo cual se relaciona con una disminución de los episodios de agitación, ya que profesionales y personas hospitalizadas son capaces de pensar más y actuar menos (Ingelmo Fernández et al., 2012). También, según los mismos autores, en psicoterapia de grupo se aprenden nuevas maneras de reaccionar emocionalmente, de regular las emociones, amortiguando las negativas y potenciando las positivas. El aprendizaje de nuevas respuestas emocionales espontáneas tiene que ver con la modificación de la memoria implícita, cambios que se producen mediante las nuevas experiencias relacionales que la persona tiene con los miembros del grupo, incluida la conducción, dando lugar a la creación de lo que el Grupo de Boston denominó *conocimiento relacional implícito*. De esta manera, al modificarse los sistemas

de memoria se pueden modificar las respuestas emocionales espontáneas que presentan las personas ante las más diversas situaciones relacionales (Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Rith, K., Morgan, A., Bruschweilersten, Tronick, 1998; Stern, 2010).

6.4. La investigación en psicoterapia

Los inicios de la investigación en psicoterapia están restringidos al campo de la teoría y al estudio de casos tanto en Europa, desde un enfoque psicoanalítico, como en Estados Unidos, desde un enfoque conductista. El estadounidense Carl Rogers introduce, en los años 40, los métodos de registro y observación siendo considerado el precursor de la investigación en psicoterapia. En este periodo inicial la investigación es naturalista y se realizan *estudios de caso*. Las técnicas de análisis de datos utilizadas son el análisis cualitativo de las descripciones de los casos y el análisis observacional cuantitativo aún poco elaborado.

La utilidad de la intervención psicoterapéutica se pone en duda en los años 50 con los estudios de Eysenck. A raíz del cuestionamiento que el autor hace sobre la eficacia de la psicoterapia para producir el cambio, se inicia un periodo de gran desarrollo en el campo científico, cobrando fuerza y relevancia la *investigación de resultado* en detrimento de la *investigación del proceso*. Se impone el paradigma positivista lógico-matemático que enfatiza el control experimental y la cuantificación de resultados. Se adopta el *método analógico* del conocimiento que consiste en la comparación entre los objetos de estudio. Pretende descubrir si existen cambios estadísticamente significativos en los grupos en función de si reciben o no tratamiento psicoterapéutico. La estrategia de investigación principal es la evaluación de resultados de la intervención psicoterapéutica mediante una metodología experimental cuantitativa de comparación estadística de grupos. El objetivo es señalar las características generales y particulares a través del razonamiento. La *Psicoterapia conductista* muestra gran interés por este tipo de estudios. En este contexto proliferan los estudios de laboratorio y se aleja la investigación en psicoterapia de la práctica clínica habitual. En este momento se inicia

una trayectoria separada, investigadores y psicoterapeutas, que perdura hasta la actualidad (Sales, 2009).

Tras múltiples estudios, la psicoterapia demuestra su eficacia en la promoción del cambio y se proponen dar un paso más. Quieren estudiar cuáles son los tratamientos más eficaces utilizando la misma metodología. Los resultados concluyen que todas las orientaciones teóricas, por caminos distintos, llegan a un mismo lugar, el cambio. Los diferentes modelos psicoterapéuticos obtienen resultados equivalentes aplicándose el *veredicto del pájaro Dodo* en *Alicia en el País de las Maravillas*, que dice *todos ganan y todos deben recibir premios*. Esta equivalencia en los resultados tiene dos interpretaciones distintas. Por un lado, se asume como errores metodológicos que conducen a conclusiones erróneas. Por otro lado, se entiende como el reflejo de mecanismos comunes subyacentes al cambio psicoterapéutico.

La hipótesis de la imprecisión metodológica es la más avalada. Por tanto, los *estudios analógicos* son tachados de imprecisos y se cuestiona su utilidad para el estudio de la eficacia de la psicoterapia. Como contrapartida, se desarrolla un nuevo método, el *paradigma de matriz*. En este momento, el objetivo ya no es responder a la pregunta general si sirve la psicoterapia, sino dar respuesta a preguntas específicas. Se quiere saber qué tipo de tratamiento es útil, impartido por quién, dirigido a qué perfil de personas, para qué problemas determinados y en qué contextos específicos. Evidentemente, ningún estudio aislado puede contestar a todas estas preguntas, siendo necesaria la acumulación de evidencias para obtener una base empírica sólida. Así, se desarrollan en la segunda mitad de los años 70 múltiples ensayos clínicos de acuerdo con el *paradigma de matriz*.

Los estudios intentan ser rigurosos y controlar las posibles variables de confusión. Por un lado, la utilización de criterios de selección, basados en la nosología psiquiátrica del DSM y/o la CIE, homogeneiza la diversidad de las personas que reciben tratamiento. Por otro lado, la protocolización de los tratamientos disminuye la heterogeneidad de las intervenciones. Este control severo de los entornos de investigación provoca una mayor distancia con el contexto

clínico real. Con el objetivo de conseguir un acercamiento entre la clínica y la investigación, a principios de los años 90 en Estados Unidos, se propone un grupo de trabajo conjunto donde participan clínicos e investigadores. El resultado son los conocidos *Tratamientos con Soporte Empírico*. Se publican listados de estos tratamientos con sus respectivos manuales. No obstante, este procedimiento no está libre de controversias, ya que se identifican problemas en su aplicabilidad. En primer lugar, la población descrita como receptora del tratamiento no es representativa de la realidad clínica. En segundo lugar, los clínicos se encuentran con la imposibilidad de reproducir los tratamientos en las condiciones reales de la práctica habitual. Por tanto, la generalización de estos tratamientos es dudosa, ofreciendo una falsa garantía de efectividad a psicoterapeutas, personas tributarias de tratamiento y entidades externas.

En la actualidad, la línea imperante es que las decisiones de planes de salud pública y privada estén basadas en evidencias de investigación de tipo coste-beneficio. Como resultado de esta situación, cada vez las autoridades sanitarias solicitan mayor documentación que acredite la efectividad y eficiencia de los tratamientos que se realizan. En esta línea, los estudios de efectividad indican que dos tercios de las personas que reciben tratamiento mejoran en la mayoría de los modelos psicoterapéuticos (Pinsof & Wynne, 2000).

Aunque sepamos que en general la psicoterapia es efectiva, seguimos sin saber, con precisión, por qué. Otra línea de investigación, designada *paradigma del cambio o paradigma de los eventos*, se ocupa de esclarecer, dentro de la complejidad de un tratamiento, el qué produce qué efecto. Pretende identificar los ingredientes y los mecanismos del cambio. El objetivo es detectar e identificar qué elementos y cómo median en la mejoría clínica de las personas. Por ello, se intenta conectar lo que ocurre en las sesiones de psicoterapia con los resultados obtenidos (Greenberg, 1986; Les R. Greene, 2016). Concretamente, se pretende comprender hasta qué punto el cambio psicoterapéutico resulta de las características únicas de tratamientos específicos, o si resulta de factores de naturaleza más general, que pueden estar presentes en un tratamiento y tal vez también en todos los demás (Lambert, 2004). Los primeros

son los partidarios de los *factores específicos* y los segundos los que están a favor de los *factores comunes* como promotores del cambio psicoterapéutico. La cuestión actual común a todos es si podemos aislar e identificar los ingredientes para comprender cómo opera el cambio psicoterapéutico y ampliar su influencia.

El problema de los estudios de eficacia y efectividad previos es que ponen el énfasis en medidas estadísticas que omiten aspectos importantes del significado y la vivencia de la persona, dando así los métodos cuantitativos un punto de vista valioso, aunque limitado del trabajo psicoterapéutico (Gallegos, 2005). En la actualidad, se pretende reestablecer la relación entre la investigación y la práctica clínica creando condiciones para que también la práctica clínica pueda guiar a la investigación, siendo la reciprocidad fundamental en este proceso. En este momento, se crea la red denominada *Investigación Apoyada en la Práctica*, cuyo interés está en la co-construcción de una activa colaboración y comunicación entre investigadores y clínicos identificando obstáculos, recursos que podrían facilitar el trabajo conjunto y los beneficios que pueden esperarse del mismo (Castonguay & Muran, 2015). Paralelamente, aparecen nuevos métodos cuantitativos más útiles desde el punto de vista clínico, por ejemplo, la *significancia clínica*, y se reintroduce el uso de metodologías cualitativas que logren describir la complejidad del proceso psicoterapéutico, así como se multiplican los estudios naturalistas (McLeod, 2001).

6.4.1. Investigación cualitativa en psicoterapia.

Los paradigmas de investigación cuantitativa y cualitativa parten de modelos epistemológicos diferentes. Mientras que en la primera predomina la objetividad y la deducción como búsqueda de pruebas empíricas; en la segunda se basan en las descripciones inductivas, el estudio de casos y la importancia de la investigación de campo (Giacomini, 2001). Existe una fuerte complementariedad entre ambos enfoques. A los datos de eficacia y efectividad de los estudios cuantitativos, la investigación cualitativa puede agregar un conocimiento más fino y

preciso respecto a los contextos de aplicación, así como de la naturaleza intrínseca de la experiencia terapéutica (Fernández Álvarez, 2015).

Las aportaciones de la investigación cualitativa alcanzan mayores desarrollos en la actualidad cuando los investigadores empiezan a interesarse por examinar variables subjetivas de la experiencia clínica y factores ideográficos. Las herramientas de análisis de datos basadas tanto en la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967) como en la *Consensual Qualitative Research* (Hill, Thompson, & Nutt Williams, 1997) permiten incorporar de manera rigurosa contenidos cualitativos en los diseños de investigación en psicoterapia. La inclusión de este tipo de estudios puede contribuir a aumentar el conocimiento de los microprocesos que ocurren en el seno de las sesiones psicoterapéuticas. El foco es estudiar los moderadores y mediadores de la intervención psicoterapéutica. Este campo de trabajo supone un cambio en la mirada de la investigación que pone el foco en los *procesos* más que en los *resultados*.

Recientemente, en el campo de la metodología de investigación en psicoterapia se ha desarrollado la *metasíntesis*, que es una forma de integrar hallazgos de la investigación cualitativa. El objetivo de este nuevo método es reunir un conjunto de datos provenientes de distintos estudios cualitativos individuales con el fin de establecer la utilidad clínica de las intervenciones consideradas y lograr una nueva interpretación que explique el fenómeno con un nivel mayor de evidencia científica (Levitt, 2015). La *metasíntesis* permite realizar hallazgos más conclusivos, confiables y generalizables ya que logra un nivel de evidencia elevado además de poseer potencia interpretativa y mayor utilidad clínica que los instrumentos previos (Ma, Roberts, Winefield, & Furber, 2015).

6.4.2. Investigación en psicoterapia grupal.

La modalidad de tratamiento grupal se incluye tanto en la práctica clínica como posteriormente en el ámbito investigador. Son recientes los estudios y *meta-análisis* en este campo. Con el objetivo de valorar la efectividad de la psicoterapia grupal, Burlingame y

colaboradores (2003) revisan las publicaciones realizadas en los últimos 20 años y realizan un *meta-análisis* que incluye 111 estudios experimentales y cuasi-experimentales. Los resultados de este trabajo confirman la mejoría de las personas tratadas con psicoterapia grupal frente a los controles no tratados. Estos autores están de acuerdo con todos aquellos estudios que señalan la psicoterapia grupal como un formato de tratamiento beneficioso y rentable.

Los estudios sobre la eficacia diferencial de la psicoterapia de grupo en comparación con la psicoterapia individual son controvertidos. En este contexto McRoberts, Burlingame, & Hoag (1998) realizan un *meta-análisis*, que incluye 23 estudios que comparan la efectividad de los formatos de psicoterapia individual y grupal. Los resultados indican que no hay diferencia entre las modalidades estudiadas y concluyen que ambas son psicoterapias efectivas. Estos hallazgos proponen la utilización de la psicoterapia grupal como una alternativa eficaz y rentable a la psicoterapia individual bajo muchas condiciones diferentes.

Diferentes orientaciones teóricas utilizan la modalidad grupal para el tratamiento de los trastornos mentales. Orfanos, Banks, & Priebe (2015) realizan un *meta-análisis* para evaluar la efectividad de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Los resultados indican que los tratamientos psicoterapéuticos grupales pueden mejorar los síntomas negativos y los déficits del funcionamiento social de estas personas. En este trabajo se incluyen diferentes tipos de tratamiento y los efectos beneficiosos parecen no ser específicos de ninguna orientación teórica concreta.

En el ámbito hospitalario han proliferado también los estudios sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. Kösters y colaboradores (2006) realizan un *meta-análisis* que incluye 24 estudios controlados y 46 estudios con medidas pre-post publicados entre 1980 y 2004. Los resultados indican efectos beneficiosos de la psicoterapia de grupo en personas ingresadas.

Los *meta-análisis* presentados en este apartado dan cuenta de la proliferación de estudios cuantitativos que evalúan la efectividad de la psicoterapia de grupo como tratamiento para trastornos específicos y en contextos determinados. En la actualidad, la metodología

cuantitativa está empezando a ocupar un espacio importante en el estudio de la psicoterapia grupal. No obstante, los estudios son diversos y aún no son suficientes para poder generar *metasíntesis* que aporten resultados más concluyentes.

7. Planteamiento de la tesis doctoral. Objetivos e hipótesis

Las personas diagnosticadas de trastorno mental grave y que presentan sintomatología psicótica suelen tener dificultades en las relaciones sociales y por tanto tienden a evitarlas. Estas personas acostumbran a adoptar un papel pasivo perdiendo oportunidades para la socialización y retroalimentando el aislamiento propio al que les conduce la evolución del trastorno. Según lo comentado en la introducción, es importante realizar desde la hospitalización un tratamiento multidisciplinar (Paterson et al., 2018). La modalidad grupal ha resultado un instrumento eficaz para el tratamiento de trastornos mentales graves (Kösters et al., 2006).

Estudios previos señalan la importancia de espacios destinados a fomentar la socialización y la adquisición de un papel activo desde el inicio del proceso de tratamiento incluyendo así la psicoterapia en entornos de hospitalización aguda (González de Chávez, 2011). Las personas ingresadas adoptan un rol pasivo en el ingreso, no tienen que responsabilizarse de nada y hacen aquello que el personal sanitario les indica. Esta situación fomenta la dependencia a la institución y a un ambiente artificial y sobreprotector que no favorece su autonomía e independencia y crecimiento personal (Brey, 1981).

La unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos del Hospital San Rafael conjuntamente con el dispositivo de urgencias hospitalarias de salud mental del Hospital Universitario Vall d'Hebron forman parte de la Unidad Integral de Psiquiatría de Adultos (UIPA). Esta unidad ofrece cobertura a la zona de la Barcelona Norte para la hospitalización psiquiátrica de personas en estado agudo. Con el objetivo de ofrecer la posibilidad a que las personas ingresadas tomen la iniciativa y adopten un rol activo se crean los espacios de psicoterapia de

grupo en el año 2010. Con la inclusión de esta modalidad terapéutica en la hospitalización, nos planteamos iniciar este proyecto.

Nuestro objetivo inicial es explorar y describir los procesos grupales. La selección de la muestra y recogida de datos de esta tesis está hecha en dos etapas. En la primera, realizamos un trabajo exploratorio donde nos planteamos una hipótesis y unos objetivos, que se corresponden con los descritos en el primer estudio incluido en la tesis. Este estudio piloto sirve para establecer las subcategorías que clasifican los procesos que emergen en nuestros grupos. Posteriormente, durante dos años de psicoterapia de grupo, con personas con un diagnóstico diferente a los participantes del estudio piloto, se desarrolla un estudio de seguimiento con las mismas premisas. Además, se añaden nuevas hipótesis y objetivos de estudio centrados en la evolución individual de cada participante dentro del grupo y las temáticas predominantes en cada sesión.

7.1. Objetivos

El objetivo general de la tesis es explorar cómo se desarrollan los grupos de psicoterapia en un contexto especial como es la unidad de agudos de salud mental y avanzar en el conocimiento de las dinámicas grupales y los factores terapéuticos del grupo.

Los objetivos específicos son:

1. Describir y analizar los procesos grupales que se dan en un grupo de psicoterapia, cuyos participantes se encuentran descompensados de su trastorno psiquiátrico y con consumo activo de sustancias, en un contexto especial como es la unidad de hospitalización de agudos de salud mental.
2. Describir y analizar los procesos grupales, y la evolución de estos durante dos años, que se dan en un grupo de psicoterapia de personas que se encuentran ingresadas

y presentan sintomatología psicótica en estado agudo.

3. Describir similitudes y diferencias en relación a los procesos grupales que se dan en dos grupos de psicoterapia realizados durante la hospitalización y con criterios de selección de la muestra diferentes. El primer grupo incluye personas que presentan síntomas psiquiátricos y consumo activo de sustancias; el segundo grupo incluye personas que presentan sintomatología psicótica en el episodio actual.
4. Conocer si hay una relación entre la evolución que hace el individuo dentro del grupo y la evolución del grupo propiamente dicha.
5. Conocer si hay una relación entre las temáticas que aparecen en el seno del grupo y los procesos grupales que se desarrollan en el mismo.

7.2. Hipótesis

La primera hipótesis es que, a través de la participación en las sesiones de psicoterapia grupal, los miembros del grupo adquirirán un rol más activo pudiendo tomar la iniciativa en el acto comunicativo y ocupar el rol tanto de emisor como receptor en la relación de ayuda.

La segunda hipótesis es que las personas que reciben el tratamiento grupal romperán el aislamiento a través de la interacción con los miembros del grupo favoreciendo la socialización.

La tercera hipótesis es que la mayoría de los procesos grupales que describen el desarrollo del grupo serán los mismos independientemente de los participantes y sus diagnósticos.

La cuarta hipótesis es que los miembros del grupo se beneficiarán en mayor grado del tratamiento conforme a más sesiones asistan siendo cada vez más activos y autónomos en la relación social.

La quinta hipótesis es que los temas que emergen en las sesiones grupales facilitarán diferencialmente ciertos procesos grupales.

8. Método

8.1. Participantes

La selección de la muestra la realizan conjuntamente los psiquiatras, a través de la exploración psicopatológica, y la psicóloga clínica, en la *entrevista pre-grupo*.

El primer periodo de reclutamiento de la muestra es de diciembre 2012 a enero 2013, siendo un total de 20 participantes. El equipo terapéutico está formado por dos conductoras de grupo y una observadora que se encarga de las transcripciones de cada sesión, obteniendo un total de 7 registros. El equipo realiza un período de formación y entrenamiento previo en el que se ofrece: información acerca del funcionamiento de la unidad, conceptos básicos del modelo teórico utilizado, en este caso el *grupoanalítico*, información sobre la distribución de las funciones de cada miembro del equipo en el Programa Grupal y las directrices necesarias para realizar los registros sistemáticos de cada sesión. Por motivos éticos y de confidencialidad, las sesiones no pudieron ser grabadas, por ello, se pide máxima exhaustividad en la recogida de datos.

La segunda etapa de reclutamiento de la muestra se realiza durante dos años en el periodo de enero 2015 a diciembre 2016, siendo un total de 288 participantes. Del mismo modo que en el estudio piloto, el equipo terapéutico está formado por dos conductoras de grupo y una observadora. En esta fase la recogida de datos la realizan la coterapeuta y la observadora a través de los registros de cada sesión grupal, obteniendo un total de 99 registros. Como en la primera fase, ambas al iniciar su rotación reciben un periodo previo de formación. En este caso, siempre hay una de las dos que está más entrenada en la realización del registro y es la que tutoriza e introduce a la persona que se incluye nueva en la función.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Barcelona y todos los participantes dieron su consentimiento informado.

8.2. Criterios de inclusión y exclusión

En la primera etapa se incluyen en el estudio personas ingresadas que se encuentran en estado psicopatológico agudo y en consumo activo de sustancias incluyendo el alcohol. Se considera consumo activo si la persona ha realizado uso de la sustancia en los dos meses previos al ingreso hospitalario. Como criterios de exclusión se definen la discapacidad intelectual y/o deterioro cognitivo, el tratamiento con *terapia electroconvulsiva* (TEC), la agitación conductual y la falta de motivación para participar en los grupos de psicoterapia de la unidad.

En la segunda etapa se incluyen en el estudio personas ingresadas en estado psicopatológico agudo y que han presentado síntomas psicóticos en el episodio actual. Como criterios de exclusión se mantienen los anteriormente descritos para la primera etapa.

8.3. Procedimiento

El equipo terapéutico está formado por profesionales de Psiquiatría, Enfermería y Psicología Clínica. Los psiquiatras y enfermeros detectan a los posibles candidatos para el Programa Grupal. El psiquiatra realiza una exploración psicopatológica donde valora los criterios de inclusión/exclusión establecidos, excepto el nivel de motivación, y deriva a la psicóloga clínica las personas que los cumplen. La psicóloga clínica, conductora de las sesiones de psicoterapia de grupo, juntamente con la residente en Psicología Clínica y la estudiante del Máster Universitario Psicólogo General Sanitario (MUPGS), realizan una *entrevista pre-grupo* semiestructurada. En ella, revaloran los criterios de inclusión/exclusión, incluyendo el nivel de motivación. A continuación, presentan el grupo al candidato/a y éste/a puede aceptar o denegar el tratamiento. Si la persona está de acuerdo con el mismo, recogemos la información clínica y sociodemográfica a través de una entrevista semiestructurada (ver modelo A1 en apéndice A). Posteriormente, informamos a cada candidato de la normativa grupal. Existen tres normas que las personas que participan en el grupo de psicoterapia se comprometen a cumplir:

la puntualidad, la confidencialidad y el respeto.

El Programa consiste en dos sesiones psicoterapéuticas cada semana de 45 minutos de duración cada una. El tamaño de los grupos oscila entre 8 y 12 participantes incluyendo a las conductoras. Dentro del grupo, todos los miembros se sientan en sillas formando un círculo. La base teórica es el *grupoanálisis* (Blackmore et al., 2012). El objetivo de la psicoterapia de grupo es evitar el aislamiento, fomentar la socialización y adquirir un rol activo en las relaciones de ayuda. La psicóloga clínica conduce los grupos acompañada de la residente en Psicología Clínica y de una estudiante del MUPGS. Después de cada sesión grupal se realiza una *sesión post-grupo* de 15-20 minutos donde se analizan los temas y dinámicas grupales. Dado que muchos participantes se sienten incómodos con la presencia de una grabadora y que a nivel legal la inclusión de la misma en una unidad como la nuestra es comprometida, se decide realizar registros sistemáticos de cada sesión y éstos son el material de análisis del presente estudio.

8.4. Registros de sesión

En una primera etapa, cada sesión es evaluada independientemente por la psicóloga clínica adjunta y la residente de Psicología Clínica antes de la *sesión post grupo*. Ellas realizan valoraciones de cada uno de los miembros, describen el tipo de interacciones predominantes de cada participante y evalúan el clima general incluyendo comentarios sobre el entorno de las sesiones y anotando los temas principales en una hoja de recogida de datos (ver modelo A2 en apéndice A). Además, se realizan retrospectivamente y de forma exhaustiva los registros sistemáticos de cada sesión de grupo. Éstos contienen información clínica relevante sobre situaciones personales, ya sean traumáticas o no, e información sobre el funcionamiento de la propia unidad. A nivel ético, para poder compartir estos documentos preservando el anonimato y la confidencialidad, se tendrían que realizar múltiples cambios y el resultado no sería fiel al material original. Por ello, se decide no incluir en los apéndices los registros literales del estudio. No obstante, éstos están disponibles bajo demanda razonable. En una segunda etapa, la

residente de Psicología Clínica y la estudiante del MUPGS realizan los registros sistemáticos después de cada sesión siguiendo los criterios establecidos en la primera etapa del presente estudio. Por los mismos motivos anteriormente expuestos, éstos no son incluidos en los apéndices, aunque se encuentran disponibles bajo demanda razonable.

8.5. Información sociodemográfica y clínica

Como hemos comentado con anterioridad, los datos sociodemográficos y clínicos reportados por los participantes son recogidos a través de la *entrevista pre-grupo* tanto en el estudio piloto como en el principal.

A partir del inicio del estudio principal, en la recogida de datos, se añaden valoraciones relativas a cada participante, información sobre su derivación al alta y un registro de las temáticas de cada sesión. De tal manera que las conductoras, en el momento del alta hospitalaria, realizan una valoración sobre el funcionamiento de los miembros del grupo. Ésta se compone de variables de evaluación clínica del comportamiento en el grupo psicoterapéutico (*Variables de Dinámica Grupal* y *Variables de Estructura Grupal*) y una variable relacionada con el plan de tratamiento posterior (*Derivación*). Además, una observadora ciega a las subcategorías del estudio piloto recoge los temas principales de cada sesión.

Las variables de evaluación clínica del comportamiento en el grupo psicoterapéutico son de dos tipos. Por un lado, valoraciones subjetivas que realizan las conductoras sobre los miembros del grupo, las *Variables de Dinámica Grupal*. Por otro lado, valoraciones operativizadas sobre el comportamiento de los miembros del grupo, las *Variables de Estructura Grupal*. Las *Variables de la Dinámica Grupal* incluyen dos variables dicotómicas. La primera es la llamada *Adecuación al grupo* y hace referencia a si las intervenciones que realiza la persona son de contenido adecuado o inadecuado. La segunda es la llamada *Rol de Soporte al grupo* y hace referencia a si la persona muestra interés hacia el otro, realiza conductas de apoyo y de soporte hacia los compañeros o si no las realiza. Las *Variables de la Estructura Grupal* también incluyen

dos variables dicotómicas. La primera es la llamada *Asistencia*, la cual puntúa positiva si la persona asiste a más del 50% de las sesiones propuestas. La segunda es la llamada *Tolerancia al escenario grupal*, la cual puntúa positiva si la persona permanece en el grupo al menos en el 50% de las sesiones que asiste.

La variable *Derivación* tiene que ver con el plan terapéutico propuesto para el seguimiento tras el alta hospitalaria. Esta variable tiene tres niveles. El primer nivel, *Vuelta a la comunitaria*, si al alta la persona vuelve a la comunidad con seguimiento ambulatorio. El segundo nivel, *Hospitalización parcial*, si al alta la persona vuelve a la comunidad acudiendo diariamente a un recurso de tratamiento intensivo. El tercer nivel, *Hospitalización total*, si al alta la persona se traslada a un recurso hospitalario de más larga estancia.

8.6. Diseño

La estructura del trabajo se compone de un estudio piloto y un estudio principal. El objetivo del primero es definir las subcategorías y categorías que describen la dinámica del grupo de psicoterapia. En el segundo, el objetivo principal es confirmar estas subcategorías y categorías. Además, se añaden dos análisis secundarios: uno relativo a la evolución de cada individuo en el grupo; y otro que explora las temáticas emergentes y su relación con los procesos grupales.

El estudio piloto, cuya unidad de análisis es la sesión, incluye la recogida de las narrativas grupales de cada sesión con el objetivo de obtener una taxonomía capaz de describir los procesos emergentes en el grupo.

El estudio principal tiene como primer objetivo describir los procesos grupales y revalorar la taxonomía creada en el estudio piloto. Se escoge un diseño de investigación basado en el método mixto, combinando metodología cuantitativa y cualitativa. Se trata de un diseño exploratorio con la variante llamada *modelo de desarrollo de una taxonomía* (Creswell & Plano Clark, 2007). Se hipotetiza que las categorías del primer estudio podrían cubrir el dominio

semántico de la mayoría de las sesiones del estudio principal. Se mantiene como unidad de análisis la sesión y como método el *análisis temático* (Braun & Clarke, 2006) de los registros sistemáticos de cada sesión. Como ya hemos mencionado anteriormente, este estudio incluye dos análisis adicionales. En el primero se cambia la unidad de análisis a la persona. Se contabiliza la aparición de las subcategorías en cada miembro del grupo y se realizan los análisis correspondientes. En el segundo, se vuelve a introducir la sesión como unidad de análisis. La investigadora externa encargada del *análisis temático* de cada sesión es ciega para la taxonomía del estudio piloto.

8.7. Análisis de datos

Los datos sociodemográficos y clínicos auto-reportados se recogieron a través de su codificación en una base de datos en el estudio piloto y en el principal. Se utilizan estadísticos descriptivos para el análisis cuantitativo de los mismos.

En el estudio piloto, las narrativas de la psicoterapia grupal son transcritas y categorizadas en paralelo por dos grupos de expertos (clínicos involucrados en el estudio e investigadores independientes) utilizando tanto el *Método Comparativo Constante* siguiendo a Glaser y Strauss (1967) y el *análisis temático* (Braun & Clarke, 2006). Estos métodos se utilizan para desarrollar una teoría explicativa de los procesos sociales básicos estudiados en el contexto de estas sesiones psicoterapéuticas (Starks & Brown Trinidad, 2007). La codificación se realiza con el software *Atlas-TI*. Además, se triangula esta metodología utilizando un *enfoque hermenéutico* (Rennie, 2000; Wilson & Hutchinson, 1991), bajo la influencia del modelo de psicoterapia grupal de Irvin D. Yalom (2005) y el marco teórico del *grupoanálisis* (Foulkes, 2007b) en el etiquetado de las diferentes categorías y subcategorías y la interpretación del análisis categórico a otro nivel narrativo utilizando los registros observacionales sistemáticos. La primera parte del análisis nos ayuda a entender cómo el proceso de interacción grupal y la introyección de la norma ocurren en un contexto terapéutico de hospitalización utilizando un sistema

categorico. La segunda parte nos ayuda a entender e interpretar las interacciones terapéuticas dentro de nuestro conocimiento psicoterapéutico, permitiéndonos construir una narrativa para la discusión del presente documento.

En una segunda etapa, en el estudio principal, se analizan los registros siguiendo el procedimiento y las categorías y subcategorías resultantes del estudio piloto realizado en la primera etapa del presente trabajo. En esta fase, la metodología cualitativa utilizada está influida por una aproximación cercana al *análisis de contenido* (Braun & Clarke, 2006). Posteriormente, se elabora una base de datos cuantificando el número de apariciones de cada categoría y subcategoría. Con el objetivo de facilitar la comprensión, se calcularon correlaciones de Pearson y un análisis de componentes principales utilizando rotación Varimax.

El estudio principal incluye dos análisis secundarios. El primero tiene como objetivo explorar la relación existente entre número de sesiones que asiste cada participante y el desarrollo de los procesos grupales. Se confecciona una nueva base de datos donde se contabiliza la aparición de las subcategorías que presenta cada uno de los miembros en cada sesión. Contabilizamos todas las subcategorías excepto las que exclusivamente corresponden a la conducción. Una vez contabilizada cada sesión se utilizan los totales de cada miembro en cada una de las subcategorías y se contabiliza el número total de sesiones a las que asistieron cada uno de los participantes. Se calculan las correlaciones de Pearson y un análisis de componentes principales utilizando rotación Varimax. Por último, el segundo análisis secundario del estudio principal tiene como objetivo explorar la relación existente entre los temas de las sesiones y el desarrollo de los procesos grupales. Se confecciona otra nueva base de datos que recoge los 47 subtemas detectados en las diferentes sesiones, los cuales se agrupan en 8 temas. Se calcula la media y la desviación típica de los 25 procesos grupales identificados en el estudio principal, que establecen la línea base para ese proceso determinado. Posteriormente, se calcula la media de cada proceso bajo el filtro de la ocurrencia de cada uno de los subtemas y los temas. Finalmente se calcula la *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Creando espacios seguros para el crecimiento en estados de máxima fragilidad

Todos los cálculos estadísticos se llevan a cabo utilizando SPSS.22 para Windows

9. Resultados

9.1. Estudio piloto

9.1.1. Descripción de la muestra.

La muestra se compone de 20 participantes, siendo el 35% mujeres. La edad media es de 35 años. El diagnóstico predominante es el trastorno psicótico (65%) seguido de trastornos afectivos (30%) y de ansiedad (5%). La sustancia principal de abuso es el cannabis (60%) seguido del alcohol (30%) y la cocaína (10%). El tiempo medio de evolución del diagnóstico mental de los participantes es de 11±9 años (mínimo 0, máximo 23 años). Los miembros del grupo han estado consumiendo durante 13±11 años su principal sustancia de abuso (mínimo 0, máximo 30 años). La mayoría de las personas incluidas en el Programa Grupal han estado ingresadas en una unidad de salud mental al menos tres veces (75%). Con respecto al abuso de sustancias, sólo el 15% ha recibido tratamiento previo para los trastornos del uso de sustancias.

Después de la entrevista previa al grupo, el 90% de los candidatos son finalmente incluidos en el Programa Grupal. Antes de iniciar las sesiones grupales todos los participantes se muestran de acuerdo con el cumplimiento de las normas y el compromiso con el grupo.

9.1.2. Análisis de las transcripciones de las sesiones de psicoterapia grupal.

Se realiza el análisis cualitativo de las transcripciones de las sesiones de psicoterapia grupal que se lleva a cabo hasta que se alcanza la saturación teórica, produciendo 7 categorías que comprenden las 20 subcategorías. En la siguiente tabla se recoge la ocurrencia y el porcentaje de cada una de las subcategorías.

Tabla 1

Ocurrencia y porcentaje de las subcategorías del estudio piloto

	N	%
<i>Relaciones</i>		34,2
<i>Expresión de sentimientos</i>	108	16
<i>Cuidar a los demás-Apoyo</i>	68	10,1
<i>Dar ayuda</i>	23	3,4
<i>Identificación</i>	19	2,8
<i>Pedir ayuda</i>	13	1,9
<i>Grupo</i>		15,5
<i>Interacción</i>	67	10
<i>Conciencia del grupo</i>	23	3,4
<i>Cuidado del espacio</i>	14	2,1
<i>Normas del grupo</i>		13,5
<i>Recordar la norma</i>	37	5,5
<i>Cuestionar la norma</i>	36	5,3
<i>Aceptar la norma</i>	18	2,7
<i>Tratamiento terapéutico</i>		12,2
<i>Traducción</i>	49	7,3
<i>Reconducción</i>	33	4,9
<i>Desarrollo terapéutico</i>		11,5
<i>Refuerzo</i>	39	5,8
<i>Cambio</i>	24	3,6
<i>Planes de futuro</i>	14	2,1
<i>Diagnóstico</i>		8,3
<i>Síntomas psiquiátricos</i>	31	4,6
<i>Drogas</i>	25	3,7
<i>Antigrupo</i>		4,8
<i>Propuesta</i>	22	3,3
<i>Justificación</i>	10	1,5

La subcategoría predominante es *Expresión de sentimientos* que recoge un 16% de las narrativas del grupo. Esta subcategoría incluye todos los mensajes con contenido emocional explícito realizados durante la psicoterapia de grupo. La siguiente subcategoría por longitud, que contiene un 10,1% de los fragmentos narrativos totales, es *Cuidar a los demás-Apoyo*. Esta subcategoría recoge las expresiones de entendimiento y soporte emocional realizados en el contexto grupal. La tercera subcategoría es *Interacción* con el 10% de las narrativas y en ella se agrupan las interacciones miembro-miembro que se dan en el grupo. En estas situaciones, los mensajes se transmiten sin ser procesados por la conducción. Otras veces la conductora media

entre los mensajes de los miembros del grupo para fomentar el entendimiento y la aparición de procesos grupales emergentes relacionados con los factores terapéuticos de grupo. Estas narrativas de la conductora se recogen bajo la etiqueta de *Traducción* y suponen el 7,3% de las totales del grupo. La quinta subcategoría, *Refuerzo*, representa un 5,8% de narrativas del grupo y consiste en señalar aspectos positivos y/o mejoras de las cualidades de algún miembro del grupo. Por último, la subcategoría *Recordar la norma*, sexta en orden de aparición con el 5,5% de las narrativas, consiste en fragmentos en los que la conductora o los miembros del grupo señalan los límites y/o las normas de relación en el mismo. Estas seis subcategorías explican más de la mitad de las narrativas grupales, suponen el 54,7% de las narrativas totales. A continuación, se presenta una breve descripción y un ejemplo para cada una de las 20 subcategorías agrupadas en 7 categorías.

9.1.2.1. Relaciones.

Esta categoría se refiere a la adopción de un rol activo dentro del grupo e incluye: 1) *Expresión de sentimientos*, 2) *Cuidar a los demás-Apoyo*, 3) *Dar ayuda*, 4) *Identificación* y 5) *Pedir ayuda*.

9.1.2.1.1. Expresión de sentimientos.

Bajo esta subcategoría se recogen narrativas emitidas por los miembros del grupo con contenido emocional, hace referencia a cuando los participantes hablan sobre sí mismos y su estado emocional.

Miembro 4: Estoy cansado.

Conductora: Te sientes cansado.

Miembro 1: Cansado no, está rallado... porque si no te pensarás que está cansado de sueño, y yo lo conozco

Miembro 4: Sí, bueno... rallado...

Conductora: Y ¿por qué estás rallado? ¿Qué te ocurre?

Miembro 1: yo ya sé por qué

Miembro 2: A mí me gustaría saber por qué estás rallado

Miembro 4: Tengo ganas de hacer autolisis

Miembro 3: ¿autolisis son autolesiones?

Miembro 1: Suicidio

(Miembro 1, hombre, 20 años; Miembro 2, mujer, 28 años; Miembro 3, hombre, 37 años; Miembro 4, hombre, 40 años)

En este ejemplo se puede ver cómo un miembro del grupo comparte con sus compañeros cómo se siente en el aquí y ahora.

9.1.2.1.2. *Cuidar a los demás-Apoyo.*

Bajo esta subcategoría se recogen narrativas relacionadas con el soporte emocional y la comprensión de las emociones expresadas por otros miembros del grupo. Hace referencia a cuando los miembros del grupo se entienden entre sí, empatizan y ofrecen soporte emocional a sus compañeros.

El Miembro 3 está explicando la angustia emocional que le genera la situación actual y mira a la Miembro 7, ella le toma la mano, y se acarician compasivamente la mano uno al otro.

Miembro 3: muchas gracias.

El Miembro 3 se inclina hacia la Miembro 7 y se cogen las manos aún más fuerte.

El Miembro 3 esboza una sonrisa de agradecimiento a la Miembro 7.

(Miembro 3, hombre, 37 años; Miembro 7, mujer, 48 años).

En este ejemplo se puede ver cómo un miembro del grupo ofrece soporte, comprensión y consuelo a un compañero del grupo.

9.1.2.1.3. *Dar ayuda.*

Bajo esta subcategoría se recogen situaciones en las que miembros del grupo y/o las

conductoras ayudan a otro participante a resolver una situación o confusión. Hace referencia a cuando el grupo intenta resolver una incertidumbre de uno de los miembros.

Miembro 15: Y lo que te ha pasado, ¿no podría ser una crisis de ansiedad?

Conductora: Mira lo que Miembro 15 dice

Miembro 14: Sí, supongo, pero no sé o no recuerdo cómo llegué aquí...

Miembro 13: Estabas con unos tubos, más ansioso que ahora...

Miembro 14: Yo no recuerdo...

Conductora: Se te ve angustiado por este tema, ¿has hablado de ello con tu médico? ¿le has preguntado qué pasó?

Miembro 14: Sí, bueno, él me dijo también lo de la crisis de ansiedad, pero no sé...

(Miembro 13, hombre, 45 años; Miembro 14, hombre, 39 años; Miembro 15, mujer, 53 años)

En este ejemplo se puede ver cómo el grupo ofrece información a un miembro para ayudarlo a entender lo que pasó.

9.1.2.1.4. Identificación.

Bajo esta subcategoría se recogen las narrativas que hacen alusión a que un miembro se ha visto reflejado en otro miembro del grupo. Hace referencia a cuando un miembro expresa unos sentimientos y a raíz de ello otro miembro del grupo aporta su propia experiencia.

Miembro 3: Lo sé, me pasó a mí con mi "ex". Estuvimos juntos por un tiempo, y me comporté mal.

Miembro 7: Sí, mi marido también arroja cosas cuando está enojado.

Miembro 4: También he hecho esto... empezar a tirar cosas, pero luego...

(Miembro 3, hombre, 37 años; Miembro 4, hombre, 40 años; Miembro 7, mujer, 48 años).

En este ejemplo se puede ver cómo a través de la identificación los miembros del grupo van aportando sus experiencias individuales.

9.1.2.1.5. Pedir ayuda.

Bajo esta subcategoría se recogen las peticiones de orientación y soporte de los miembros del grupo al resto de compañeros. Hace referencia a cuando un miembro no sabe alguna información y la pregunta al grupo.

Miembro 2: ¿Qué día es hoy? No sé cuándo es la comida, ni la cena, estoy desorientada, no sé el día.

Miembro 1: Yo tampoco. ¿Es 17?

Miembro 3: El sábado fue 17. Entonces hoy es... 20; ¿es día 20?

Miembro 2: La vaga fue el día 14.

Miembro 3: La vaga fue el miércoles.

El grupo se encuentra en un primer momento desorientado, pero entre todos consiguen buscar señales que les ayuden a orientarse, trabajan en equipo para resolver la duda.

(Miembro 1, hombre, 20 años; Miembro 2, mujer, 28 años; Miembro 3, hombre, 37 años).

En este ejemplo se puede ver cómo un miembro del grupo pide ayuda cuando toma conciencia de que no conoce cierta información que considera importante o necesaria.

9.1.2.2. Grupo.

Esta categoría engloba fragmentos en los que el objeto de análisis es el propio grupo e incluye: 1) *Interacción*, 2) *Conciencia del grupo* y 3) *Cuidado del espacio*.

9.1.2.2.1. Interacción.

Bajo esta subcategoría se recogen comunicaciones directas (miembro a miembro) entre los participantes del grupo. Hace referencia a cuando los miembros del grupo se dirigen unos a otros y establecen conversaciones sin el soporte de la conductora.

Miembro 2: Miembro 5 estás cansado

Miembro 5: Sí, estoy muy cansado

Miembro 2: Miembro 5 usted no habla como si estuviera en el grupo

Miembro 5: Sólo estoy aprendiendo

(Miembro 2, mujer, 28 años; Miembro 5, hombre, 38 años).

En este ejemplo se puede ver cómo dos miembros del grupo establecen una interacción directa durante la sesión.

9.1.2.2.2. Conciencia del grupo.

Bajo esta subcategoría se recogen situaciones en las que los participantes y/o las conductoras hablan de sí mismos como grupo. Hace referencia a cuando los miembros del grupo se perciben como tal.

Miembro 4: Quiero ir con mis abuelos y mis perros.

Conductora: Nos has dicho que tus abuelos y tus perros están muertos...

Miembro 4: Sí

Miembro 1: Pero tienes dos hijos y nosotros te necesitamos en el grupo.

(Miembro 1, hombre, 20 años; Miembro 4, hombre, 40 años).

En este ejemplo se puede ver cómo los miembros del grupo se perciben a sí mismos como parte de un todo interrelacionado.

9.1.2.2.3. Cuidado del espacio.

Bajo esta subcategoría se recogen situaciones en las que los miembros del grupo preparan y/o cuidan el espacio grupal. Hace referencia a cuando los miembros del grupo preparan la sala, desalojándola, y colocan las sillas en círculo para empezar el grupo.

El Miembro 3 empieza a colocar las sillas cuando el Miembro 1 entra en la sala, lo ve y le ayuda con la disposición circular de las sillas.

(Miembro 1, hombre, 20 años. Miembro 3, hombre, 37 años).

En este ejemplo se puede ver cómo los miembros del grupo desarrollan iniciativas dentro del espacio de grupo, implicando que de alguna manera ya se ha establecido un sentido de grupo y por lo tanto un sentimiento de cohesión entre sus miembros, se hacen cargo del espacio y lo preparan antes de empezar la psicoterapia.

9.1.2.3. Normas del grupo.

Esta categoría se refiere a las normas del grupo ya sea como recordatorio, incumplimiento o discusión sobre ellas e incluye las siguientes subcategorías: 1) *Recordar la norma*, 2) *Cuestionar la norma* y 3) *Aceptar la norma*.

9.1.2.3.1. Recordar la norma.

Bajo esta subcategoría se recogen fragmentos de narrativas provenientes de los miembros del grupo o de las conductoras donde explicitan verbalmente las normas relativas al espacio grupal y al tipo de relación establecida en él.

Miembro 5: Tengo que ir al lavabo, ¿se puede?

Conductora: Puedes ir si no puedes aguantarte. Si alguien no puede, y necesita salir del grupo para ir al baño, se puede hacer, pero es importante tratar de respetar las reglas y, si es posible, mantenerse en el grupo durante toda la sesión...

(Miembro 5, hombre, 38 años)

En este ejemplo se puede ver cómo la conductora aprovecha una petición para recordar el compromiso de permanecer en el grupo durante toda la sesión.

9.1.2.3.2. Cuestionar la norma.

Bajo esta subcategoría se recogen fragmentos donde los miembros del grupo desafían

explícitamente las normas del espacio grupal.

Miembro 1: ¿Por qué no ponemos los sillones? Son más cómodos. (Se había expresado explícitamente varias veces que esos sillones no se pueden utilizar para este fin).

(Miembro 1, hombre, 20 años)

En este ejemplo se puede ver cómo un participante, a pesar de haber sido advertido en ocasiones previas, vuelve a proponer explícitamente algo que se ha dicho con anterioridad que no está permitido en el contexto grupal.

9.1.2.3.3. *Aceptar la norma.*

Bajo esta subcategoría se recogen actos narrativos explícitos o implícitos que reflejan la intención de los miembros del grupo de aceptar las normas del grupo.

Hablaban a la vez cuando algunos miembros del grupo comenzaron uno tras otro a levantar la mano esperando en silencio el turno de palabra con sus cuerpos inclinándose ligeramente.

(Notas contextuales de la observadora)

En este ejemplo se puede ver cómo los miembros del grupo en un contexto de incumplimiento de las normas de grupo (cuando una persona habla las otras deben escuchar) intentan recuperar la normalidad con un gesto para pedir permiso para intervenir.

9.1.2.4. *Tratamiento terapéutico.*

Esta categoría se refiere a narrativas de la conducción que acompaña al grupo en su desarrollo e incluye: 1) *Traducción* y 2) *Reconducción*.

9.1.2.4.1. *Traducción.*

Bajo esta subcategoría se recogen momentos en los que la conductora repite un mensaje con otras palabras y/o señala los sentimientos de un miembro del grupo para que sean

entendidos por el resto.

Miembro 1: No, te has levantado bien (mirando al Miembro 4) porque cuando nos levantamos escuchamos la radio y empezamos a hablar y dijimos de guardar el tabaco arriba y riendo estabas bien, fue luego en el desayuno que te dio el bajón.

Conductora: Parece que Miembro 1 está pendiente de ti Miembro 4.

Miembro 4: Sí, es como mi hermano pequeño, el hermano que nunca tuve. Es que tengo altibajos.

(Miembro 1, hombre, 20 años; Miembro 4, hombre, 40 años).

En este ejemplo se puede ver cómo la conductora explicita la relación de cuidado entre dos miembros del grupo y esto favorece que puedan hablar más e incluir sus sentimientos.

9.1.2.4.2. Reconducción.

Bajo esta subcategoría se recogen momentos en los que la conductora ayuda a enfocar al grupo en el trabajo terapéutico.

Miembro 3: Podríamos hacer cosas diferentes, cosas al aire libre.

Miembro 1: Podríamos hacer salidas por la mañana y por la tarde, que nos toque el aire.

Conductora: Pensaba que ocurría aquí que el grupo tiene la necesidad de salir, de crear algo diferente a lo que es; pareciera que quisierais convertir la planta en algo que no es ¿qué ocurre en la planta?

Miembro 1: Agobio, cárcel

Miembro 3: Me siento enjaulado y que no puedo salir. Tengo claustrofobia.

(Miembro 1, hombre, 20 años; Miembro 3, hombre, 37 años).

En este ejemplo se puede ver cómo la conductora redirige al grupo para poder hablar de lo que sienten los miembros en el aquí y ahora.

9.1.2.5. Desarrollo terapéutico.

Esta categoría se refiere a eventos en los que la conducción o los miembros del grupo

hablan sobre aspectos positivos del tratamiento e incluye: 1) *Refuerzo*, 2) *Cambio* y 3) *Planes de futuro*.

9.1.2.5.1. *Refuerzo*.

Bajo esta subcategoría se recogen conversaciones en las que algún miembro del grupo ya sea participante o conductora, comenta aspectos positivos de otro miembro. Hace referencia a cuando se destacan conductas o actitudes de otros.

Miembro 6 (mirando a la conductora): Yo quiero dejar los porros cuando salga de aquí. Ahora es la primera vez que lo he dejado.

Miembro 4: Porque estás ingresado...

Conductora: Felicidades Miembro 6, es la primera vez que lo intentas desde que consumes cannabis.

Miembro 6: Sí, el médico me explicó que si no consumiera estaría más despierto, no tan lento.

(Miembro 4, hombre, 40 años; Miembro 6, hombre, 31 años).

En este ejemplo se puede ver cómo la conductora refuerza a un miembro del grupo que ha sido capaz de cumplir con uno de sus objetivos personales.

9.1.2.5.2. *Cambio*.

Bajo esta subcategoría se recogen diferencias que perciben en su estado emocional, en su conducta o pensamiento durante la hospitalización.

Miembro 3: Me he dado cuenta de que estoy más tranquilo, tengo más control y no hablo tanto.

(Miembro 3, hombre, 37 años).

En este ejemplo se puede ver cómo un miembro del grupo comparte con sus compañeros los cambios realizados durante el ingreso hospitalario respecto a su estado de salud mental.

9.1.2.5.3. Planes de futuro.

Bajo esta subcategoría se recogen deseos, intenciones o planes de los miembros del grupo tras el alta hospitalaria.

Miembro 4: Tengo que aprender a controlar mis impulsos (...) porque me enfado por las cosas y entonces no puedo controlarme. Quiero aprender esto. A ver si en el Hospital de Día pueden ayudarme a hacerlo. Mañana tengo una entrevista.

(Miembro 4, hombre, 40 años).

En este ejemplo se puede ver cómo un miembro del grupo comparte con el resto su deseo de conseguir algunos cambios en la autorregulación emocional y la intención de acudir al recurso siguiente donde cree que le pueden ayudar.

9.1.2.6. Diagnóstico.

Esta categoría se refiere a narrativas relativas a sintomatología psiquiátrica o aspectos relacionados con el uso de sustancias de abuso e incluye: 1) *Síntomas psiquiátricos* y 2) *Drogas*.

9.1.2.6.1. Síntomas psiquiátricos.

Bajo esta subcategoría se recogen fragmentos narrativos en los que los miembros del grupo hablan de los síntomas de su trastorno psiquiátrico.

Miembro 1: Tengo un trastorno bipolar. Tiene varios niveles, ahora tengo el nivel mixto y es por eso por lo que estoy aquí.

(Miembro 1, hombre, 20 años).

En este ejemplo se puede ver cómo un miembro explica a otro miembro del grupo el motivo del actual ingreso hospitalario.

9.1.2.6.2. Drogas.

Bajo esta subcategoría se recogen fragmentos en los que los miembros del grupo hablan sobre aspectos del uso de sustancias (efectos positivos o negativos del consumo de tóxicos).

Miembro 4: El cannabis hace que mis habilidades ornitológicas poéticas se desarrollen dentro de la situación social actual. Me ayuda a escribir, pintar...

Miembro 3: Sí, yo también, cuando fumo, consigo crear.

(Miembro 3, hombre, 37 años; Miembro 4, hombre, 40 años).

En este ejemplo se puede ver cómo un miembro del grupo explica los efectos positivos del consumo y otro miembro del grupo se muestra de acuerdo con él.

9.1.2.7. Antigrupos.

Esta categoría se refiere a evitaciones de los miembros del grupo para realizar el trabajo psicoterapéutico e incluye: 1) *Propuesta* y 2) *Justificación*.

9.1.2.7.1. Propuesta.

Bajo esta subcategoría se recogen propuestas de los miembros del grupo que están lejos de los objetivos establecidos del grupo. Hace referencia a cuando los miembros del grupo evitan hablar de sí mismos y conectar con el momento presente realizando propuestas que conocen son inadecuadas por la situación en la que se encuentran.

Miembro 2: Podríamos hacer un acto teatral, un drama para distraernos.

(Miembro 2, mujer, 28 años).

Este ejemplo se puede ver cómo un miembro del grupo realiza una petición que no es factible en el contexto en el que se encuentra ya que la distracción no es el objetivo del espacio grupal.

9.1.2.7.2. Justificación.

Bajo esta subcategoría se recogen las explicaciones que aportan los miembros del grupo sobre por qué no siguen las normas del grupo o por qué se alejan de sus objetivos.

Miembro 16: Yo había preparado las sillas para todos, pero como no había nadie me he ido a esperar a la habitación.

Conductora: Entonces sí te acordabas muy bien que había grupo, pero has ido a la habitación hasta que te avisáramos.

Miembro 16: Sí.

Conductora: Vale, está muy bien que hayas preparado las sillas y también ser puntual, es importante si somos puntuales y estamos ya en la sala, esperar que los demás irán llegando y así podemos empezar el grupo a la hora.

(Miembro 16, hombre, 34 años).

En este ejemplo se puede ver como un miembro del grupo se justifica al retrasar el inicio del grupo.

9.1.3. Desarrollo de la psicoterapia de grupo.

Se realiza un análisis exhaustivo de cada una de las sesiones. En el apéndice B, la tabla B1 resume el contenido de éstas y las ilustra. Las siete sesiones que componen el estudio piloto se pueden dividir en dos períodos separados debido a las vacaciones de Navidad. El primer período incluye de la sesión uno a la cinco y el segundo período incluye las sesiones seis y siete.

En las dos primeras sesiones la atmósfera de grupo refleja un bajo nivel de cohesión. Puede entenderse como un proceso de encuentro; los miembros del grupo participan individualmente con poco respeto a lo que otros miembros están diciendo. Esto se puede ver especialmente en la primera sesión. En la segunda sesión, los miembros del grupo comienzan a cuestionar la norma, lo que tiene sentido antes de aceptarla como propia. En ambas sesiones podemos ver una participación activa de la conductora. En la primera, las intervenciones desde

la conducción son en términos de normas de grupo (*Recordar la norma*), mientras que, en la segunda, se promueve la identificación entre los miembros (*Traducción*), siendo éste un requisito previo a la cohesión grupal. En la tercera sesión empieza a emerger la cohesión de grupo. Las subcategorías *Expresión de sentimientos* e *Interacción* aumentan, mientras que las subcategorías que se refieren a un papel activo de la conductora disminuyen. El grupo se sigue cohesionando en las sesiones cuarta y quinta. En la quinta sesión el grupo llega a un punto en el que funciona autónomamente y las subcategorías exclusivas de la conducción no aparecen. De la tercera a la quinta sesión, las subcategorías de *Expresión de sentimientos* e *Interacción* son elevadas.

Después de la pausa navideña, se reinician los grupos. El grupo mantiene parte de la dinámica, pero la conductora necesita adoptar un rol más activo para incluir nuevos miembros y restablecer el clima de cohesión a través de la intervención que hemos denominado *Traducción*. En la sexta sesión podemos ver cómo aparecen temas comunes a la primera sesión, especialmente con referencia a los síntomas. Una vez más, es un grupo de encuentro, donde la conductora necesita tener un papel activo en la promoción de la cohesión grupal y la definición de sus funciones. Sin embargo, el grupo no comienza desde el principio como en la sesión uno, podemos ver un clima claramente más cohesivo, los miembros del grupo sólo necesitan un poco de ayuda por parte de la conductora para empezar de nuevo a compartir sus experiencias (*Expresión de sentimientos*). La séptima sesión es menos intensa, conviven las subcategorías *Aceptar la norma*, *Traducción con Cuidar a los demás-Apoyo* y *Expresión de sentimientos*.

9.2. Estudio principal

9.2.1. Descripción de la muestra.

En una segunda etapa de recogida de la muestra, ésta se compone de 288 participantes, de los cuales el 36% son mujeres. La edad media es de $41,5 \pm 13,2$ años (mínimo 18, máximo 85 años). El diagnóstico predominante es esquizofrenia, siendo referido por el 42,4% de los

miembros. Seguidamente, un 15,2% de los miembros refieren desconocer su diagnóstico, un 14,8% de los miembros refieren trastorno bipolar y un 12,8% de los miembros refieren trastorno esquizoafectivo. El 39,2% de los miembros reconocen un consumo activo de sustancias. La sustancia más consumida es el alcohol (62,8%) seguido del cannabis (53,1%) y la cocaína (12,4%). Algunos consumen más de una sustancia, siendo la combinación más frecuente alcohol y cannabis (21%). Es el primer ingreso hospitalario en salud mental para el 18,7% de los participantes. La mayoría de los miembros han realizado entre dos (19,5%) y tres (13,6%) ingresos en unidades de agudos de salud mental. Informan de más de 10 ingresos hospitalarios en unidades de agudos de salud mental el 9,6% de los participantes.

Después de la entrevista previa al grupo, el 90,2% de los candidatos/as son finalmente incluidos en el Programa Grupal. Antes de incluirse en las sesiones grupales todos los participantes se muestran de acuerdo con el cumplimiento de las normas y el compromiso con el grupo.

9.2.2. Análisis de las transcripciones de las sesiones de psicoterapia grupal.

La taxonomía creada a partir del estudio piloto es útil para describir el 83% de las narrativas producidas en el contexto del grupo psicoterapéutico de personas que presentan sintomatología psicótica en el episodio actual. Sólo hemos tenido que añadir 5 subcategorías adicionales para explicar el 17% de las narrativas restantes. Las nuevas subcategorías son: *Ingreso*, *Facilitar la comunicación*, *Aportar contenido*, *Expresión de sintomatología psicótica* y *Efectos secundarios de la medicación*. A continuación, se muestra una descripción de las nuevas subcategorías.

9.2.2.1. Ingreso.

Bajo esta subcategoría se recogen narrativas producidas por los miembros del grupo sobre aspectos relacionados con la hospitalización. Se incluye dentro de la categoría *Grupo*.

Un miembro dice que lo que peor lleva es que le pongan horarios para todo, sobre todo para dormir. Añade que le encantaría salir para poder dar una vuelta e ir a casa, ya que su compañera de piso está de vacaciones (miembro del grupo que aún no tiene permiso de salida).

En este ejemplo se puede ver un miembro del grupo hablando sobre la dinámica de la unidad y sus reglas.

9.2.2.2. Facilitar la comunicación.

Bajo esta subcategoría se recogen narrativas de la conductora en las que ayuda a los miembros del grupo a romper el aislamiento e iniciar y mantener la comunicación entre los miembros del grupo. Se incluye dentro de la categoría *Tratamiento terapéutico*.

Una miembro del grupo dice que cuando salga de alta se va a ir al piso compartido otra vez. La conductora le pregunta si ya ha solucionado su conflicto con las compañeras, porque en las primeras sesiones había comentado que no tenían muy buena relación. Ella explica que está un poco mejor, pero que dentro de un tiempo la van a cambiar de piso. Otro miembro del grupo le pregunta qué era lo que le pasaba con las compañeras, y ella responde que dejaban manchas de regla en el baño, que eran muy sucias y desordenadas, cosa que a ella le molestaba. No obstante, añade, el otro día cuando estuvo en casa le pareció que podían estar mejor a partir de ahora.

En este ejemplo se puede ver como la conductora favorece la comunicación interesándose por un tema de un miembro del grupo.

9.2.2.3. Aportar contenido.

Bajo esta subcategoría se recogen fragmentos donde los miembros del grupo rompen el aislamiento e inician una conversación cuya temática no está relacionada con su estado emocional ni el de otros miembros del grupo. Se incluye dentro de la categoría *Desarrollo*

terapéutico.

Un miembro del grupo dice que siempre tuvo perros y que acompañan mucho, dan mucho cariño. Otro compañero dice que son muy agradecidos. Un tercero añade que hay que sacarlos y que eso es un esfuerzo. La conductora resume el grupo hablaba de tener perro que por un lado como decían dos miembros del grupo te acompaña y por otro lado como apuntaba un tercero implica unas responsabilidades.

En este ejemplo se puede ver como un miembro del grupo introduce el tema de las mascotas y se genera un diálogo entorno a ellas.

9.2.2.4. Expresión de sintomatología psicótica.

Bajo esta subcategoría se recogen fragmentos que hacen alusión a aspectos o síntomas relacionados con la psicosis no referidos como tales. Se incluye dentro de la categoría *Diagnóstico*.

Un miembro del grupo explica que escucha voces, pero que tampoco son malas, sino que son como las canciones de Joan Manel Serrat y como los sueños, “los sueños, sueños son”.

En este ejemplo se puede ver como un miembro del grupo habla sobre sus alucinaciones y realiza una asociación laxa al final.

9.2.2.5. Efectos secundarios de la medicación.

Bajo esta subcategoría se recogen fragmentos donde los miembros del grupo hablan sobre efectos no deseados del tratamiento farmacológico. Se incluye dentro de la categoría *Diagnóstico*.

Una miembro del grupo dice que es el fármaco el que les hace sentirse cansados. Otra miembro dice que a ella le ponen la boca pastosa y otra miembro más añade que a ella

le ponen la boca seca. La primera miembro vuelve a hablar y dice que eso también le ocurre a ella, que tiene la boca fatal por los fármacos y añade que tiene problemas de memoria y que es por la medicación.

En este ejemplo se puede ver como tres mujeres del grupo hablan a cerca de los efectos secundarios de la medicación en su persona.

Todas las subcategorías (*Traducción, Reconducción y Facilitar la comunicación*) incluidas en la categoría *Tratamiento terapéutico* son exclusivas de la conducción. Las subcategorías incluidas en las categorías *Diagnóstico y Antigupo (Síntomas psiquiátricos, Drogas, Expresión de sintomatología psicótica, Efectos secundarios de la medicación, Propuesta y Justificación)* son exclusivas de los miembros del grupo. Las categorías *Relaciones, Grupo, Normas del grupo y Desarrollo terapéutico* incluyen subcategorías exclusivas de los miembros del grupo (*Expresión de sentimientos, Identificación, Pedir ayuda, Interacción, Ingreso, Cuestionar norma, Cambio, Planes de futuro y Aportar contenido*) y subcategorías que pueden pertenecer tanto al discurso de los miembros del grupo como de la conducción (*Cuidar a los demás-Apoyo, Dar ayuda, Conciencia de grupo, Cuidado del espacio, Recordar norma, Aceptar norma y Refuerzo*).

A continuación, se presenta una tabla con la ocurrencia y el porcentaje de las categorías y subcategorías del estudio principal.

Tabla 2

Ocurrencia y porcentaje de las categorías del estudio principal

	N	%
<i>Relaciones</i>		51,7
<i>Expresión de sentimientos</i>	1012	22
<i>Dar ayuda</i>	514	11,2
<i>Cuidar a los demás-Apoyo</i>	365	7,9
<i>Identificación</i>	321	7
<i>Pedir ayuda</i>	166	3,6

	N	%
<i>Grupo</i>		16,4
<i>Conciencia de grupo</i>	257	5,6
<i>Ingreso</i>	245	5,3
<i>Interacción</i>	241	5,2
<i>Cuidado del espacio</i>	12	0,3
<i>Tratamiento terapéutico</i>		15,6
<i>Facilitar la comunicación</i>	354	7,7
<i>Reconducción</i>	185	4
<i>Traducción</i>	180	3,9
<i>Desarrollo terapéutico</i>		6,8
<i>Aportar contenido</i>	155	3,4
<i>Refuerzo</i>	72	1,6
<i>Planes de futuro</i>	61	1,3
<i>Cambio</i>	22	0,5
<i>Diagnóstico</i>		5,5
<i>Expresión sintomatología psicótica</i>	102	2,2
<i>Síntomas psiquiátricos</i>	71	1,5
<i>Efectos secundarios de la medicación</i>	62	1,3
<i>Drogas</i>	22	0,5
<i>Normas del grupo</i>		5,5
<i>Recordar la norma</i>	70	1,5
<i>Aceptar la norma</i>	61	1,3
<i>Cuestionar la norma</i>	45	1
<i>Antigrupo</i>		0,2
<i>Propuesta</i>	9	0,2
<i>Justificación</i>	2	0

Respecto al orden frecuencia de aparición de las categorías (ver tabla 2) es el mismo que en el estudio piloto (ver tabla 1) excepto para la categoría *Normas del grupo*. En ambos estudios la categoría predominante es *Relaciones*, siendo en este segundo estudio casi el 52% de las narrativas totales. En esta categoría, los miembros del grupo expresan sus sentimientos y se relacionan entre sí, ejerciendo los roles de emisores y receptores de ayuda. Dentro de esta categoría, dos subcategorías destacan por encima de las otras: *Expresión de sentimientos* y *Dar ayuda*. La primera subcategoría explica casi una cuarta parte de todas las narrativas siendo la más predominante, como ya ocurría en el estudio piloto.

La segunda categoría por orden de frecuencia, igual que en el estudio piloto, es *Grupo* con un 16,4% de las narrativas. En esta categoría, los miembros del grupo se relacionan entre sí

autónomamente y se conciben a sí mismos como parte del grupo. La tercera categoría por orden de frecuencia es *Tratamiento terapéutico* con un 15,6% de las narrativas grupales. En el estudio piloto esta categoría es la cuarta y la tercera es *Normas del grupo*. Ambas categorías están íntimamente relacionadas con las funciones de la conducción en los grupos. Por tanto, la conducción del grupo ocupa un lugar importante en el análisis de las narrativas grupales.

Con un porcentaje sustancialmente más bajo encontramos las categorías *Desarrollo terapéutico* (6,8%) y *Diagnóstico* (5,5%). La categoría *Normas del grupo* aparece en este estudio como la sexta en orden de importancia (3,8%) a diferencia del estudio piloto donde ocupa, como hemos mencionado, la tercera posición. Probablemente esta variación está relacionada con los criterios de selección de la muestra. Por último, la categoría con menos peso según nuestro análisis es la de *Antigrupo*, que sólo cuenta 0,2% de las narrativas.

Existen algunas diferencias entre los dos estudios respecto a la distribución de las subcategorías dentro de cada categoría. En la categoría *Relaciones* el orden de las subcategorías según frecuencia de aparición es el mismo exceptuando que en el estudio piloto *Cuidar a los demás-Apoyo* y *Dar ayuda* ocupan el segundo y tercer puesto, respectivamente, y en el estudio principal al revés, *Dar ayuda* se sitúa en la segunda posición y *Cuidar a los demás-Apoyo* en la tercera. En la categoría *Grupo* varía la subcategoría más frecuente siendo *Interacción* en el estudio piloto y *Conciencia del grupo* en el principal. Además, en esta categoría el estudio principal presenta una nueva subcategoría llamada *Ingreso*, que ocupa la segunda posición según la frecuencia de emisión de narrativas. En la categoría *Tratamiento terapéutico* en el segundo estudio es necesario incluir una subcategoría más para englobar las narrativas producidas desde la conducción. Se añade la subcategoría *Facilitar la comunicación*, la cual ocupa la primera posición. En la categoría *Desarrollo terapéutico*, en el estudio principal la subcategoría *Planes de futuro* es superior por frecuencia de aparición en el grupo a la subcategoría *Cambio*. En la categoría *Diagnóstico* se mantiene el orden de importancia de las subcategorías, aunque es necesario en el estudio principal incluir en este apartado dos

subcategorías nuevas que son *Expresión de sintomatología psicótica* y *Efectos secundarios de la medicación*. En la categoría *Normas del grupo*, la única que cambia de posición de un estudio a otro, la subcategoría *Cuestionar la norma* es la segunda en el estudio piloto y la tercera y última en el principal. Por último, en la categoría *Antigrupo* el orden de las subcategorías, en función de la frecuencia de aparición de estas en el grupo, es el mismo en ambos estudios. Probablemente estas variaciones estén relacionadas con los criterios de selección de la muestra que son diferentes en el estudio piloto y principal.

Finalmente, cabe mencionar que con cinco subcategorías (*Expresión de sentimientos*, *Dar ayuda*, *Cuidar a los demás-Apoyo*, *Facilitar la comunicación* e *Identificación*) se puede describir el 55,8% de las narrativas totales de las sesiones de psicoterapia de grupo del estudio principal.

9.2.3. Cuantificación y correlaciones de las subcategorías.

Con el objetivo de explorar las relaciones existentes entre las 25 subcategorías, se realiza una matriz de correlaciones (ver tabla B2 en apéndice B). La subcategoría *Expresión de sentimientos* es la que más correlaciona con el resto de las subcategorías. Las correlaciones más altas son entre *Expresión de sentimientos* e *Identificación* ($r = ,53$) y *Expresión de sentimientos* y *Facilitar la comunicación* ($r = ,53$). También es importante tener en cuenta la correlación entre *Identificación* y *Facilitar la comunicación* ($r = ,38$) y entre *Expresión de sentimientos* y *Traducción* ($r = ,37$). Las intervenciones exclusivas de la conducción (*Facilitar la comunicación* y *Traducción*) y los procesos de desingularización (*Identificación*) son relevantes en la evolución del grupo, como así lo indica la fuerte correlación con la subcategoría *Expresión de sentimientos*. Estas subcategorías crean el clima necesario para que los procesos grupales avancen.

Los límites son importantes para el desarrollo del grupo. Las tres subcategorías incluidas en la categoría *Normas del grupo* están implicadas en el establecimiento de los límites del grupo. Todas ellas aparecen relacionadas entre sí y con correlaciones positivas altas: *Aceptar norma* y

Recordar norma ($r= ,46$), *Cuestionar norma* y *Recordar norma* ($r= ,45$), *Aceptar norma* y *Cuestionar norma* ($r= ,30$). Existe también una correlación positiva entre *Dar ayuda* y *Recordar norma* ($r= ,33$) que pone de relieve la importancia de los límites en las relaciones de ayuda. En esta línea, cabe destacar la correlación positiva entre las subcategorías *Expresión de sintomatología psicótica* y *Recordar la norma* ($r= ,34$) que señala la necesidad de ayuda en el manejo de la sintomatología psicótica para poder continuar el desarrollo del grupo psicoterapéutico, siendo las personas con mayor número de síntomas psicóticos las que precisan en mayor número de ocasiones que la norma sea recordada.

Tal y como hemos mencionado previamente, uno de los objetivos del grupo es la socialización. Por consiguiente, la subcategoría *Interacción* cobra especial relevancia, no sólo por su elevada frecuencia de aparición sino también por su solapamiento con los objetivos grupales. Algunas subcategorías se encuentran íntimamente relacionadas con la subcategoría *Interacción*, este es el caso de la subcategoría *Expresión de sentimientos* ($r= ,36$) y la subcategoría *Aportar contenido* ($r= ,34$). Ambas subcategorías promueven la relación miembro a miembro en el grupo psicoterapéutico. Es también relevante la correlación entre las subcategorías *Reconducción* e *Interacción* que señala una de las funciones de la conducción, mantener al grupo centrado en la tarea común, la cual implica relacionarse en el aquí y ahora.

El otro objetivo del grupo es la adopción de un rol activo en la relación de ayuda por parte de los participantes. La subcategoría *Expresión de sentimientos* está altamente correlacionada con las subcategorías *Dar ayuda* ($r= ,47$), *Cuidar a los demás-Apoyo* ($r= ,46$) y *Pedir ayuda* ($r= ,36$). Estos datos ponen en relieve la activación de la relación de ayuda cuando los miembros del grupo pueden comunicarse y compartir aquello que les ocurre. También se recibe ayuda en el grupo si ésta se pide como así lo indica la correlación positiva entre las subcategorías *Dar ayuda* y *Pedir ayuda* ($r= ,33$). Además, existe una correlación positiva entre las subcategorías *Identificación* y *Pedir ayuda* ($r= ,28$) que pudiera dar cuenta de la estrecha relación entre los procesos de desingularización y la demanda de ayuda y la comunicación.

Ocasionalmente, la ayuda no es percibida por los miembros del grupo, con lo cual es necesaria la intervención de la conductora. Ésta facilita el entendimiento y la comprensión a través de sus intervenciones como así lo indica la correlación positiva entre la subcategoría *Dar ayuda* y la subcategoría *Traducción* ($r= ,33$). Otras veces los mismos miembros se ofrecen soporte cuando ven su sufrimiento en otro, como así lo indica la correlación existente entre la subcategoría *Identificación* y la subcategoría *Cuidar a los demás-Apoyo* ($r= ,33$). Por último, cuando aparecen en el grupo temas relacionados con el consumo de tóxicos suelen acompañarse de peticiones de ayuda, como así lo indica la correlación existente entre la subcategoría *Drogas* y la subcategoría *Pedir ayuda* ($r= ,29$).

Finalmente, cabe destacar la existencia de una correlación negativa entre las subcategorías *Aportar contenido* y la subcategoría *Ingreso* ($r= -,34$), entendiéndose las narrativas incluidas en la subcategoría *Ingreso* como un tema importante para los miembros del grupo que no precisa la inclusión de nuevos temas.

9.2.4. Análisis de componentes principales.

Puesto que 25 subcategorías son un número considerable para describir los grupos psicoterapéuticos, nos planteamos reducir la dimensionalidad perdiendo el mínimo de información. Con esta finalidad, realizamos un análisis de componentes principales utilizando el método de rotación Varimax para minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en cada componente. El primero de los análisis, basado en el análisis paralelo de Horn, da como resultado 3 componentes. El segundo, basado en el autovalor, da como resultado 11 componentes. Basándonos en este último, se consulta el gráfico de sedimentación (ver figura 1) para explorar cómo se reparte la varianza entre los componentes.

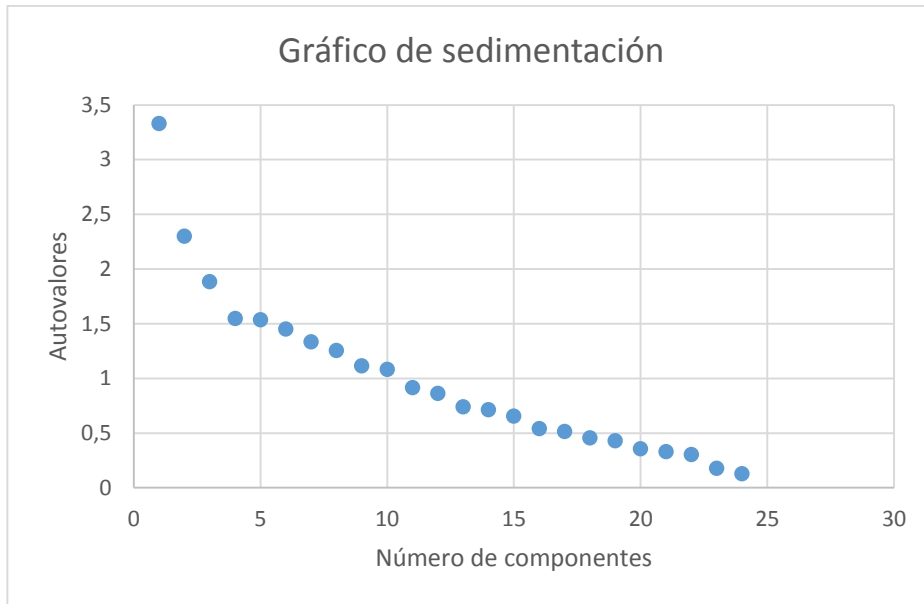


Figura 1. Distribución de la varianza entre los componentes. Unidad de análisis la sesión

En base a estos resultados, se decide extraer 5 componentes que explican el 44,19% de la varianza (ver tabla 3). Las dimensiones resultantes reflejan claramente bloques de acontecimientos relevantes durante las sesiones de psicoterapia, a saber: *Conexión*, *Solidaridad*, *Estructura*, *Hospitalización* y *Desconexión*. El componente emocional del grupo está representado por el factor *Conexión*. Las relaciones de ayuda dentro del grupo quedan recogidas en el factor *Solidaridad*. Los límites y normas del grupo se encuentran incluidas en el factor *Estructura*. El componente relacional descrito por el factor *Hospitalización*. Por último, el factor *Desconexión* recoge los aspectos entorpecedores del desarrollo del grupo.

Tabla 3

Pesos de los componentes. Unidad de análisis la sesión

	Componentes				
	<i>Conexión</i>	<i>Solidaridad</i>	<i>Estructura</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Desconexión</i>
% varianza	10,84	9,73	9,42	7,20	6,99
ES	,745	,453			
ID	,662				
CDA	,660				
FC	,637				,254

% varianza	Componentes				
	<i>Conexión</i>	<i>Solidaridad</i>	<i>Estructura</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Desconexión</i>
	<i>10,84</i>	<i>9,73</i>	<i>9,42</i>	<i>7,20</i>	<i>6,99</i>
CG	,518	-,332			
DA		,744			
T		,616		-,261	
PA	,318	,427			
C		,376	-,340		,356
D		,350			
CN			,720		
RN		,412	,657		
AN		,263	,653		,346
ESP			,501		
CE			,271		
IN				,771	
AC			,269	,605	,350
IG		,252		-,465	
SP			-,398	,427	
EM				-,277	
PF		,286			-,614
RF	,258				-,586
R	,252				,408
P					,304

ES: Expresión de sentimientos, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, DA: Dar ayuda, T: Traducción, PA: Pedir ayuda, C: Cambio, D: Drogas, CN: Cuestionar la norma, RN: Recordar la norma, AN: Aceptar la norma, ESP: Expresión de síntomas psicóticos, CE: Cuidado del espacio, IN: Interacción, AC: Aportar contenido, IG: Ingreso, SP: Síntomas psiquiátricos: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, PF: Planes de futuro, RF: Refuerzo, R: Reconducción, P: Propuesta

La *Hospitalización* es el único componente que sólo recoge narrativas de los miembros del grupo y ninguna de la conducción. Este componente parece el resultado de la acción de todos los demás ya que hace referencia a interacciones miembro a miembro y podría representar al grupo cohesionado y funcionando de forma autónoma. El resto de los componentes incluyen narrativas tanto de los miembros del grupo como de la conducción. En cada uno de los componentes hay una función de la conducción que es la predominante. El componente *Conexión* incluye la subcategoría *Facilitar la comunicación*, lo cual pone de relevancia el papel de la conducción en la ayuda a los miembros del grupo a romper su aislamiento e iniciar la comunicación. Entre las subcategorías del componente *Solidaridad* está la subcategoría *Traducción*, que resalta el papel de la conducción en la promoción de la relación de ayuda favoreciendo el entendimiento entre los miembros y señalando las relaciones de

afecto que se generan entre ellos en el contexto grupal. Las subcategorías relativas a la norma se encuentran dentro del componente *Estructura* y es la conducción quien tiene inicialmente un papel importante en favorecer la introyección de las normas específicas del grupo psicoterapéutico. Por último, la subcategoría *Reconducción* forma parte del componente *Desconexión*, poniendo de relieve la figura de la conducción para mantener al grupo centrado en la tarea propuesta.

9.2.5. Desarrollo individual a lo largo de las sesiones de psicoterapia de grupo.

Como se ha indicado anteriormente, en esta exploración la unidad de análisis es la persona que asiste a tratamiento grupal. Por tanto, las tres subcategorías relacionadas exclusivamente con la conducción (*Facilitar la comunicación*, *Traducción* y *Reconducción*) quedan fuera. Además, se introducen dos variables personales nuevas. La primera hace referencia al número de sesiones que cada miembro asiste al grupo de psicoterapia (*Número de sesiones*) y la segunda a la edad de cada componente de la muestra (*Edad*). En este nuevo análisis, las subcategorías más frecuentes son *Expresión de Sentimientos* (21,85%), *Interacción* (14,28%) y *Conciencia de Grupo* (10,50%).

El objetivo es explorar la relación entre: las intervenciones de cada miembro y el número de sesiones que asiste al grupo, las intervenciones de cada miembro y su edad y las relaciones existentes entre las diferentes intervenciones que los miembros del grupo realizan. Para ello, se utilizan correlaciones de Kendall y se realiza una matriz de correlaciones (ver tabla B3 en apéndice B).

La variable que tiene mayor número de correlaciones significativas es *Número de sesiones*. Destacan las correlaciones medio-altas de la variable *Número de sesiones* con las subcategorías *Expresión de Sentimientos* ($r = ,62$), *Interacción* ($r = ,60$), *Conciencia de Grupo* ($r = ,57$), *Identificación* ($r = ,54$), *Cuidar a los demás-Apoyo* ($r = ,45$), *Ingreso* ($r = ,45$) y *Dar ayuda* ($r = ,44$). No obstante, no mantiene correlaciones significativas con las subcategorías *Recordar*

norma ($r = ,11$), *Drogas* ($r = ,09$), *Propuesta* ($r = ,04$) y *Justificación* ($r = ,04$). Por otro lado, la variable *Edad* no obtiene correlaciones significativas con ninguna de las subcategorías.

En referencia a las relaciones existentes entre las intervenciones de los miembros del grupo, destacar que las subcategorías más predominantes (*Expresión de sentimientos*, *Interacción* y *Conciencia de grupo*) son a su vez las que correlacionan más con el resto de las subcategorías y tienen el mayor número de correlaciones medias-altas. Así pues, las tres subcategorías que más correlacionan con la subcategoría *Expresión de sentimientos* son *Dar ayuda* ($r = ,40$), *Identificación* ($r = ,44$) y *Pedir ayuda* ($r = ,36$). Entre las subcategorías que más correlacionan con la subcategoría *Interacción* está *Expresión de sentimientos* ($r = ,54$), *Aportar contenido* ($r = ,46$) y *Dar ayuda* ($r = ,43$). Por último, las correlaciones más altas de la subcategoría *Conciencia de grupo* son las que mantiene con las subcategorías *Interacción* ($r = ,49$), *Expresión de sentimientos* ($r = ,44$) y *Cuidar a los demás-Apoyo* ($r = ,44$). A estas subcategorías les siguen las subcategorías *Ingreso*, *Aportar contenido*, *Pedir ayuda*, *Dar ayuda* e *Identificación* por número de correlaciones significativas que establecen con el resto de las subcategorías. Finalmente, destacar las correlaciones significativamente altas que establecen las subcategorías *Dar ayuda* y *Cuidar a los demás-Apoyo* ($r = ,45$) y las subcategorías *Aceptar norma* y *Cuestionar norma* ($r = ,45$).

Posteriormente, con el objetivo de simplificar la matriz de correlaciones se realiza un análisis de componentes principales. La extracción de componentes principales tiene el propósito de maximizar la varianza explicada y se utiliza el método de rotación Varimax para minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en cada componente. El análisis de componentes principales basado en el análisis paralelo de Horn da como resultado 2 componentes. Se decide realizarlo también basándonos en el autovalor y el resultado son 8 componentes. En base a éste último, se consulta el gráfico de sedimentación (ver figura 2) para explorar cómo se reparte la varianza entre los componentes.

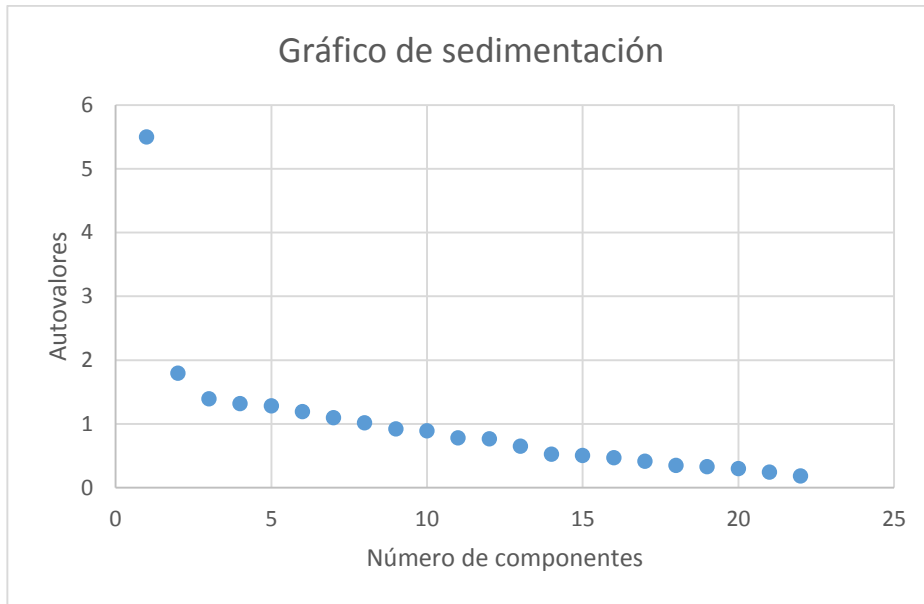


Figura 2. Distribución de la varianza entre los componentes. Unidad de análisis la persona

En base a estos datos, se decide extraer 4 componentes que explican el 45,54% de la varianza (ver tabla 4). Así, las subcategorías se agrupan en los siguientes 4 componentes: *Grupo*, *Límites del grupo*, *Estado psicopatológico* y *Ausente*. El primero, *Grupo*, incluye aspectos relacionales y de pertenencia, siendo la socialización, el altruismo y la catarsis aspectos cruciales. El segundo, *Límites del grupo*, se compone de cuestionamientos sobre los objetivos del grupo y la forma de participar en él. El tercero, *Estado psicopatológico*, hace referencia a la situación actual de los miembros del grupo, los cuales están conectados consigo mismos y el momento actual. El cuarto y último, *Ausente*, se relaciona con la tendencia a evitar el momento presente.

Tabla 4

Pesos de los componentes. Unidad de análisis la persona

% varianza	Componentes			
	<i>Grupo</i>	<i>Límites del grupo</i>	<i>Estado psicopatológico</i>	<i>Ausente</i>
	<i>21,78</i>	<i>9,33</i>	<i>7,43</i>	<i>7,01</i>
IN	,771			
CDA	,744			
DA	,734			
ES	,727			
CG	,725			
ID	,710			
AC	,525			
PA	,522			
EM	,476			
RF	,374			
P		,748		
CN		,708		
ESP		,486		
AN		,397		
C			,631	
IG			,506	
RN			-,396	
SP			,381	
PF				,722
D				,686
CE				-,426
J				,280

IN: Interacción, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, DA: Dar ayuda, ES: Expresión de sentimientos, CG: Conciencia de grupo, ID: Identificación, AC: Aportar contenido, PA: Pedir ayuda, EM: Efectos secundarios de la medicación, RF: Refuerzo, P: Propuesta, CN: Cuestionar la norma, ESP: Expresión de síntomas psicóticos, AN: Aceptar la norma, C: Cambio, IG: Ingreso, RN: Recordar la norma, SP: Síntomas psiquiátricos, PF: Planes de futuro, D: Drogas, CE: Cuidado del espacio, J: Justificación

Por último, se utiliza la prueba *U* de Mann-Whitney para explorar las diferencias de medias en las subcategorías para las variables nuevas incluidas en este análisis (*Género, Adecuación al grupo, Rol de soporte al grupo, Asistencia, Tolerancia al escenario grupal y Derivación*). Además, se calcula la *z* y la *p* para ver si estas diferencias se deben al azar o no, y la *d* de Cohen para ver cómo de intensas son estas diferencias.

La subcategoría *Identificación* es significativa y presenta un tamaño del efecto medio para la variable *Género* (ver tabla B4 en apéndice B). En la variable *Adecuación al grupo* la subcategoría *Cuestionar la Norma y Expresión de sintomatología psicótica* es significativa y tiene

un tamaño del efecto medio (ver tabla B5 en apéndice B). Tienen un tamaño del efecto medio y son significativas en la variable *Rol de soporte al grupo* las subcategorías *Refuerzo*, *Conciencia de grupo*, *Interacción*, *Dar ayuda*, *Identificación* y *Cuidar a los demás-Apoyo* (ver tabla B6 en apéndice B). Para la variable *Asistencia* son significativas y tienen un tamaño del efecto medio las subcategorías: *Conciencia de grupo*, *Identificación*, *Cuidar a los demás-Apoyo* y *Efectos secundarios de la medicación* (ver tabla B7 en apéndice B). Por último, en función de la *Tolerancia al escenario grupal* no se observa ningún resultado significativo (ver tabla B8 en apéndice B).

Finalmente, al tener una variable con tres niveles, la variable *Derivación*, se calcula la ANOVA de un factor en la que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias.

9.2.6. Relación entre los temas tratados en el grupo de psicoterapia y el desarrollo de los procesos grupales.

Se obtienen 47 subtemas con el *análisis temático* de los registros sistemáticos de temas hechos por una observadora ciega a las subcategorías. Con el objetivo de simplificar la información, éstos se agrupan en 8 temas. A continuación, se realiza una breve definición de cada uno de los subtemas y los temas (ver tabla B9 en apéndice B). Los subtemas son variables dicotómicas, de manera que se registra la ocurrencia o no ocurrencia de cada uno de ellos en las sesiones. Se calcula la proporción de cada subtema (ver tabla 5) y la proporción de cada tema a lo largo de las sesiones grupales (ver tabla 6).

Tabla 5

Proporción de los subtemas en las sesiones grupales

	%
<i>Estancia en agudos</i>	
<i>Motivo de ingreso</i>	3,3
<i>Permisos</i>	2,3
<i>Altas y derivaciones</i>	5,6
<i>Miedo al alta</i>	0,8
<i>Planes al alta</i>	1,7
<i>Aspectos formales del ingreso</i>	0,7
<i>Significado de los dispositivos</i>	0,9
<i>Normas en la planta</i>	1,0
<i>Profesionales y protección</i>	1,8
<i>Actividades en planta</i>	1,4
<i>Demandas de cambio en planta</i>	1,4
<i>Sensación de encierro</i>	0,7
<i>Estar bien vs estar mal</i>	2,1
<i>Estructura de las sesiones</i>	
<i>Miembros nuevos</i>	3,6
<i>Miembros que faltan</i>	2,7
<i>Emplazamiento del grupo</i>	2,3
<i>Despedida</i>	5,2
<i>Psicopatología</i>	
<i>Trastorno mental</i>	3,0
<i>Fantasía vs realidad</i>	1,1
<i>Experiencias traumáticas</i>	1,1
<i>Estados anímicos y corporales</i>	4,0
<i>Consumo de tóxicos</i>	1,0
<i>Medicación</i>	4,6
<i>Metagrupo</i>	
<i>Funcionamiento, significado y utilidad</i>	5,5
<i>Normas del grupo</i>	3,7
<i>Estructura del grupo</i>	2,6
<i>No participar en el grupo</i>	2,6
<i>Relaciones interpersonales</i>	
<i>Relaciones entre compañeros</i>	4,2
<i>Relaciones familiares</i>	3,0
<i>Parejas, sexualidad y género</i>	2,0
<i>Necesidad de apoyo</i>	1,4
<i>Confianza VS desconfianza</i>	1,7
<i>Dificultades de relación</i>	1,8
<i>Soledad</i>	0,9
<i>Vida cotidiana</i>	
<i>Estilo de vida</i>	1,6
<i>Actividades cotidianas</i>	1,7
<i>Normas en la vida cotidiana</i>	0,2
<i>Intereses y aficiones</i>	1,9

	%
<i>Cuidados personales</i>	1,0
<i>Convivencia</i>	1,5
<i>Fenómenos naturales y sobrenaturales</i>	1,0
<i>Orígenes, nacionalidad y cultura</i>	0,8
<i>Regulación de la información</i>	
<i>Extremos y punto medio</i>	2,4
<i>Dos partes</i>	2,3
<i>Autorregulación</i>	
<i>Dificultades en el control de impulsos</i>	0,7
<i>Muerte vs vida</i>	0,3
<i>Estrategias de afrontamiento</i>	2,6

Tabla 6

Proporción de los temas en las sesiones grupales

	%
Estancia en agudos	16,0
Estructura de las sesiones	15,7
Psicopatología	15,3
Metagrupo	14,1
Relaciones interpersonales	13,9
Vida cotidiana	11,0
Regulación de la información	7,8
Autorregulación	6,3

En este nuevo análisis se pretende explorar la posible relación entre las 25 subcategorías que describen al grupo y el contenido verbal de las sesiones de grupo, recogido en los 47 subtemas anteriormente mencionados. Con la finalidad de facilitar la comprensión, en este punto nos referiremos a las subcategorías extraídas de los análisis previos como procesos grupales. Con el objetivo de conocer si existe algún tipo de relación o de influencia entre lo que se habla en el grupo (temas y subtemas) y los procesos y dinámicas que se establecen (procesos grupales) se elaboran tres histogramas comparativos, que permiten ver las medias de ocurrencia de los procesos y las medias de ocurrencia de dichos procesos cuando aparecen los temas (ver tabla B10 en el apéndice B) y los subtemas (ver tablas B11 y B12 en el apéndice B).

El proceso grupal que aparece en más sesiones es *Expresión de sentimientos* y, además, es también el más elicitado por los temas y la mayoría de los subtemas, incrementándolo con

diferente intensidad. Por elicitarse se entiende el hecho de promover o incrementar la ocurrencia de los procesos grupales. En el segundo y tercer lugar se encuentran *Dar ayuda* y *Cuidar a los demás-Apoyo*, tanto en la media de ocurrencia como en la intensidad con la que son elicitados. Dado que las muestras no son iguales entre sí es necesario el cálculo de la *d* de Cohen para ponderar adecuadamente el tamaño del efecto.

El tema *Autorregulación* es el que elicitase con más potencia diferentes procesos grupales (ver figura 3) a pesar de ser el que aparece en menor número de sesiones (ver tabla 6). El mayor incremento lo experimenta *Expresión de sentimientos*, que supera en 2,91 puntos ($d= 0,571$) a la media general. Le siguen los procesos de *Dar ayuda* con 1,87 ($d= 0,520$); *Facilitar comunicación* con 1,23 ($d= 0,459$); *Cuidar a los demás-Apoyo* con 1,19 ($d= 0,424$) e *Identificación* con 1,07 puntos ($d= 0,421$) por encima de la media general del proceso. Respecto a los subtemas incluidos en este tema (ver figura 4), *Muerte vs vida* es el que incrementa con más potencia el proceso grupal *Expresión de sentimientos*, ya que su aparición genera una distancia de 5,45 puntos ($d= 1,042$) respecto la media general de dicho proceso. No obstante, no es el único proceso que elicitase, sino que *Cuidar a los demás-Apoyo*, *Expresión de síntomas psicóticos* y *Pedir ayuda* también se ven incrementados de forma sustancial. El primero supera en 4,64 ($d= 1,659$), el segundo en 3,30 ($d= 2,071$) y el tercero en 2,99 puntos ($d= 1,837$) la media general del proceso. Por otro lado, cuando los miembros del grupo hablan de las *Dificultades en el control de impulsos*, el proceso más elicitado no es *Expresión de sentimientos*, sino *Dar ayuda*. Éste se encuentra a 3,81 puntos ($d= 1,024$) de la media general, mientras que *Expresión de sentimientos* le sigue y se encuentra a una distancia de 3,78 puntos ($d= 0,715$) respecto su media general.

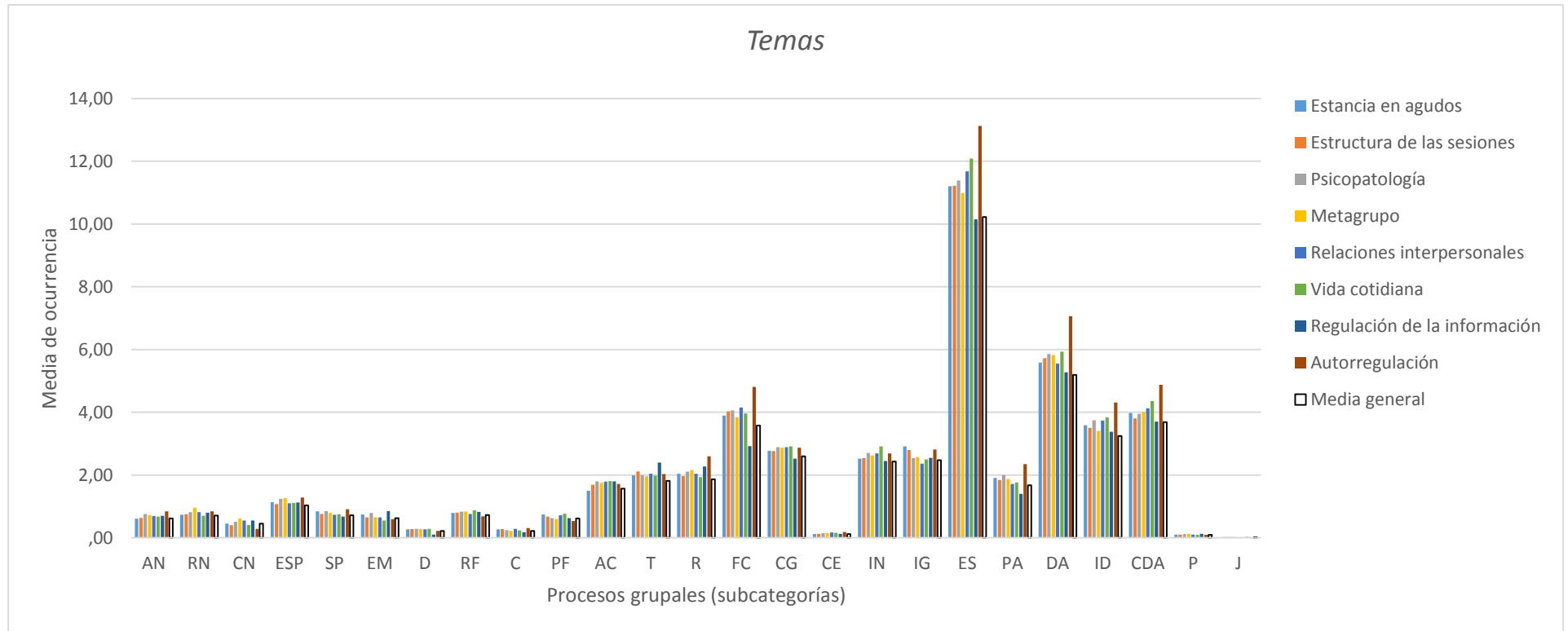


Figura 3. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada tema en cada sesión y en comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

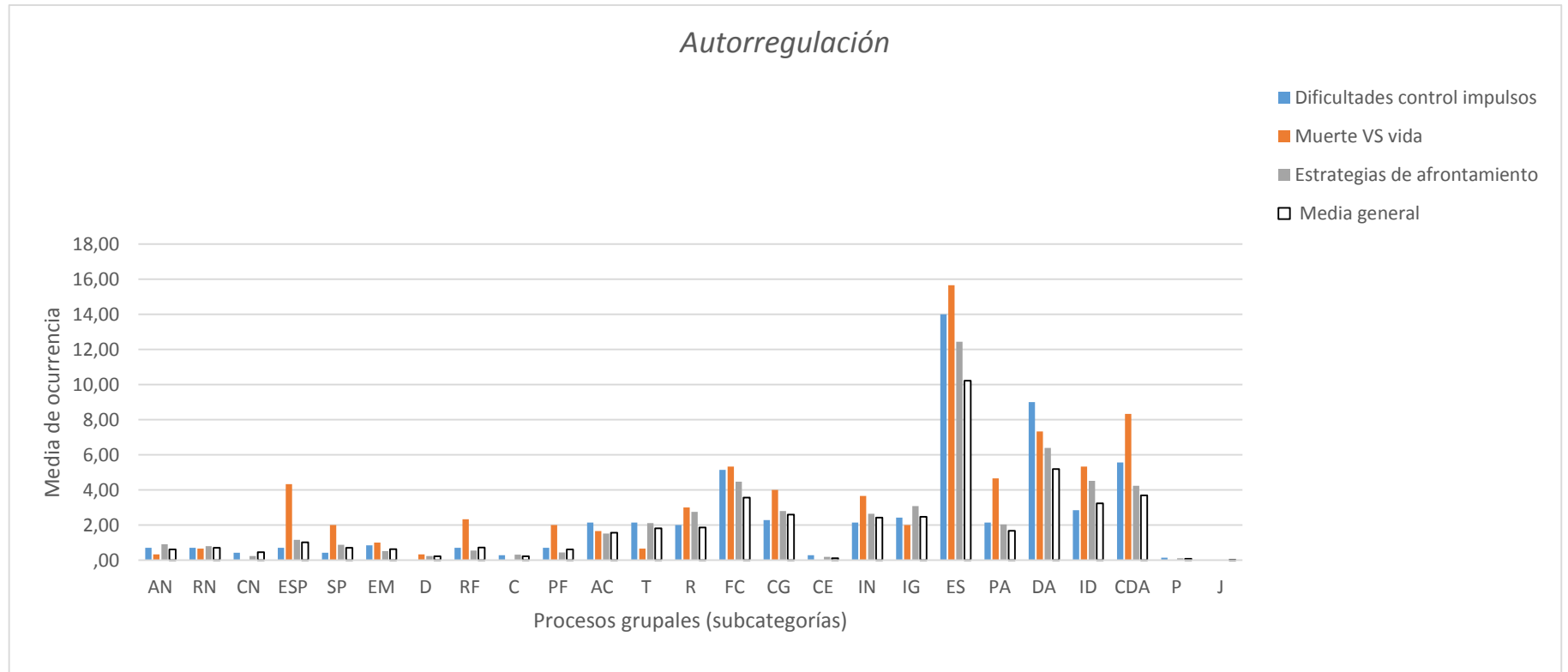


Figura 4. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Autorregulación y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

El segundo tema que más elicitaba el proceso grupal de *Expresión de sentimientos* es *Vida Cotidiana*, el cual se distancia en 1,87 puntos ($d= 0,382$) de la media general del proceso (ver figura 3). Los subtemas *Estilo de vida* e *Intereses y aficiones* son los que más promueven el proceso grupal de *Expresión de sentimientos*, distanciándose en 3,51 ($d= 0,668$) y 3,22 puntos ($d= 0,632$) de la media general del proceso (ver figura 5). A pesar de que *Expresión de sentimientos* es el proceso grupal más elicitado por el tema *Vida Cotidiana*, esta superioridad no se mantiene en todos los subtemas que contiene. En el subtema *Normas en vida cotidiana* el proceso grupal más elicitado es *Interacción* seguido de *Pedir ayuda* y *Aportar contenido* (ver figura 5). Estos procesos se distancian en 3,07 ($d= 1,704$), en 2,82 ($d= 1,733$) y en 1,93 puntos ($d= 1,177$) de sus respectivas medias generales. El proceso *Interacción* es también el que experimenta un mayor incremento cuando aparece el subtema *Orígenes, nacionalidad y cultura*, superando en 1,70 puntos ($d= 0,928$) a la media general (ver figura 6).

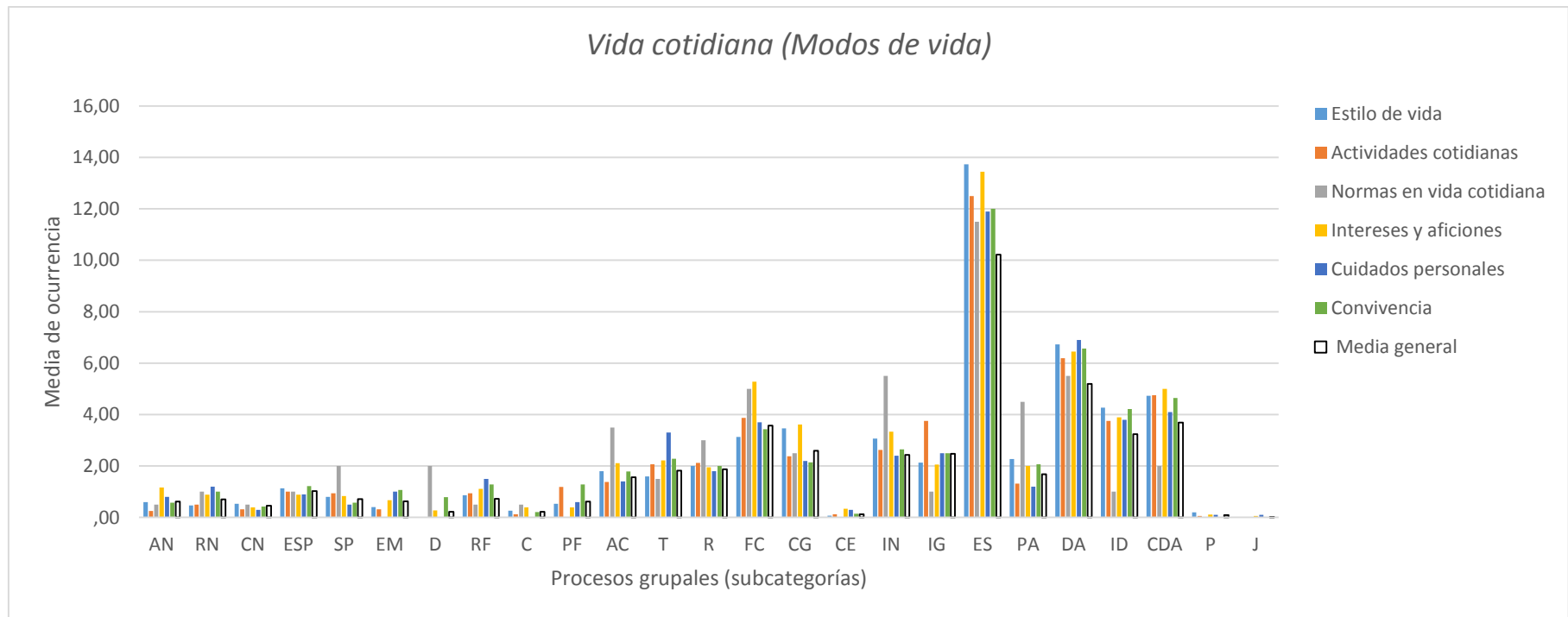


Figura 5. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Vida cotidiana (Modos de vida) y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

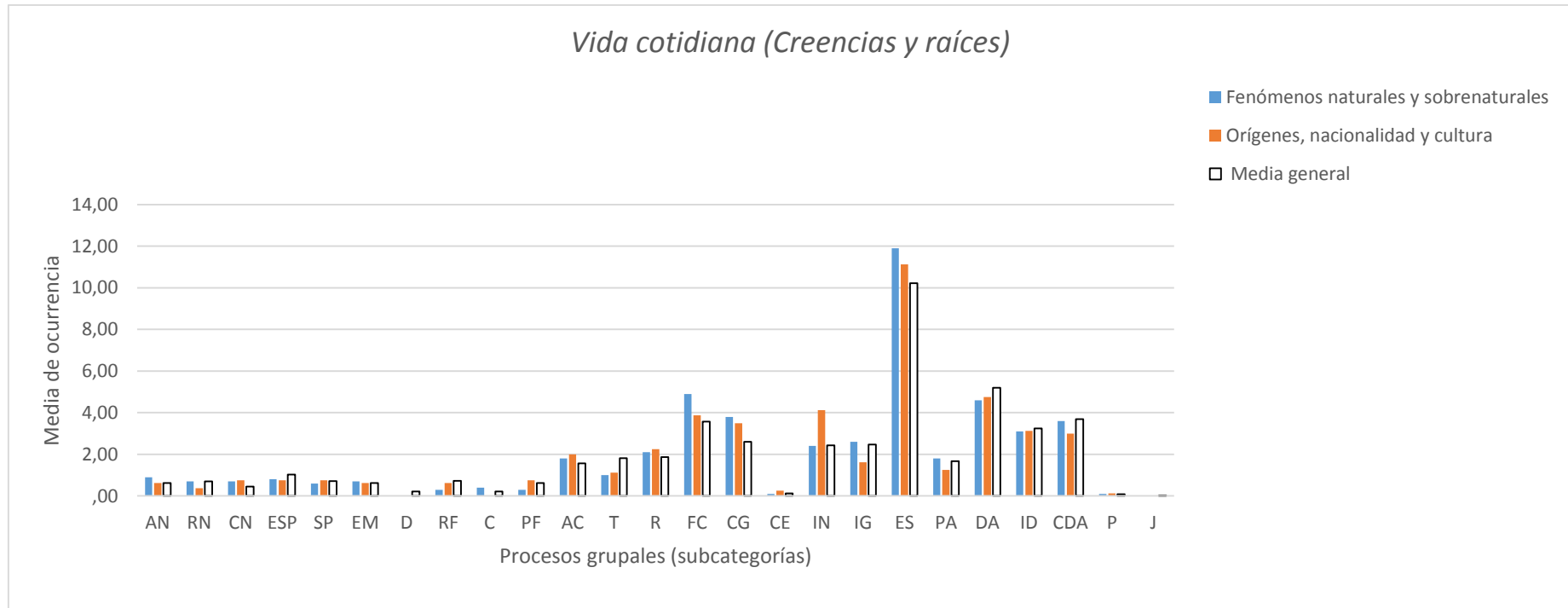


Figura 6. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Vida cotidiana (Creencias y raíces) y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

El tema *Psicopatología* ocupa la tercera posición en relación con la capacidad para elicitar procesos grupales. El proceso grupal más elicitado por este tema es *Expresión de sentimientos* con un incremento de 1,16 puntos ($d= 0,236$) respecto a la media general del proceso (ver figura 3). Los subtemas que elicitán con mayor intensidad el proceso grupal *Expresión de sentimientos* son *Experiencias traumáticas* y *Trastorno mental* que generan respectivamente un aumento de 3,69 ($d= 0,700$) y 2,64 puntos ($d= 0,509$) de la media general del proceso (ver figura 7). El subtema *Experiencias traumáticas* no sólo promueve que las personas del grupo expresen sus sentimientos, sino también elicita con intensidad los procesos grupales de *Dar ayuda*, *Identificación* y *Cuidar a los demás-Apoyo*. Estos procesos se distancian en 1,90 ($d= 0,509$), en 1,85 ($d= 0,731$) y en 1,40 puntos ($d= 0,515$) de sus correspondientes medias generales. El proceso grupal *Dar ayuda* es el más elicitado por el subtema *Consumo de tóxicos*, alejándose 2,11 puntos ($d= 0,574$) de la media general. Los siguientes procesos grupales más elicitados por el subtema *Consumo de tóxicos* en orden de relevancia son *Expresión de sentimientos* y *Drogas*, distanciándose en 1,98 ($d= 0,384$) y en 1,48 puntos ($d= 1,504$) de sus respectivas medias generales. Por último, el subtema *Fantasía vs realidad* además de elicitar el proceso grupal *Dar ayuda* superando la media general del proceso en 1,72 puntos ($d= 0,457$), promueve otros procesos como *Cuestionar norma*, *Recordar norma* y *Aceptar norma*, que los otros subtemas no suelen elicitar.

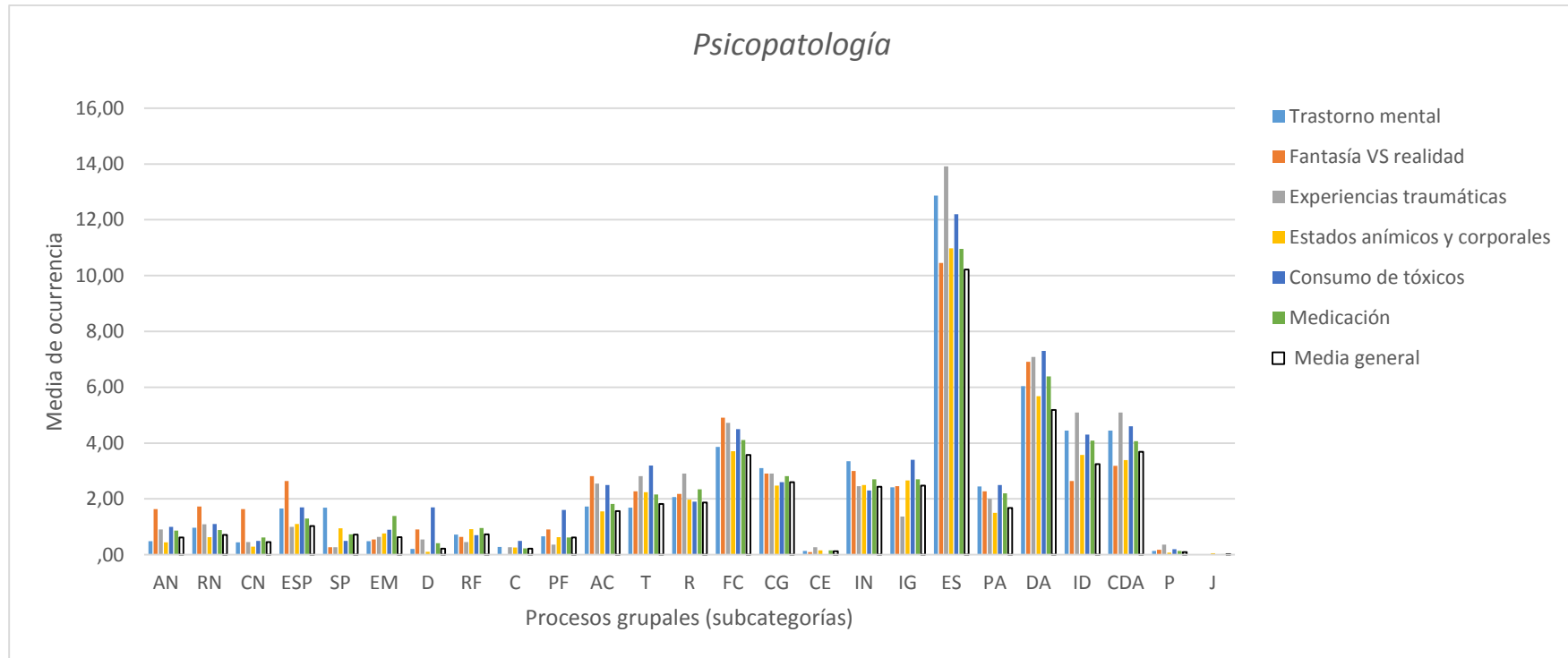


Figura 7. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Psicopatología y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

El tema *Relaciones interpersonales* elicitaba en primer lugar y con intensidad leve el proceso grupal de *Expresión de sentimientos* (ver figura 3), siendo su distancia respecto a la media general de 1,46 puntos ($d= 0,289$). En este tema se incluyen aspectos intrapersonales de la relación y entre ellos destaca el subtema *Soledad* que elicitaba intensamente el proceso grupal de *Expresión de sentimientos*, siendo el segundo subtema con más capacidad para promover dicho proceso. Así cuando se habla en el grupo de la *Soledad* genera un incremento de *Expresión de sentimientos* superando en 5,34 puntos ($d= 1,022$) la media general del proceso (ver figura 8). El subtema *Soledad* también promueve los procesos grupales de *Dar ayuda* y *Cuidar a los demás-Apoyo* incrementando respectivamente en 2,70 ($d= 0,719$) y en 1,64 puntos ($d= 0,604$) la media general de dichos procesos.

Otros subtemas destacables son *Parejas, sexualidad y género, Relaciones familiares y Relaciones entre compañeros*, todos ellos elicitaban en mayor medida el proceso grupal *Expresión de sentimientos* superando respectivamente en 3,04 ($d= 0,586$), en 2,88 ($d= 0,564$) y en 2,18 puntos ($d= 0,430$) la media general del proceso (ver figura 9).

El proceso grupal más elicitado por el tema *Metagrupo* es *Expresión de sentimientos*, aunque lo hace de forma leve alejándose en 0,77 puntos ($d= 0,150$) de la media general (ver figura 3). Dentro de este tema hay dos subtemas que elicitaban con mayor potencia el proceso de *Expresión de sentimientos* y son *No participar en el grupo* y *Normas del grupo* que se distancian de la media general del proceso en 2,70 ($d= 0,511$) y 1,78 puntos ($d= 0,349$) respectivamente. Ambos subtemas elicitaban también el proceso grupal de *Dar ayuda* en 1,81 ($d= 0,471$) y en 1,61 puntos ($d= 0,425$) respectivamente (ver figura 10).

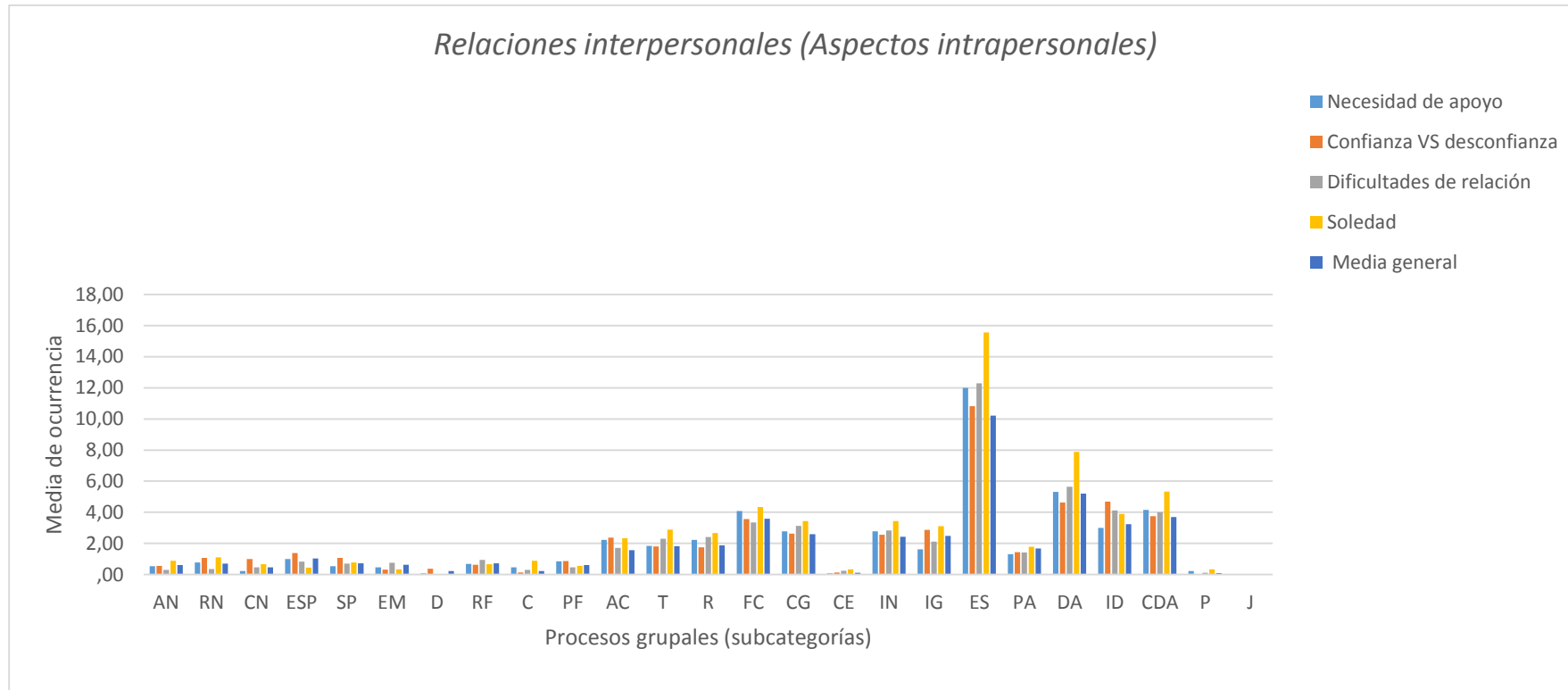


Figura 8. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Relaciones interpersonales (Aspectos intrapersonales) y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

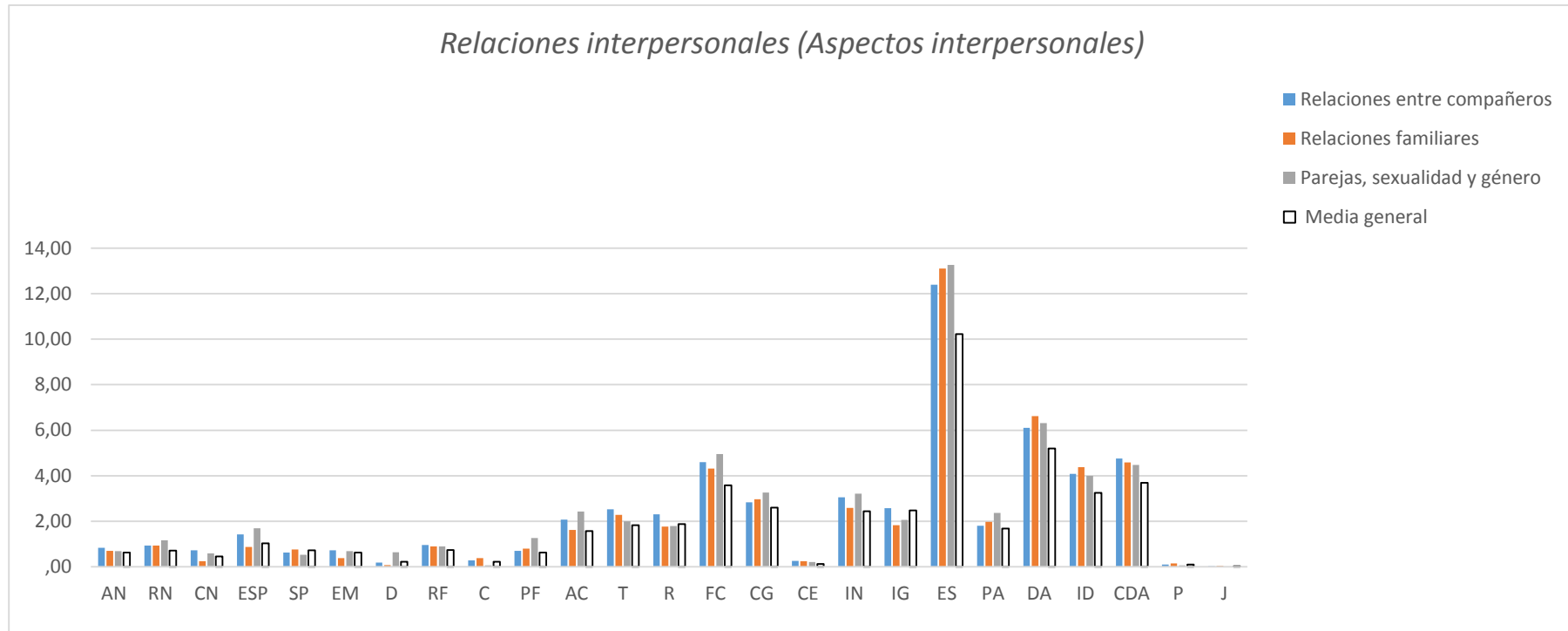


Figura 9. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Relaciones interpersonales (Aspectos interpersonales) y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

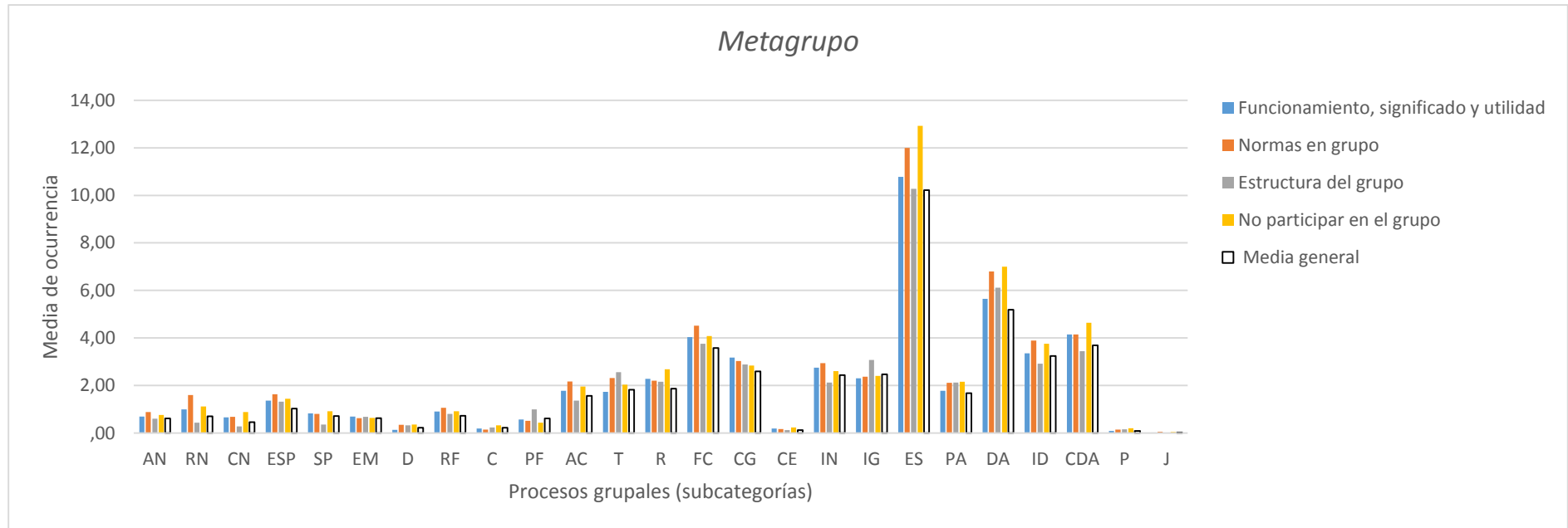


Figura 10. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Metagrupo y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

Los temas *Estructura de las sesiones* y *Estancia en agudos*, pese a ser los que aparecen en más sesiones (ver tabla 6), elicitán los procesos grupales con una intensidad leve. Aun así, el proceso grupal más elicitado en ambos es la *Expresión de sentimientos* distanciándose respectivamente en 1,01 (d= 0,199) y en 0,99 puntos (d= 0,195) de la media general del proceso (ver figura 3).

De los subtemas incluidos en el tema *Estructura de las sesiones*, el subtema *Miembros que faltan* es el que genera mayores incrementos en diferentes procesos grupales siendo el más elicitado *Expresión de sentimientos*, seguido de *Facilitar la comunicación*, *Cuidar a los demás-Apoyo* y *Dar ayuda* distanciándose de la media general del respectivo proceso en 3,70 (d= 0,736), en 2,11 (d= 0,775), en 1,46 (d= 0,516) y en 1,35 puntos (d= 0,354) respectivamente (ver figura 11).

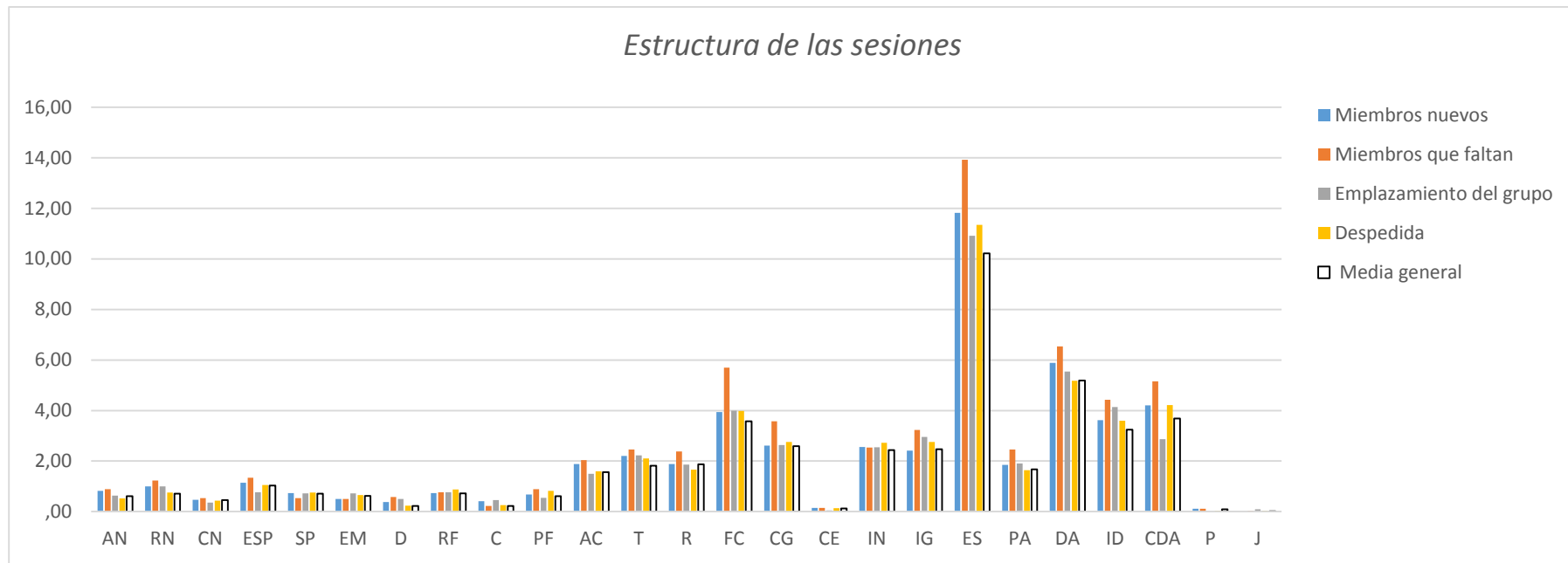


Figura 11. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estructura de las sesiones y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación

El tema *Estancia en agudos* es el que engloba mayor número de subtemas, por tanto y para facilitar la comprensión se han agrupado en tres: *Proceso de ingreso*, *Contexto hospitalario* y *Aspectos intrapersonales*.

Dentro del grupo *Proceso de ingreso* (ver figura 12) se encuentra el subtema *Miedo al alta* que es el que elicitaba con mayor potencia el proceso grupal de *Expresión de sentimientos* superando su media general en 3,03 puntos ($d= 0,579$). El segundo subtema por orden de intensidad de elicitación del proceso grupal *Expresión de sentimientos* pertenece al grupo *Aspectos intrapersonales* (ver figura 14) y es *Estar bien vs estar mal* con una distancia de 1,68 puntos ($d= 0,328$) respecto a la media general del proceso. Además, este subtema también promueve el proceso grupal de *Identificación* superando la media de dicho proceso en 1,41 puntos ($d= 0,537$).

Por otro lado, hay que destacar como particular de este tema que la subcategoría elicitada predominantemente por muchos de los subtemas es *Ingreso*. Este es el caso del subtema *Permisos* que se encuentra dentro de *Proceso de ingreso* y se sitúa 2,80 puntos ($d= 1,122$) por encima de la media general del proceso (ver figura 12). Además, el subtema *Permisos* también promueve de forma sustancial el proceso grupal de *Dar ayuda* superando en 2,36 puntos ($d= 0,630$) la media general del proceso. En la mitad de los subtemas incluidos en el grupo *Contexto hospitalario* la subcategoría más elicitada es *Ingreso*, siendo este el caso de los subtemas *Demandas de cambio en la planta* con 3,07 puntos ($d= 1,231$), *Actividades en planta* con 2,45 puntos ($d= 0,958$) y *Profesionales y protección* con 2,35 puntos ($d= 0,933$) por encima de la media general del proceso (ver figura 13). Por último, también el subtema *Sensación de encierro*, incluido en el grupo *Aspectos intrapersonales*, la subcategoría que elicitaba con mayor intensidad es *Ingreso* con 2,24 puntos ($d= 0,926$) por encima de la media general del proceso (ver figura 14).

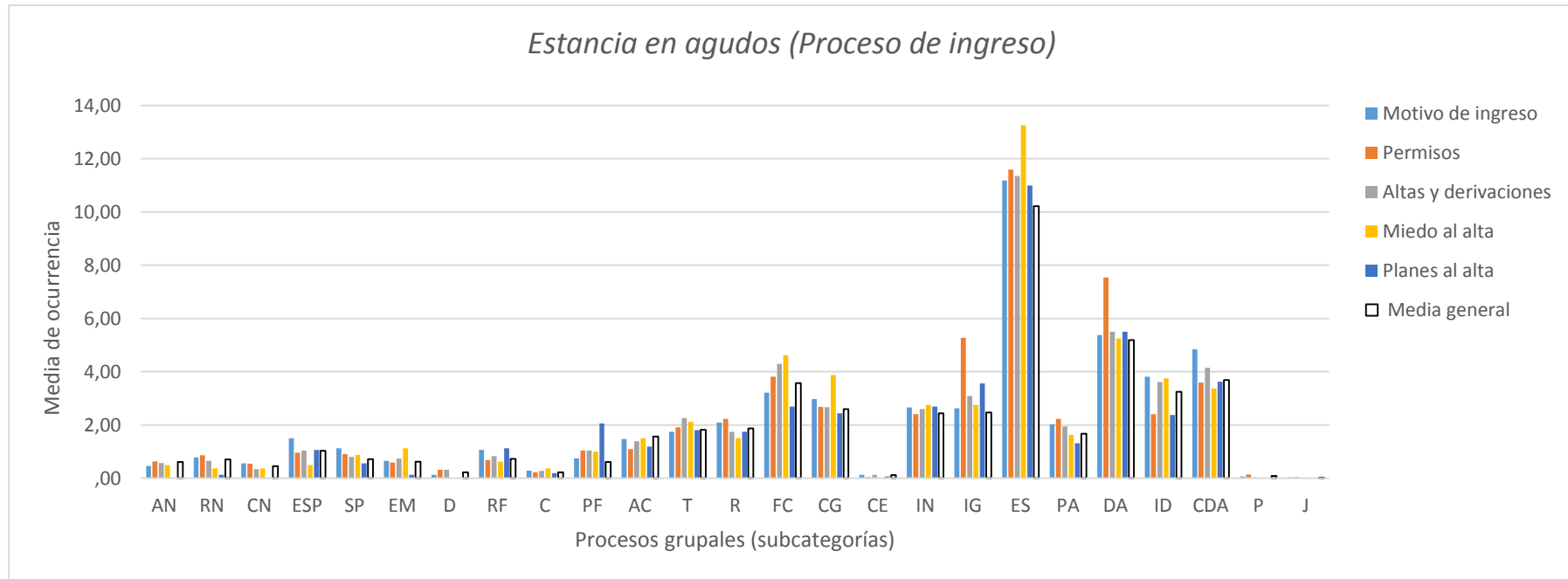


Figura 12. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estancia en Agudos (Proceso de ingreso) y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

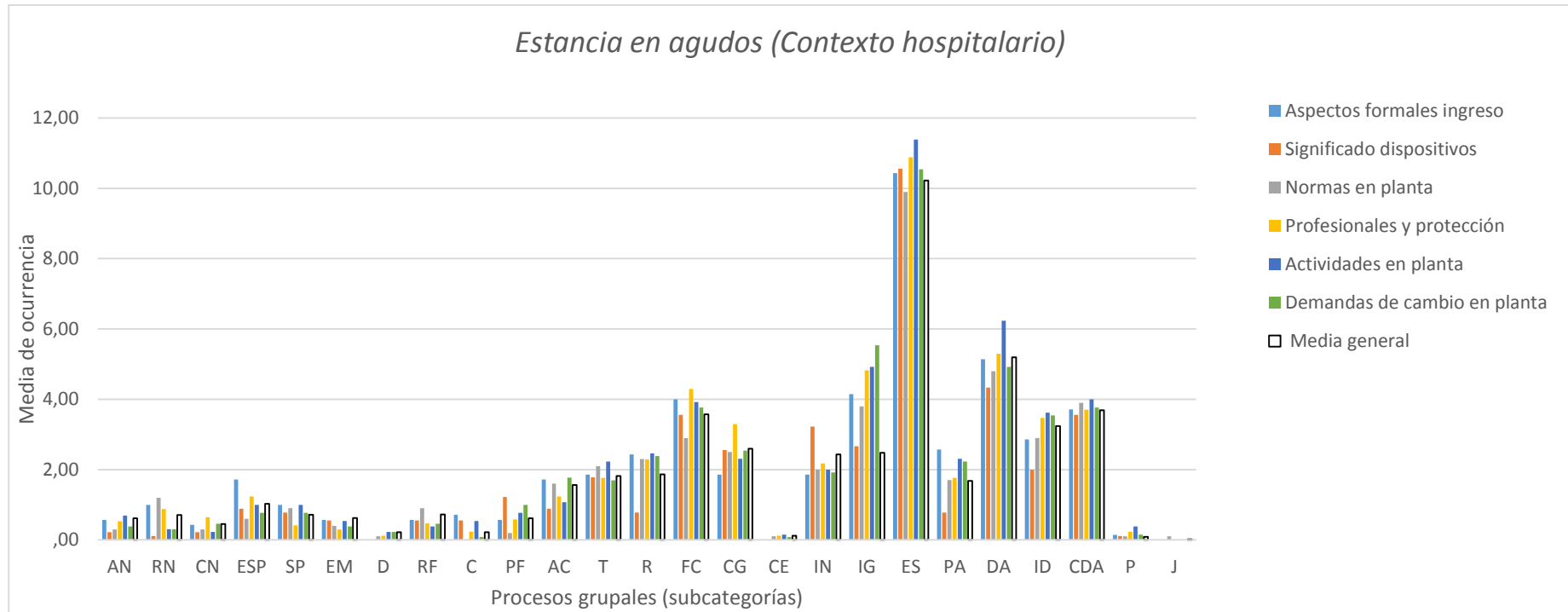


Figura 13. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estancia en agudos (Contexto hospitalario) y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

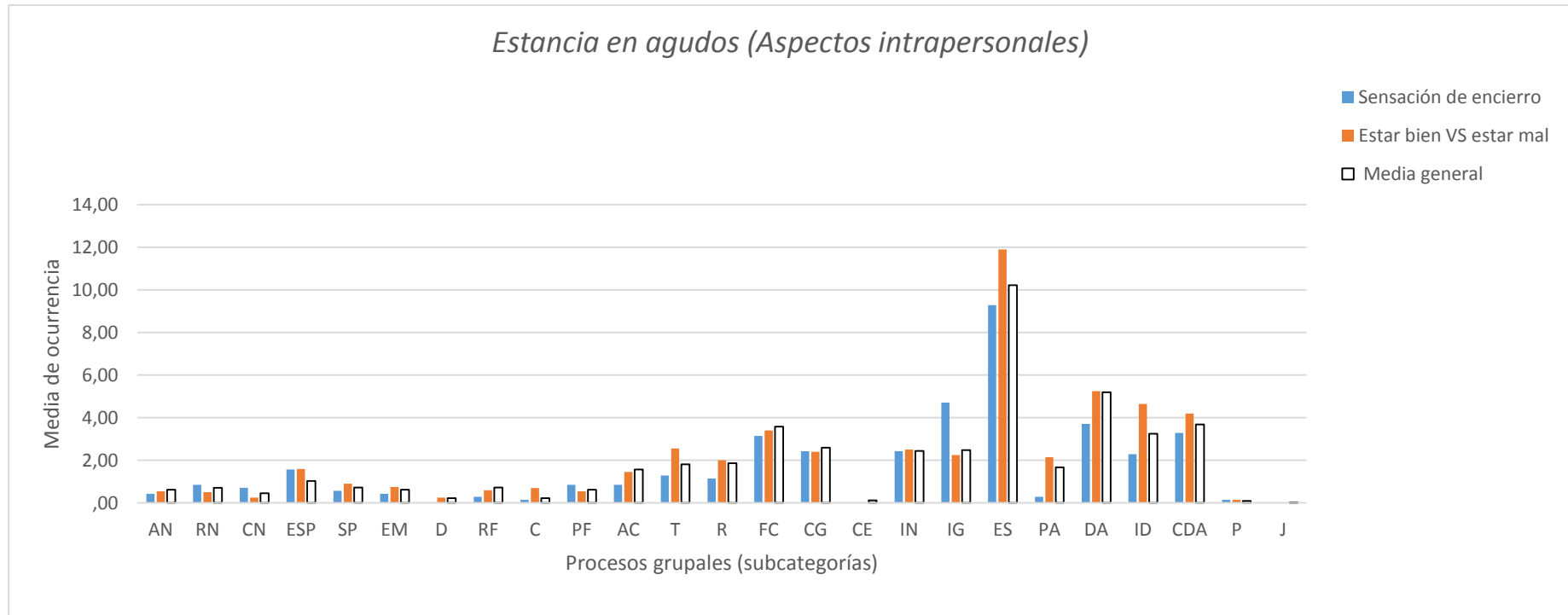


Figura 14. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Estancia en agudos (Aspectos intrapersonales) y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

Por último, el tema *Regulación de la información* y los subtemas incluidos en el mismo no intensifican ningún proceso grupal, las diferencias en las medias son mínimas (ver figura 15). El contenido que recoge este tema es básicamente producido desde la conducción cuya función es promover la aparición de los procesos grupales, pero no incluirlos en el grupo. Por ello probablemente es el tema que en menor medida influye directamente en los procesos grupales ya que no los elicitaba, sino que favorece y regula el resto de los temas que son producidos por los miembros del grupo y los elicitadores en mayor o menor medida de los procesos grupales.

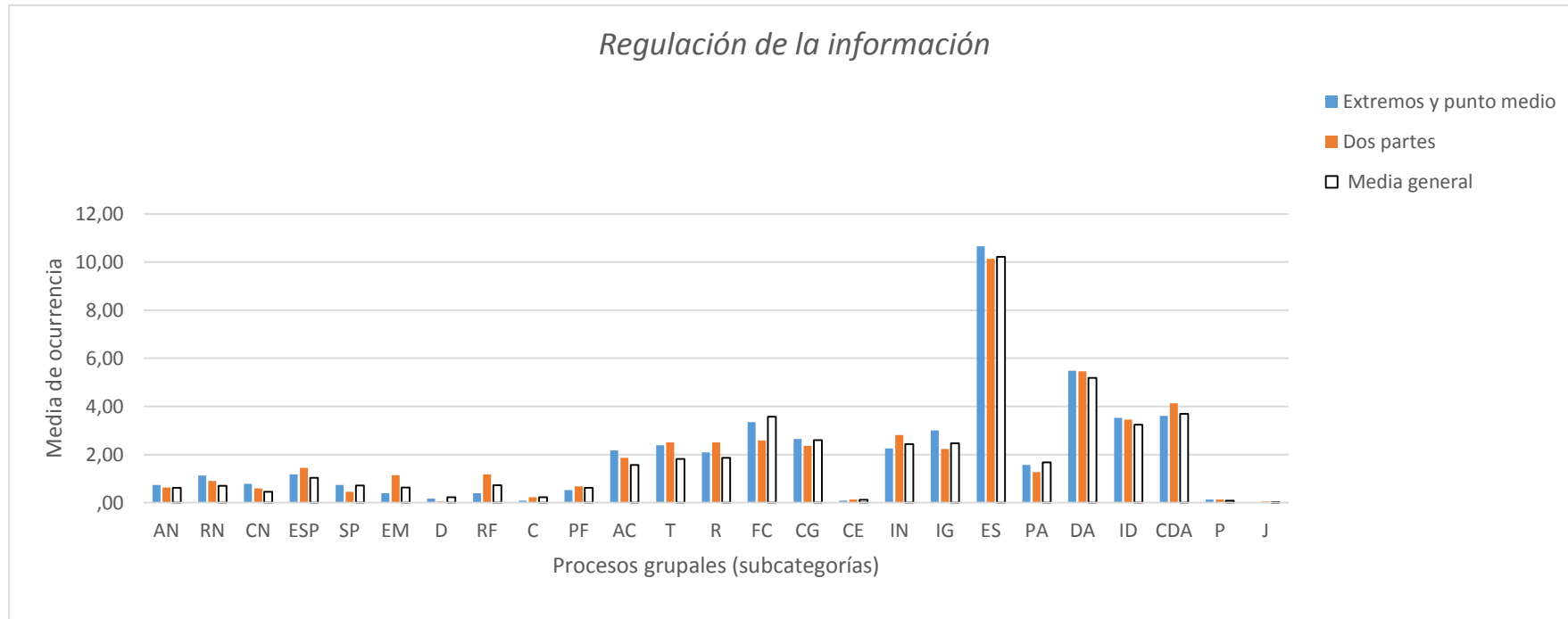


Figura 15. Media de ocurrencia de los procesos grupales según la aparición de cada subtema de Regulación de la información y comparación con la media general

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, EM: Efectos secundarios de la medicación, D: Drogas, RF: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, AC: Aportar Contenido, T: Traducción, R: Reconducción, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar el espacio, IN: Interacción, IG: Ingreso, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación.

10. Discusión

10.1. El poder de los grupos psicoterapéuticos

El ser humano es social, se desarrolla en grupo y es en él donde, según Pichon-Rivière, se gestan los procesos tanto de salud como de enfermedad, haciendo del grupo un potente instrumento terapéutico (de Castro, Gómez, & de la Hoz, 2018). En la literatura está descrita la utilidad de los grupos terapéuticos para el tratamiento de personas en contextos hospitalarios (Gotoh, 2008). La psicoterapia de grupo, aunque no está integrada como procedimiento estándar en las unidades de hospitalización psiquiátrica, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos ingresadas (Kanas, Barr, & Dossick, 1985; Kösters et al., 2006; MacKenzie, 1987; Martín Cabrero & Martínez Rodríguez, 2009). Además, la aceptación de los mismos es muy buena según nuestros datos ya que el 90% de los candidatos están motivados para el tratamiento y se comprometen a seguir las normas del grupo. Este elevado porcentaje de participantes refuerza la idea de introducir la psicoterapia, y en especial los grupos psicoterapéuticos, desde el principio del tratamiento, incluyendo la hospitalización (Kösters et al., 2006).

Con el objetivo de explorar qué ocurre en los grupos psicoterapéuticos, se realiza un estudio piloto cuyo resultado es la creación de una taxonomía. Ésta consta de 20 subcategorías agrupadas en 7 categorías. Más de la mitad de las narrativas grupales pueden describirse con cinco subcategorías que comentamos a continuación.

Las tres subcategorías más predominantes son *Expresión de sentimientos*, *Cuidar a los demás-Apoyo* e *Interacción*. La primera y la tercera son exclusivas de los participantes; mientras que la segunda es compartida entre narrativas de los miembros del grupo y de la conducción. La subcategoría *Expresión de sentimientos* está relacionada principalmente con las habilidades de comunicación y las subcategorías *Cuidar a los demás-Apoyo* e *Interacción* con las habilidades

de relación. Ambas capacidades frecuentemente se encuentran mermadas en las personas que están ingresadas en unidades de agudos de salud mental y especialmente en aquellas que presentan sintomatología psicótica. Estas capacidades son importantes para la adaptación y el bienestar emocional. Por consiguiente, nuestros resultados van en la línea de promover los grupos psicoterapéuticos como favorecedores de dichas habilidades ya que son las que más se practican en el seno grupal. Además, estos datos son congruentes con la literatura previa que recomienda los grupos psicoterapéuticos indicando que mejoran las habilidades de comunicación y relación, siendo por ello una buena opción terapéutica (Sanchez del Hoy, Sanz Rodriguez, Baro Santamarta, & Gomez Garcia de la Pedrosa, 2006). La expresión emocional y el apoyo grupal son elementos terapéuticos importantes (Lara et al., 2004). El grupo proporciona un espacio de interacción donde éstos pueden aflorar como así se ve reflejado en nuestros resultados.

La cuarta subcategoría en orden de importancia en el estudio piloto es *Traducción*, exclusiva de la conducción, quien promueve a través de sus intervenciones un espacio de seguridad y favorece el establecimiento de relaciones. La conductora ayuda a los miembros del grupo a reconocerse entre sí y como parte de un todo que se rige por normas específicas y los acompaña durante todo el proceso facilitando la comunicación. Se crea un espacio seguro donde simplemente pueden ser, sin sentirse juzgados. Por último, la quinta y sexta subcategoría en orden de importancia son *Refuerzo* y *Recordar la norma*, respectivamente. Ambas acciones están implicadas también en el buen funcionamiento del grupo psicoterapéutico y pueden pertenecer tanto a los participantes como a la conducción. De hecho, se encuentran dentro de las *funciones higienizantes* que inicialmente reacaen en la conducción y progresivamente se desplazan hacia el grupo, quien también vela por preservar sus límites y mantenerse vivo en el transcurso del tiempo (Sunyer, 2008). Por tanto, la conducción es un elemento crucial para la formación y mantenimiento del grupo psicoterapéutico. Se describe en la literatura previa que, si esta figura implementa una estructura apropiada, facilita la interacción miembro-miembro e

interactúa con un estilo interpersonal cálido y empático, los grupos que conduce tienden a ser más fuertes y terapéuticos. De manera que los grupos donde desde la conducción se fomenta la interacción, independientemente de su base teórica, tienen mayor cohesión que los grupos que ponen en menor medida el foco en el proceso (Chapman et al., 2010). Mayor cohesión se asocia con menos síntomas y/o mejoras en el funcionamiento interpersonal en el seguimiento, esta asociación se encuentra tanto en grupos de personas ingresadas como en seguimiento en la comunidad (Burlingame et al., 2011).

10.2. El proceso de creación de un grupo

Uno de los principales avances metodológicos de este trabajo es la combinación de un método teórico adaptado a las narrativas de las personas que componen el grupo de psicoterapia con un *análisis hermenéutico* de las perspectivas en el sistema hospitalario. Esto nos ha permitido contextualizar y dar sentido a las categorías no sólo cronológicamente, sino también de manera funcional. Se reúnen los temas básicos de cada sesión con el objetivo de comprender la dinámica del grupo en el contexto de hospitalización (ver tabla B1 en apéndice B). Ello puede entenderse como un paso intermedio entre lo meramente descriptivo (ver tabla 1) y nuestros esfuerzos interpretativos para tratar de comprender el desarrollo del grupo psicoterapéutico y los factores que en él están implicados.

Como puede verse en los resultados del estudio piloto, la formación del grupo es un proceso. En las primeras sesiones grupales se explicitan en mayor medida las normas, las cuales proporcionan un contexto seguro en el que los miembros del grupo pueden comenzar a expresar sus sentimientos (Casas Rivera, 1985). Primero los miembros del grupo cuestionan la norma para luego internalizarla y defenderla. Las tres subcategorías relacionadas con la norma (*Aceptar norma, Cuestionar norma y Recordar norma*) están presentes mayoritariamente en sesiones iniciales, cuando la cohesión no se ha empezado a desarrollar. Las normas y la estructura ayudan a promover la autonomía y la expresividad de los miembros del grupo (Sánchez Morales et al.,

2018). Los grupos como entidad establecen cómo sus participantes pueden relacionarse entre sí en este nuevo espacio, lo cual requiere un enfoque más activo por parte de la conducción. De esta manera, las sesiones iniciales están dominadas por subcategorías propias de la conducción relacionadas con la gestión de la terapia (*Reconducción y Traducción*). La *Reconducción* se relaciona con los límites y normas del grupo, posibilitando mantener a los miembros juntos en un espacio y con una tarea común. La *Traducción* se refiere a las intervenciones a través de las cuales la conductora fomenta que los miembros del grupo se identifiquen entre sí e interaccionen (ver tabla B1 en el apéndice B).

Conforme el grupo se desarrolla, se observa un incremento de las subcategorías *Expresión de sentimientos e Interacción* y una disminución de las intervenciones de la conductora, que podrían interpretarse como un signo de cohesión y mayor autonomía (ver tabla B1 en apéndice B). La cohesión grupal permite una mayor autorregulación en el grupo, por tanto, posibilita la reducción de las intervenciones de la conductora y aumenta la capacidad de los miembros para pensar y actuar autónomamente. Existe un consenso cada vez mayor de que la cohesión es la mejor definición de la relación terapéutica en grupo. La cohesión se refiere generalmente a los lazos emocionales entre los miembros entre sí y a un compromiso compartido con el grupo y su tarea primordial (Kösters et al., 2006).

Las personas en un clima grupal fiable y seguro expresan sus sentimientos y otros miembros se identifican porque les sucede lo mismo y pueden hablar de su experiencia. Los miembros del grupo se dan cuenta de que no son los únicos a los que aquello les sucede. Este proceso de desingularización (García Cabeza, 2008) podría considerarse el equivalente al factor de *Universalización* descrito por Yalom & Leszcz (2005). A partir de este momento aumenta la expresión catártica y las autorrevelaciones (Argyraoulou & Zafiropoulou, 2007). Conforme aumentan las intervenciones de los miembros del grupo, se producen en ellos cambios en los procesos de empoderamiento y aumento de la reflexividad (Ferràs & Mateu, 2013). El proceso psicoterapéutico ha empezado.

10.3. La idiosincrasia de los grupos

En el estudio principal, y a pesar de tener respecto al estudio piloto tamaños muestrales muy distintos, 20 y 288 participantes respectivamente, el resultado de los análisis de los datos sociodemográficos es similar en ambos casos. La distribución por sexos es prácticamente la misma (35% mujeres en estudio piloto y 36% en el principal) y la edad media parecida (35 años en el estudio piloto y 41,5 en el principal). Las sustancias de abuso más consumidas en ambos son el alcohol y el cannabis. De esta manera, la similitud en las muestras facilita la comparabilidad de las mismas.

Previamente a comparar los datos de ambos estudios, queremos resaltar dos datos sociodemográficos que nos han llamado la atención. Por un lado, el mayor número de reingresos en los participantes del estudio piloto, habiendo hecho el 75% de la muestra tres o más ingresos en una unidad de agudos de salud mental. Datos que ponen en relieve la gravedad y el consumo de recursos por parte de las personas con diagnóstico dual. Esta conclusión está avalada por datos reportados en estudios previos sobre la atención a las personas con esta problemática (Goldberg, Garno, Leon, Kocsis, & Portera, 1982; Kranzler, del Boca, & Rounsaville, 1996). Por otro lado, resaltar un dato recogido en la *entrevista pre grupo* del estudio principal. El desconocimiento de la etiqueta psiquiátrica es la segunda respuesta más reportada por los participantes, el 15.2% refiere no saber su diagnóstico. En la literatura encontramos referencias a que conocer el diagnóstico es un criterio de buen pronóstico e indica una mejor evolución (Drury & Sabbagh, 1982) y a su vez referencias que informan del estigma que éste ofrece y por tanto las posibles consecuencias perjudiciales (Rose & Thornicroft, 2015). Existe entonces un debate acerca de la utilidad del diagnóstico en la vida de las personas, así como de las habilidades de los profesionales para transmitirlo (Mantilla & Alonso, 2015). No obstante, y a pesar del posible estigma, pensamos que es importante que la persona pueda conocer aquella etiqueta que los profesionales de la salud mental están utilizando para describirla. A pesar de

que los facultativos tenemos la exigencia de aportar información a quienes tratamos, nuestros datos pondrían de manifiesto la ineficacia en la transmisión y comunicación de los diagnósticos a las personas que atendemos (Carvajal, 2017; Roizblatt, Cueto, & Alvarez, 1984).

En relación a qué ocurre en el espacio de grupo, nuestros resultados indican que, si ofrecemos a las personas hospitalizadas un espacio seguro para expresarse, éstas hablan más sobre sí mismas, su relación y el grupo en su conjunto que sobre los trastornos y los síntomas. En ambos estudios, piloto y principal, la categoría *Diagnóstico* es la penúltima en orden de frecuencia de aparición, siendo la última *Antigrupo* (ver tabla 1 y tabla 2). Por lo tanto, la persona y las relaciones que establece dentro y fuera del grupo son más importantes que el diagnóstico y/o los síntomas que padece. Los miembros del grupo describen sus problemas más en términos de ansiedades existenciales que en los síntomas. De hecho, parece que la experiencia de la psicoterapia exitosa no puede limitarse o reducirse a una exploración del alivio de los síntomas (Gallegos, 2005).

En cuanto a las dinámicas y procesos que se desarrollan en el grupo se puede inferir que éstos son similares en el estudio piloto y en el principal. Las subcategorías que los describen son sustancialmente las mismas. El 83% de las narrativas del estudio principal pueden ser explicadas con la taxonomía creada a partir del estudio piloto. Únicamente se precisa incluir cinco nuevas subcategorías para dar cuenta de las diferencias en el estudio principal. Cuatro de ellas son exclusivas de los miembros del grupo y una exclusiva de la conducción. Las diferencias en los criterios de selección de la muestra se relacionan con la necesidad de incluir estas nuevas subcategorías para describir tanto las intervenciones de los miembros del grupo como las de la conducción. Esto unido a los cambios en la distribución y los porcentajes de las subcategorías comunes ponen de relieve la idiosincrasia de cada grupo (ver tabla 1 y tabla 2). En esta línea, destacar que más de la mitad de las narrativas grupales pueden explicarse con seis subcategorías en el estudio piloto y con cinco en el principal. Este dato indica que las subcategorías no son equivalentes entre sí en cuanto a relevancia. En ambos estudios, las subcategorías *Expresión de*

sentimientos y *Cuidar a los demás-Apoyo* pertenecen a este grupo reducido de subcategorías. Estos datos enfatizan la importancia de dar voz a los miembros en el grupo y las relaciones que en él se establecen basadas en procesos empáticos, independientemente del diagnóstico. También este grupo incluye una subcategoría exclusiva de la conducción, en ambos estudios ocupando el cuarto lugar. Este dato pone en relieve el papel importante que juega la conducción en el grupo. La mayor parte de lo que ocurre en ambos grupos puede ser descrito con las mismas subcategorías y con distribuciones parecidas salvo algunas diferencias interpretadas como secundarias a los criterios de selección de la muestra. No obstante, a pesar de que las mismas subcategorías sirvan en general para dibujar al grupo, el dibujo resultante tiene peculiaridades que lo hacen único e irreplicable. De la misma manera, consideramos que el contexto en el que grupo se realiza influye en el resultado del mismo. En este sentido, sería interesante ver en qué medida estas subcategorías podrían servir como boceto del grupo en un contexto distinto. Y, asimismo, estudiar similitudes y diferencias en la emergencia de los procesos grupales y aspectos de la conducción que pudieran variar en función del contexto.

En referencia a las categorías, las dos más predominantes en ambos estudios son *Relaciones y Grupo*, quedando de manifiesto en ambos la importancia para las personas de encontrar un lugar en el que expresarse y relacionarse, además de un lugar al que pertenecer. Estos datos avalan la importancia del grupo no sólo a nivel relacional sino también a nivel de pertenencia (ver tabla 1 y tabla 2). Nuestros resultados representan una evidencia clínico-práctica del papel de los grupos psicoterapéuticos en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Un espacio donde las personas pueden expresar sus sentimientos, recibir y ofrecer cuidados a los demás y participar en una experiencia socializadora a través de las interacciones que se dan en el grupo de psicoterapia. Tanto la socialización como el apoyo mutuo son dos aspectos beneficiosos para el tratamiento de las personas que presentan sintomatología psicótica en estado agudo, por ello es importante la inclusión de estos espacios favorecedores en las unidades de hospitalización (O'Donovan & O'Mahony, 2009).

10.4. Los beneficios de un grupo psicoterapéutico

Los resultados del estudio principal sobre las relaciones entre las subcategorías arrojan información valiosa a cerca del funcionamiento del grupo psicoterapéutico. Destaca el papel crucial de la subcategoría *Expresión de sentimientos*, dado que es la que mantiene mayor número de correlaciones significativas con el resto de las subcategorías (ver tabla B2 en apéndice B). El hecho de que ésta sea la subcategoría más relevante abre una reflexión sobre la necesidad de un espacio donde las personas ingresadas pueden dar voz a los contenidos emocionales, que a menudo son silenciados en estos contextos de hospitalización. Por ello, pensamos que empezar el trabajo grupal desde la unidad de agudos de salud mental conecta con el énfasis de estudios previos en la importancia del tratamiento psicoterapéutico temprano y comprehensivo (Berner et al., 2008).

Según nuestros resultados, el grupo psicoterapéutico favorece el proceso de desingularización que a su vez promueve la comunicación como así lo indican las correlaciones significativas entre *Identificación* y *Expresión de sentimientos*. Reconocer el sufrimiento propio en otros aumenta la comunicación y disminuye el aislamiento. También ambas subcategorías mantienen correlaciones significativas con dos subcategorías de la conducción que son *Facilitar la comunicación* y *Traducción*. La conductora relanza el discurso en los momentos de estancamiento (*Facilitar la comunicación*), así como ayuda a entender lo que cada miembro aporta al grupo y a unirlo con lo que los otros miembros han dicho (*Traducción*). Por lo tanto, el papel de la conducción es básico para ayudar a tejer la matriz grupal y favorecer la cohesión grupal y el trabajo psicoterapéutico (de Castro et al., 2018). De esta manera, con la ayuda de la conductora (*Facilitar la comunicación* y *Traducción*), se crea un espacio donde los miembros del grupo pueden relacionarse (*Interacción*), hablar de sí mismos (*Expresión de sentimientos*) y establecer relaciones de ayuda mutua (*Pedir ayuda* y *Dar ayuda*).

Para crear este espacio psicoterapéutico, una función básica de la conducción,

reconocida por diferentes teorías y autores, es el establecimiento de normas, reglas o límites en el grupo (Chapman, Baker, Porter, Thayer, & Burlingame, 2010). En nuestros resultados, todas las subcategorías relacionadas con la norma (*Aceptar norma*, *Cuestionar norma* y *Recordar norma*) mantienen entre sí correlaciones positivas. Además, destacan las correlaciones significativas de la subcategoría *Recordar norma* con las subcategorías *Dar ayuda* y *Expresión de sintomatología psicótica*, lo cual sugiere la norma como una ayuda y ésta especialmente necesaria para las personas en un estado psicopatológico más grave. Los límites se encuentran incluidos dentro de la *función higienizante* que es una de las cinco funciones necesarias y suficientes para el desarrollo del grupo psicoterapéutico según la *teoría grupoanalítica* (Sunyer, 2008).

Las personas hospitalizadas suelen situarse en un papel pasivo en la relación de ayuda y se vuelven cada vez más dependientes de la institución y del entorno artificial y protector que ésta crea (Healy Brey, 1981). Nuestros datos indican que los miembros del grupo, acostumbrados a un papel pasivo en un entorno tan rígido como una unidad de hospitalización, adquieren un papel activo en el escenario diferente que plantea la psicoterapia grupal. En este sentido la subcategoría *Interacción* mantiene correlaciones significativas con dos subcategorías de los participantes (*Expresión de sentimientos* y *Aportar contenido*) y con una de la conducción (*Reconducción*). Los participantes se relacionan autónomamente dentro de unos límites establecidos por la conducción. En este momento emerge el factor terapéutico grupal llamado *Socialización* (Yalom & Leszcz, 2005).

Por otro lado, existe también una estrecha relación entre los procesos de desingularización y la demanda de ayuda como así lo indica en nuestros resultados la correlación positiva entre la subcategoría *Identificación* y *Pedir ayuda*. Si reconozco el propio sufrimiento en otro, es más probable que pueda realizar la demanda de ayuda. Así pues, cuando el contexto ofrece las condiciones necesarias de fiabilidad y seguridad pueden proliferar las relaciones de ayuda. Las tres subcategorías relacionadas con la ayuda (*Dar ayuda*, *Cuidar a los demás-Apoyo*

y *Pedir ayuda*) mantienen correlaciones altas y significativas con la subcategoría *Expresión de sentimientos*. Estos datos ponen de relieve la estrecha relación, también existente, entre la relación de ayuda y la comunicación. En el grupo los participantes piden ayuda y son otros miembros los que se la ofrecen como así lo indica la alta correlación positiva entre las categorías *Pedir ayuda* y *Dar ayuda*. En el seno del grupo empiezan a desarrollarse las relaciones empáticas y de soporte, los miembros del grupo ofrecen ayuda a otros cuando reconocen en ellos su propio sufrimiento como así indica la correlación significativa entre *Identificación* y *Cuidar a los demás-Apoyo*. No obstante, en ocasiones los participantes necesitan que desde la conducción se favorezca el entendimiento entre los miembros del grupo y se promueva la relación de ayuda como así lo indica la alta correlación positiva entre las subcategorías *Dar ayuda* y *Traducción*. Estos datos ponen de manifiesto, una vez más, el papel mediador de la conducción. En estos momentos emerge el factor terapéutico grupal llamado *Altruismo* (Yalom & Leszcz, 2005).

Por último, nuestros resultados pueden describir el funcionamiento del grupo psicoterapéutico en cinco componentes, de los cuales sólo uno incluye únicamente narrativas de los participantes (*Hospitalización*), pudiéndose considerar el componente representante de un grupo cohesionado y funcionando de forma autónoma. Este componente incluye subcategorías como *Interacción* y *Aportar contenido*, ambas recogen narrativas de interacciones miembro a miembro sin ser procesadas por la conducción. El resto de los componentes incluyen narrativas tanto de los miembros del grupo como de la conducción. En cada uno de los componentes hay una función de la conducción que es la predominante. Estas funciones son equivalentes a las descritas por Chapman, Baker, Porter, Thayer, & Burlingame (2010). La primera habilidad a la que los autores hacen referencia es la capacidad de establecer reglas y normas. En nuestros resultados, por un lado, el componente *Estructura* incluye las subcategorías relacionadas con la norma; y, por otro lado, dentro del componente *Desconexión* se encuentra la subcategoría *Reconducción*, que es exclusiva de la conducción y mantiene a los miembros del grupo en la tarea, en el aquí y ahora. La segunda habilidad a la que los autores hacen referencia es la

capacidad de realizar intervenciones que faciliten el desarrollo de interacciones verbales terapéuticas. En nuestros resultados, el componente *Conexión* incluye la subcategoría *Facilitar la comunicación*, que es exclusiva de la conducción y ayuda a los miembros a iniciar la comunicación. La última habilidad a la que los autores hacen referencia es la capacidad para crear y mantener el clima emocional en el grupo que permita la autoexploración por los miembros del grupo. En nuestros resultados, el componente *Solidaridad* incluye la subcategoría *Traducción*, que es exclusiva de la conducción y favorece el establecimiento de relaciones entre los miembros. De esta manera, queda claro el papel importante que juega la conducción en el desarrollo de los grupos psicoterapéuticos.

Finalmente, con el objetivo de velar por el buen funcionamiento y desarrollo del grupo psicoterapéutico, Nitsun (2000) habla de la importancia de incluir y tener en cuenta aspectos antigrupales que aparecen en el transcurso del proceso psicoterapéutico. Estos aspectos no favorecedores y que actúan como fuerzas contrarias al grupo se identifican en nuestros resultados en el componente *Desconexión* (ver tabla 3). Por tanto, nuestros datos avalan la importancia y el reconocimiento de estos aspectos entorpecedores como parte relevante en el desarrollo del grupo psicoterapéutico. Estos datos acumulan evidencia clínico-práctica sobre la existencia de aspectos antigrupales señalando la importancia de tenerlos en cuenta en el manejo y la conducción de grupos psicoterapéuticos.

10.5. Los miembros del grupo y su relación con los procesos grupales

El estudio principal incluye dos análisis secundarios. En este apartado comentaremos los resultados del primero de ellos. Para realizar este trabajo hemos cambiado la unidad de análisis a la persona. Desde esta nueva perspectiva, hemos encontrado que el número total de sesiones de psicoterapia de grupo a las que los miembros asisten tiene una relación directa con los procesos grupales. No obstante, éstos no se ven alterados ni modificados en función de la edad de los participantes. De la misma manera, algunas subcategorías no se ven afectadas por el

número total de sesiones a las que los miembros asisten, este es el caso de las subcategorías incluidas en la categoría *Antigrupo (Propuesta y Justificación)* y las subcategorías *Recordar norma* y *Drogas*. El hecho de asistir a más o menos sesiones de grupo no tiene relación con aspectos que entorpecen el grupo, lo cual iría en la línea que propone Nitsun (2000) y otros autores posteriores de la independencia de los aspectos obstaculizadores del desarrollo del grupo, por ello éstos deben tenerse en cuenta como parte del grupo a lo largo de toda su trayectoria.

Cuando la unidad de análisis es el miembro en lugar de la sesión del grupo, el orden de frecuencia de aparición de las subcategorías cambia. Se mantiene como subcategoría más predominante la *Expresión de sentimientos*, y a ella le siguen *Interacción* y *Conciencia de grupo*, en lugar de *Dar ayuda* y *Cuidar a los demás-Apoyo* que son la segunda y tercera cuando la unidad de análisis es la sesión. Desde esta perspectiva, se le está dando mayor énfasis a las subcategorías que podrían ser equivalentes al factor terapéutico grupal llamado *Socialización* descrito por Yalom & Leszcz (2005). Así, ocupan un lugar privilegiado las relaciones de ayuda, cuando la unidad de análisis es la sesión, y los procesos de socialización, cuando la unidad de análisis es la persona. Ambos componentes son importantes en las sesiones de psicoterapia de grupo y constituyen los objetivos principales del tratamiento.

Desde este punto de vista, las subcategorías más predominantes, *Expresión de sentimientos*, *Interacción* y *Conciencia de grupo*, son las que correlacionan con mayor intensidad con el número total de sesiones en las que se ha participado y a su vez mantienen mayor número de correlaciones significativas con el resto de las subcategorías (ver tabla B3 en apéndice B). De esta manera, los miembros del grupo que permanecen más tiempo en el grupo son los que expresan con mayor frecuencia sus sentimientos en el grupo, interaccionan de forma más autónoma, miembro a miembro sin necesitar mediación desde la conducción, y tienen más sentido de pertenencia, identificándose en mayor medida con el grupo como un todo. Todos estos aspectos los desarrolla cada persona en el tratamiento grupal. Esta evolución,

especialmente la relación positiva entre la subcategoría *Expresión de sentimientos* y el número total de sesiones en las que se participa, se describe en la literatura previa cuando diferentes autores teorizan un aumento de las narrativas internalizantes conforme el grupo progresa (Argyrakouli & Zafiropoulou, 2007; Ferràs & Mateu, 2013). Se considera un signo de cohesión el aumento de estas subcategorías en el desarrollo del grupo, siendo éste cada vez más autónomo.

A las subcategorías predominantes, en número de correlaciones significativas que establecen, le siguen las subcategorías *Ingreso*, *Aportar contenido*, *Cuidar a los demás-Apoyo*, *Dar ayuda* e *Identificación*. Las dos primeras (*Ingreso* y *Aportar contenido*) incluyen interacciones dadas miembro a miembro que no han sido procesadas por la conducción y centradas en el aquí y ahora, destacando, una vez más como prioritario, el factor terapéutico grupal de la *Socialización* descrito por Yalom & Leszcz (2005). Las tres subcategorías restantes (*Cuidar a los demás-Apoyo*, *Dar ayuda* e *Identificación*) pueden considerarse equivalentes a los *Factores de apoyo* descritos por MacKenzie (1990) o a los factores terapéuticos grupales llamados *Altruismo* y *Universalización*, respectivamente, descritos por Yalom & Leszcz (2005), los cuales están relacionados con la promoción del sentido de pertenencia, la aceptación de uno mismo y de los otros y la adopción de un rol activo dentro del grupo (González de Chávez, 2011).

Desde este punto de vista, y basándonos en los resultados del análisis de componentes principales (ver tabla 4), la psicoterapia de grupo podría definirse como un espacio donde relacionarse (componente *Grupo*) delimitado en tiempo y espacio (componente *Límites del grupo*) y donde compartir experiencias (componente *Estado psicopatológico actual*) que incluye a su vez aspectos negativos que entorpecerán el curso de ésta (componente *Ausente*).

Finalmente, en este análisis, además de la variable *Género*, se incluyen cuatro variables nuevas, dos de ellas subjetivas (*Adecuación al grupo* y *Rol de soporte*) y otras dos objetivadas (*Asistencia* y *Tolerancia al escenario grupal*) para valorar el comportamiento de cada miembro en las sesiones de psicoterapia de grupo.

En relación al género, nuestros resultados indican que las mujeres tienen más facilidad

que los hombres para reconocer el sufrimiento propio en sus compañeros (ver tabla B4 en apéndice B).

En referencia a las valoraciones subjetivas realizadas desde la conducción, hemos encontrado que quienes cuestionan más la norma son valorados como más inadecuados seguidos de las personas que presentan mayor número de síntomas psicóticos (ver tabla B5 en apéndice B). Probablemente, este resultado está relacionado con el número de reconducciones necesarias (subcategoría *Recordar norma*) en ambos casos (subcategoría *Cuestionar norma* y *Expresión de síntomas psicóticos*) para mantenerse en el grupo, como así lo indican las correlaciones altas y positivas en las variables anteriormente comentadas (ver tabla B2 en apéndice B). En esta misma línea, en el análisis de componentes principales previamente comentado, ambas subcategorías (*Cuestionar norma* y *Expresión de síntomas psicóticos*) forman parte del componente *Límites del grupo* (ver tabla 4). Nuestros resultados van en la dirección de considerar que los miembros con mayor sintomatología psicótica necesitan mayor soporte desde la conducción para adaptarse al grupo y a su normativa por su dificultad de contención en el estado actual en el que se encuentran. En este momento para estos miembros los límites y la estructura son elementos de contención que les pueden ayudar en su adaptación al grupo. La *contención* y la *estructura* son dos de los cinco procesos terapéuticos identificados por Maves & Schulz (1985) en sus estudios con personas ingresadas. Por otro lado, la presencia de sintomatología psicótica no altera la valoración hecha de la relación de ayuda dentro del grupo (ver tabla B6 en apéndice B). Se valora que las personas ofrecen un mejor soporte dentro del grupo si son capaces de reconocer el propio sufrimiento en el otro, si ofrecen cuidados, si son autónomas en las relaciones interpersonales, si se sienten parte del grupo y lo consideran como un todo interrelacionado y si manifiestan capacidad de reconocer y valorar aspectos positivos del otro. Estas características nos recuerdan a los tres restantes procesos terapéuticos que identifican los estudios de Maves y Schulz (1985) en personas ingresadas, concretamente nos referimos al *soporte*, la *implicación* y la *validación*. Por tanto, nuestros resultados confirman la

presencia de estos cinco procesos terapéuticos identificados y descritos por los autores previamente mencionados.

En base a parámetros objetivables, podemos decir que cuanto mayor número de sesiones las personas asisten al grupo, más sienten que forman parte del mismo, reconocen en mayor medida su sufrimiento en los demás, ofrecen más ayuda y se preocupan por sus compañeros y hablan más de aspectos actuales como los efectos secundarios de su tratamiento, encontrándose más centrados en el aquí y ahora (ver tabla B7 en apéndice B). No obstante, ninguna subcategoría puede predecir que los miembros se mantengan en la sesión o tengan que ausentarse en el transcurso de esta. Así cualquiera pudiera ser capaz de permanecer 45 minutos en grupo, no habiendo limitaciones para ello, y a su vez, también cualquiera pudiera encontrarse puntualmente indispuerto no logrando permanecer ese día en el grupo como así lo indican los resultados en la variable *Tolerancia al escenario grupal* (ver tabla B8 en apéndice B).

Por último, el funcionamiento de los miembros dentro del grupo, aunque es una información clínica relevante y valorada por todos los profesionales sanitarios que trabajamos en la unidad, no condiciona ni determina el plan de tratamiento. Se utilizan otros criterios para desarrollarlo como así indican los resultados no significativos del análisis de la variable *Derivación*. No obstante, como líneas de trabajo posterior, pensamos que los profesionales de la salud mental nos podríamos beneficiar si pudiéramos incluir el grupo psicoterapéutico como un indicador en la elaboración del plan de tratamiento.

10.6. Los temas del grupo y su relación con los procesos grupales

El segundo análisis secundario realizado dentro del estudio principal pretende explorar la relación entre los procesos grupales y las temáticas que emergen en el grupo psicoterapéutico. Como se comentó en el apartado resultados, con el objetivo de manejar con mayor facilidad la información, los 47 subtemas se agrupan en 8 temas. De estos, uno incluye exclusivamente narrativas de la conducción (*Regulación de la información*) y el resto son los que

definen los temas que aparecen en las sesiones de psicoterapia de grupo analizadas (ver tabla 6). Los temas que aparecen en nuestros grupos psicoterapéuticos son similares a los obtenidos en trabajos precedentes en unidades de agudos (Belloso Ropero et al., 2015). La frecuencia de aparición de los temas y los subtemas en el grupo mantiene una relación indirecta con la capacidad de cada uno de ellos para elicitación los procesos grupales. Por tanto, los temas que aparecen en menor número de ocasiones son los que, como veremos a continuación, activan en mayor medida los procesos grupales. Por tanto, no todos los temas y los subtemas elicitación los procesos grupales con la misma intensidad.

El proceso grupal que ocurre con más frecuencia y el más elicitado por la mayoría de los subtemas y los temas es *Expresión de sentimientos*. Hoge & McLoughlin (1991) señalan que cuando los miembros del grupo escuchan los problemas de los demás, éstos responden ofreciéndoles soporte, ánimo y consejo, lo cual parece ir en la línea de nuestros datos donde la segunda y tercera subcategoría más elicitadas son *Dar ayuda* y *Cuidar a los demás-Apoyo* (ver figura 3).

El tema *Autorregulación* es el menos frecuente y el que más procesos grupales activa. Incluye el subtema *Muerte vs vida* que también aparece en pocas ocasiones aunque cuando lo hace moviliza al grupo. Es el subtema que elicitación con mayor intensidad el proceso grupal de *Expresión de sentimientos* y también el que desencadena en mayor grado la exacerbación de los síntomas cuando aparece. Son narrativas que asustan y angustian, de ahí la relación con el empeoramiento puntual de la sintomatología. No obstante, también se intensifican las conductas relacionadas con la ayuda y la contención emocional, los miembros realizan peticiones de ayuda y el grupo puede ofrecerlas, como así lo indican la intensidad con que se elicitación los procesos grupales *Pedir ayuda* y *Cuidar a los demás-Apoyo*, reestableciendo así el equilibrio y la estabilidad del grupo (ver figura 4).

El segundo tema menos frecuente y el segundo que más procesos grupales elicitación es *Vida Cotidiana*, que hace referencia a modos de vida compartidos en el grupo. Los participantes

hablan tanto de lo que hacían en el pasado inmediatamente previo al ingreso (*Actividades cotidianas*) como de aquello que les interesa o atrae (*Intereses y aficiones*). Cabe destacar que se elicitan mayor número de procesos grupales cuando se habla del deseo o lo que les gusta que cuando se habla de aquello que se hacía antes de ingresar, lo cual nos puede conectar con emociones como la esperanza en un futuro mejor. El factor terapéutico grupal llamado *Instauración de la esperanza* contribuye tanto a que los miembros se mantengan en el grupo en las etapas iniciales, como a infundir optimismo cuando los participantes observan el progreso en otros que han pasado por experiencias similares a las suyas (Yalom, 1983). El peso de este factor aumenta siempre en los estudios en los que se incluyen personas con síntomas psicóticos u hospitalizadas (García-Cabeza et al., 2011).

El tercer tema que más procesos grupales elicit es *Psicopatología*, y ocupa también el tercer puesto en orden de frecuencia de aparición de los temas. Algunos de los miembros del grupo han sufrido en la infancia situaciones de abuso, compartirlas en el grupo podría, según Kanas (1991), producir ansiedad y movimientos regresivos, así como ralentizar el trabajo grupal. No obstante, estos datos no se han confirmado en nuestros resultados. Pocas veces aparece este contenido (*Experiencias traumáticas*) en nuestros grupos, ahora cuando lo hace activa diferentes procesos grupales relacionados con la catarsis (*Expresión de sentimientos e Identificación*) y las relaciones de ayuda (*Dar ayuda y Cuidar a los demás-Apoyo*). La conductora ayuda a los miembros del grupo a no quedarse atrapados en estas situaciones dolorosas compartidas (*Facilitar la comunicación*) favoreciendo y reestableciendo la comunicación en el grupo. En esta misma línea, el subtema *Trastorno mental*, que incluye aspectos relacionados con la sintomatología, el diagnóstico y el estigma, activa, aunque en menor medida, los mismos procesos grupales. Estos temas están presentes en numerosos estudios previos, siendo foco de interés de diferentes investigaciones (Belloso Roper et al., 2015; González de Chávez et al., 1999; Kanas, 1991). Por último, señalar que las experiencias más bizarras, incluidas en el subtema *Fantasía vs realidad*, pueden generar según Martín Cabrero & Martínez Rodríguez

(2009) reacciones cuya base es el miedo. Según nuestros resultados, tienen la peculiaridad de elicitar procesos grupales mayoritariamente relacionados con los límites del grupo (*Aceptar norma, Recordar norma, Cuestionar norma*), pueden exacerbar la sintomatología psicótica (*Expresión de sintomatología psicótica*) y necesitan más soporte desde la conducción y los compañeros (*Facilitar la comunicación, Aportar contenido, Dar ayuda*) para mantenerse en el grupo y la tarea propuesta (ver figura 7).

El cuarto tema que elicitaba mayormente los procesos grupales es *Relaciones interpersonales* y es el quinto en cuanto a frecuencia de aparición de los subtemas que contiene. Incluye el subtema *Soledad* que es el segundo subtema, después de *Muerte vs vida*, que mayormente elicitaba el proceso grupal *Expresión de sentimientos*. En nuestros estudios aparece en pocas ocasiones, a diferencia de lo descrito por autores previos (Gruber, 1978; Kanas, 1991; Kanas & Barr, 1986; Kanas et al., 1985; Marcovitz & Smith, 1983). No obstante, cuando aparece modifica la dinámica grupal y activa intensamente procesos grupales relacionados tanto con la expresión de sentimientos como con el soporte (ver figura 8). Las relaciones interpersonales en general forman parte importante de los temas tratados en el grupo. Por un lado, se ha descrito que los relatos autobiográficos y los problemas previos a la crisis se incluyen en el contenido del grupo psicoterapéutico (Belloso Roper et al., 2015; Jiménez, 2006). Por otro lado, Ingelmo Fernández y colaboradores (2012) detectan como tema destacado del grupo las relaciones que se establecen dentro de la unidad de hospitalización. Ambas temáticas, las relaciones extrahospitalarias e intrahospitalarias, aparecen en nuestros grupos psicoterapéuticos siendo más predominantes las segundas. No obstante, la frecuencia no se corresponde con la intensidad de los procesos grupales elicitados, ya que cuanto más íntima es la relación de la que se habla, entiéndase subtema *Parejas, sexualidad y género*, más procesos grupales promueve. De tal manera que se puede establecer un continuo en cuanto a la intensidad que va desde *Relaciones entre compañeros* a *Relaciones familiares y Parejas, sexualidad y género*, siendo este último el subtema que elicitaba mayor número de procesos grupales.

Por último, los dos temas más predominantes, *Estancia en agudos* y *Estructura de las sesiones*, son los que a su vez menos procesos grupales activan. Para que las personas se puedan abrir y compartir sus experiencias hace falta conocerse y establecer un clima de confianza. En ocasiones se nombra a personas que están en el grupo y no participan, lo cual promueve que se activen en el grupo procesos relacionados con la ayuda con el objetivo de incluir a la persona. A pesar de las pocas sesiones compartidas dada la brevedad del ingreso, se activan procesos grupales relacionados con intensas emociones cuando se nombra y recuerda a personas que ya no están hospitalizadas. Se necesita la ayuda de la conducción para no quedarse atrapados y bloqueados como así lo indica la intensidad con la que se elicitaba del proceso grupal *Facilitar la comunicación* (ver figura 11). Los miembros del grupo que ya no están, de alguna manera trascienden, continúan inmersos en el grupo formando parte de su historia como describe Foulkes (2007b) cuando habla acerca de los *procesos transpersonales*. Tanto cuando se incluye a los que no participan como cuando se nombra a los que no están, nos sugiere pensar en el grupo como un todo cohesionado funcionando a partir de la participación de todas sus partes (Lewin, 1980). El encuentro en el grupo se produce a través de temas más superficiales para posteriormente compartir revelaciones más íntimas y personales. De hecho, la mayoría de los subtemas que incluye *Estancia en agudos* elicitaban con mayor intensidad la subcategoría *Ingreso*. Las personas empiezan a hablar de aquello que comparten en el presente. Podemos catalogar nuestros grupos como lugares de encuentro con el otro que favorecen romper el aislamiento. En los estudios de Belloso Roperó et al. (2015) se recoge el miedo a salir de la unidad de agudos que ha sido durante un tiempo considerado un lugar de protección y seguridad. Estos contenidos son recurrentes también en nuestros grupos y se recogen en el subtema *Miedo al alta*, cuando éste aparece lleva implícito un alto contenido emocional (ver figura 12).

Antes de finalizar este apartado, mencionar el tema *Regulación de la información* que, como hemos mencionado al inicio, incluye narrativas exclusivamente de la conducción y es el único que no elicitaba los procesos grupales (ver figura 15). Esto se relaciona con la función de la

conducción como facilitadora y favorecedora de un clima propicio para que emerjan los procesos grupales.

10.7. Los factores comunes o inespecíficos como promotores del cambio

Hemos hablado en la introducción de la polémica sobre quiénes son los responsables del cambio terapéutico. Con el objetivo de reducir la información y hacerla más comprensible, se realizan dos análisis de componentes principales en el estudio principal. El primero tiene como unidad de análisis la sesión y el segundo la persona. Los resultados de ambos nos recuerdan a los elementos descritos por Johnson et al. (2005) para representar la construcción de la relación en el grupo.

Estos autores, en primer lugar, destacan un componente emocional y de relación entre los miembros. En el análisis de componentes principales, cuya unidad de análisis es la sesión, éste se corresponde con los componentes de *Conexión y Solidaridad*. En el análisis, cuya unidad de análisis es la persona, éste se corresponde con el componente *Grupo*. En segundo lugar, los autores señalan la importancia del compromiso colaborativo, del trabajo conjunto. Conceptos que en nuestro análisis de componentes principales, cuya unidad de análisis es la sesión, se recogen en los componentes *Estructura y Hospitalización*. Mientras en el análisis, cuya unidad de análisis es la persona, se incluyen en los componentes *Límites del grupo y Estado psicopatológico actual*. El componente *Estructura* del primer análisis y el componente *Límites del grupo* del segundo, ofrecen un marco definido para el trabajo psicoterapéutico. Todos los participantes, incluida la conductora, son los responsables de cuidarlo y respetarlo. En este espacio de seguridad no sólo se establecen relaciones sino también se habla de aspectos relacionados con el aquí y ahora, que se recogen en el componente *Hospitalización* en el primer análisis, y en el componente *Estado psicopatológico actual* en el segundo. El objetivo del grupo psicoterapéutico es crear este espacio de socialización donde expresarse y ayudarse mutuamente a través de la colaboración de unos y otros. Por último, los autores señalan la

importancia de los aspectos que dificultan o impiden el trabajo psicoterapéutico como un componente más. En el análisis de componentes principales, cuya unidad de análisis es la sesión, éste equivale al componente *Desconexión*. En el análisis, cuya unidad de análisis es la persona, éste es paralelo al componente *Ausente*. Así mismo, tanto la descripción hecha por los autores como los componentes resultantes de nuestros análisis nos recuerdan al concepto de *antigrupo* descrito por Nitsun (2000).

Los defensores de la primacía de los *factores comunes o inespecíficos* señalan el valor de la *alianza terapéutica* y los aspectos relacionales como fuente principal de eficiencia (Bell et al., 2013; Wampold, 2015). Por el contrario, los defensores de la primacía de los *factores específicos* se muestran a favor de intervenciones focalizadas, específicas y cuya eficiencia está apoyada en la potencia de los procedimientos, las herramientas y las técnicas (Bados Lopez, García Grau, & Fusté Escolano, 2002). Nuestros resultados resaltan la importancia de las relaciones que se establecen en el grupo e irían mayormente en la línea de dar apoyo a *factores comunes o inespecíficos* como promotores del cambio. Los espacios grupales de tratamiento permiten a las personas desarrollar habilidades relacionales y de comunicación, que pueden ser herramientas importantes en su recuperación y reintegración en la comunidad. Por tanto, nos inclinamos a pensar en el peso de los *factores comunes* que trascienden al diagnóstico y que actúan y pueden ser considerados responsables del cambio terapéutico. A pesar de que esta polémica *factores comunes versus factores específicos* está aún presente, parece que existen en la actualidad signos de acercamiento, lo cual pudiera abrir una ventana hacia una nueva reconceptualización del papel de la evidencia (Hofmann & Barlow, 2014; Laska, Gurman, & Wampold, 2014).

11. Limitaciones

Aunque los resultados obtenidos son de gran utilidad, ofreciendo una ilustración del proceso psicoterapéutico grupal y aportando nuevos datos sobre la psicoterapia de grupo en personas que presentan síntomas psicóticos en estado agudo y se encuentran en un contexto de hospitalización, no se encuentran exentos de limitaciones.

Una primera limitación la encontramos en la literatura previa en psicoterapia de grupo, la cual no es excesivamente amplia y aún escasea más en contextos tan específicos como las unidades de agudos de salud mental. Si a esto añadimos el foco de estudio escogido aún se restringe más, no habiéndose encontrado estudios previos que analicen el desarrollo y evolución del grupo enfatizando los procesos grupales y su relación con otras variables de interés.

Existen también limitaciones coadyuvantes al contexto en el que se han implementado los estudios piloto y principal y la metodología escogida para los mismos.

En relación con el contexto cabe señalar el recambio constante de miembros del grupo, las condiciones médicas en las que se encuentran y la generalización de los resultados. La unidad de hospitalización de salud mental tiene una estancia media limitada en el tiempo (17 días) lo cual dificulta la promoción de los procesos terapéuticos grupales y la evolución del grupo, ya que éste tiende a mantenerse siempre en etapas iniciales de desarrollo (Belloso Roper et al., 2015). Además, las personas que componen el grupo psicoterapéutico se encuentran en un estado agudo, lo cual implica continuos cambios farmacológicos hasta lograr la estabilización clínica y con ello el alta hospitalaria. Los resultados obtenidos están sujetos a un contexto muy determinado, la unidad de hospitalización aguda de salud mental, lo cual dificulta la generalización de los resultados a otros grupos y contextos. Todas estas condiciones influyen y pueden crear barreras en la profundización del estudio de los procesos terapéuticos grupales.

En relación con la metodología hay que destacar la dificultad en las transcripciones y los

criterios de selección de la muestra.

A pesar del intento por sistematizar y lograr la mayor objetividad en la realización de las transcripciones, no se está exento de la propia subjetividad de la observadora en la recogida de datos. La creación de las taxonomías, tanto las relacionadas con las categorías y subcategorías como las relacionadas con los temas y subtemas, no es sencilla. La codificación de los registros en ambos estudios, piloto y principal, es laboriosa y en ella se encuentran implicados distintos profesionales. Se busca el consenso interjueces, que incluye las valoraciones de clínicos e investigadores. La creación y codificación de los temas y subtemas es llevada a cabo por una psicóloga ciega a las categorías y subcategorías del estudio piloto y principal. En referencia al número de subcategorías incluidas en las categorías y al número de subtemas incluidos en los temas existe un desequilibrio; además de algún solapamiento conceptual entre subcategorías y subtemas. Por último, destacar la variabilidad en los tamaños muestrales tanto en las categorías como en los temas.

En relación a la selección de la muestra, ésta se encuentra influenciada por la bibliografía previa que indica efectos positivos en la experiencia de terapia grupal si la muestra es homogénea (Burlingame et al., 2003). Por ello, se seleccionan a los participantes a partir de los criterios de inclusión y exclusión que persiguen la homogenización. El grupo, para soportar las angustias que surgen en el encuentro con los otros, tiende a la búsqueda de identificaciones como forma de sostén y defensa; por ello, algunos autores recomiendan grupos homogéneos para promover los mecanismos de identificación y atenuar los movimientos pulsionales de los participantes (de Castro et al., 2018). Los miembros de los grupos estudiados están en un proceso de estabilización clínica, por lo que su estado psicopatológico es variable y esto dificulta que la muestra sea homogénea en cuanto a nivel clínico, gravedad y funcionamiento. No obstante, algunos estudios han reportado datos a favor del posible beneficio de estas diferencias (Segura et al., 2003) y lo han relacionado con la *Instauración de la esperanza*, factor terapéutico grupal descrito por Yalom y Leszcz (2005)

Por todo lo expuesto con anterioridad, y a pesar de reconocer la importancia y relevancia de los datos clínico-prácticos aquí descritos, hay que tomar con cautela y precaución las conclusiones y posibles generalizaciones de los resultados aquí expuestos, analizados e interpretados.

12. Aplicabilidad futura

Como se ha comentado, existe un vacío en la literatura previa en lo referente a la exploración y descripción de los grupos psicoterapéuticos. Este estudio trata de arrojar un poco de luz respecto al desarrollo de las dinámicas y los procesos grupales y abre puertas a nuevos estudios que puedan ampliar este conocimiento acerca del funcionamiento de los grupos psicoterapéuticos.

La observación del desarrollo de los diferentes procesos grupales puede resultar una información relevante en el ámbito clínico-práctico. La activación de los factores terapéuticos grupales, considerados promotores del cambio en los grupos psicoterapéuticos, está relacionada con los procesos grupales. Por tanto, más datos e información en esta línea pueden facilitar la comprensión de los grupos psicoterapéuticos, así como favorecer e incluso generar nuevos conocimientos que mejoren la conducción de grupos. Por tanto, el estudio de los procesos grupales y las relaciones que mantienen entre ellos nos puede ayudar a comprender con mayor profundidad tanto el desarrollo y funcionamiento del grupo psicoterapéutico como los posibles beneficios que éste reporta en los participantes.

El análisis de la función de la conducción puede contribuir a un mayor conocimiento de la posición que esta figura ocupa dentro del grupo. Estas aportaciones pueden ser relevantes tanto en la formación de futuros conductores grupales como en la definición de las habilidades necesarias para hacerse cargo de un espacio psicoterapéutico grupal.

La exploración y el análisis de los participantes del grupo nos facilitan el estudio y la comprensión de los cambios individuales que se producen en el transcurso del grupo. En este sentido, puede ayudarnos también a definir perfiles con necesidades distintas.

El descubrimiento de ciertas temáticas como potencialmente capaces de promover y favorecer la emergencia de factores terapéuticos grupales es una información que nos puede ayudar a pensar y ahondar tanto en la comprensión y funcionamiento de los grupos psicoterapéuticos como en el manejo de los mismos.

Finalmente, la inclusión de la metodología cualitativa resulta un instrumento valioso ya que aporta información y matices diferentes al método cuantitativo experimental mayoritariamente utilizado en investigación.

13. Conclusiones

La utilidad de la inclusión de la psicoterapia grupal para personas que presentan síntomas psicóticos en estado agudo en unidades de hospitalización queda confirmada en el presente trabajo. Los grupos psicoterapéuticos ofrecen un espacio favorecedor para la desingularización, la expresión de sentimientos, la socialización y el desarrollo de las relaciones de ayuda. Para crear este espacio terapéutico, como hemos visto en apartados anteriores, las normas ocupan un papel central, especialmente al inicio. Su utilidad se relaciona con el cuidado a los miembros del grupo. Inicialmente es la conducción quien se responsabiliza del cumplimiento de las mismas siendo una función que se traspasa al grupo como un todo conforme éste se desarrolla. El presente trabajo define el papel de la conducción como básico e imprescindible en la formación y desarrollo del grupo psicoterapéutico. La conducción se adapta a las necesidades del grupo y es responsable de crear un clima favorecedor para que afloren los

factores terapéuticos grupales. Con sus intervenciones delimita el terreno de juego y moldea una manera de relacionarse en él. Ayuda con sus intervenciones a conectar entre sí los miembros del grupo. Conforme el grupo psicoterapéutico se va desarrollando, las intervenciones de la conducción disminuyen y las de los participantes aumentan. El cambio terapéutico está activado y el grupo es cada vez más autónomo en su funcionamiento.

En referencia a los beneficios de los grupos psicoterapéuticos, en el apartado hipótesis nos planteamos, si éstos son espacios favorecedores para que los participantes adquirieran un rol activo en la relación de ayuda y rompan el aislamiento tomando la iniciativa en el ámbito de la relación social. Queda reflejado en los diferentes análisis la emergencia de procesos grupales íntimamente relacionados con habilidades de comunicación y relación. La expresión de sentimientos es crucial para el buen funcionamiento del grupo psicoterapéutico. Es el proceso grupal básico y se relaciona mayoritariamente con procesos capaces de promover factores terapéuticos grupales como la *Universalización*, el *Altruismo* y la *Socialización*. La participación en nuestros grupos favorece el desarrollo de la comunicación, los procesos de ayuda mutua y los de socialización. Consideramos que uno de los beneficios principales del tratamiento es proporcionar a los participantes experiencias emocionales y relacionales distintas que favorecen el desarrollo de las habilidades anteriormente mencionadas.

Por otro lado, también nos preguntábamos si la selección de la muestra influye en la descripción de los procesos grupales emergentes. En base a nuestros resultados, podemos decir que hay un solapamiento importante y podemos describir gran parte de los grupos con la misma terminología a pesar de estar compuestos por personas con diagnósticos diferentes. El grupo puede definirse por sus componentes, los cuales incluyen aspectos comunicacionales, relacionales, de pertenencia y obstaculizadores del proceso psicoterapéutico. Es importante tenerlos todos en cuenta en la conducción. No obstante, para poder sostener esta afirmación sería necesario ampliar la muestra y replicar el estudio bajo diferentes condiciones. Únicamente podemos hablar de unos datos preliminares que dibujan una tendencia hacia los procesos

grupales comunes.

Por último, hipotetizamos que el número de sesiones al que asisten los participantes tiene una relación directa con los beneficios del tratamiento grupal. Nuestros datos indican que los participantes son más autónomos en la relación interpersonal dentro del grupo conforme más tiempo están en tratamiento. Y no sólo nos planteamos la influencia del número de sesiones en los procesos grupales, sino también si éstos se ven facilitados por algunos de los temas tratados en la sesión de grupo. En base a nuestros resultados podemos afirmar que determinados temas favorecen la emergencia de procesos grupales concretos, no siendo todos los temas igual de relevantes en la vida y el funcionamiento del grupo psicoterapéutico.

A modo de conclusión, el estudio del desarrollo y funcionamiento de los grupos psicoterapéuticos permite ampliar el conocimiento de esta herramienta clínica, que ha resultado tan útil, dadas sus características y peculiaridades, para el tratamiento de personas con síntomas psicóticos tanto en la hospitalización como en el seguimiento comunitario. Los estudios en contextos reales permiten la retroalimentación y encontrar puntos de contacto entre la investigación y la práctica clínica, dos líneas de trabajo que en varios momentos de la historia se han desarrollado por caminos paralelos. Es importante la convergencia de ambas líneas y el planteamiento de estudios como éste que lo facilitan.

14. Referencias

- Ahn, H. y Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Argyarakouli, E. y Zafiropoulou, M. (2007). Qualitative Analysis of Experiences of Members of a Psychoeducational Assertiveness Group. *Psychological Reports*, 100(2), 531–546. <https://doi.org/10.2466/pr0.100.2.531-546>
- Arroyo Guillamón, R. y del Palacio Tamarit, S. (2011). Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. *Area 3*, 15, 1–16.
- Bados Lopez, A., García Grau, E. y Fusté Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 2(3), 477–502.
- Beecher, J. (1990). *Charles Fourier: The Visionary and His World*. Berkeley: University of California Press.
- Bell, E. C., Marcus, D. K. y Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722–736. <https://doi.org/10.1037/a0033004>
- Belloso Ropero, J. J., Díaz Medina, M. y López Moreno, T. (2015). Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 759–774. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400005>
- Berner, M., Günzler, C., Frick, K., Kriston, L., Loessl, B., Brück, R. y Mann, K. (2008). Finding the ideal place for a psychotherapeutic intervention in a stepped care approach – a brief overview of the literature and preliminary results from the Project PREDICT. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1), S60–S64. <https://doi.org/10.1002/mpr.250>

- Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G. y Chambers, E. (2012). Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*, 45(1), 46–69. <https://doi.org/10.1177/0533316411424356>
- Blake, R. y Blake, R. (1980). The Group Matrix. *Group Analysis*, 13(3), 177–183. <https://doi.org/10.1177/053331648001300306>
- Bloch, S. y Crouch, E. (1985). Factors in Group Psychotherapy. In *Oxford medical publications. Therapeutic factors in group psychotherapy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brey, K. H. (1981). The Mental Hospital Revisited: A Program. *Schizophrenia Bulletin*, 7(3), 522–526. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.3.522>
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A. y Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 373–379. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.373>
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A. y Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3–12. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.3>
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T. y Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34–42. <https://doi.org/10.1037/a0022063>
- Campos Vidal, J. F. (2000). Los Factores Terapéuticos : ¿ Qué Es Lo Que Produce Cambios En Los Grupos ? *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 205–229. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14198/ALTERN2000.8.9>
- Carvajal, C. (2017). El Impacto Del Diagnóstico Médico Como Experiencia Traumática. Algunas Reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 841–848. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.010>

- Casas Rivera, R. (1985). Psicoterapia de grupo en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(015), 475–483.
- Castonguay, L. G. y Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.966348>
- Chapman, C. L., Baker, E. L., Porter, G., Thayer, S. D. y Burlingame, G. M. (2010). Rating group therapist interventions: The validation of the Group Psychotherapy Intervention Rating Scale. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(1), 15–31. <https://doi.org/10.1037/a0016628>
- Corsini R J, R. B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 406–411.
- Creswell, J. W. y Plano Clark, V. L. (2007). Choosing a Mixed Method Design. In J. W. Creswell y V. L. Plano Clark (Eds.), *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (pp. 58–89). London: SAGE.
- de Castro, M. J., Gómez, R. y de la Hoz, A. (Eds.). (2018). *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.
- de la Hoz, A. G. (2011). Lo Viejo y lo Nuevo: Revisión histórica de la psicoterapia grupal. *Clínica y Análisis Grupal*, 33(1), 133–146.
- Diaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México D.F.: Pax México.
- Dion, K. L. (2000). *Group Cohesion : From " Field of Forces " to Multidimensional Construct*. 4(1), 7–26. <https://doi.org/10.1037//1089-2699.4.1.7>
- Drury, M. y Sabbagh, K. (1982). Think more about prescribing. *British Medical Journal (Clinical Research Ed)*, 284(6312), 313–314.
- Fagin, L. (2001). Therapeutic and counter-therapeutic factors in acute ward settings. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 15(2), 99–120.
- Fernández Álvarez, H. (2015). Presente y futuro de la investigación en psicoterapia. *Revista*

Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7(1), 68–78.

<https://doi.org/10.5872/psiencia/7.1.0103>

Ferràs, N. y Mateu, G. (2013). Evolution of the narrative in a brief psychoanalytic psychotherapy group. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 3(2), 251–266.

Forsyth, D. R. (2013). *Group Dynamics* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Foulkes, S. H. (2007a). *Grupoanálisis terapéutico*. Barcelona, Spain: Cegaop Press.

Foulkes, S. H. (2007b). *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona, Spain: Cegaop Press.

Foulkes, S. H. (2007c). *Psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona, Spain: Cegaop Press.

Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (2007). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona, Spain: Cegaop Press.

Freud, S. (2010). *Psicología de las masas*. Alianza Editorial.

Fuhriman, A. y Burlingame, G. M. (1990). Consistency of matter: a comparative analysis of individual and group process variables. *Counseling Psychologist*, 18, 6–63.

Gallegos, N. (2005). Client Perspectives on what Contributes to Symptom Relief in Psychotherapy: A Qualitative Outcome Study. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 355–382. <https://doi.org/10.1177/0022167805277106>

Galletero, J., Gonzalo, A., Mendívil, J., Puente, Y., Segura, A. y Artaso, L. (2002). La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Advances in Relational Mental Health*, 1(2).

García-Cabeza, I., Ducajún, M., Chapela, E. y González de Chávez, M. (2011). Therapeutic Factors in Patient Groups with Psychosis. *Group Analysis*, 44(4), 421–438. <https://doi.org/10.1177/0533316411413522>

García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento de sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.

García Bernardo, E. (1999). Reflexiones sobre la practica de la psicoterapia de grupo en una

- unidad de agudos. *Boletín de La APAG*, 15, 10–19.
- García Cabeza, I. (2008). Evolucion de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII(101), 9–25.
- Gelo, O., Pritz, A. y Rieken, B. (2015). Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome. In *Journal of the Royal Society of Medicine* (Vol. 78). New York, NY: Sprigner.
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: the hidden foundation of change*. Amer Psychological Assn.
- Giacomini, M. K. (2001). EBM notebook The rocky road : qualitative research as evidence. *Evidence Based Medicine*, 6, 4–6.
- Gil Gómez de Liaño, B. (2000). William mcdougall: Un análisis de su vida y su obra. *Revista de Historia de La Psicología*, 21(2–3), 693–706.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick, NB: Transaction Publishers.
- Goldberg, J. F., Garno, J. L., Leon, A. C., Kocsis, J. H. y Portera, L. (1982). A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 284, 313–314.
- González de Chávez, M. (2011). *25 años de psicoterapia de grupo en la psicosis*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- González de Chávez, M., García-Cabeza, I. y Fraile Fraile, J. C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIX(72), 573–586.
- González de Chávez, M., Gutierrez, M., Ducaju, M. y Fraile, J. C. (2000). Comparative Study of the Therapeutic Factors of Group Therapy in Schizophrenic Inpatients and Outpatients. *Group Analysis*, 33(2), 251–264. <https://doi.org/10.1177/0533316400332006>
- Gotoh, M. (2008). The problems of dual-diagnosis patients and the value of integrated therapy: a look at the effectiveness of group therapy methods for dually diagnosed patients.

- Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 43(3), 194–203. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646645>
- Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1).
- Gruber, L. N. (1978). Group techniques for acutely psychotic inpatients. *Group*, 2(1), 31–39. <https://doi.org/10.1007/BF02390127>
- Guimón, J. (2003). *Manual de Terapias de grupo: Tipos, modelos y programas* (Biblioteca). Madrid.
- Healy Brey, K. (1981). The Mental Hospital Revisited: A Program. *Schizophrenia Bulletin*, 7(3), 522–526.
- Hill, C., Thompson, B. y Nutt Williams, E. (1997). A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517–572. <https://doi.org/0803973233>
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, 51(4), 510–513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Hoge, M. y McLoughlin, K. A. (1991). Group Psychotherapy in Acute Treatment Settings; Theory and Technique. *Psychiatric Services*, 42(2), 153–158. <https://doi.org/10.1176/ps.42.2.153>
- Holmes, S. E. y Kivlighan Jr., D. M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 478–484. <https://doi.org/10.1037/W022-OI67.47.4.478>
- Hornsey, M. J., Dwyer, L. y Oei, T. P. S. (2007). Beyond cohesiveness: Reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy. *Small Group Research*, 38(5), 567–592.
- Ingelmo Fernández, J., Calderón, P. y Sánchez, C. (2012). Psicoterapia de grupo de orientación grupoanalítica con pacientes graves ingresados en una unidad de agudos. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(1), 147–162.

- Jiménez, F. V. (2006). Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*, 24, 331–344. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=2226769&orden=141698>
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R. y Gleave, R. L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310–321. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.310>
- Kanas, N. (1991). Group Therapy with Schizophrenic Patients: A Short-Term, Homogeneous Approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1), 33–48. <https://doi.org/10.1080/00207284.1991.11490631>
- Kanas, N. y Barr, M. A. (1986). Process and Content in a Short-Term Inpatient Schizophrenic Group. *Small Group Behavior*, 17(3), 355–363. <https://doi.org/10.1177/104649648601700306>
- Kanas, N., Barr, M. A. y Dossick, S. (1985). The Homogeneous Schizophrenic Inpatient Group. *Small Group Behavior*, 16(3), 397–409. <https://doi.org/10.1177/0090552685163009>
- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C. y Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 146–163. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.10.2.146>
- Kranzler, H. R., del Boca, F. K. y Rounsaville, B. J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts 3 year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 57, 619–626.
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, NY: New York, John Wiley and Sons.
- Lara, M. A., Navarro, C., Acevedo, M., Berenzon, S., Mondragón, L. y Rubí, N. A. (2004). A psycho-educational intervention for depressed women: A qualitative analysis of the process. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(4), 429–447.

<https://doi.org/10.1348/1476083042555424>

Laska, K. M., Gurman, A. S. y Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467–481.

<https://doi.org/10.1037/a0034332>

Le Bon, G. (1895). *Psicología de las masas*. Createspace Independent Pub.

Les R. Greene. (2016). A Qualitative Assessment of the Quantitative Group Psychotherapy Research: Past, Present, and Future. *Group, 40*(1), 23.

<https://doi.org/10.13186/group.40.1.0023>

Levitt, H. M. (2015). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy, 52*(1), 31–37. <https://doi.org/10.1037/a0037076>

Levitt, H. M., Pomerville, A. y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830.

<https://doi.org/10.1037/bul0000057>

Lewin, K. (1980). *La dinámica de los grupos*. Buenos Aires: Ed. Nueva.

López-Yarto, L. (2002). Terapia de grupo o terapia en grupo. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas, 10*.

Ma, N., Roberts, R., Winefield, H. y Furber, G. (2015). Utility of qualitative metasynthesis: Advancing knowledge on the wellbeing and needs of siblings of children with mental health problems. *Qualitative Psychology, 2*(1), 3–28. <https://doi.org/10.1037/qup0000018>

MacKenzie, K. R. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group, 11*(1), 26–34.

MacKenzie, K. R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Maisonneuve, J. (1973). *Psicología Social*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Mantilla, M. J. y Alonso, J. P. (2015). Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: Perspectivas de los profesionales. *Interface: Communication, Health,*

- Education*, 19(52), 21–32. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0198>
- Marcovitz, R. J. y Smith, J. E. (1983). An Approach To Time-Limited Dynamic Inpatient Group Psychotherapy. *Small Group Behavior*, 14(3), 369–376. <https://doi.org/10.1177/104649648301400308>
- Marsh, L. C. (1931). Group treatment of the psychoses by the psychological equivalent of the revival. *Mental Hygiene*, 15, 328–349.
- Martín Cabrero, B. y Martínez Rodríguez, J. M. (2009). Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 79–96. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352009000100005>
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 68).
- Maves, P. A. y Schulz, J. W. (1985). Inpatient Group Treatment on Short-Term Acute Care Units. *Psychiatric Services*, 36(1), 69–73. <https://doi.org/10.1176/ps.36.1.69>
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M. y Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101–117. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Mir, P. (2010). Una historia de la psicoterapia de grupo en España (I). *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 1(0), 110–129.
- Nitsun, M. (2000). El antigupo. *Boletín APAG*, 19, 17–20.
- Nitzgen, D. (2014). Lost in Translation? Reading Foulkes Today. *Group Analysis*, 47(3), 213–226. <https://doi.org/10.1177/0533316414546084>
- O'Donovan, A. y O'Mahony, J. (2009). Service users' experiences of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health*

- Nursing*, 16(6), 523–530. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01409.x>
- Orfanos, S., Banks, C. y Priebe, S. (2015). Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(4), 241–249. <https://doi.org/10.1159/000377705>
- Papanek, H. (1970). Adler's Psychology and Group Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 127(6), 783–786. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.6.783>
- Paterson, C., Karatzias, T., Dickson, A., Harper, S., Dougall, N. y Hutton, P. (2018). Psychological therapy for inpatients receiving acute mental health care: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 453–472. <https://doi.org/10.1111/bjc.12182>
- Pérez Marín, P. y García Cabeza, I. (2016). Eficacia de la psicoterapia de grupo en pacientes con diagnóstico afectivo hospitalizados. *Metas de Enfermería*, 19(8).
- Pinsof, W. M. y Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00270.x>
- Pratt, J. H. (1951). Pioneers in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1(2), 95–99. <https://doi.org/10.1080/00207284.1951.11507845>
- Rennie, D. L. (2000). Grounded Theory Methodology as Methodical Hermeneutics: Reconciling Realism and Relativism. *Theory & Psychology*, 10(4), 481–502. <https://doi.org/10.1177/0959354300104003>
- Ribé, J. M. (2017). Psicoterapia analítica grupal con psicóticos: teoría y adaptaciones técnicas. *Temas de Psicoanálisis*, 13.
- Ribé, J. M., Mercadal, J., Carrió, A., Sánchez, J., Ramilans, C. y Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. 38(134), 473–489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200007>
- Rico Bodi, D. (2000). Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia. VII Jornadas de la APAG. *Boletín*

APAG, 18.

Rogers, C. (1986). Carl Rogers on the development of the person-centered approach. *Person-Centred Review*, 1(3), 257–259.

Roizblatt, A., Cueto, G. y Alvarez, P. (1984). Diagnóstico y tratamiento ¿qué saben los pacientes? *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 491–496.

Rose, D. y Thornicroft, G. (2015). Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(02), 140–147.
<https://doi.org/10.1017/s1121189x00000841>

Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 1–35.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352009000200007>

Sanchez del Hoy, P., Sanz Rodriguez, L. J., Baro Santamarta, C. y Gomez Garcia de la Pedrosa, M. (2006). Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVII(98), 217–229.

Sánchez Morales, L., Eiroa-Orosa, F. J., Valls Llagostera, C., González Pérez, A. y Alberich, C. (2018). From feelings of imprisonment to group cohesion: A qualitative analysis of group analytic psychotherapy with dual diagnosed patients admitted to an acute inpatient psychiatric unit. *Psychotherapy Research*, 28(3), 433–445.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216623>

Segura, A., Mendivil, J. L., Galletero, J. M. y Sánchez, J. (2003). Grupo en una unidad de agudos. *Boletín APAG*, 30, 24–33.

Sheldon, D. R. (1996). Terapia grupal cognitivo-conductual. In *Terapia de grupo* (Ed. Paname). Madrid.

Sigman, M. y Hassan, S. (2006). Benefits of long-term group therapy to individuals suffering schizophrenia: A prospective 7-year study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 273–282.
<https://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.4.273>

- Silvestre García, M., Ingelmo Fernández, J. y García-Ordás Álvarez, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 289–300. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000200005>
- Starks, H. y Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372–1380. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Rith, K., Morgan, A., Bruschiweilerten y Tronick, E. (1998). Non-Interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The “something more” than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79(3), 903–921.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sunyer, J. M. (2008). *Psicoterapia de grupo psicoanalítica: la co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- 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), 1–14.
- Urlic, I. (2010). The group psychodynamic psychotherapy approach to patients with psychosis. *Psychiatria Danubina*.
- Vives, R. J. (1989). El mecanismo de la acción terapéutica en psicoterapia analítica de grupo. *Revista de Análisis Grupal, especial a*, 25–40.
- Von Bertalanffy, L. y colaboradores (1981). *Tendencias en la teoría general de los sistemas*. Madrid: Alianza.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wilson, H. S. y Hutchinson, S. a. (1991). *Triangulation of Qualitative Methods: Heideggerian*

Hermeneutics and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 1(2), 263–276.

<https://doi.org/10.1177/104973239100100206>

Yalom, I. D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. Nueva York, NY: Basic Books.

Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

15. Apéndice A: Protocolos de recogida de datos

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PRE-GRUPO

NH:

Nº días ingresado/a :

Nombre y apellidos:

Sexo:

- 0 Hombre
- 1 Mujer

Edad :

Estado civil :

- 0 soltero/a
- 1 casado/a
- 2 separado/a
- 3 viduo/a

Con quién convive actualmente :

- 0 padres
- 1 pareja
- 2 otros familiares
- 3 otros no familiares
- 4 solo/a
- 5 otros

Tiene hijos :

- 0 no
- 1 sí

Número de ingresos:

Diagnóstico actual :

- 0 Esquizofrenia
- 1 Esquizofreniforme
- 2 Episodio psicótico breve
- 3 Primer brote psicótico
- 4 Esquizoafectivo
- 5 Trastorno bipolar
- 6 Trastorno delirante
- 7 Psicosis
- 8 No lo sabe
- 9 Otros

Tratamiento previo durante el último mes anterior al ingreso:

- 0 no
- 1 sí

Tipo de tratamiento durante el último mes:

- 0 Psicofarmacológico
- 1 Psicoterapéutico
- 2 Psicofarmacológico y psicoterapéutico
- 3 Ninguno

Alguna vez ha realizado tratamiento grupal:

- 0 No
- 1 Sí

Tratamiento grupal:

- 0 abandono
- 1 completo

Alguna vez ha consumido sustancias a lo largo de la vida:

- 0 no
- 1 sí

¿Cuáles?

- Alcohol
- CNN
- Cocaína
- Heroína
- Drogas de síntesis
- Inhalantes
- Otras

Consumo habitual de sustancias:

- 0 no
- 1 sí

¿Cuáles?

- Alcohol
- CNN
- Cocaína
- Heroína
- Drogas de síntesis
- Inhalantes
- Otras

Fuma actualmente:

- 0 no
- 1 sí

Ha fumado alguna vez a lo largo de la vida:

- 0 no
- 1 sí

NORMAS Y ACEPTACIÓN DE COMPROMISOS

1. Asistencia a las sesiones grupales con regularidad y **puntualidad** los días y a las horas establecidas.
2. Se requiere por parte de todos los componentes del grupo la **confidencialidad** en relación a los temas tratados en el grupo.
3. Todo aquel que presente un comportamiento violento o poco **respetuoso** con los/as compañeros/as o las conductoras será retirado del grupo.

Plantilla de recogida de datos

Sesión:

Fecha:

Número de participantes:

Ambiente (clima) grupal:

Temática/s principal/s:

Visión de cada miembro en el grupo:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	



Tipo de participación (como son las interacciones de cada miembro del grupo)

	Conductoras	Diada	Grupo
1			
2			
3			
4			
4			
5			
7			
8			
9			
10			

Conductoras: la persona habla dirigiéndose exclusivamente a algún miembro de la conducción sin incluir al resto del grupo.

Diada: la persona habla a otro miembro sin incluir al resto del grupo.

Grupo: la persona habla a todo el grupo.

16. Apéndice B: Tablas de resultados

Tabla B1

Análisis de las sesiones psicoterapéuticas

Sesión	Nº de participantes	Evaluación del clima grupal y temáticas grupales		Evaluación de la participación de los miembros del grupo		Patrones relacionales en la sesión	Frecuencias de las categorías más usadas (n = 6 o más en cada sesión)
		Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta A	Terapeuta B		
1	3	<p><u>Clima:</u> Asertivo, necesidad de crear otra realidad.</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Necesidad de crear otra realidad en contraposición a la cárcel. 2) Trastorno mental. 3) Medicamentos y drogas</p>	<p><u>Clima:</u> Participativo, exigente y vengativo.</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Desorientación-orientación. 2) Deseo de cambiar las cosas en la unidad de salud mental. 3) Trastorno mental y drogas.</p>	<p>1) Participativo, ayuda a los compañeros. 2) Participativo, tendencia a crear otra realidad. 3) No participativo. Ira, rabia</p>	<p>1) Muy participativo, trata de ayudar al grupo. 2) Muy participativo, idealista, con deseos de cambio. 3) Expresa rabia pero controlada. Se siente enjaulado, no tiene que estar aquí.</p>	<p>Todos los miembros le hablan a la conductora. Establecen relaciones entre 1 y 3. Relación miembro 2 con el resto del grupo</p>	<p>1/2) <i>Propuesta</i>(11)/ <i>Recordar la norma</i> (11)</p> <p>3) <i>Cuidar a los demás-Apoyo</i> (8)</p> <p>4/5) <i>Refuerzo</i> (7)/ <i>Reconducción</i> (7).</p>
2	5	<p><u>Clima:</u> Confusión</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Organizarse para respetar turnos. 2) Necesidad de contar cada uno su propia historia. 3) Pobre soporte.</p>	<p><u>Clima:</u> Cohesión, caos.</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Deseo de muerte y temor a la muerte. 2) Normas del grupo. 3) Deseo de compartir y expresar afecto por el grupo.</p>	<p>1) Participativo. Busca al terapeuta. Se preocupa por un miembro del grupo. 2) Trata de organizar turnos para hablar. Dificultad con turnos palabra. Invita a los nuevos participantes a hablar. 3) Participa, parece feliz y respeta turno de palabra. 4) Participa, explica detalladamente sintomatología psiquiátrica. 5) Contribuye muy poco. Minimiza el consumo de drogas.</p>	<p>1) Intenta ayudar a los otros. Expresa afecto hacia ellos. 2) Intenta liderar. Egocéntrico. Expresa afecto al grupo e intenta incluir a todos. 3) Participa y promueve la cohesión grupal. 4) Intenta ser el centro de atención. Se autorregula a través de la interacción. Tendencia a la victimización. Muestra afecto por otro miembro. 5) Comentarios poco conectados al grupo aunque trata de incluirse.</p>	<p>Miembros 1 y 5 con terapeuta. Relaciones diádicas entre los miembros 1, 2, 3 y 4.</p>	<p>1) <i>Expresión de sentimientos</i> (16)</p> <p>2) <i>Cuidar a los demás-Apoyo</i> (15)</p> <p>3) <i>Interacción</i> (13)</p> <p>4) <i>Cuestionar la norma</i> (12)</p> <p>5/6) <i>Reconducción</i> (11)/ <i>Recordar la norma</i> (11)</p> <p>7) <i>Traducción</i> (10)</p> <p>8) <i>Conciencia del grupo</i> (9)</p> <p>9) <i>Cuestionar la norma</i> (8)</p>

Tabla B1

Análisis de las sesiones psicoterapéuticas

Sesión	Nº de participantes	Evaluación del clima grupal y temáticas grupales		Evaluación de la participación de los miembros del grupo		Patrones relacionales en la sesión	Frecuencias de las categorías más usadas (n = 6 o más en cada sesión)
		Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta A	Terapeuta B		
3	7	<p><u>Clima:</u> Cálido, cohesión.</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Necesidad de pertenecer al grupo, cohesión. 2) Agradecen las relaciones de ayuda en el grupo.</p>	<p><u>Clima:</u> Expresión de sentimientos.</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Relación con los compañeros</p>	<p>2) Fomenta la participación. Calma.</p> <p>3) Participa aunque le cuesta incluirse.</p> <p>4) Expresión de sentimientos.</p> <p>5) Distante, participa poco.</p> <p>6) Participa y se incluye.</p> <p>Independiente aunque es y se siente dentro de un grupo.</p> <p>7) A veces bien adaptado al grupo y otras más ausente.</p> <p>8) Participativo. Necesita pertenecer a un grupo.</p>	<p>2) Pacífico y estable. Respeta turno de palabra.</p> <p>Asume el rol de cuidador de grupo.</p> <p>3) Interrupciones y no respeta turno palabra. Más capaz de autorregularse.</p> <p>4) Silencioso, menos necesidad de ser el centro del grupo, menos dramático.</p> <p>5) Físicamente presente pero ausente del grupo.</p> <p>Dificultad para adaptarse al grupo e integrarse.</p> <p>6) Rivalidad y conflicto con algunos miembros del grupo. Capaz de autorregularse.</p> <p>7) A veces participativo y otras somnoliento y ausente.</p> <p>8) Participa, busca la aprobación del terapeuta. Expone sus emociones en tercera persona.</p>	<p>Interaccionan entre todos los miembros del grupo excepto el miembro 2 y 5 que sólo lo hacen con la conductora.</p> <p>Interacciones entre tres, cuatro y siete miembros.</p>	<p>1) <i>Expresión de sentimientos</i> (24)</p> <p>2) <i>Interacción</i> (17)</p> <p>3) <i>Traducción</i> (8)</p> <p>4) <i>Refuerzo</i> (6).</p>

Tabla B1

Análisis de las sesiones psicoterapéuticas

Sesión	Nº de participantes	Evaluación del clima grupal y temáticas grupales		Evaluación de la participación de los miembros del grupo		Patrones relacionales en la sesión	Frecuencias de las categorías más usadas (n = 6 o más en cada sesión)
		Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta A	Terapeuta B		
4	5	<p><u>Clima:</u> Cohesión</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Pérdida de pareja. 2) Impulsos incontrolados. 3) Culpabilidad asociada con la pérdida e intentos de reparación. 4) Cambios durante el proceso terapéutico.</p>	<p><u>Clima:</u> Emoción, expresión.</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Deseo de cambio. 2) Control de impulsos. 3) Pérdida de relaciones afectivas.</p>	<p>3) Triste por la pérdida de pareja. Culpa por la falta de control impulsos. 4) Ayuda a los compañeros. Señala el lado positivo de las cosas y minimiza la culpabilidad. 7) Intenta mantener la atención y participar. Proporciona información sobre su relación. 9) Involucrado desde el principio, pero cuando el miembro 1 pide salir, también lo pide argumentando que no se sentía bien. 10) Dificultades de inclusión. Participa sólo para decir que él no quiere estar. Ambivalente.</p>	<p>3) Emocionado, culpable. Tristeza. Mayor autocontrol, deseo de cambio. 4) Deseo de cambio en el control de impulsos. 7) Somnoliento, intenta escuchar, pero tiene problemas para mantener la atención. 9) Interacciona, pero abandona el grupo con otro (comportamiento imitativo, dificultades para tolerar espacio grupal) 10) Rechaza al grupo, confronta. Deja el grupo.</p>	<p>Todos los miembros con la conductora. Interacciones entre cuatro y cinco miembros y con el grupo como un todo.</p>	<p>1) <i>Expresión de sentimientos</i> (16) 2) <i>Interacción</i> (12) 3) <i>Cambio</i> (10) 4) <i>Identificación</i> (9) 5/6) <i>Traducción</i> (8)/ <i>Cuestionar la norma</i> (8) 6/7) <i>Cuidar a los demás- Apoyo</i> (7)/ <i>Planes de futuro</i> (7) 8) <i>Recordar la norma</i> (6)</p>

Tabla B1

Análisis de las sesiones psicoterapéuticas

Sesión	Nº de participantes	Evaluación del clima grupal y temáticas grupales		Evaluación de la participación de los miembros del grupo		Patrones relacionales en la sesión	Frecuencias de las categorías más usadas (n = 6 o más en cada sesión)
		Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta A	Terapeuta B		
5	2	<p><u>Clima:</u> Cálido, cohesión.</p> <p><u>Temáticas:</u> Navidad, reuniones</p>	<p><u>Clima:</u> Encuentro, comunicación, afecto, emoción.</p> <p><u>Temáticas:</u> Navidad, seres queridos</p>	<p>3) Expresivo, emocionado. Dificultad en la relación con su hermano.</p> <p>7) Participa más de lo habitual. Expresión de sentimientos. Interés en el otro.</p>	<p>3) Participativo y comunicativo. Emocional y afectivo.</p> <p>7) Comunicativo, capaz de confrontar y recoger al mismo tiempo. Cuidador.</p>	<p>Todos los miembros con la conductora. Interacciones entre los dos miembros.</p>	<p>1) <i>Expresión de sentimientos</i> (16)</p> <p>2) <i>Interacción</i> (10)</p> <p>3) <i>Refuerzo</i> (7)</p>
6	6	<p><u>Clima:</u> Cohesión</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Dudas sobre el futuro. 2) Síntomas. Efectos secundarios. 3) Importancia de la compañía.</p>	<p><u>Clima:</u> Cohesión</p> <p><u>Temáticas:</u> 1) Deseo de cambio. 2) Sentimientos de opresión en el ingreso. 3) Soledad, compañía y familia.</p>	<p>11) Dificultades en la inclusión, aunque es parte del grupo. Concreto. Solo.</p> <p>12) Incluido, pero poco involucrado. Habla de sintomatología. Escucha activamente.</p> <p>13) Escucha activa y empáticamente.</p> <p>14) Dificultad para respetar turno de palabra y escuchar.</p> <p>15) Incluido e involucrado, refuerza a otros.</p> <p>16) Participa y explica los síntomas. Proporciona soporte a otros miembros del grupo.</p>	<p>11) Participa e intenta incluirse. Intervenciones breves.</p> <p>12) Se incluye a posteriori. Escucha activa.</p> <p>13) Participativo y centrado en la realidad. Ofrece soporte al grupo.</p> <p>14) Dificultades para escuchar y conectar con el grupo. Recibe ayuda del grupo. Lábil.</p> <p>15) Participativo. Ofrece ayuda y nuevas visiones.</p> <p>16) Deseo de cambio. Empático. Culpa por el pasado.</p>	<p>Todos los miembros con la conductora. Interacciones en las que participan entre tres y cinco miembros del grupo.</p>	<p>1) <i>Expresión de sentimientos</i> (27)</p> <p>2) <i>Cuidar a los demás-Apoyo</i> (14)</p> <p>3) <i>Refuerzo</i> (13)</p> <p>4) <i>Traducción</i> (12)</p> <p>5/6) <i>Dar ayuda</i> (11)/ <i>Interacción</i> (11)</p> <p>7) <i>Cambio</i> (8)</p>

Tabla B1

Análisis de las sesiones psicoterapéuticas

Sesión	Nº de participantes	Evaluación del clima grupal y temáticas grupales		Evaluación de la participación de los miembros del grupo		Patrones relacionales en la sesión	Frecuencias de las categorías más usadas (n = 6 o más en cada sesión)
		Terapeuta A	Terapeuta B	Terapeuta A	Terapeuta B		
7	6	<u>Clima:</u> Confianza. <u>Temáticas:</u> 1) Normas. 2) Síntomas, protección, etiquetas y estigmatización.	<u>Clima:</u> Seguridad. <u>Temáticas:</u> 1) Etiquetas de diagnóstico. 2) Normas.	11) Participa poco y cuando lo hace está poco conectado con el grupo. 15) Participa, consciente de los compañeros que prestan apoyo. 17) Prudente en sus intervenciones. Le es más fácil proporcionar información que hablar de sí mismo. 18) Participa y respeta el turno de palabra. 19) Escucha activa. Incluido en el grupo. 20) Escucha activa, pero poca participación. Se identifica con algunos síntomas.	11) Dificultad para integrarse en el tema del grupo, aunque más conectado y menos somnoliento. 15) Bien integrado en el grupo. Gusta a sus compañeros que lo ven fuerte. Tiene dificultades para expresar afecto al grupo, aunque hace alguna muestra. 17) Da información al grupo, pero tiene dificultades para hablar de sí mismo. A veces aislado. 18) Dificultades de autorregulación. Necesita contención 19) Incluido en el grupo, acompaña y cuida de que nadie se quede solo. 20) Integrado. Algo suspicaz, pero consigue confiar en el grupo a pesar de estar interpretativo.	Todos los miembros con la conductora. Relación diádica entre el miembro 2 y 3.	1/2) <i>Cuidar a los demás- Apoyo (7) / Aceptar la norma (7)</i> 3/4) <i>Expresión de sentimientos (6)/ Traducción (6)</i>

Tabla B2

Matriz de correlaciones. Unidad de análisis la sesión

	AN	AC	C	CN	CDA	CE	DA	D	EM	ES	FC	CG	ID	IG	IN	J	PA	PF	P	R	RN	RF	ESP	SP	T
AN	1																								
AC	,236	1																							
C	,006	-,049	1																						
CN	,304	,221	-,237	1																					
CDA	,054	-,118	,047	,128	1																				
CE	,090	,018	-,087	,041	,082	1																			
DA	,225	,092	,145	-,054	,177	,115	1																		
D	,218	,182	-,057	,024	-,017	-,121	,183	1																	
EM	,201	-,018	-,007	,004	,064	,004	,124	,136	1																
ES	,023	,141	,231*	-,099	,457	,061	,467	,119	-,027	1															
FC	,196	,069	,120	,009	,248*	,042	,181	,172	,180	,532***	1														
CG	-,036	-,051	-,078	,219*	,247*	,082	-,086	,050	-,159	,187	,223*	1													
ID	,035	,006	,029	,011	,330	,117	,152	,119	,220	,526	,377	,148	1												
IG	-,072	-,342	,093	-,031	,077	-,154	,148	,007	,043	,085	,056	-,010	-,013	1											
IN	-,139	,336	,002	,006	,185	,045	,140	,036	,031	,360	,110	,116	,113	-,194	1										
J	,171	-,056	-,068	-,097	-,120	,172	,128	-,049	,029	,121	,122	,123	,048	,011	-,103	1									
PA	,081	,086	-,051	-,029	,134	-,001	,335	,293	,090	,363	,215	,162	,285	,001	,190	,066	1								
PF	-,267	-,155	-,006	,240*	-,076	-,092	,222	,202	-,102	,098	-,063	-,105	,002	,169	-,040	-,097	,062	1							
P	,219	,092	-,044	,086	-,003	,102	,187	,132	,057	,056	-,172	,029	-,012	,092	-,034	-,049	,020	-,090	1						
R	-,005	,161	,029	,058	,092	,220	,046	-,013	,084	,164	,181	,133	,049	,119	,285	-,092	,104	-,219	,209	1					
RN	,456	,212	-,055	,451	,068	,076	,332	,237	-,042	,195	,133	,115	,147	,022	,027	,247	,203	-,070	,136	-,003	1				
RF	-,032	-,044	-,076	-,114	,244*	,125	,209*	-,081	,233*	,166	,083	,115	,051	-,088	,082	,264*	,042	,147	-,133	-,091	,106	1			
ESP	,265	,112	-,021	,201	,185	-,094	,200	,048	-,019	,028	-,000	,095	,023	,037	,117	-,035	,115	-,077	,180	,061	,343	,055	1		
SP	-,147	-,024	,205	-,131	-,076	-,100	,038	-,046	,092	,140	-,080	-,109	,088	,092	,159	-,015	,142	-,137	-,036	,003	-,079	-,039	-,068	1	
T	,099	,062	,255*	-,170	,011	-,025	,332**	,129	,194	,374***	,239*	-,134	,230*	,069	,070	,196	,190	,129	,019	,059	,099	,109	,018	-,100	1

AN: Aceptar norma, AC: Aportar contenido, C: Cambio, CN: Cuestionar norma, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, CE: Cuidar espacio, DA: Dar ayuda, D: Drogas, EM: Efectos secundarios medicación, ES: Expresión de sentimientos, FC: Facilitar la comunicación, CG: Conciencia de grupo, ID: Identificación, IG: Ingreso, IN: Interacción, J: Justificación, PA: Pedir ayuda, PF: Planes de futuro, P: Propuesta, R: Reconducción, RN: Recordar norma, RF: Refuerzo ESP: Expresión de sintomatología psicótica, SP: Síntomas psiquiátricos, T: Traducción. ***significativa al nivel ,001 **significativa al nivel ,01 *significativa al nivel ,05

Tabla B3

Matriz de correlaciones. Unidad de análisis la persona

	AN	RN	CN	SP	D	R	C	PF	CG	CE	IN	ES	PA	DA	ID	CDA	P	J	AC	IG	EM	ESP	NS	E	
AN	1																								
RN	,205**	1																							
CN	,447**	,094	1																						
SP	,043	,063	,096	1																					
D	,042	-,054	-,03	-,066	1																				
R	,036	-,064	-,023	,004	,046	1																			
C	-,004	-,046	-,096	,201**	,022	,024	1																		
PF	-,089	-,029	-,108	,113	,272**	,188**	,046	1																	
CG	,165**	,032	,135*	,096	,113	,327**	,147*	,257**	1																
CE	,112	-,046	,204**	-,007	-,08	-,026	,004	-,092	,172**	1															
IN	,250**	,085	,209**	,254**	,106	,226**	,125*	,227**	,490**	,215**	1														
ES	,209**	,064	,169**	,284**	,165**	,147*	,190**	,215**	,437**	,115	,545**	1													
PA	,082	-,028	,07	,237**	,03	,006	,150*	,095	,278**	,056	,237**	,358**	1												
DA	,092	,122*	,018	,246**	,135*	,194**	,124*	,263**	,366**	,006	,432**	,403**	,210**	1											
ID	,160**	,157*	,117	,234**	,146*	,084	,101	,131*	,355**	,153*	,382**	,440**	,236**	,356**	1										
CDA	,058	,131*	,05	,082	,04	,220**	,124*	,134*	,436**	,167**	,408**	,344**	,240**	,450**	,361**	1									
P	,152*	-,028	,213**	,05	-,007	-,029	,099	-,068	,043	,018	-,02	,052	,077	,061	,017	,007	1								
J	,043	-,014	-,05	,069	-,038	,079	,131	,143*	,083	,127	,086	,059	,019	,025	-,112	-,009	-,02	1							
AC	,160*	,043	,084	,014	,160*	,230**	,039	,269**	,358**	,066	,458**	,371**	,186**	,384**	,278**	,214**	,071	,062	1						
IG	-,01	-,038	-,032	,123*	-,034	,09	,281**	,145*	,329**	,169**	,351**	,366**	,230**	,298**	,283**	,264**	,086	,059	,290**	1					
EM	,103	,021	,069	,142*	-,079	,140*	,084	,081	,226**	-,085	,180**	,202**	,150*	,271**	,231**	,242**	,082	-,053	,113	,243**	1				
ESP	,181**	,085	,146*	,032	,082	-,054	,037	,029	,088	-,038	,184**	,168**	,045	,134*	,131*	,004	,106	-,049	,236**	,229**	,137*	1			
NS	,244**	,111	,212**	,159**	,087	,163**	,178**	,217**	,567**	,169**	,599**	,619**	,325**	,445**	,536**	,455**	,036	,041	,398**	,451**	,286**	,167**	1		
E	,008	,036	-,003	-,024	-,122*	,028	,075	-,063	-,081	,002	,017	-,046	-,001	,08	,034	,018	-,072	,054	,045	,046	,045	,041	,063	1	

AN: Aceptar norma, RN: Recordar norma, CN: Cuestionar norma, SP: Síntomas psiquiátricos, D: Drogas, R: Refuerzo, C: Cambio, PF: Planes de futuro, CG: Conciencia de grupo, CE: Cuidar espacio, IN: Interacción, ES: Expresión de sentimientos, PA: Pedir ayuda, DA: Dar ayuda, ID: Identificación, CDA: Cuidar a los demás-Apoyo, P: Propuesta, J: Justificación, AC: Aportar contenido, IG: Ingreso, EM: Efectos secundarios medicación, ESP: Expresión de sintomatología psicótica, NS: Número sesiones, E: Edad. **significativa al nivel ,01 *significativa al nivel ,05.

Tabla B4

Frecuencia de las subcategorías en función del Género (M±DT)

	Hombre		Mujer		Significación		
	M	DT	M	DT	z	p	d
Aceptar norma	0,4815	1,03558	0,2	0,43738	-2,167	,03	0,32
Recordar norma	0,0296	0,17019	0	0	-1,451	,147	0,21
Cuestionar norma	0,4296	1,02608	0,2429	0,57573	-1,14	,254	0,21
Síntomas psiquiátricos	0,3407	0,73467	0,4429	0,79191	-1,021	,307	-0,14
Drogas	0,2296	0,57225	0,0714	0,31028	-2,27	,023	0,32
Refuerzo	0,2222	0,48356	0,2	0,5543	-0,804	,421	0,04
Cambio	0,0741	0,31456	0,1857	0,42709	-2,52	,012	-0,31
Planes de futuro	0,5852	0,89263	0,2714	0,58783	-2,607	,009	0,39
Conciencia de grupo	2,6444	2,6386	2,5286	2,44784	-0,136	,892	0,04
Cuidar espacio	0,0815	0,32442	0,2429	0,62405	-2,123	,034	-0,36
Interacción	3,6667	3,47486	3,3429	2,99219	-0,408	,683	0,1
Expresión de sentimientos	5,5037	4,70769	5,3	5,0658	-0,596	,551	0,04
Pedir ayuda	0,9852	1,58343	0,8571	1,24278	-0,163	,871	0,09
Dar ayuda	2,1037	2,60675	1,9571	2,29956	-0,098	,922	0,06
Identificación	1,6815	1,93804	2,7	2,50998	-3,249	,001	-0,47
Cuidar a los demás-Apoyo	2,0963	2,43689	2,1714	2,071	-0,742	,458	-0,03
Propuesta	0,037	0,22551	0,0571	0,23379	-0,947	,343	-0,09
Justificación	0,0148	0,12126	0	0	-1,021	,307	0,15
Aportar contenido	1,2963	1,73237	1,1429	2,0165	-1,422	,155	0,08
Ingreso	1,6148	2,31473	1,7571	1,73986	-1,525	,127	-0,07
Efectos secundarios medicación	0,3704	0,77979	0,3143	0,69246	-0,049	,961	0,07
Expresión de sintomatología psicótica	0,6	1,46196	0,5	2,01983	-1,151	,25	0,06

Tabla B5

Frecuencia de las subcategorías en función de la Adecuación al grupo (M±DT)

	No		Sí		Significación		
	M	DT	M	DT	z	p	d
Aceptar norma	0,5	0,62972	0,3655	0,94144	-1,891	,059	0,15
Recordar norma	0,0333	0,18257	0,0207	0,14284	-0,421	,674	0,08
Cuestionar norma	0,8333	1,55549	0,3241	0,75354	-2,97	,003	0,54
Síntomas psiquiátricos	0,3667	0,66868	0,3448	0,7301	-0,332	,74	0,03
Drogas	0,1667	0,46113	0,1448	0,45612	-0,355	,722	0,05
Refuerzo	0,1333	0,34575	0,2207	0,53319	-0,595	,552	-0,17
Cambio	0,0667	0,25371	0,1172	0,36331	-0,633	,527	-0,15
Planes de futuro	0,6333	0,92786	0,4552	0,81632	-1,102	,27	0,21
Conciencia de grupo	2,5333	2,96803	2,8	2,59701	-0,935	,35	-0,1
Cuidar espacio	0,0333	0,18257	0,1517	0,49062	-1,232	,218	-0,26
Interacción	3,5	3,45164	3,7862	3,43225	-0,353	,724	-0,08
Expresión de sentimientos	6,4667	4,79751	5,3448	4,92637	-1,598	,11	0,23
Pedir ayuda	0,8333	1,28877	0,9862	1,56341	-0,503	,615	-0,1
Dar ayuda	1,9667	2,70992	2,1241	2,55463	-0,574	,566	-0,06
Identificación	1,5333	1,75643	2,2207	2,33473	-1,6	,11	-0,31
Cuidar a los demás-Apoyo	1,5667	1,97717	2,269	2,37538	-1,779	,075	-0,3
Propuesta	0,1333	0,43417	0,0345	0,1831	-1,587	,113	0,41
Justificación	0	0	0,0138	0,11704	-0,645	,519	-0,13
Aportar contenido	1,6	1,99309	1,2828	1,91015	-0,887	,375	0,16
Ingreso	1,6	1,79271	1,8	2,3082	-0,014	,989	-0,09
Efectos secundarios medicación	0,4333	0,93526	0,3448	0,70098	-0,072	,943	0,12
Expresión de sintomatología psicótica	1,1667	1,78274	0,5034	1,75247	-2,681	,007	0,38

Tabla B6

Frecuencia de las categorías en función del Rol de soporte al grupo (M±DT)

	No (n=70)		Sí (n=105)		Significación		
	M	DT	M	DT	z	p	d
Aceptar norma	0,3571	0,56558	0,4095	1,06243	-0,571	,568	-0,06
Recordar norma	0	0	0,0381	0,19234	-1,647	,1	-0,26
Cuestionar norma	0,4286	1,11084	0,4	0,83896	-0,214	,831	0,03
Síntomas psiquiátricos	0,3143	0,75264	0,3714	0,69693	-1,047	,295	-0,08
Drogas	0,1429	0,42684	0,1524	0,47598	-0,006	,996	-0,02
Refuerzo	0,0714	0,2594	0,2952	0,60326	-2,794	,005	-0,45
Cambio	0,0571	0,23379	0,1429	0,4026	-1,478	,14	-0,25
Planes de futuro	0,3571	0,63783	0,5714	0,93908	-1,272	,203	-0,26
Conciencia de grupo	1,9714	2,25846	3,2762	2,78214	-3,129	,002	-0,5
Cuidar espacio	0,0714	0,31028	0,1714	0,52728	-1,307	,191	-0,22
Interacción	2,7714	2,8851	4,381	3,61722	-3,046	,002	-0,48
Expresión de sentimientos	4,5	3,89258	6,2286	5,39098	-2,036	,042	-0,36
Pedir ayuda	0,6143	1,14579	1,1905	1,6876	-2,578	,01	-0,39
Dar ayuda	1,2286	1,67826	2,6762	2,89394	-4,09	<,0001	-0,58
Identificación	1,4429	1,35813	2,5429	2,60926	-2,607	,009	-0,5
Cuidar a los demás-Apoyo	1,3	1,56363	2,7143	2,56723	-4,177	<,0001	-0,64
Propuesta	0,0857	0,32938	0,0286	0,1674	-1,338	,181	0,23
Justificación	0	0	0,019	0,13735	-1,158	,247	-0,18
Aportar contenido	1,1286	1,76866	1,4762	2,01483	-1,426	,154	-0,18
Ingreso	1,5429	2,08296	1,9143	2,31265	-1,164	,244	-0,17
Efectos secundarios medicación	0,2857	0,7641	0,4095	0,72979	-1,887	,059	-0,17
Expresión de sintomatología psicótica	0,7857	1,37148	0,5048	1,99096	-2,872	,004	0,16

Tabla B7

Frecuencia de las categorías en función de la Asistencia (M±DT)

	No		Sí		Significación		
	M	DT	M	DT	z	p	d
Aceptar norma	0,4762	0,7496	0,377	0,90476	-0,811	,417	0,11
Recordar norma	0	0	0,0219	0,14662	-0,683	,495	-0,16
Cuestionar norma	0,381	0,66904	0,3661	0,92721	-0,712	,476	0,02
Síntomas psiquiátricos	0,3333	0,57735	0,3825	0,77468	-0,158	,875	-0,06
Drogas	0,2857	0,78376	0,1639	0,4634	-0,269	,788	0,24
Refuerzo	0,1429	0,35857	0,2186	0,52023	-0,429	,668	-0,15
Cambio	0,0952	0,30079	0,1148	0,36757	-0,068	,946	-0,05
Planes de futuro	0,3333	0,65828	0,4973	0,83122	-0,886	,375	-0,2
Conciencia de grupo	1,3333	2,19848	2,7486	2,58104	-2,933	,003	-0,56
Cuidar espacio	0,0476	0,21822	0,1475	0,47473	-0,844	,399	-0,22
Interacción	2,1905	1,47034	3,7268	3,4341	-1,621	,105	-0,47
Expresión de sentimientos	3,7619	2,70009	5,6557	4,97207	-1,445	,149	-0,39
Pedir ayuda	0,8095	1,12335	0,9563	1,51485	-0,164	,87	-0,1
Dar ayuda	1,381	2,03657	2,1311	2,54935	-1,598	,11	-0,3
Identificación	0,8095	1,03049	2,1803	2,25448	-3,122	,002	-0,63
Cuidar a los demás-Apoyo	0,9524	1,85678	2,2514	2,3328	-3,327	,001	-0,57
Propuesta	0,0476	0,21822	0,0437	0,23027	-0,203	,839	0,02
Justificación	0	0	0,0109	0,10425	-0,48	,631	-0,11
Aportar contenido	0,6667	0,96609	1,306	1,89977	-1,053	,292	-0,35
Ingreso	1	1,41421	1,7432	2,19506	-1,596	,11	-0,35
Efectos secundarios medicación	0	0	0,388	0,78255	-2,62	,009	-0,52
Expresión de sintomatología psicótica	0,5714	1,2873	0,5683	1,71435	-0,288	,774	0

Tabla B8

Frecuencia de las categorías en función de la Tolerancia al escenario grupal (M±DT)

	No		Sí		Significación		
	M	DT	M	DT	z	p	d
Aceptar norma	0,8571	1,98206	0,3315	0,64772	-1,344	,179	0,6
Recordar norma	0	0	0,0217	0,14623	-0,681	,496	-0,16
Cuestionar norma	0,5238	0,98077	0,3478	0,89241	-0,921	,357	0,2
Síntomas psiquiátricos	0,5238	0,98077	0,3587	0,72552	-0,482	,63	0,22
Drogas	0,2381	0,70034	0,1685	0,4778	-0,195	,845	0,14
Refuerzo	0,0952	0,30079	0,2283	0,52486	-1,057	,29	-0,26
Cambio	0,1429	0,35857	0,1087	0,36083	-0,702	,483	0,09
Planes de futuro	0,5238	0,60159	0,4728	0,83589	-1,153	,249	0,06
Conciencia de grupo	1,8571	2,05635	2,6902	2,61285	-1,355	,175	-0,32
Cuidar espacio	0,0952	0,30079	0,1413	0,46943	-0,091	,928	-0,1
Interacción	3,381	2,6168	3,5761	3,3899	-0,18	,857	-0,06
Expresión de sentimientos	6,2381	4,83637	5,3424	4,82448	-1,143	,253	0,19
Pedir ayuda	1,3333	1,49443	0,8967	1,46924	-1,715	,086	0,3
Dar ayuda	2,1905	2,33707	2,038	2,52499	-0,366	,714	0,06
Identificación	1,8571	2,03189	2,0489	2,22082	-0,266	,79	-0,09
Cuidar a los demás-Apoyo	1,8095	2,83935	2,1576	2,25242	-1,688	,091	-0,15
Propuesta	0,0952	0,30079	0,038	0,21846	-1,389	,165	0,25
Justificación	0	0	0,0109	0,10397	-0,479	,632	-0,11
Aportar contenido	1,5714	1,63007	1,2065	1,85271	-1,517	,129	0,2
Ingreso	2,381	3,27836	1,5815	1,95688	-0,884	,377	0,38
Efectos secundarios medicación	0,381	0,97346	0,3478	0,7233	-0,389	,698	0,04
Expresión de sintomatología psicótica	0,8571	1,55839	0,5326	1,68212	-1,494	,135	0,19

Tabla B9

Definición de los subtemas y los temas

Temas/ Subtemas	Definición
Estancia en agudos	Incluye el proceso de ingreso propiamente dicho, cuestiones relacionadas con el contexto hospitalario en el que se encuentran inmersos, así como aspectos intrapersonales que conciernen a la persona.
<i>Motivo de ingreso</i>	Los miembros comparten con el grupo la causa por la que se encuentran ingresados en la unidad de agudos.
<i>Permisos</i>	Los miembros del grupo hablan de si tienen o no permiso de salida, de cómo les ha ido y qué han hecho o qué harían en caso de tenerlo, así como de la evolución y dinámica de la concesión de los mismos.
<i>Altas y derivaciones</i>	Los miembros comparten con el grupo que les han concedido el alta y mencionan dónde serán derivados (otro dispositivo o domicilio). También se refleja el deseo de alta de los compañeros que permanecerán ingresados y el miedo a no recibirla.
<i>Miedo al alta</i>	Los miembros del grupo contraponen el deseo de recibir el alta con el miedo a salir y enfrentarse al exterior.
<i>Planes al alta</i>	Los miembros del grupo explican al resto de compañeros qué quieren hacer cuando les concedan el alta.
<i>Aspectos formales del ingreso</i>	Los miembros del grupo debaten sobre el número de veces y los días que han estado ingresados en unidades de agudos, así como del coste económico que esto genera.
<i>Significado de los dispositivos</i>	Los miembros del grupo preguntan sus dudas acerca de los diferentes dispositivos hospitalarios y comunitarios que tienen a su disposición, a la vez que se cuestionan ciertas nomenclaturas.
<i>Normas en la planta</i>	Percepción que tienen los miembros del grupo de la normativa de la unidad, así como el desacuerdo con alguna de ellas.
<i>Profesionales y protección</i>	Se transmiten los cuidados y atenciones que reciben los miembros del grupo por parte de los profesionales sanitarios de la planta, lo cual se traduce en una sensación de protección, seguridad y bienestar. También se incluye el tipo de relación terapéutica que los miembros del grupo mantienen con su psiquiatra.
<i>Actividades en planta</i>	Los miembros del grupo mencionan las actividades que realizan durante su ingreso, aunque existe una concepción generalizada de falta de actividades.
<i>Demandas de cambio en planta</i>	Se contraponen el deseo mayoritario de los miembros del grupo de que se realicen más actividades durante el ingreso, con el deseo minoritario de no cambiar las pocas actividades que hay actualmente.

Tabla B9

Definición de los subtemas y los temas

Temas/ Subtemas	Definición
<i>Sensación de encierro</i>	Los miembros del grupo contraponen la sensación de opresión y de falta de libertad experimentada durante el ingreso, con el bienestar que sienten cuando salen de permiso.
<i>Estar bien vs estar mal</i>	Los miembros del grupo comparten las mejoras que han experimentado durante el ingreso, así como las mejoras que ellos observan en los demás compañeros.
Estructura de las sesiones	Incluye las temáticas estructurales comunes que se suelen dar en la mayoría de sesiones. La conductora suele empezar presentando a los miembros nuevos que se incorporan al grupo y/o citando a aquellos compañeros que no han asistido; y finaliza emplazando a los participantes hasta el próximo día de grupo y/o dando paso a que se despidan aquellos que se van de alta.
<i>Miembros nuevos</i>	La conductora introduce a los miembros o co-terapeutas nuevos que se incorporan al grupo y les da la oportunidad de presentarse.
<i>Miembros que faltan</i>	La conductora, co-conductora e incluso a veces los propios miembros del grupo señalan los miembros que faltan en el grupo, ya sea porqué se han ido de alta o bien debido a que por diferentes razones no han podido asistir.
<i>Emplazamiento del grupo</i>	La conductora cierra el grupo y anuncia el próximo día que se volverán a reunir para hacer grupo, pudiendo haber (o no) cambios en dicho día.
<i>Despedida</i>	La conductora da paso a los miembros del grupo que se van de alta o a las co-conductoras que han terminado su rotación para que se despidan del grupo, enfatizando el uso de la palabra en lugar de despedirse con la comunicación no-verbal. Esta categoría incluye una gran variedad de narraciones, pero la mayoría están relacionadas con el agradecimiento y la esperanza.
Psicopatología	Incluye las narraciones en las que los miembros del grupo hablan de su trastorno mental y de sus vivencias traumáticas, a la vez que comparten experiencias bizarras que rozan la fantasía. También se incluye el consumo de sustancias y la toma de la medicación.
<i>Trastorno mental</i>	Los miembros del grupo comparten y debaten sus diagnósticos y la importancia de entenderlos y aceptarlos, hablan de la sintomatología y del origen de las enfermedades mentales, así como del estigma que pueden generar en la sociedad.
<i>Fantasía vs realidad</i>	Se contraponen las narrativas estrambóticas, bizarras y delirantes de los miembros del grupo con la intervención desde la conducción para centrarlos en el aquí y ahora.

Tabla B9

Definición de los subtemas y los temas

Temas/ Subtemas	Definición
<i>Experiencias traumáticas</i>	Los miembros del grupo describen situaciones traumáticas de diferente índole, vividas tanto en la infancia como en la adultez, las cuales han dejado secuelas en ellos.
<i>Estados anímicos y corporales</i>	Los miembros del grupo refieren quejas de su estado mental y físico, aunque sin atribuir las a ninguna causa concreta.
<i>Consumo de tóxicos</i>	Se hace referencia a las diferentes sustancias que consumen los miembros del grupo y a sus consecuencias. Predomina el deseo de consumo, apareciendo en menor medida el deseo de cambio.
<i>Medicación</i>	Los miembros del grupo hablan de la cantidad de fármacos que toman y de la opinión que tienen acerca de éstos, debaten su potencial adictivo y sus múltiples efectos secundarios, a la vez que comparten los ajustes o cambios que hacen los psiquiatras en la medicación para reducir dichos efectos.
Metagrupo	Los miembros del grupo debaten y comparten aspectos relacionados con el grupo propiamente dicho, a la vez que hacen patente su interés hacia los integrantes del mismo.
<i>Funcionamiento, significado y utilidad</i>	Los miembros del grupo y las conductoras hablan de las diferentes dinámicas que se establecen en el grupo, de los beneficios que puede aportar una psicoterapia grupal de estas características y de los objetivos a alcanzar.
<i>Normas del grupo</i>	La conductora, mayoritariamente, señala las normas del grupo cuando éstas han sido transgredidas, o bien hace un simple recordatorio de ellas. Los miembros del grupo, aunque en menor medida, también aseguran su cumplimiento y debaten sobre alguna de las normas.
<i>Estructura del grupo</i>	Los miembros del grupo cuestionan la conducción del grupo y la manera de desarrollarlo, a la vez que se preguntan qué les une al resto y quién ha decidido su inclusión. Se habla de las desigualdades percibidas, del número de asistentes y de modificaciones horarias.
<i>No participar en el grupo</i>	Los compañeros demandan la participación de los miembros que no hablan en el grupo y de la observadora. Por otro lado, cuando los miembros del grupo no saben de qué hablar, se lo comunican al grupo.
Relaciones interpersonales	Los miembros del grupo hablan sobre cómo son sus relaciones y qué dinámicas se establecen, a la vez que ponen de manifiesto aspectos intrapersonales que influyen en el establecimiento de dichas relaciones.

Tabla B9

Definición de los subtemas y los temas

Temas/ Subtemas	Definición
<i>Relaciones entre compañeros</i>	Los miembros del grupo describen las interacciones y dinámicas que mantienen con los compañeros del grupo o con otros compañeros de ingreso. También pueden referirse a miembros del grupo que ya no están en la unidad.
<i>Relaciones familiares</i>	Se describe qué tipo de relación mantienen con sus familiares o cómo se relacionan sus familiares entre ellos. Comparten también los cambios ya culminados y los deseos ambivalentes de cambio con algunos familiares.
<i>Parejas, sexualidad y género</i>	Los miembros del grupo hablan sobre cómo son sus relaciones de pareja. Debaten también sobre sexualidad y roles de género.
<i>Necesidad de apoyo</i>	Los miembros del grupo citan explícitamente las relaciones de ayuda, la necesidad que sienten de dar y recibir apoyo por parte de otras personas. Se incluye también el estigma que genera el trastorno mental en las relaciones familiares de apoyo.
<i>Confianza vs desconfianza</i>	Ambivalencia acerca de confiar en los demás y abrirse a ellos o bien desconfiar y encerrarse en uno mismo.
<i>Dificultades de relación</i>	Los miembros del grupo comparten las múltiples dificultades que experimentan en las relaciones interpersonales y en la socialización, y lo mucho que les cuesta hablar en público.
<i>Soledad</i>	Los miembros del grupo comparten experiencias de soledad y aislamiento, y hablan de los diferentes tipos de soledad y de las diferentes percepciones que se pueden tener entorno a este hecho.
Vida cotidiana	Incluye los modos de vida y el día a día de los miembros del grupo en su cotidianidad fuera del hospital, así como sus creencias y raíces.
<i>Estilo de vida</i>	Se habla sobre los modos de vida que conciben los miembros del grupo y de su evolución en el tiempo, así como de su actitud respecto a ellos mismos y los demás.
<i>Actividades cotidianas</i>	Los miembros del grupo comparten las actividades y rutinas de su día a día, aquello que hacían antes de ingresar.
<i>Normas en la vida cotidiana</i>	Se pone de manifiesto que los miembros del grupo conocen las normas de la vida cotidiana y las consecuencias de no cumplirlas, pero que aun así a veces las transgreden. La conducción señala la importancia de los límites.

Tabla B9

Definición de los subtemas y los temas

Temas/ Subtemas	Definición
<i>Intereses y aficiones</i>	Los miembros del grupo muestran sus gustos y preferencias, así como los “hobbies” que tienen en su día a día y que pueden realizar en planta.
<i>Cuidados personales</i>	Hábitos de vida saludables que llevan a cabo los miembros del grupo en su día a día, algunos de los cuales pueden seguir aplicando durante el ingreso.
<i>Convivencia</i>	Los miembros del grupo describen su convivencia en el día a día y cómo les gustaría que fuese en un futuro. Los animales de compañía son tratados como un inquilino más.
<i>Fenómenos naturales y sobrenaturales</i>	Se habla de religión y de las creencias de los miembros del grupo, así como del tiempo meteorológico y de la naturaleza.
<i>Orígenes, nacionalidad y cultura</i>	Los miembros del grupo se preguntan entre ellos cuál es su país de origen y hablan de sus lugares preferidos para visitar, a la vez que debaten sobre los cambios que comportan las nacionalidades y las diferencias culturales.
Regulación de la información	Desde la conducción se ayuda a los miembros del grupo a regularse, organizando y equilibrando las informaciones que éstos aportan. Además, se les transmite la importancia de tener en cuenta todas las vertientes de una misma situación y se les ayuda a tener una visión holística.
<i>Extremos y punto medio</i>	Los miembros del grupo expresan ideas extremistas o polarizadas y desde la conducción se favorece encontrar el equilibrio y el punto medio. También los miembros del grupo pueden introducir el término medio y su rechazo a los excesos.
<i>Dos partes</i>	La conductora, mayoritariamente, señala las dos caras de la información que han proporcionado los miembros del grupo e intenta aunar las dos visiones para que todo el grupo se sienta incluido.

Tabla B9

Definición de los subtemas y los temas

Temas/ Subtemas	Definición
Autorregulación	Por un lado, algunos miembros del grupo comparten sus dificultades intrapersonales para regularse, lo cual repercute en las relaciones interpersonales. Por otro lado, los miembros del grupo con mejor capacidad para regular sus impulsos aportan técnicas y estrategias que ayudan a los demás compañeros a afrontar diferentes situaciones.
<i>Dificultades en el control de impulsos</i>	Algunos miembros del grupo hablan de las dificultades para regular sus impulsos y de las graves consecuencias que esto puede ocasionar, aunque manifiestan su deseo de cambio y la importancia de la palabra.
<i>Muerte vs vida</i>	Incluye tanto el deseo de morir de algunos miembros del grupo como el deseo de vivir de otros, así como la esperanza que éstos proporcionan a los que ya no quieren vivir.
<i>Estrategias de afrontamiento</i>	Los miembros del grupo comparten las diferentes técnicas que ellos utilizan para afrontar determinadas situaciones, a la vez que proporcionen consejos y soluciones a los problemas que exponen los demás compañeros.

Tabla B10

Media de ocurrencia de los procesos grupales cuando aparece cada uno de los temas en las sesiones grupales.

	Media General	Estancia en agudos	Estructura de las sesiones	Psicopatología	Metagrupo	Relaciones interpersonales	Vida cotidiana	Regulación de la información	Autorregulación
Aceptar normas (AN)	0,62	0,61	0,64	0,76	0,72	0,69	0,68	0,70	0,84
Recordar normas (RN)	0,71	0,73	0,75	0,82	0,96	0,82	0,70	0,80	0,84
Cuestionar normas (CN)	0,45	0,45	0,40	0,51	0,61	0,55	0,41	0,55	0,28
Expresión de sintomatología psicótica (ESP)	1,03	1,13	1,08	1,24	1,26	1,10	1,11	1,13	1,28
Síntomas Psiquiátricos (SP)	0,72	0,84	0,76	0,85	0,79	0,73	0,75	0,68	0,91
Efectos secundarios medicación (EM)	0,63	0,74	0,65	0,79	0,65	0,65	0,55	0,85	0,59
Drogas (D)	0,22	0,27	0,28	0,28	0,28	0,27	0,29	0,10	0,22
Refuerzo (RF)	0,73	0,79	0,80	0,83	0,83	0,76	0,88	0,83	0,69
Cambio (C)	0,22	0,27	0,28	0,24	0,22	0,28	0,23	0,18	0,31
Planes de futuro (PF)	0,62	0,74	0,68	0,63	0,60	0,72	0,77	0,63	0,53
Aportar contenido (AC)	1,57	1,50	1,69	1,79	1,75	1,79	1,80	1,80	1,72
Traducción (T)	1,82	1,99	2,11	2,00	1,96	2,04	1,98	2,40	2,03
Reconducción (R)	1,87	2,04	1,96	2,10	2,15	2,04	1,93	2,28	2,59
Facilitar Comunicación (FC)	3,58	3,89	4,03	4,06	3,85	4,15	3,96	2,93	4,81
Conciencia de grupo (CG)	2,60	2,77	2,76	2,88	2,88	2,89	2,91	2,53	2,88
Cuidar del espacio (CE)	0,12	0,12	0,13	0,14	0,15	0,17	0,16	0,13	0,19
Interacción (IN)	2,43	2,52	2,54	2,71	2,63	2,69	2,91	2,45	2,69
Ingreso (IG)	2,47	2,91	2,80	2,54	2,57	2,37	2,50	2,55	2,81
Expresión de sentimientos (ES)	10,22	11,21	11,23	11,38	10,99	11,68	12,09	10,15	13,13
Pedir ayuda (PA)	1,68	1,90	1,84	2,00	1,88	1,72	1,77	1,40	2,34
Dar ayuda (DA)	5,19	5,59	5,73	5,86	5,82	5,55	5,93	5,28	7,06
Identificación (ID)	3,24	3,59	3,50	3,74	3,40	3,73	3,84	3,38	4,31
Cuidar a los demás- Apoyo (CDA)	3,69	3,98	3,80	3,95	4,01	4,13	4,36	3,70	4,88
Propuesta (P)	0,09	0,10	0,10	0,12	0,13	0,10	0,09	0,13	0,09
Justificación (J)	0,02	0,01	0,03	0,03	0,03	0,01	0,02	0,03	0,00

Tabla B11

Medias de ocurrencia de los procesos grupales en las sesiones: media general (MG) y cuando aparecen los subtemas incluidos en los temas Estancia en agudos (verde), Estructura de las sesiones (azul) y Psicopatología (naranja).

	MG	MI	PE	AD	MA	PL	AFI	SD	NP	PP	AP	DCP	SE	EBM	MN	MF	EG	DE	TM	FR	ET	EAC	CT	MED
AN	0,62	0,47	0,64	0,57	0,50	0,00	0,57	0,22	0,30	0,53	0,69	0,38	0,43	0,55	0,82	0,88	0,64	0,52	0,48	1,64	0,91	0,45	1,00	0,86
RN	0,71	0,78	0,86	0,65	0,38	0,13	1,00	0,11	1,20	0,88	0,31	0,31	0,86	0,50	1,00	1,23	1,00	0,76	0,97	1,73	1,09	0,63	1,10	0,89
CN	0,45	0,56	0,55	0,33	0,38	0,00	0,43	0,22	0,30	0,65	0,23	0,46	0,71	0,25	0,47	0,54	0,36	0,44	0,45	1,64	0,45	0,29	0,50	0,61
ESP	1,03	1,50	0,95	1,04	0,50	1,06	1,71	0,89	0,60	1,24	1,00	0,77	1,57	1,60	1,15	1,35	0,77	1,06	1,66	2,64	1,00	1,11	1,70	1,30
PS	0,72	1,13	0,91	0,80	0,88	0,56	1,00	0,78	0,90	0,41	1,00	0,77	0,57	0,90	0,74	0,54	0,73	0,76	1,69	0,27	0,27	0,95	0,50	0,73
EM	0,63	0,66	0,59	0,74	1,13	0,13	0,57	0,56	0,40	0,29	0,54	0,38	0,43	0,75	0,50	0,50	0,73	0,66	0,48	0,55	0,64	0,76	0,90	1,39
D	0,22	0,13	0,32	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,12	0,23	0,23	0,00	0,25	0,38	0,58	0,50	0,24	0,21	0,91	0,55	0,11	1,70	0,41
RF	0,73	1,06	0,68	0,83	0,63	1,13	0,57	0,56	0,90	0,47	0,38	0,46	0,29	0,60	0,74	0,77	0,88	0,72	0,64	0,45	0,92	0,70	0,95	
C	0,22	0,28	0,23	0,28	0,38	0,19	0,71	0,56	0,00	0,24	0,54	0,08	0,14	0,70	0,41	0,23	0,45	0,26	0,28	0,00	0,27	0,26	0,50	0,23
PF	0,62	0,75	1,05	1,04	1,00	2,06	0,57	1,22	0,20	0,59	0,77	1,00	0,86	0,55	0,68	0,88	0,55	0,82	0,66	0,91	0,36	0,63	1,60	0,61
AC	1,57	1,47	1,09	1,39	1,50	1,19	1,71	0,89	1,60	1,24	1,08	1,77	0,86	1,45	1,88	2,04	1,50	1,60	1,72	2,82	2,55	1,55	2,50	1,82
T	1,82	1,75	1,91	2,26	2,13	1,81	1,86	1,78	2,10	1,76	2,23	1,69	1,29	2,55	2,21	2,46	2,23	2,10	1,69	2,27	2,82	2,24	3,20	2,16
R	1,87	2,09	2,23	1,74	1,50	1,75	2,43	0,78	2,30	2,29	2,46	2,38	1,14	2,00	1,88	2,38	1,86	1,66	2,07	2,18	2,91	1,97	1,90	2,34
FC	3,58	3,22	3,82	4,30	4,63	2,69	4,00	3,56	2,90	4,29	3,92	3,77	3,14	3,40	3,94	5,69	4,00	3,98	3,86	4,91	4,73	3,71	4,50	4,11
CG	2,60	2,97	2,68	2,67	3,88	2,44	1,86	2,56	2,50	3,29	2,31	2,54	2,43	2,40	2,62	3,58	2,64	2,76	3,10	2,91	2,91	2,47	2,60	2,82
CE	0,12	0,13	0,05	0,13	0,00	0,06	0,00	0,00	0,10	0,12	0,15	0,08	0,00	0,00	0,15	0,15	0,05	0,14	0,14	0,09	0,27	0,16	0,00	0,16
IN	2,43	2,66	2,41	2,59	2,75	2,69	1,86	3,22	2,00	2,18	2,00	1,92	2,43	2,50	2,56	2,54	2,55	2,72	3,34	3,00	2,45	2,50	2,30	2,70
IG	2,47	2,63	5,27	3,09	2,75	3,56	4,14	2,67	3,80	4,82	4,92	5,54	4,71	2,25	2,41	3,23	2,95	2,76	2,41	2,45	1,36	2,66	3,40	2,70
ES	10,22	11,19	11,59	11,35	13,25	11,00	10,43	10,56	9,90	10,88	11,38	10,54	9,29	11,90	11,82	13,92	10,91	11,34	12,86	10,45	13,91	10,97	12,20	10,95
PA	1,68	2,03	2,23	1,94	1,63	1,31	2,57	0,78	1,70	1,76	2,31	2,23	0,29	2,15	1,85	2,46	1,91	1,64	2,45	2,27	2,00	1,50	2,50	2,20
DA	5,19	5,38	7,55	5,50	5,25	5,50	5,14	4,33	4,80	5,29	6,23	4,92	3,71	5,25	5,88	6,54	5,55	5,18	6,03	6,91	7,09	5,68	7,30	6,39
ID	3,24	3,81	2,41	3,61	3,75	2,38	2,86	2,00	2,90	3,47	3,62	3,54	2,29	4,65	3,62	4,42	4,14	3,60	4,45	2,64	5,09	3,58	4,30	4,09
CDA	3,69	4,84	3,59	4,15	3,38	3,63	3,71	3,56	3,90	3,71	4,00	3,77	3,29	4,20	4,21	5,15	2,86	4,22	4,45	3,18	5,09	3,39	4,60	4,07
P	0,09	0,06	0,14	0,04	0,00	0,00	0,14	0,11	0,10	0,24	0,38	0,15	0,14	0,15	0,12	0,12	0,00	0,04	0,14	0,18	0,36	0,08	0,20	0,14
J	0,02	0,03	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,09	0,04	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,02

Procesos grupales: AN: Aceptar normas; RN: Recordar normas; CN: Cuestionar normas; ESP: Expresión de sintomatología psicótica; SP: Síntomas psiquiátricos; EM: Efectos secundarios medicación; D: Drogas; RF: Refuerzo; C: Cambio; PF: Planes de futuro; AC: Aportar contenido; T: Traducción; R: Reconducción; FC: Facilitar comunicación; CG: Conciencia de grupo; CE: Cuidar del espacio; IN: Interacción; IG: Ingreso; ES: Expresión de sentimientos; PA: Pedir ayuda; DA: Dar ayuda; ID: Identificación; CDA: Cuidar a los demás-Apoyo; P: Propuesta; J: Justificación.

MG: Media General

Temáticas: MI: Motivo de ingreso; PE: Permisos; AD: Altas y derivaciones; MA: Miedo al alta; PL: Planes al alta; AFI: Aspectos formales ingreso; SD: Significado dispositivos; NP: Normas en planta; PP: Profesionales y protección; AP: Actividades en planta; DCP: Demandas de cambio en planta; SE: Sensación de encierro; EBM: Estar bien vs estar mal; MN: Miembros nuevos; MF: Miembros que faltan; EG: Emplazamiento del grupo; DE: Despedida; TM: Trastorno mental; FR: Fantasía vs realidad; ET: Experiencias traumáticas; EAC: Estados anímicos y corporales; CT: Consumo de tóxicos; MED: Medicación.

Tabla B12

Medias de ocurrencia de los procesos grupales en las sesiones: media general (MG) y cuando aparecen los subtemas incluidos en los temas Metagrupo (beige), Relaciones interpersonales (amarillo), Vida cotidiana (rojo), Regulación de la información (marrón) y Autorregulación (rosa).

	MG	FSU	NG	EG	NPG	RC	RF	PSG	NA	CD	DR	SOL	EV	ACO	NVC	IA	CP	CON	FNS	ONC	EPM	DP	DCI	MV	EA
AN	0,62	0,70	0,89	0,60	0,76	0,83	0,69	0,68	0,54	0,56	0,29	0,89	0,60	0,25	0,50	1,17	0,80	0,57	0,90	0,63	0,74	0,64	0,71	0,33	0,92
RN	0,71	1,00	1,60	0,44	1,12	0,93	0,93	1,16	0,77	1,06	0,35	1,11	0,47	0,50	1,00	0,89	1,20	1,00	0,70	0,38	1,13	0,91	0,71	0,67	0,80
CN	0,45	0,66	0,69	0,28	0,88	0,73	0,24	0,58	0,23	1,00	0,47	0,67	0,53	0,31	0,50	0,39	0,30	0,43	0,70	0,75	0,78	0,59	0,43	0,00	0,24
ESP	1,03	1,36	1,63	1,32	1,44	1,43	0,86	1,68	1,00	1,38	0,82	0,44	1,13	1,00	1,00	0,89	0,90	1,21	0,80	0,75	1,17	1,45	0,71	4,33	1,16
PS	0,72	0,83	0,80	0,36	0,92	0,63	0,76	0,53	0,54	1,06	0,71	0,78	0,80	0,94	2,00	0,83	0,50	0,57	0,60	0,75	0,74	0,45	0,43	2,00	0,88
EM	0,63	0,70	0,63	0,68	0,64	0,73	0,38	0,68	0,46	0,31	0,76	0,33	0,40	0,31	0,00	0,67	1,00	1,07	0,70	0,63	0,39	1,14	0,86	1,00	0,52
D	0,22	0,13	0,34	0,32	0,36	0,18	0,07	0,63	0,08	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,28	0,00	0,79	0,00	0,00	0,17	0,05	0,00	0,33	0,24
RF	0,73	0,91	1,06	0,80	0,92	0,95	0,90	0,89	0,69	0,63	0,94	0,67	0,87	0,94	0,50	1,11	1,50	1,29	0,30	0,63	0,39	1,18	0,71	2,33	0,56
C	0,22	0,19	0,14	0,24	0,32	0,28	0,38	0,05	0,46	0,13	0,29	0,89	0,27	0,13	0,50	0,39	0,00	0,21	0,40	0,00	0,09	0,23	0,29	0,00	0,32
PF	0,62	0,57	0,51	1,00	0,44	0,70	0,79	1,26	0,85	0,88	0,47	0,56	0,53	1,19	0,00	0,39	0,60	1,29	0,30	0,75	0,52	0,68	0,71	2,00	0,44
AC	1,57	1,77	2,17	1,36	1,96	2,08	1,62	2,42	2,23	2,38	1,71	2,33	1,80	1,38	3,50	2,11	1,40	1,79	1,80	2,00	2,17	1,86	2,14	1,67	1,52
T	1,82	1,74	2,31	2,56	2,04	2,53	2,28	2,00	1,85	1,81	2,29	2,89	1,60	2,06	1,50	2,22	3,30	2,29	1,00	1,13	2,39	2,50	2,14	0,67	2,12
R	1,87	2,28	2,20	2,16	2,68	2,30	1,76	1,79	2,23	1,75	2,41	2,67	2,00	2,13	3,00	1,94	1,80	2,00	2,10	2,25	2,09	2,50	2,00	3,00	2,76
FC	3,58	4,04	4,51	3,76	4,08	4,60	4,31	4,95	4,08	3,56	3,35	4,33	3,13	3,88	5,00	5,28	3,70	3,43	4,90	3,88	3,35	2,59	5,14	5,33	4,48
CG	2,60	3,17	3,03	2,88	2,84	2,83	2,97	3,26	2,77	2,63	3,12	3,44	3,47	2,38	2,50	3,61	2,20	2,14	3,80	3,50	2,65	2,36	2,29	4,00	2,80
CE	0,12	0,19	0,17	0,12	0,24	0,25	0,24	0,21	0,08	0,13	0,24	0,33	0,07	0,13	0,00	0,33	0,30	0,14	0,10	0,25	0,09	0,14	0,29	0,00	0,20
IN	2,43	2,75	2,94	2,12	2,60	3,05	2,59	3,21	2,77	2,56	2,82	3,44	3,07	2,63	5,50	3,33	2,40	2,64	2,40	4,13	2,26	2,82	2,14	3,67	2,64
IG	2,47	2,30	2,37	3,08	2,40	2,58	1,83	2,05	1,62	2,88	2,12	3,11	2,13	3,75	1,00	2,06	2,50	2,50	2,60	1,63	3,00	2,23	2,43	2,00	3,08
ES	10,22	10,77	12,00	10,28	12,92	12,40	13,10	13,26	12,00	10,81	12,29	15,56	13,73	12,50	11,50	13,44	11,90	12,00	11,90	11,13	10,65	10,14	14,00	15,67	12,44
PA	1,68	1,77	2,11	2,12	2,16	1,80	1,97	2,37	1,31	1,44	1,41	1,78	2,27	1,31	4,50	2,00	1,20	2,07	1,80	1,25	1,57	1,27	2,14	4,67	2,04
DA	5,19	5,64	6,80	6,12	7,00	6,10	6,62	6,32	5,31	4,63	5,65	7,89	6,73	6,19	5,50	6,44	6,90	6,57	4,60	4,75	5,48	5,45	9,00	7,33	6,40
ID	3,24	3,36	3,89	2,92	3,76	4,08	4,38	4,00	3,00	4,69	4,12	3,89	4,27	3,75	1,00	3,89	3,80	4,21	3,10	3,13	3,52	3,45	2,86	5,33	4,52
CDA	3,69	4,15	4,14	3,44	4,64	4,75	4,59	4,47	4,15	3,75	4,00	5,33	4,73	4,75	2,00	5,00	4,10	4,64	3,60	3,00	3,61	4,14	5,57	8,33	4,24
P	0,09	0,09	0,14	0,16	0,20	0,10	0,14	0,05	0,23	0,00	0,12	0,33	0,20	0,06	0,00	0,11	0,10	0,00	0,10	0,13	0,13	0,14	0,14	0,00	0,12
J	0,02	0,02	0,06	0,00	0,04	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00

Procesos grupales: AN: Aceptar normas; RN: Recordar normas; CN: Cuestionar normas; ESP: Expresión de sintomatología psicótica; SP: Síntomas psiquiátricos; EM: Efectos secundarios medicación; D: Drogas; RF: Refuerzo; C: Cambio; PF: Planes de futuro; AC: Aportar contenido; T: Traducción; R: Reconducción; FC: Facilitar comunicación; CG: Conciencia de grupo; CE: Cuidar del espacio; IN: Interacción; IG: Ingreso; ES: Expresión de sentimientos; PA: Pedir ayuda; DA: Dar ayuda; ID: Identificación; CDA: Cuidar a los demás-Apoyo; P: Propuesta; J: Justificación.

MG: Media General

Temáticas: FSU: Funcionamiento, significado y utilidad; NG: Normas en grupo; EG: Estructura del grupo; NPG: No participar en el grupo; RC: Relaciones entre compañeros; RF: Relaciones familiares; PSG: Parejas, sexualidad y género; NA: Necesidad de apoyo; CD: Confianza vs desconfianza; DR: Dificultades de relación; SOL: Soledad; EV: Estilo de vida; ACO: Actividades cotidianas; NVC: Normas en vida cotidiana; IA: Intereses y aficiones; CP: Cuidados personales; CON: Convivencia; FNS: Fenómenos naturales y sobrenaturales; ONC: Orígenes, nacionalidad y cultura; EPM: Extremos y punto medio; DP: Dos partes; DCI: Dificultades control impulsos; MV: Muerte vs vida; EA: Estrategias de afrontamiento.

17. Apéndice C: Publicaciones derivadas de la tesis

Sánchez Morales, L., Eiroa-Orosa, F. J., Valls Llagostera, C., González Pérez, A. y Alberich, C. (2018). From feelings of imprisonment to group cohesion: A qualitative analysis of group analytic psychotherapy with dual diagnosed patients admitted to an acute inpatient psychiatric unit. *Psychotherapy Research*, 28(3), 433–445. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216623>

From feelings of imprisonment to group cohesion. A qualitative analysis of group analytic psychotherapy with dual diagnosed patients admitted to an acute inpatient psychiatric unit

Lidia Sánchez Morales¹, Francisco José Eiroa-Orosa², Cristina Valls Llagostera¹, Alba González Pérez¹, Cristina Alberich¹

1. Departments of Psychology and Psychiatry, University Hospital Vall d'Hebron and Hospital Sant Rafael, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalonia, Spain
2. Department of Clinical Psychology and Psychobiology, UBneuro, Universitat de Barcelona, Catalonia, Spain

Acknowledgements

The authors would like to thank all the clinical staff and patients who were involved in this study.

From feelings of imprisonment to group cohesion. A qualitative analysis of group analytic psychotherapy with dual diagnosed patients admitted to an acute inpatient psychiatric unit

Abstract

Objectives: Group cohesion, the establishment of hope, and the expression of feelings have been said to be the basic ingredients of group psychotherapy. To date, there is few literature describing therapeutic processes in short stay settings such as acute psychiatric wards and with special patient groups such as addictions. Our goal with this study is to describe and analyze group processes in such contexts.

Methods: We used a qualitative methodology combining constant comparative methods and hermeneutical triangulation to analyze therapeutic narratives in the context of a group analytic process carried following Foulkes' and Yalom's styles.

Results: The results provide a picture of the therapeutic process including the use of norms to strengthen group cohesion facilitating the expression of emotions in early stages of group development.

Conclusions: This analysis is intended to be a guide for practitioners implementing group therapy in contexts involving several constraints, such as acute psychiatric wards.

Key words: Group Psychotherapy, Process Research, Qualitative Research Methods, Substance Abuse, Acute Psychiatric Ward

Introduction

As human beings, we are gregarious. We are in constant need of others, and therefore, we always live explicitly or implicitly immersed in groups which outline our social boundaries. Groups help us covering psychological and social needs such as getting a sense of belonging, acquiring knowledge, finding safety and establishing a positive social identity. While some *group* definitions stress the importance of its components, their roles, and their shared beliefs, others circulate around the idea of interaction (Forsyth, 2013). This concept could be said to be the central component of the clinical application of groups.

Groups as instruments of psychological intervention, in addition to allowing cost reductions, have been found to be efficacious in experimental trials and effective in multiple clinical settings (Blackmore, Tantam, Parry, & Chambers, 2012; Kösters, Burlingame, Nachtigall, & Strauss, 2006). In relation to the specific effects of therapeutic groups, they allow a deeper-level communication between its members, fostering further social engagement outside the group (Sánchez del Hoyo, Sanz Rodríguez, Baro Santamarta, & Gómez García de la Pedrosa, 2006). In addition, through interpersonal learning (Yalom & Leszcz, 2005), they provide a realistic context and specific references, promoting alliances and therapeutic relationships, allowing self-awareness among group members (González de Chávez, 1999). For these reasons, even not reaching the improvement effect of outpatients undergoing group psychotherapy, therapeutic groups are considered a very useful treatment tool in acute inpatient units (Martín Cabrero & Martínez Rodríguez, 2009).

Group therapy with hospitalized patients

In some populations, such as psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia, it has been observed that group therapy could be more effective than individual psychotherapy (Kanas, 1985). Other service users with complicated clinical pictures, such as patients with

dual diagnoses (psychiatric disorders comorbid with substance use disorders) requiring an integrated therapeutic intervention, also may benefit from group interventions (Gotoh, 2008). Sandahl, Herlitz, Ahlin, & Rönnerberg (1998) found that patients with comorbid substance use receiving group psychotherapy improved to a greater extent than those who rejected treatment or abandoned. In a meta-analysis of group psychotherapy; Burlingame, Fuhriman, and Mosier (2003) found larger effects for groups carried under certain conditions such as homogeneous group composition, outpatients (compared with inpatients) and patients without substance use problems. The literature on group therapy among hospitalized patients with dual diagnoses has been scarce until now. Bradizza (1997) reported an adaptation of Motivational Interviewing combined with Coping Skills Training to group format for dually diagnosed inpatients. An empirical study carried in a similar setting reported success in combining behavioral and self-help formats (Franco, Galanter, Castañeda, & Patterson, 1995).

In comparison with groups carried out in other contexts, inpatient groups tend to remain in earlier stages of development, as patients often are discharged when cohesion is still developing. Therefore, it might be a priority to establish group norms and foster interpersonal relationships in order to take full advantage of few sessions (Ruiz Parra & González Torres, 2005). Relatedly, therapists usually observe that the expressions of feelings increase within group interactions as sessions go on (Sigman & Hassan, 2006). These interactions have been conceptualized as forms of catharsis, allowing patients to express feelings and conflicts within their personal stories (Yalom & Leszcz, 2005).

Regarding the specific ingredients of group therapy, albeit group cohesiveness may be one of the most important determinants of therapeutic outcomes, the term has been judged to be too vague and its use presents low consensus among different researchers.

Therefore, identifying more specific processes may be rather chosen as a research objective (Hornsey, Dwyer, & Oei, 2007). Irvin Yalom (2005) proposed a list of 11 therapeutic factors in group psychotherapy. Among these; establishment of hope, altruism, universality, expression of feelings and group cohesion, might appear as elements to be explored in inpatient settings (MacKenzie, 1987). The establishment of hope is not only the most commonly observed factor (González de Chávez, Gutierrez, Ducaju, & Fraile, 2000), but it is also considered critical in the recovery of patients, and at the same time, a key element for group adherence, a necessary condition for the achievement of further objectives (García-Cabeza, Ducaju, Chapela, & González de Chávez, 2011).

Considering all these elements, and the importance of specific contextual factors in a hospital setting, this study was developed within an acute hospitalization unit. The study was inspired, regarding its processual components, in the therapeutic factors described by Yalom and Leszcz (2005). Using a qualitative methodology to increase our descriptive potential, we intended to explore the therapeutic factors appearing in a context of group psychotherapy carried with dual diagnosed patients in an acute inpatient psychiatric clinic.

Method

Participants

Inpatients admitted to an acute psychiatric unit from November 2012 to February 2013 reporting active consumption of psychoactive substances and comorbid mental disorders were included in this study. Consumption was considered active if patients had consumed at least an illegal drug, and/or had abused alcohol (according to DSM-IV criteria), in the two months prior to admission, thus becoming candidates for inclusion in the *Dual Diagnosis Program Group* at the unit. The final sample consisted of 20 patients.

Procedure

The *Dual Diagnosis Program Group* is developed as a collaboration of the nursing, medical and psychological teams. All were responsible for the detection of patients who had an active consumption of psychoactive substances. The therapeutic team was composed by a consulting clinical psychologist, a nurse, and a clinical psychology resident. Inclusion and exclusion criteria were defined previously by the therapeutic team and assessed at screening using a semi-structured interview conducted by the consulting clinical psychologist. According to the results of this interview, patients who had adequate communication and relationship skills (González de Chávez, 1999), and who reported current illicit substance use were included. In this space, socio-demographic and basic clinical variables were also collected. Selected patients were asked to sign a therapeutic contract, whereby they agreed to follow group norms.

Patients included in the program attended two types of group sessions. On the one hand, the nursing team led weekly psychoeducative groups in which the main objective was to provide information about the use of drugs, relapse prevention, and to clarify how the use of substances interacts with their mental disorder.

Additionally, they attended a weekly psychotherapeutic group (whose narrative's analysis is the purpose of this article) led by a consulting clinical psychologist (the same who performed the baseline interviews), hereinafter referred to as therapist. This was a psychodynamic group with an open orientation because of the constraints of hospitalization. In these one-hour sessions, the main objective was to increase emotional management skills and the expression of emotions providing an understanding of their difficult relationships with others. These groups were always conducted in co-therapy (consulting clinical psychologist, mental health nurse and clinical psychology resident).

After each group session, a post group meeting of 15-20 minutes was carried out by the therapeutic team to discuss the main topics of the session.

The therapeutic school followed was Groupanalysis. Its founder, S. H. Foulkes (1960) believed that the study of the subject should be done thinking of processes where individuals interact within, instead of isolated interactions. He defined the term “group matrix” as network of communications which is not simply interpersonal, but can be described as a transpersonal process. Although he did not explicitly started the study of intersubjectivity, and despite the specific context in which he developed his work, his theoretical influence goes certainly beyond the specific application to therapeutic groups (Nitzgen, 2014).

Session records

In addition to recording and transcribing each session’s therapeutic conversations (also including comments on the sessions’ environment), systematic observational records of each group session were made retrospectively. Each session was assessed independently by the consulting clinical psychologist and clinical psychology resident before the post-group session. Additionally, all sessions were recorded and transcribed.

Data analysis

Descriptive statistics were used for the quantitative analysis of socio-demographic and basic clinical data. IBM’s SPSS.18 software was used for these analyses. Group therapy conversations were transcribed and categorized in parallel by two groups of experts (clinicians involved in the study and independent researchers) using the constant comparative method following Glaser’s grounded theory (Glaser, 1965). This method was used to develop an explanatory theory of the basic social processes studied in the context of these therapeutic sessions (Starks & Brown Trinidad, 2007). The Atlas-TI software assisted

the analysis of the text. Furthermore, we triangulated this methodology using a hermeneutic approach (Rennie, 2000; Wilson & Hutchinson, 1991), addressing the influence of Irvin Yalom's group psychotherapy model (Yalom & Leszcz, 2005) in the labelling of the different categories and subcategories and the interpretation of the categorical analysis at a further narrative level using the systematic observational records elaborated by the consulting clinical psychologist and the clinical psychology resident. The first part of the analysis helped us to understand how the process of group interaction and norm introjection does happen in an inpatient therapeutic context using a categorical system. The second part helped us making sense of and interpreting therapeutic interactions within our psychotherapeutic knowledge allowing us to build a narrative for the discussion of the present paper.

Results

Sample description

The sample was comprised of 20 patients, 35% of them female. The mean age was 35 years. The predominant diagnosis was psychotic disorder (65%) followed by affective (30%) and anxiety disorders (5%). The main active substance of abuse was cannabis (60%) followed by alcohol (30%), and cocaine (10%).

The average evolution of psychiatric disorders among our users was 11 ± 9 years (minimum 0, maximum 23 years). Patients had been consuming for 13 ± 11 years their main substance of abuse (minimum 0, maximum 30 years).

Most patients in the program had been previously admitted to psychiatric wards at least three times (75%). With regard to substance abuse, only 15% had received previous treatment for substance use disorders. After the pre-group interview, 90% of eligible

patients were finally included in the *Dual Diagnosis Program Group*. All patients agreed with compliance and commitment to the group norms by signing the therapeutic contract.

Group therapy sessions transcriptions analysis

The qualitative analysis of group therapy transcriptions was carried until theoretical saturation was reached, yielding 7 categories comprising 20 sub-categories. Table 1 shows the definitions of the categories.

PLEASE INSERT TABLE 1 AROUND HERE

The predominant category was "expression of feelings". This category refers to narratives where emotional content is explicitly expressed. A 16.04% of the categories were composed by such expressions. The next category by length, containing a 10.10% of the total narrative fragments, was "caring for others-support." This category refers to expressions of understanding and emotional support. The third category was "interaction". Relatedly, 9.95% of the narratives consisted of patients interacting with each other. In these situations, messages were transmitted without being processed by the therapist. In other situations, the group therapist encouraged cohesion processes through messages which have been labelled as "translation", which comprises 7.28% of the categories. The fifth category represents a 5.79% of group meaningful narratives, and was named "reinforcement". These messages consisted of enhancements of the qualities of a group member. The latter refers to conversations in the context of promoting group development. In relation to group norms, the category "explicitation of norms" (the sixth in order of appearance, 5.49%) consists of fragments in which the therapist deals with limits and how to interact in the group. A detailed description and examples of each category can be found below.

1. Group norms

Categories grouped under this name have in common to refer in some way to group norms; either as a reminder, breach or discussion about them. This category includes the following subcategories: 1) Acceptance of norms, 2) Explicitation of norms and 3) Questioning of norms.

1.1. Acceptance of norms

Acceptance of norms quotes are explicit or implied narrative acts which reflect the intention of patients to accept the norms of the group. Example: At a time in which the whole group is very active and in which the difficulty of listening to each other had previously been noted, some patients raise their hands with the intention of waiting to their turn to speak, while a fellow is still talking.

"The group started one after another to raise their hands in silence with their bodies leaning slightly towards the patient".

(Contextual notes of the therapists)

In this example we can see how patients in a context of breach of group norms (when one member speaks others should listen) they try to recover normality with a gesture to ask for permission to intervene.

1.2. Explicitation of norms

This subcategory is comprised of fragments of narratives coming from patients or the therapist, where the boundaries of the group space are established and interpersonal dynamics are recalled. Example: After one norm has been questioned by a patient asking if he can go to the toilet, the therapist recalls the relevant norm to the whole group.

Therapist (in response to the patient's request): "No, if it is not essential. I will take this time to remind you the rules of the group. You are supposed to come to the group having drunk enough (water) and with all your business done. If someone cannot be, and need to

leave (the group), it can be done, but it is important to try to respect the rules and, if possible, hold on for an hour...”

In this example it can be seen how patients try to break group norms that have been previously specified in both the pre-group interview as well as at the start of the group. These situations usually occur when the group is in its infancy and tends to decline as the group coheres.

1.3. Questioning of norms.

In these fragments patients explicitly challenge the norms of the group space. Example: A patient is talking in a context in which the chairs are being put in a circle-like shape, as it is done in each session, before starting the group.

“Why we do not put the armchairs? They are more comfortable.” (It had been explicitly stated several times that those armchairs cannot be used for this end).

(Patient 1, male, 20 years old)

As we can see in this example the patient, despite having been warned, explicitly asks again something, thus breaking the norms.

2. Dual diagnosis symptoms.

These fragments are narratives in which patients refer to psychological symptoms or aspects related to the use of psychoactive substances. This subcategory includes: 1) psychological symptoms and 2) drugs.

2.1. Psychological symptoms

This subcategory is comprised by narrative fragments in which patients talk about the symptoms of their psychiatric illness. Example: In a context in which a patient talks about suffering and psychological symptoms that have led her to be admitted to the hospital:

From feelings of imprisonment to group cohesion *Article Published in Psychotherapy Research*

- Patient 1: *“I have a bipolar disorder. It has several levels, now I have the mixed level and that's why I'm here”.*

- Patient 2: *“it will go away, I was worse than you before and now I'm better...”*

- Patient 1: *“I thought the headphones will drown me ... then they stole my money and I was checking if I had it all the time ... now it happens to me that when I go to the bathroom... well I think I'm gonna die, that all my body will come out over...”.*

(Patient 1, male, 20 years old. Patient 2, female, 28 years old)

In this example it is seen how a patient explains another member of the group some of the symptoms he is suffering and that have led him to be admitted in the hospital.

2.2. *Drugs*

This category is comprised by fragments in which patients speak about aspects of substance use (positive or negative effects of drug use). Examples:

A patient reports positive effects experienced when consuming cannabis.

- Patient 4: *“Cannabis makes my poetic ornithological skills develop within the current social situation. It helps me to write, paint...”*

- Patient 3: *“Yeah, me too, when I smoke I get to create”.*

(Patient 3, male, 37 years. Patient 4, male, 40 years).

In this context a patient also speaks about consumption, but this time he expresses a desire for change in relation to the negative aspects associated with consumption (combined subcategories of drugs and also *Change*, see below under the *Therapy development* subheading).

“I want to stop smoking joints when I leave this place. Now is the first time I have left it (...). Yes, the doctor told me that if I don't consume, I would be more awake and not so slow”.

(Patient 5, male, 38 years)

In both examples interventions in which group members talk about substance use are reflected.

3. Therapy development

This category gather events in which the therapist or the patients talk about positive aspects of the treatment. Includes: 1) Reinforcement, 2) Change and 3) Plans for the future.

3.1. Reinforcement. *These fragments include conversations in which patient and therapist comment positive aspects of a group member.*

While the group is talking about the admission of an individual, a patient says he wants to stop consuming substances, the therapist reinforces: *"Congratulations JM! Is the first time you try it since you consume cannabis ..."*.

This example shows how the therapist reinforces a member of the group that has been able to fulfill one of his personal goals.

3.2. Change

This subcategory consists of passages in which patients express the desire to do different things after discharge or even while staying at the unit (related with mental illness, social relationships, activities, etc.). A representative fragment of this category would be:

In a context where the group members are talking about their expectations after discharge, a patient says he has noticed some changes.

"I have realized that I am calmer, I have more control and do not talk so much".

(Patient 3, male, 37 years).

With this intervention a group member wants to share with his peers the changes made with regard to his mental health state.

3.3. Future plans

In these quotations patients express wishes or plans to be carried after discharge. Example:

In a context where group members talk about an incident occurred in the psychiatric unit where one member was involved he comments:

"I have to learn to control my impulses (...) because I get upset for things and then I cannot control myself. I want to learn this and see if they get to show me the day hospital.

Tomorrow I have an interview"

(Patient 4, male, 40 years)

In this example it can be seen how a member of the group shares with the rest in order to show the improvements achieved during hospitalization.

Therapy management

This category consist of fragments in which the therapist redirects the group or accompanies its advancement. Includes: 1) Translation, 2) Renewal.

3.4. Translation:

This subcategory includes moments in which the therapist interprets the words and feelings of a group member so as they are understood by the rest. Example: In a context in which a group member would like to apologize to a colleague, but the latter is not aware of it as the former said it superficially.

Therapist: It seems that [Patient's 8 name] would like to apologize again.

In this fragment it is observed how the therapist clarifies the intervention of a member to the rest as the message was not being understood.

3.5. Redirection:

This subcategory addresses therapeutic spaces in which the therapist tries to resolve a confusion or help focusing the group on therapeutic work. Example: In a context in which group members speak all at once, producing an incomprehensible dialogue:

From feelings of imprisonment to group cohesion *Article Published in Psychotherapy Research*

Therapist: I don't know the rest, but for me it is difficult to follow the conversation. Maybe we should try to talk without overlaps, so we can find out about what you are talking about.

In this example the therapist redirects a situation in which all members of the group were interacting improperly toward a therapeutic space in which there is the possibility for better communication.

4. Group.

This category collects moments in which therapist and/or patients make explicit reference to the group with the aim of preserving or caring for it. Includes: 1) Group, 2) Caring for space and 3) Interaction.

4.1. Group

This subcategory refers to situations in which patients and therapist talk about the dynamics of the group, or aspects that might affect group dynamics.

Example: In a context where group members talk about conflicts between patients:

"(...) yeah, it is difficult here hospitalized, because of the way we are. One day you are fine, but the next you are turned upside down, and then the next we are well and perfect. (Patient 3, male, 37 years).

In this example a patient talks about how the changing symptoms can affect the dynamics of the group.

4.2. Caring for space

We grouped under this subcategory situations in which patients or therapists make reference to the preparation and care of the group space, thereby facilitating group cohesion. Example: At the start of one of the groups when therapists arrive, two group members prepare the space to get ready.

Patient 3 comes into the room and places the chairs around the group.

Patient 1 enters the room and begins to set up the chairs.

(Patient 1, male, 20 years. Patient 3, male, 37 years).

This example shows how patients develop self-care space initiatives within the group, implying that it has somehow already established a sense of group and therefore a feeling of cohesion among its members.

4.3. Interaction

In this category is comprised by direct communications (one by one) between group members. Example: In one of the group sessions, reference is made to the care of its members:

Patient 2: [Patient's 5 name] you're tired

Patient 5: Yes, I'm very tired

Patient 2: [Patient's 5 name] you do not speak as if you were in the group

Patient 5: I'm just learning

(Patient 2, female, 28 years old. Patient 5, male, 38 years).

In this example we can see how a typical direct interaction between two members of the group takes place.

5. Relationship

These interactions include conversations in which patients or therapist take care of themselves and/or the rest of group members. Includes: 1) Expression of feelings, 2) Asking for help, 3) Giving help, 4) Identification and 5) Care for others-support.

5.1. Expression of feelings

This subcategory groups situations in which patients verbalize emotional content. Example:

Patient 3: I feel caged and cannot get out. I feel claustrophobia.

(Patient 3, male, 37 years).

Through this intervention a patient shares with the rest how he feels.

5.2. *Caretaking-support*

In this subcategory we have clustered conversations about emotional support and understanding of the emotions expressed by another group member.

Example: In a context where a group member explained the emotional distress that generated their current situation:

Patient 3 looks at Patient 7, she takes his hand, and they caress each other's hand.

Patient 3: Thank you very much.

Patient 3 leans towards patient 7, and they pick their hands harder.

(Patient 3, male, 37 years. Patient 7, female, 48 years).

This example shows how a group member supports a colleague holding his hand after explaining how stressed he was.

5.3. *Giving help*

We have included in this subcategory situations in which a patient or the therapist help a member of the group to solve a situation or confusion. Example: In a context in which a group member explains a situation that generates him high levels of anxiety.

Patient 15: And what happened to you, might not be an anxiety attack?

Therapist: Look what *[Patient's 15 name]* says

Patient 15: Yeah, I guess, but I do not know or do not remember how I got here ...

(Patient 15, female, 53 years)

In this conversation we can see how a group member intends to help solving the problem of a colleague through questions that might clarify the stressful situation.

5.4. *Asking for help:*

From feelings of imprisonment to group cohesion *Article Published in Psychotherapy Research*

In these narratives a patient expresses implicitly or explicitly a need to resolve confusions or doubts. Example:

Patient 2: What day is it today? I do not know when it's lunch, or dinner, I'm disoriented, and I don't know the day.

Patient 1: Me neither. Is it 17?

In this example we can see how a group member implicitly asks for help as he realizes he does not know certain information that he should know.

5.5. Identification

We coded quotations with this label when we interpreted that a patient or the therapist was empathizing with feelings expressed by group members. Example: A group member explains misbehaviors with his former partner.

Patient 3: I know, it happened to me with my ex-. We were together for a while, and I behaved badly.

Patient 7: Yes, my husband also throws things when he's angry.

Patient 4: (laughs) I have also done this... you' start throwing things, but then ...

(Patient 3, male, 37 years. Patient 4, male, 40 years. Patient 7, female, 48 years).

In this example, two members of the group feel identified with the problems explained by a peer and share with him their experiences.

6. Anti-group.

The anti-group category includes quotations in which patients avoid psychotherapeutic work. Includes: 1) Proposal and 2) Justification.

6.1. Proposal

We have grouped under this name proposals of patients which are far apart from the established objectives of the group.

"We could do a theatre act, a drama to distract ourselves."

(Patient 2, female, 28 years old)

This example shows how a group member proposes objectives which are not feasible within the group.

6.2. *Justification*

These quotations include quotations in which patients give an explanation about why they do not follow group norms or why they move away from its objectives. Examples:

After a patient asking whether he can go to the bathroom, the therapist remembers the rules of the group and another patient replies:

"Patient 5: I didn't know the rules"

(Patient 5, male, 38 years).

In a context where one of the patients, clearly drowsy, is wondering what time it is, and after the therapist had reminded the group its norms and duration:

"With medication we are very sleepy. I try to open my eyes, but I can't".

(Patient 16, male, 46 years).

In both examples the therapist should remind the group norms as the proposals represent an infringement, and in both cases the patients justify their transgression.

Group evolution

Table 2 shows the evolution of the sessions. The seven sessions are divided into two separate periods due to the Christmas holidays. The first period includes session one to five, the second period includes the sixth and seventh sessions.

In the early sessions (first two) the group atmosphere has still a low level of cohesion. It can be understood as a process of encounter; patients participate individually with little regard to what other patients are saying. This can be seen especially in the first

session. In the second session group members begin to question the norm, which makes sense before accepting it as their own. In both sessions we can see an active involvement of the therapist. In the first session her involvement can be noted in terms of group norms, while in the second, mostly regarding the need to promote identification and therefore, group cohesion.

In the third session the group shows cohesiveness. Categories such as expression of feelings and interaction have increased, while categories referring to an active role of the therapist decrease. The group continues to grow in cohesion in the fourth and fifth sessions. The fifth session comes to a point where the group functions autonomously and categories related with an active role of the therapist do not appear. From the third to the fifth session, categories of expression of feelings and interaction remain high. In the fourth session, explicit identifications between group members and verbalizations change. At the same time, problematic behaviors in relation to group members appear.

After the Christmas break, groups are restarted. The group maintains part of the dynamics, but the therapist needs to do some translations to include new members and re-establish the cohesion climate. At the sixth session we can see how themes common to the first session appear, especially with reference to symptoms. Again, it is an encounter group, where the therapist needs to have an active role in promoting group cohesion and defining its functions. However, the group does not start from the beginning as in session one, we can see a clearly more cohesive climate, participants just need a little help in form of translations to start expressing their feelings again. The seventh session is less intense. Discussions about norms and translations, share space with support and expression of feelings.

PLEASE INSERT TABLE 2 AROUND HERE

Discussion

The major methodological advance of this study was the combination of an adapted grounded theory method of patients' narratives (table 1) with a hermeneutic analysis of the perspectives of others in the hospital system (table 2). This has allowed us to contextualize and give meaning to the categories and subcategories not only chronologically, but also in a functional manner, understanding how norms help promoting the autonomy and expressivity of group members.

The treatment of patients with severe mental illness and substance use problems usually involves a more difficult psychotherapeutic management process, requiring integrated interventions. The usefulness of therapeutic groups for the treatment of these patients in hospital contexts has been already described (Gotoh, 2008). Although it is not considered to be standard clinical practice, group psychotherapy has been shown to be effective in severe patients admitted to psychiatric wards (Kanas, 1985; Martín Cabrero & Martínez Rodríguez, 2009). Given the profile of hospitalized patients and the need for a comprehensive and effective care, this type of treatment, usually accompanied by psychoeducational interventions, is frequent in such contexts.

Consistently with the theoretical approach of this study, the most common therapeutic factors for dually diagnosed inpatients were: *expression of feelings, caretaking-support, interaction, translation and explicitation of norms*. Increased expression of emotions and interaction, as well as decreasing references to group norms could be interpreted as a sign of increased group cohesion, one of the main therapeutic factors described by Yalom and whose exploration was the main objective of this study. In this way we have shown how group dynamics keep progressing until group cohesion facilitates

the reduction of therapist's interventions and increases the ability of patients to think and act autonomously.

As already pointed out by previous authors conducting studies in similar settings (MacKenzie, 1987), our study shows the importance of creating a space for inpatient group interaction, where they are able to express emotional content as well as give and receive peer support. These results suggest the importance of group support and emotional expression in hospitalized patients. Both factors are described in previous literature as important group therapeutic elements (Lara et al., 2004). Yalom & Leszcz (2005) refer to these factors when they describe their therapeutic factors. Group support and emotional expression may be matched to factors such as altruism and catharsis according to the conceptualization of these authors.

Our results represent a practical evidence of the role of therapeutic groups in a psychiatric inpatient ward. A space where participants can express their feelings, leaving the passive role of help receiver, allowing themselves to be the protagonists of the event of help, caring for others and participating in a socializing experience through social interactions. Through translations and redirections, the entire process is supervised by the therapist, who encourages participants to see their peers as members of a group that is governed by specific norms. This process creates a safe space where they can just "be". The continued presence of expressions of feelings may suggest a reflection on the need for a space where inpatients can give voice to emotional contents, which are often silenced in these hospitalization contexts.

Therapeutic groups improve patients' communication and relationship skills (Sánchez del Hoyo et al., 2006); two capacities often hampered by the context of hospitalization, confirming the importance of creating communication and therapeutic

spaces during the psychotherapeutic process. This connects with the importance of early and comprehensive psychotherapeutic treatment (Berner et al., 2008), as group treatment in the context of hospitalization is in our case.

As we could see in table 2, regarding early sessions' group evolution, it seemed to be in need of norms. Norms provide a safe context in which group members are able to start expressing feelings. The groups as an entity needs to establish how their participants might relate to each other in this new space and thus, a more active approach of the therapist is needed. Initial sessions are dominated by categories related to therapy management (redirection and translation). Redirection refers to group boundaries and norms. Translation refers to interventions where the therapist tries to encourage group members to identify themselves with each other. Both are important conditions to create group cohesion, as cathartic expression and self-revelations are difficult to perform in early group stages (Argyraoulou & Zafiropoulou, 2007). These categories, dominant at the beginning of the process of group cohesion, become minority when group cohesion increases. However, interpersonal learning, altruism, universality, instillation of hope and imitative behaviors (in the form of expression of feelings, expressions of support, interaction and group discussion), some of Yalom's primary therapeutic factors (Yalom & Leszcz, 2005), appear early in the second session. Accordingly, categories such as the appearance of expressions of feelings and interactions increase exponentially in the next sessions. These interactions increase as group members identify themselves as peers and become more cohesive, more able to self-manage and self-regulate, while the role of the therapist becomes less active. This group environment favors the emergence of catharsis as an expression of different emotions, contributing in turn to increased group cohesion (Yalom & Leszcz, 2005). Table 2 might be understood as a way of putting together the basic themes of each session and

understanding group dynamics in context. It can be understood as an intermediate step between the merely descriptive (Table 1) and our interpretative efforts.

We should also acknowledge the limitations derived from the methodology and context where this qualitative study has been implemented. The high turnover of patients, the difficulties in transcribing the sessions, or the medical conditions in which participants are, may create barriers when deepening into these therapeutic processes. We also used a very specific type of patients, i.e. inpatients admitted to an acute psychiatric ward diagnosed with dual disorders. However, the homogeneity of group members in regard to substance use (at least one consumption two months prior to admission) was decided in order to facilitate identification and cohesion within the group. In this regards, previous literature indicates that homogeneity may increase the positive effects of the group therapy experience (Burlingame et al., 2003).

The results of this qualitative study underscore the need to include therapeutic group spaces in psychiatric wards where patients may be able to develop relational and communication skills, which may be important tools in their recovery and reintegration in their communities.

References

- Argyrouli, E., & Zafiropoulou, M. (2007). Qualitative analysis of experiences of members of a psychoeducational assertiveness group. *Psychological Reports, 100*(2), 531–46. <http://doi.org/10.2466/pr0.100.2.531-546>
- Berner, M., Günzler, C., Frick, K., Kriston, L., Loessl, B., Brück, R., ... Mann, K. (2008). Finding the ideal place for a psychotherapeutic intervention in a stepped care approach – a brief overview of the literature and preliminary results from the Project PREDICT. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17*(S1), S60–S64. <http://doi.org/10.1002/mpr.250>
- Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G., & Chambers, E. (2012). Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis, 45*(1), 46–69. <http://doi.org/10.1177/0533316411424356>
- Bradizza, C. (1997). Integrating substance abuse treatment for the seriously mentally ill into inpatient psychiatric treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(2), 103–111. [http://doi.org/10.1016/S0740-5472\(96\)00160-2](http://doi.org/10.1016/S0740-5472(96)00160-2)
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 7*(1), 3–12. <http://doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.3>
- Forsyth, D. R. (2013). *Group Dynamics* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Foulkes, S. H. (1960). *Application of Group Concepts To The Treatment Of The Individual In The Group*. London: Karnac.
- Franco, H., Galanter, M., Castañeda, R., & Patterson, J. (1995). Combining behavioral and self-help approaches in the inpatient management of dually diagnosed patients.

From feelings of imprisonment to group cohesion *Article Published in Psychotherapy Research*

Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 227–232. [http://doi.org/10.1016/0740-5472\(95\)00016-X](http://doi.org/10.1016/0740-5472(95)00016-X)

García-Cabeza, I., Ducaju, M., Chapela, E., & González de Chávez, M. (2011). Therapeutic Factors in Patient Groups with Psychosis. *Group Analysis*, 44(4), 421–438. <http://doi.org/10.1177/0533316411413522>

Glaser, B. G. (1965). The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. *Social Problems*, 12(4), 436–445.

González de Chávez, M. (1999). [Two psychotherapeutic groups of schizophrenic patients: inpatient and outpatient]. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 574–586.

González de Chávez, M., Gutierrez, M., Ducaju, M., & Fraile, J. C. (2000). Comparative Study of the Therapeutic Factors of Group Therapy in Schizophrenic Inpatients and Outpatients. *Group Analysis*, 33(2), 251–264. <http://doi.org/10.1177/0533316400332006>

Gotoh, M. (2008). [The problems of dual-diagnosis patients and the value of integrated therapy: a look at the effectiveness of group therapy methods for dually diagnosed patients]. *Nihon Arukōru Yakubutsu Igakkai Zasshi = Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 43(3), 194–203.

Hornsey, M. J., Dwyer, L., & Oei, T. P. S. (2007). Beyond Cohesiveness: Reconceptualizing the Link Between Group Processes and Outcomes in Group Psychotherapy. *Small Group Research*, 38(5), 567–592. <http://doi.org/10.1177/1046496407304336>

Kanas, N. (1985). Inpatient and outpatient group therapy for schizophrenic patients. *American Journal of Psychotherapy*, 39(3), 431–9.

- Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 10*(2), 146–163. <http://doi.org/10.1037/1089-2699.10.2.146>
- Lara, M. A., Navarro, C., Acevedo, M., Berenzon, S., Mondragón, L., & Rubí, N. A. (2004). A psycho-educational intervention for depressed women: A qualitative analysis of the process. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*(4), 429–447. <http://doi.org/10.1348/1476083042555424>
- MacKenzie, K. R. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group, 11*(1), 26–34.
- Martín Cabrero, B., & Martínez Rodríguez, J. M. (2009). Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29*(1), 79–96. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352009000100005>
- Nitzgen, D. (2014). Lost in Translation? Reading Foulkes Today. *Group Analysis, 47*(3), 213–226. <http://doi.org/10.1177/0533316414546084>
- Rennie, D. L. (2000). Grounded Theory Methodology as Methodical Hermeneutics: Reconciling Realism and Relativism. *Theory & Psychology, 10*(4), 481–502. <http://doi.org/10.1177/0959354300104003>
- Ruiz Parra, E., & González Torres, M. Á. (2005). [Limited duration groups in the treatment of schizophrenia: a model description]. *Advances in Relational Mental Health, 4*(3), 1–13.
- Sánchez del Hoyo, P., Sanz Rodríguez, L. J., Baro Santamarta, C., & Gómez García de la Pedrosa, M. (2006). [A group therapeutic experience with adolescents and youths in a mental health center]. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría,*

- From feelings of imprisonment to group cohesion *Article Published in Psychotherapy Research*
26(98), 217–229. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352006000200004>
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G., & Rönnerberg, S. (1998). Time-Limited Group
Psychotherapy for Moderately Alcohol Dependent Patients: A Randomized Controlled
Clinical Trial. *Psychotherapy Research*, 8(4), 361–378.
<http://doi.org/10.1080/10503309812331332467>
- Sigman, M., & Hassan, S. (2006). Benefits of long-term group therapy to individuals
suffering schizophrenia: A prospective 7-year study. *Bulletin of the Menninger Clinic*,
70(4), 273–82. <http://doi.org/10.1521/bumc.2006.70.4.273>
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of
Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health
Research*, 17(10), 1372–1380. <http://doi.org/10.1177/1049732307307031>
- Wilson, H. S., & Hutchinson, S. a. (1991). Triangulation of Qualitative Methods:
Heideggerian Hermeneutics and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 1(2),
263–276. <http://doi.org/10.1177/104973239100100206>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th
ed.). New York: Basic Books.

Table 1. Occurrence and proportion of narrative categories

	N	%
Group norms		
Acceptance of norms	18	2.7
Explication of norms	37	5.5
Questioning of norm	36	5.3
Dual diagnosis symptoms		
Psychological symptoms	31	4.6
Drugs	25	3.7
Therapy development		
Reinforcement	39	5.8
Change	24	3.6
Future Plans	14	2.1
Therapy management		
Translation	49	7.3
Redirection	33	4.9
Group		
Group	23	3.4
Caring for space	14	2.1
Interaction	67	10
Relationship		
Expression of feelings	108	16
Asking for help	13	1.9
Giving help	23	3.4
Identification	19	2.8
Caretaking-support	68	10.1
Anti-group		
Proposal	22	3.3
Justification	10	1.5

Table 2. Detailed account of each session’s therapists’ blinded assessment combined with most widely used categories.

Session	N° of patients	Assessment of general environment and issues		Assessment of patients’ participation		Relational patterns in the session	Frequencies of most widely used categories (n=6 or more in each session)
		Therapist A	Therapist B	Therapist A	Therapist B		
1	3	<p>Environment: Assertive, need to create another reality.</p> <p>Issues: 1) Need to create another reality as opposed to jail. 2) Topics related to mental illness. 3) Drugs and medication.</p>	<p>Environment: Participative, demanding, and vindictive.</p> <p>Issues: 1) Disorientation-orientation. 2) Desire to change things in the psychiatric ward. 3) Disease and drug use.</p>	<p>1) Participative, helps peers. 2) Participative, tendency to create another reality. 3) Non participative. Anger, rage.</p>	<p>1) Very participative, tries to help the group. 2) Very participative, idealist, with desires of changing the station. 3) Expresses rage but controlled. Feels caged, does not have to be here.</p>	<p>All patients with therapist. Dyadic relations between 1 and 3. Patient 2 relation with the rest of the group.</p>	<p>1/2) Proposal (11) / Explication of norms (11). 3) Caretaking-support (8). 4/5) Reinforcement (7) / Redirection (7).</p>
2	5	<p>Environment: Confusion</p> <p>Issues: Getting organized to respect turns. Need tell each his own story. Peer support.</p>	<p>Environment: Cohesion, chaos.</p> <p>Issues: Death wish and fear of death. Group norms. Desire to share and express affection for the group.</p>	<p>1) Participative. Seeks constantly the therapist. Cares about one of the group members. 2) Tries to organise speaking turns. Difficulty in complying with speaking turns. Takes care that everyone gets involved. Invites new participants to talk. 3) Participates, seems happy and tries to respect speaking turns. 4) Participates and gets exposed explaining his personal situation. Explains in detail psychiatric symptomatology. 5) Contributes very little. Minimises drug use.</p>	<p>1) Very involved, tries to help the group members. Express verbally his affection towards them. 2) Tries to lead the group. Takes the themes towards himself. Also expresses affection for the group and tries to accommodate everyone. 3) Participates and promotes group cohesion. 4) Tries to be the centre of attention of the group and that the group wants to protect him. Capable of self-regulating himself in conversations. Tendency to victimhood. Shows affection for another patient. 5) Comments loosely connected with the rest. Tries to join the group his own way.</p>	<p>Patients 1 and 5 with therapist. Dyadic relations between 1,2,3 & 4.</p>	<p>1) Expression of feelings (16) 2) Caretaking-support (15) 3) Interaction (13) 4) Questioning of norms (12) 5/6) Redirection (11) / Explication of norms (11) 7) Translation (10) 8) Group (9) 9) Questioning of norms (8)</p>
3	7	<p>Environment: Warm, cohesion.</p> <p>Issues: Need to belong to groups, cohesion. Saying thanks in aid processes.</p>	<p>Environment: Expression of feelings.</p> <p>Issues: Relationship with peers</p>	<p>2) Encourages participation. Calm. 3) Participates even though he finds difficult to get included. 4) Expression of feelings. 5) Remains aloof, participates little.</p>	<p>2) Peaceful and stable. Respect the right to speak. Assumes a group caregiver role. 3) Comments outside the conversation and interruptions. However, more capable of self-regulating.</p>	<p>All patients but 2 and 5 with therapist. Dyadic relations between 1,3,4 & 7.</p>	<p>1) Expression of feelings (24) 2) Interaction (17) 3) Translation (8) 4) Reinforcement (6).</p>

Session	N° of patients	Assessment of general environment and issues		Assessment of patients' participation		Relational patterns in the session	Frequencies of most widely used categories (n=6 or more in each session)
				6) Participates and gets included. It appears as independent though he is and feels within a group. 7) Included in the beginning and then, when emotional issues are touched she participates to a lesser extent. 8) Participative. Involved in the need to belong to a group.	4) Quiet, less need to feel the centre of the group, less dramatic. 5) Physically present but absent from the group. 6) Rivalry and conflict with some members of the group but is capable of self-regulating. 7) Sometimes well adapted and participative, while sometimes more drowsy and absent. 8) Participate actively seeks approval of the therapist. Exposes his emotions in third person.		
4	5	Environment: Cohesion Issues: Loss of partner. Uncontrolled impulses. Guilt associated with loss and attempts to repair. Changes during the therapeutic process	Environment: Emotion, expression. Issues: (Desire of) Changes. Impulse control. Loss of affective relations.	3) Sad because loss of partner. Lack of impulse control generates guilt. 4) Aids patients. Points out the positive side of the relationship trying to minimize guilt. 7) Tries to stay awake and participate. Provides information about her relationship. 9) Involved from the beginning but when patient I asks to go, he also asks for it arguing he did not feel good. 10) Difficulties in inclusion. Contributes just to say that he does not want to be. Ambivalent.	3) Thrilled, guilt. Sadness. Greater self-control, desire for change. 4) Desire for change impulse control. Spotlight. 7) Very sleepy, tries to listen, but has trouble staying awake. 9) Initiates interaction but leaves the group with his partner (imitative behaviour, difficulties staying) 10) Rejects the group, confrontational. Leaves the group.	All patients with therapist. Dyadic relations between patients 4 & 5 and these two patients with the whole group.	1) Expression of feelings (16) 2) Interaction (12) 3) Change (10) 4) Identification (9) 5/6) Translation (8) / Questioning of norms (8). 6/7) Caretaking-support (7) / Future plans (7). 8) Explication of norms (6)
5	2	Environment: cohesion warmth Issues: Christmas, gatherings	Environment: Encounter, communication, affection, emotion Issues: Christmas, loved ones	3) Expressive, excited. Difficulty in the relationship with his brother. 7) Participates more than usual. Expression of feelings. Interest in the other.	3) Participatory and communicative. Emotional and affective. 7) Very communicative, able to confront and pick up at the same time. Caregiver.	All patients with therapist. Dyadic relation between the two patients.	1) Expression of feelings (16) 2) Interaction (10) 3) Reinforcement (7).

Session	N° of patients	Assessment of general environment and issues		Assessment of patients' participation		Relational patterns in the session	Frequencies of most widely used categories (n=6 or more in each session)
6	6	Environment: Cohesion Issues: Doubts about the future. Symptoms. Side effects. Importance of company	Environment: Cohesion Issues: Desire for change. Feelings of tightness income. Soledad, company, family.	11) Included although has trouble with it. Concrete. Alone. 12) Included, but little involved. Talks about symptomatology. Listens actively. 13) Active listening and empathy, accompanying. 14) Difficulty respecting speaking turns. Actively involved. Not listening, self-centered. 15) Included and involved, reinforces others. 16) Participates and explains symptoms. Provides support to other group members.	11) Participate and try to integrate, has trouble though. Brief and specific interventions. 12) Integrates later without problems. Good listening attitude. 13) Participative and focused on reality. Provides assistance to the group. 14) Labile. Difficult to hear and connect with the rest of the group but receives help from this. 15) Participatory. Provides advice and new perspectives to the group. 16) Desire for change. Empathetic. Feelings of guilt about the past.	All patients with therapist. Dyadic relation between 3 and 5.	1) Expression of feelings (27) 2) Caretaking-support (14) 3) Reinforcement (13) 4) Translation (12) 5/6) Giving help (11) / Interaction (11) 7) Change (8)
7	6	Environment: Trustworthiness Issues: Norms, symptoms, protection, labels and stigmatization	Environment: Security. Issues: Diagnostic labels. Norms.	11) Participates little and when she does is loosely connected to the group. 15) Participates, mindful of peers providing support. 17) Connected but cautious communicating. It is easier for her to provide information than talk about herself. 18) Participates, difficulties slowing down, and respect the right to speak off others. 19) Included, active listening. 20) Active listening but little participation. Identifies with some symptoms.	11) Difficulty integrating into the group theme, although somewhat more connected and less sleepy. 15) Well integrated in the group. Liked by her peers who see it as strong. Has difficulties expressing affection for the group but eventually gives back something. 17) Provides answers to the group, but has difficulties talking about herself, sometimes isolated. 18) Difficulties self-regulating. Need to stop him. 19) Integrated in the group, tries to accompany the rest of the group. Looks after that no one is left alone. 20) Integrated. Somewhat suspicious, but manages to trust the group despite being somewhat interpretive.	All patients with therapist. Dyadic relation between 2 and 3.	1/2) Caretaking-support (7) / Acceptance of norms (7) 3/4) Expression of feelings (6) / Translation (6)

Sánchez Morales, L., Bassolas Esteban, L., Estelrich Costa, N. & Eiroa-Orosa, F.J. (2017). Desingularizar y cohesionar. En M.J. de Castro Oller, R. Gomez Esteban y A. de la Hoz Martínez (Ed.). La Psicoterapia de grupo en los servicios de Salud Mental (pp.158-161). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.

DESINGULARIZAR Y COHESIONAR

*Lidia Sánchez Morales. Laura Bassolas Esteban.
Neus Estelrich Costa. Francisco José Eiroa-Orosa*

Introducción

El tratamiento grupal se incluyó en el funcionamiento habitual de la Unidad de Hospitalización de Agudos de los Hospitales San Rafael y Vall d'Hebron en el año 2010. Nuestro objetivo es describir y explorar los factores terapéuticos y procesos grupales en este contexto.

Los grupos como instrumento de intervención permiten un nivel de comunicación más profundo entre sus miembros y fomentan el compromiso social fuera del grupo. Además, proporcionan un contexto realista y promueven alianzas y relaciones terapéuticas. Por estas razones, se considera el grupo una herramienta terapéutica muy útil⁽¹⁾. El contexto en el que se realiza el tratamiento determina las características del grupo. En el caso de la hospitalización aguda, hay modificaciones en la conducción, longitud del tratamiento, desarrollo del grupo y procesos grupales^(2,3). Existen también factores independientes del contexto que parecen darse en la generalidad de psicoterapias grupales, los llamados factores terapéuticos descritos por Irvin Yalom⁽⁴⁾.

Metodología

Nuestro programa grupal implicó a todo el equipo. Psiquiatría y Enfermería se encargaban de la selección de candidatos. Los criterios de inclusión fueron el consumo de tóxicos en los dos meses previos al ingreso. Los criterios de exclusión fueron discapacidad intelectual, deterioro cognitivo o agitación conductual. Psicología clínica realizaba la entrevista previa al grupo, donde presentaba el tratamiento y la normativa. Este programa se componía de tres sesiones grupales a la semana de una hora de duración. Las sesiones eran de dos tipos: una psicoeducativa, cuyo objetivo era proporcionar información sobre el uso de sustancias y aclaraciones sobre su interacción con el trastorno mental y dos psicoterapéuticas cuyo objetivo era fomentar las habilidades de expresión y manejo emocional. Después de cada sesión se realizaba una sesión con todo el equipo.

El tamaño de los grupos oscilaba entre 6 y 10 pacientes. La recogida de datos fue de noviembre 2012 a febrero 2013. Se transcribieron de forma literal todas las sesiones psicoterapéuticas. La muestra estuvo compuesta por 20 pacientes, de los cuales el 65% fueron hombres. La edad media fue 35 años. El diagnóstico predominante fue trastorno psicótico (65%). La principal sustancia de consumo activo fue cannabis (60%). El 90% de los candidatos aceptó la normativa del grupo y se comprometió a cumplirla. Se realizó un análisis cualitativo de las transcripciones hasta alcanzar saturación teórica.

Resultados

Se obtuvieron 20 categorías, que se englobaron en 7 supracategorías: **relaciones, grupo, tratamiento terapéutico, desarrollo terapéutico, normas del grupo, síntomas de diagnóstico grupal** y **anti-grupo**. La categoría predominante fue *expresión de sentimientos* (16,4%) seguida de *cuidado a los demás/apoyo* (10,10%). Ambas incluidas en la supracategoría **relaciones**, donde también se encuentran las categorías *dar ayuda, identificación y pedir ayuda*. La tercera categoría fue *interacción* (9,95%) que pertenece a la supracategoría **grupo** juntamente con *conciencia de grupo* y *cuidado del espacio*. La cuarta categoría fue *traducción* (7,28%) que juntamente con *reconducción*

pertencen a la supracategoría *tratamiento terapéutico*, donde todas las narrativas incluidas eran emitidas por el terapeuta. La quinta categoría fue *refuerzo* (5,79%) que pertenece a la supracategoría *desarrollo terapéutico* junto con *cambio y planes de futuro*. La sexta categoría fue *explicitar la norma* (5,49%) que se incluye en *normas del grupo* junto con *aceptar la norma* y *cuestionar la norma*. Hay dos supracategorías, *síntomas de diagnóstico dual* y *antigrupo*, de menor importancia según su aparición.

En los grupos, los pacientes hablaban principalmente de sí mismos y de sus relaciones, creando un espacio de ayuda y soporte mutuo con la intervención del terapeuta y el marco delimitado por la normativa grupal. Las categorías que ocuparon mayor tiempo del grupo, expresión de sentimientos y cuidado-apoyo, podrían considerarse paralelas a la catarsis y el altruismo, descritos por Yalom (4), como factores terapéuticos del grupo.

En relación con la evolución y desarrollo del grupo se registraron un mayor número de intervenciones individuales en la primera sesión prestando poca atención a los compañeros. También al inicio, los pacientes cuestionaron más frecuentemente las normas del grupo y el terapeuta tuvo que participar activamente instaurándolas y promoviendo las identificaciones. En la tercera sesión, aumentaron las categorías *expresión de sentimientos e interacción* y disminuyeron las categorías propias del terapeuta, *traducción y reconducción*. En sesiones posteriores, el grupo se mantuvo cohesionado y funcionó de manera autónoma. Durante las vacaciones de Navidad, dos semanas, no se realizó grupo. En la sexta sesión, al reestablecerse los grupos, se observó que aparecieron temas comunes a la primera sesión analizada. El terapeuta tuvo otra vez un papel más activo en la definición de los límites y la promoción de la cohesión. En la séptima sesión, las discusiones sobre normas compartieron espacio con el apoyo y la expresión de sentimientos. Se reestableció el clima grupal con facilidad, lo que posiblemente tenga relación con la idea de que los procesos grupales son transpersonales y conforman lo que en la teoría se conoce como cultura de grupo. En los grupos hay una manera de hacer, de proceder, y ésta trasciende a los miembros individuales, creando así una forma de comportarse en ese grupo determinado.

Un signo de desingularización y cohesión fue el aumento de las categorías *expresión de sentimientos e interacción* y la disminución de categorías relacionadas con el terapeuta. Las normas tuvieron un papel clave, ya que proporcionaban un espacio seguro y fiable donde poder expresarse y relacionarse. Este clima de seguridad, pensamos que favoreció la capacidad para pensar y actuar de forma autónoma de los pacientes. El terapeuta también fue un elemento importante, ayudando en la creación de los vínculos en el grupo, a través de los cuales los pacientes pudieron tomar la iniciativa y darse soporte unos a otros sin necesidad de mediador. El grupo les permitió pasar de un rol pasivo a un rol activo en la relación de ayuda. No obstante, hay algunas limitaciones que merecen ser comentadas. A nivel clínico, dada la carga emocional y el papel activo en el grupo, reducción del tiempo de sesión a 45 minutos para una mejor tolerancia del escenario grupal. A nivel metodológico, la dificultad en las transcripciones y la generalización de los datos.

Conclusiones

Se subraya la importancia de incluir intervenciones grupales en unidades psiquiátricas. Se crean espacios de seguridad que permiten la expresión, la reflexión y la identificación. Y se desarrollan habilidades relacionales y de comunicación, herramientas importantes para la recuperación y reintegración en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍN CABRERO B, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ JM. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos.

- Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2009; 29(1): 79–96.
2. ARROYO GUILLAMÓN R, DEL PALACIO TAMARIT S. Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. Area 3. 2011; 15(1): 1–16.
 3. BELLOSO ROPERO JJ, DÍAZ MEDINA M, LÓPEZ MORENO T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2015 Dec; 35(128): 759–74.
 4. YALOM ID, LESZCZ M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books; 2005. p 272.

