

La Relación Terapéutica en Psicoterapia Grupal Operativa Psicoanalítica en una Unidad de Salud Mental

The Therapeutic Relationship in Operative Psychoanalytic Group Psychotherapy in a Mental Health Unit

Victoria de Felipe¹, Elena Vázquez¹ y Fátima Vílchez²

¹Hospital Universitario de Guadalajara, España, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España

Resumen: En el presente trabajo se analiza y reflexiona sobre las respuestas a una encuesta de satisfacción tras un encuadre de psicoterapia grupal operativa psicoanalítica. Se analiza la importancia concedida a la relación terapéutica, tomando como referencia un modelo factorial sobre la relación grupal. En base a los datos analizados, se acaba concluyendo que los pacientes evocan aspectos relativos a la relación terapéutica cuando dan respuesta a una encuesta de satisfacción, lo que indica su importancia en el balance que hacen de la psicoterapia de grupo. Además, en la encuesta emergen los factores incluidos en el modelo sobre la relación terapéutica (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas).

Palabras clave: relación terapéutica, psicoterapia de grupo, psicoterapia psicoanalítica operativa, factores terapéuticos, cohesión grupal

Abstract: This paper analyzes and reflects on the responses to a satisfaction survey after a frame of operational psychoanalytic group psychotherapy. The importance attached to the therapeutic relationship is analyzed, taking as reference a factorial model on the group relationship. Based on data analyzed, it is concluded that patients evoke aspects related to the therapeutic relationship when they fill a satisfaction survey after a setting of group psychotherapy, which indicates its importance in the balance they make of group psychotherapy.

Victoria de Felipe García-Bardón es psicóloga clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Elena Vázquez Ramos es psicóloga clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Fátima Vílchez Trigueros es psicóloga clínica en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Maria Victoria de Felipe al email: victoriadefelipe@telefonica.net



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

In addition, factors included in the model on the therapeutic relationship (positive bonding relationship, positive working relationship and negative relationship) emerge in the survey. *Keywords:* therapeutic relationship, group psychotherapy, psychoanalytic operative psychotherapy, therapeutic factors, group cohesion

El presente trabajo tiene como objetivo general reflexionar sobre la relación terapéutica en psicoterapia grupal operativa psicoanalítica, a través de la percepción de los pacientes. Para ello, se realiza una investigación cualitativa a partir de las respuestas a una encuesta de satisfacción administrada al finalizar la psicoterapia en una Unidad de Salud Mental.

Las Unidades o Centros de Salud Mental (USM o CSM) habitualmente son la puerta de entrada al sistema público de salud, constituyen el pilar fundamental de la atención ambulatoria y, por tanto, la base del modelo comunitario. Actualmente, en las USM nos encontramos con un “incremento de nuevas demandas de la población, elevada carga asistencial, aumento del intervalo de consultas, de la duración del tratamiento para todos los trastornos, en detrimento de la atención de los trastornos mentales más graves” (Valencia et al. 2014, pp. 742-743).

La USM es el único dispositivo que no tiene filtro de entrada, es decir, que no tiene criterios de inclusión como los demás dispositivos (Unidad de Hospitalización Breve, Unidad de Media Estancia, Hospital de Día, Unidad de Conductas Adictivas) por lo que hay que dar una respuesta sin seleccionar la demanda. Esta situación complica la realización de tratamientos psicológicos adecuados, por una parte, por el excesivo número de personas que cada profesional tiene que atender y, por otra, por la variabilidad de las características de los pacientes que acuden, con demandas muy diferentes ya que son derivados desde distintos dispositivos asistenciales. En numerosas ocasiones, cuando un paciente acude a la consulta del psicólogo clínico, su petición y expectativas están muy alejadas de lo que, desde nuestra especialidad, consideraríamos conveniente; así puede tratarse de conseguir un informe para solicitar una incapacidad, recibir algún consejo para resolver una situación puntual, eliminar síntomas físicos que les resultan incapacitantes o, simplemente, porque se lo ha indicado el especialista al que realmente ha acudido.

En esta situación tan compleja y variopinta, es necesario analizar y discriminar la demanda para poder organizar de manera más eficiente la asistencia (Suárez, 2006), de ese modo podremos ofrecer diferentes intervenciones psicológicas, entre las cuales la psicoterapia será nuestra verdadera seña de identidad y probablemente el tratamiento psicológico más efectivo que realizaremos. En este punto, nos encontramos con otra dificultad, y es que la proporción de pacientes que han de realizar dicho tratamiento psicológico excede, en la mayoría de los casos, los recursos de que disponemos los profesionales para que la psicoterapia ofrecida cumpla los criterios mínimos exigidos en cuanto a frecuencia y duración, sea cual sea la teoría en la que se apoye.

En esta encrucijada, en la que tenemos que ayudar a disminuir el sufrimiento de los pacientes que acuden a nuestra consulta a través de tratamientos psicoterapéuticos adecuados, la psicoterapia grupal es un tratamiento de elección no sólo porque ofrece la posibilidad de realizar una psicoterapia en las condiciones de tiempo y frecuencia necesarias, ya que permite tratar a mayor número de pacientes a la vez (lo que aludiría a su eficiencia), sino también porque es el medio óptimo para tratar los aspectos grupales y sociales inherentes a la subjetividad. Gómez (2020) habla de la psicoterapia grupal como la única estrategia terapéutica capaz de resolver el alto número de personas que acuden a las consultas de la red de salud mental. Además, diferentes estudios han demostrado que la psicoterapia grupal es igual de eficaz que la individual. (Guimón, 2003; Kaplan y Shaddock, 1996). Burlingame et al. (2016) plantean que la equivalencia en los resultados entre psicoterapia individual y grupal apoya la tendencia a aumentar las prestaciones de psicoterapia grupal para cumplir con el aumento clínico de las demandas.

Al igual que otros autores (Iñón, 1997; Zuckerfeld, 1999), consideramos fundamental evaluar las intervenciones terapéuticas para no repetir de manera estereotipada los encuadres que realizamos y mejorar la calidad de estas. Éste es el motivo por el que se realiza la presente investigación enfocada hacia el estudio de un aspecto

del proceso que ayuda a conseguir el cambio y la mejoría: la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta, y entre los pacientes entre sí, al tratarse de psicoterapia de grupo.

La psicoterapia grupal que vamos a describir y evaluar, en base a las características de la mayoría de los pacientes que acuden a nuestra consulta, está dirigida a pacientes no psicóticos, muchos de ellos con sintomatología grave, limitaciones importantes, años de evolución y resistentes a diferentes tratamientos. Un porcentaje elevado presenta rasgos disfuncionales o trastorno de personalidad.

La importancia de la investigación en psicoterapia

En la actualidad, nadie duda de la eficacia de la psicoterapia. De hecho, se han realizado numerosos estudios para llegar a esta afirmación tras las dudas planteadas por Eysenck (1952) de que la terapia psicológica tuviera algún efecto diferente al de la simple remisión espontánea. Tras el metaanálisis efectuado por Smith y Glass (1977), está bastante aceptado que los pacientes que reciben terapia psicológica, desarrollada en el marco de alguna de las principales escuelas, cambian en alguna medida.

Sin embargo, la igualdad entre psicoterapias, a pesar de la evidencia, ha sido puesta en duda en numerosas ocasiones, y habitualmente la “evidencia científica” se asocia al modelo cognitivo-conductual. Schedler (2010) en un riguroso artículo en el que revisa la evidencia científica existente sobre la terapia psicodinámica en una amplia variedad de condiciones y poblaciones, acaba concluyendo que la evidencia empírica sostiene la eficacia de la terapia psicodinámica, e incluso se siguen obteniendo beneficios terapéuticos y siguen mejorando una vez finalizado el tratamiento. El autor también reconoce las limitaciones de la investigación psicodinámica y señala la importancia de seguir avanzando en ella.

De Celis y Méndez (2020), en un interesante trabajo, reúnen las revisiones con metaanálisis más relevantes que se han publicado en la última década sobre eficacia de la psicoterapia psicoanalítica desde el trabajo de Schedler en 2010, concluyendo que los resultados apuntan a que su eficacia no es muy distinta a la de otros enfoques considerados de referencia (atendiendo a los criterios del modelo de eficacia en psicoterapia que se ha derivado de la medicina basada en la evidencia). En relación con la psicoterapia grupal operativa psicoanalítica, De Felipe (2012) concluyo que es efectiva en la mejoría de depresión, ansiedad, rasgos psicósomáticos, calidad de vida, estado de salud general y relaciones interpersonales en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia.

Los estudios de resultado siguen siendo importantes, máxime si tenemos en cuenta la insistencia de las instituciones sanitarias de que los tratamientos psicológicos que se realicen han de estar avalados por la evidencia científica. Por otra parte, también se ha comprobado que los tratamientos eficaces en condiciones experimentales, cuando se realizan en el medio natural, es decir, en el contexto clínico, arrojan resultados que no son los esperados, por lo que es necesario investigar sobre los mismos en las condiciones reales en las que se aplican.

También hemos de tener en cuenta, como plantean De Celis y Méndez (2020), no sacralizar el concepto de evidencia y defender un tipo de investigación donde se aborde la complejidad del proceso psicoterapéutico. Proponen, en relación con la investigación en psicoterapia, un contexto en que se exploren los factores comunes en psicoterapia y se permita investigar en los factores específicos saliendo de la competitividad entre modelos.

Investigación del proceso terapéutico. Importancia de la Alianza Terapéutica (AT)

Existen dos líneas de investigación sobre eficacia de la psicoterapia: una dirigida a los resultados, dedicada fundamentalmente a estudiar la eficacia de la psicoterapia, y otra, en la que se inscribe este estudio, dirigida al proceso terapéutico, dedicada a estudiar qué es lo específica y auténticamente terapéutico de la psicoterapia, a través del análisis de los elementos que se dan en el contacto paciente-terapeuta.

Dentro de las investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico, Valdés et al. (2005), hablan de tres líneas de investigación: 1) la enfocada al estudio de los factores de cambio inespecíficos o factores comunes (transversales a las distintas modalidades terapéuticas); 2) la centrada en las investigaciones del proceso terapéutico

(interacción entre el terapeuta y el paciente, análisis cronológico de los distintos episodios de cambio y/o de la estructura del discurso durante el proceso terapéutico); 3) modelos que intentan analizar la eficacia de asignar tratamientos psicológicos a determinados problemas o desórdenes específicos.

Greenberg y Pinsof (1986) consideran que, al centrar la investigación sobre el proceso de cambio, se tiende un puente entre la investigación y la práctica de la psicoterapia (puesto que su definición se dirige a los profesionales) que ayuda a entender las claves para llegar a ser efectivos agentes de cambio.

La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es un aspecto determinante de la eficacia de esta (Corbella y Botella, 2003).

La importancia de la relación entre el terapeuta y el paciente fue mencionada por Freud (1991/1913), quien describe que el primer objetivo del tratamiento es ligar al paciente a la cura y a la persona del analista y también Ferenczi enfatiza en la simpatía y en el rol del analista como persona real (Zukerfeld, 2001). Freud hablaba de expectativa confiada del paciente hacia el analista y de la importancia de una actitud receptiva y empática o neutralidad benevolente por parte de éste. Desde el psicoanálisis, se habla de transferencia. Desde los inicios del psicoanálisis, el énfasis en la relación terapéutica ha sido un elemento central en la teoría y práctica psicodinámica (Schedler, 2010). Fue Zetzel (1956), quien distinguió entre transferencia y alianza, sugiriendo que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente.

De todos modos, la distinción entre ambos aspectos de la relación (transferencia y alianza) no es reconocida por todos los autores. De hecho, Gelso y Carter (1985) señalan que separar un concepto del otro reduciría la importancia de uno de los principios básicos de la teoría psicoanalítica como es la interpretación de la transferencia. Nos encontramos, por lo tanto, con dos posiciones: quienes separan la alianza de la transferencia y los defensores de la alianza como transferencia (Friedman 1969). Es difícil hallar una diferencia radical entre transferencia y relación real. Coderch (2015) propone que la relación entre paciente y terapeuta es un emergente compuesto por la transferencia y la relación real de ambos, pero diferente de ellas. El campo transferencial es un lugar de repetición y de creación, así como un espacio-tiempo de colaboración racional y de expresión irracional. En este sentido, atribuir la AT a una instancia yóica absolutamente extratransferencial es algo ingenuo (Zukerfeld, 2001).

Por lo general, en las investigaciones sobre el tema, se intenta siempre diferenciar en la AT elementos más racionales (colaboración, trabajo, acuerdo, experiencia) de otros menos racionales (apoyo, vínculo afectivo, confianza). Los primeros se atribuyen al aspecto realista de la relación, mientras que los segundos se incluyen más como fenómeno transferencial.

El término *alianza* fue propuesto por primera vez por Sterba (1934), quien expandió la idea de que el paciente tiene capacidad de observación consciente, con la que el análisis se puede aliar contra los aspectos más inconscientes de la transferencia y las defensas. Sterba (1934) destacó la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta en el logro de las distintas tareas terapéuticas.

Con el paso del tiempo, el concepto de AT ha sido incorporado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose de la lectura transferencial proporcionada por el contexto psicoanalítico (Corbella y Botella, 2003). En esta línea se situó Bordin que se refirió al concepto de AT como alianza de trabajo y lo describió como una actitud colaborativa en psicoterapia entre el cliente y el terapeuta, y describió los tres procesos que la fomentan: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos (Bordin 1979).

La importancia de la AT no se discute en la actualidad. Es un factor facilitador del desarrollo del proceso terapéutico y de la consiguiente mejora sintomática, encontrándose en la mayoría de las investigaciones una relación entre la misma y el resultado final de la psicoterapia. Lo que sí se discute es el peso otorgado a la AT en el proceso de cambio. Por ejemplo, Botella y Corbella (2011) plantean la alianza como un factor necesario, pero no suficiente para el proceso de cambio. Por otra parte, la AT no es sólo la condición de cambio, sino que representa un cambio psíquico en sí mismo. Construir alianza es de hecho disminuir resistencias y riesgos de idealizaciones iatrogénicas (Zukerfeld, 2001).

Resulta evidente la importancia del constructo AT en el desarrollo del proceso terapéutico y en los resultados finales del tratamiento. La gran mayoría de las escuelas terapéuticas la reconocen como un factor esencial de la psicoterapia (Andrade-González, 2005). La importancia atribuida a la AT pone de manifiesto la relevancia de

la dimensión relacional entre terapeuta y paciente (Corbella y Botella., 2003). En las terapias de grupo también se ha demostrado la relación entre la puntuación en AT y las evaluaciones de seguimiento durante los meses de psicoterapia o el resultado al finalizar la terapia (Joyce et al., 2007; Krogel et al., 2013; Lenzo et al., 2014).

Por otra parte, debido a las múltiples variables que intervienen en la investigación sobre psicoterapia, se hace necesaria la utilización de diferentes tipos de metodología. Valdés et al. (2005) afirman que la investigación sobre el proceso terapéutico sigue presentando grandes desafíos en la búsqueda de metodologías que permitan analizar los factores terapéuticos significativos en el cambio en psicoterapia, recurriéndose cada vez más a metodologías cualitativas combinadas con metodologías cuantitativas. Además, la percepción de los pacientes respecto a lo que influye en su mejoría es fundamental.

Relación terapéutica en psicoterapia grupal. El modelo integral de tres factores sobre la relación grupal de Johnson et al. (2005)

En los últimos años, también la investigación sobre psicoterapia de grupo se ha centrado en el proceso grupal, que se refiere a lo que ocurre en el grupo, particularmente en términos del desarrollo y evolución de los patrones de relación entre los participantes (Beck y Lewis, 2000; Yalom y Leszcz, 2005).

Norcross y Lambert (2018) publican los resultados de una revisión sistemática sobre el peso de los factores de la relación terapéutica en la eficacia de la psicoterapia, esta revisión se realiza en el marco de la División 29 de Psicoterapia de la Asociación Americana de Psicología (APA), que desde su creación en 1999 tiene el objetivo de identificar, operacionalizar y difundir información sobre relaciones terapéuticas con apoyo empírico.

Johnson et al. (2005) plantean que ha sido difícil una comprensión integral de la relación terapéutica en grupo por dos aspectos: por un lado, la relación terapéutica puede darse en varios niveles (entre los miembros del grupo, entre un miembro y el coordinador, entre un miembro y el grupo en su conjunto); por otro lado, existen varios constructos que se refieren a la relación terapéutica en grupo (cohesión grupal, alianza, clima grupal y empatía).

Los autores proponen un modelo integral de tres factores sobre la relación grupal. Plantean que un conjunto de constructos que están interrelacionados, se relacionan con los resultados de modo similar y tienen la misma función, conformarían un constructo de orden superior que podría explicar la relación terapéutica de un modo más complejo. Con esta idea, los autores realizan un complejo estudio factorial, resultando de este un modelo integral de tres factores sobre la relación grupal. Proponen que la relación terapéutica está compuesta por tres factores: *vínculo positivo* (factor de relación que fusiona los conceptos de cohesión, compromiso y vínculo emocional), *trabajo positivo* (acuerdo sobre tareas y objetivos terapéuticos) y *relación negativa* (elementos de conflicto y fracaso de empatía).

Las escalas utilizadas en dicho estudio fueron las siguientes: 1) Clima Grupal Reducida (GCQ) (Mackenzie, 1983), se refiere a la atmósfera terapéutica en los grupos y se define con tres dimensiones (MacKenzie, 1983): Compromiso, Evitación y Conflicto; 2) Subescala de Cohesión del Inventario de Factores Terapéuticos (TFI) (Lese y MacNair-Semannds, 2000), basada en los factores terapéuticos de Yalom, asemejando este factor a la relación que se establece entre terapeuta y paciente en psicoterapia individual; 3) para valorar la alianza se usó el WAI (The Working Alliance Inventory) (Horvath y Greenberg, 1989), que evalúa tres aspectos de la relación entre el paciente y el terapeuta: la Subescala de Tarea (sería en general el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a las tareas o actividades a realizar en la terapia), la Subescala de Objetivos (acuerdo en los objetivos a conseguir con el tratamiento), la Subescala de Vínculo (evalúa la relación con el terapeuta, incluyendo aspectos como la confianza y la aceptación). Hay que señalar que esta escala se basa sobre la propuesta de Bordin sobre AT (Andrade-González, 2005); 4) para valorar la empatía se usó el ES (The Empathy Scale) (Burns y Auerbach, 1996) que evalúa la percepción del paciente sobre el terapeuta como cálido, genuino y empático.

Norcross y Lambert (2018) en su revisión sistemática clasifican la cohesión grupal, la AT y algunos elementos de ella (consenso en objetivos), así como la empatía como demostradamente efectivos (el nivel máximo de evidencia científica).

El modelo resultante generó tres constructos latentes (vínculo positivo, trabajo positivo y relación negativa) sugiriendo cómo cada uno se relaciona con los cuatro constructos de relación terapéutica en grupo (cohesión, alianza, empatía y clima grupal) y tres niveles de relación (miembro-miembro, miembro-líder, miembro-grupo).

Tabla 1. Relación de los tres factores con los constructos (y cuestionarios) de relación terapéutica grupal

Factores	Clima	Cohesión	Alianza	Empatía
Vínculo positivo	Compromiso	Cohesión	Vínculo	Empatía
Trabajo positivo			Acuerdo sobre tareas y objetivos	
Relación negativa	Conflicto			Fracaso de la empatía

Nota: Clima: Escala Clima Grupal Reducida (GCQ); Cohesión: Subescala Cohesión del Inventario de Factores Terapéuticos (TFI); Alianza: WAI (The Working Alliance Inventory); Empatía: ES (The Empathy Scale).

Se va a utilizar el modelo integral de tres factores como modelo teórico de referencia para analizar las respuestas de los pacientes a una encuesta de satisfacción sobre la psicoterapia grupal realizada. Se trata de un modelo que comparte conceptos importantes con la teoría de Grupo Operativo, como los conceptos de trabajo o relaciones negativas.

El modelo de Johnson et al. (2005) fue probado en dos estudios europeos posteriores (Bakali et al., 2009; Bormann y Strauss, 2007), encontrando un buen ajuste a la misma estructura factorial, y fue la base para la creación de un cuestionario de relación terapéutica en grupo “The Group Questionnaire”.

La forma en que se desarrolla el proceso grupal puede fomentar el trabajo del grupo con fines terapéuticos o las resistencias grupales. Por lo tanto, son procesos centrales para el desarrollo exitoso del grupo como algo viable y terapéutico para el aprendizaje de uno mismo en la relación con los demás.

En este trabajo, queremos reflexionar sobre cómo perciben los pacientes la relación terapéutica a través de la valoración que hacen de una psicoterapia grupal operativa psicoanalítica, recogida a través de una encuesta de satisfacción. Para ello, hemos utilizado metodología cualitativa de investigación.

Psicoterapia grupal operativa psicoanalítica

La psicoterapia de grupo operativa psicoanalítica con la que trabajamos se basa en el modelo propuesto por Pichon- Rivière (1980a; 1980b; 1980c) creador de la teoría de Grupo Operativo, que concibe una íntima imbricación entre lo individual y lo social. Su marco teórico es producto de una articulación entre el Psicoanálisis y la Psicología Social.

Los grupos de psicoterapia operativa psicoanalítica evaluados son pequeños, entre 8 y 12 integrantes, que se proponen explícita e implícitamente una *tarea* que constituye su finalidad. El grupo operativo no está centrado en el grupo como totalidad sino en la relación que los integrantes mantienen con la tarea, que en psicoterapia se puede enunciar como “la reflexión y el análisis sobre los conflictos y problemas que los integrantes traen al grupo, con el objeto de disminuir el displacer y la angustia que estos le producen” (Duro et al., 1990, p. 54), o “resolver y elaborar las dificultades relacionadas con situaciones de pérdida, duelo y depresión, tanto las actuales como las previas, las del desarrollo” (de Felipe, 2015, p. 10) . Por su parte,

Suárez (2015) la propone como “el logro del aprendizaje sobre uno mismo, sobre sus formas de vinculación, sobre los obstáculos o dificultades que bloquean una relación dialéctica con el otro, con los otros, externos e internos” (p. 1).

Pichon-Rivière (1980a) señala que el grupo es transformado a través de la tarea psicoterapéutica en un verdadero grupo operativo donde “la tarea correctora consistirá en la reconstrucción de las redes de comunicación, en un replanteo de los vínculos, con una reestructuración del interjuego de roles” (p. 70).

El proceso de cura desde la concepción operativa está incuestionablemente ligado al aprendizaje y a la creación, siendo la adaptación activa a la realidad el más fuerte criterio de salud. Pichon-Rivière plantea que:

“La salud mental consiste en un proceso en el que se realiza un *aprendizaje de la realidad* a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. En tanto se cumple este itinerario, la red de comunicaciones es constantemente reajustada, y sólo así es posible elaborar un pensamiento capaz de un diálogo con el otro y de enfrentar el cambio” (1980b, p. 355).

Pichon-Rivière (1980a) trata el tema de *la transferencia* en la relación grupal como un proceso de adjudicación de roles inscriptos en el mundo interno de cada sujeto. Señala que la transferencia debe ser entendida como “la manifestación de sentimientos inconscientes que apuntan a la reproducción estereotipada de situaciones, característica de la adaptación pasiva” (p. 193), por lo que el proceso transferencial va a permitir inferir la existencia y las características del estancamiento en el aprendizaje de la realidad.

Tal vez una de las marcas más fuertes en la concepción pichoniana de la *cura* es que ésta es imaginada y abordada en el espacio grupal a través de la producción de una tarea. Pichon-Rivière plantea que el sujeto se cura en la construcción con otros de un esquema referencial (Jasiner y Woronowski, 1992).

La tarea es lo que sostiene el sentido del grupo, un proceso investido de valor. Bajo la *tarea* explícita subyace otra implícita, que apunta a la ruptura de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación, significando un obstáculo frente a toda situación de progreso y cambio.

El otro concepto fundamental de la teoría de Grupo Operativo es el de *emergente*; es un concepto que posibilita el conocimiento del latente grupal y del inconsciente individual (Gómez, 2014). Bauleo (1974) señala que es el elemento a partir del cual adquiere sentido la situación.

Utilizamos aspectos teóricos y técnicos del psicoanálisis y de la concepción operativa, señalando que, a diferencia de otros grupos psicoterapéuticos en los que se privilegia un enfoque regresivo, en el grupo operativo se privilegia lo progresivo o prospectivo, se jerarquiza el proyecto. Todo acontecimiento que ocurre en el grupo es un ensayo de acciones futuras y en el exterior (Bernstein y Landaiche, 1992), aunque en la práctica se van alternando ambas polaridades, regresivo y progresivo.

Una descripción más detallada del modelo de psicoterapia realizado excede el objetivo de este trabajo, pero es importante señalar el tipo de encuadre que utilizamos en la actualidad, diseñado por Bauleo (Duro et al., 1990; Bauleo et al., 2005), al que denomina *corredor terapéutico*.

El *encuadre corredor terapéutico* consiste en un espacio permanente de psicoterapia grupal que se caracteriza porque cada cierto tiempo (en nuestro caso 12 sesiones) se realiza una evaluación para decidir si se continúa en otro grupo que comienza inmediatamente y en el que se incluyen participantes nuevos. Es un grupo semiabierto en el que la entrada y salida de los integrantes se realiza en momentos determinados. Es importante señalar que de este modo en todos los grupos participan integrantes que ya han realizado psicoterapia con este formato en grupos anteriores (pacientes más experimentados) con pacientes nuevos, que no han realizado psicoterapia. Es un encuadre que realizamos desde hace años y del que hemos investigado su eficacia (De Felipe, Vílchez y Larrosa, 2018; De Felipe, Vílchez et al., 2018). La presencia de pacientes con experiencia en este modo de trabajar psicológicamente con otros nuevos confiere a este encuadre características particulares que van a influir en los resultados obtenidos.

Los contenidos trabajados en los grupos de psicoterapia se refieren a las cuestiones planteadas. Se suele comenzar con el relato de los síntomas, los motivos por los que han acudido a psicoterapia y a partir de ahí se va relacionando lo que les sucede con aspectos de su historia y de sus vínculos. Se observa y trabaja sobre la repetición de los roles o lugares que los ha llevado a la situación actual y les impide adaptarse de manera

activa a la realidad, abordando los miedos básicos de pérdida y ataque ante el cambio. Se insiste y trabaja el miedo al cambio, enfrentándose de este modo a las resistencias ante el mismo.

Se tienen en cuenta los aspectos individuales, y se articulan con la dinámica grupal, de este modo podemos abordar los conflictos de un sujeto relacionándolos con el contexto, en este caso el grupo, como sucede en la vida diaria.

Una descripción más detallada de lo que se aborda en los grupos de psicoterapia, así como el manejo técnico excede el objetivo de este trabajo, y podría ser motivo de una futura publicación. En el presente estudio pretendemos evaluar la percepción de los pacientes sobre la relación terapéutica en los grupos de psicoterapia a través de las respuestas a una encuesta de satisfacción, realizada ad hoc por el equipo investigador, al terminar cada grupo de 12 sesiones. Así, tendremos respuestas que corresponden a una psicoterapia de un grupo de 12 sesiones, de dos grupos que implica la realización de una psicoterapia de 24 sesiones y así sucesivamente hasta la realización de cinco grupos o una psicoterapia de 60 sesiones.

El número de integrantes oscila entre 8 y 10, la frecuencia es semanal con una duración de hora y media. La coordinadora es una psicóloga clínica, siempre la misma, y los observadores rotan en cada encuadre, haciéndose cargo de dicha función los residentes de psicología clínica, que realizan la toma de emergentes y la devolución al grupo de lo trabajado media hora antes de finalizar cada sesión.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 100 pacientes de la Unidad de Salud Mental. El número de encuestas analizadas es 197, lo que se debe a que algunos integrantes han permanecido durante varios grupos de 12 sesiones. Estos pacientes acudieron durante los años 2015 a 2018 y se les administró una encuesta de satisfacción realizada ad hoc por el equipo investigador en los periodos mencionados.

La edad media es de 39.4 (*DT* 11,69, con edades comprendidas entre 19 y 64 años), mayoritariamente son mujeres (87%), la mitad están casados o tienen pareja estable (51%). En cuanto al nivel educativo, el 39.4% tienen estudios primarios, ESO o Grado Medio y el 30.5% son Universitarios. Respecto a la situación laboral, se encuentran en activo el 38.9%, en paro el 29.5%, en situación de incapacidad laboral el 20% y el 8% son estudiantes.

La mayoría de los pacientes son derivados desde Psiquiatría (43.7%), seguidos por los médicos de Atención Primaria (29.8%) y Atención Especializada (17%), siendo Reumatología, Aparato Digestivo y Endocrinología las especialidades que más han derivado. El 7.4% han sido derivados desde otros dispositivos de Salud Mental, y sólo el 2.1% desde Urgencias de Psiquiatría.

Un porcentaje elevado (63.2%) ha realizado previamente tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

Más de la mitad (60%) han sufrido Acontecimientos Vitales Estresantes (AVEs) en la infancia, siendo los más frecuentes los relativos al grupo primario, un 29% refiere haber sufrido maltrato en la infancia, en el 18% alguno de los padres estaba diagnosticado de enfermedad mental grave, en el 11% de los casos se ha producido fallecimiento de alguno de los padres, y 4% tuvieron una enfermedad orgánica importante. El 6% refiere experiencia de abuso sexual.

En el 59% de los casos se recoge que han sufrido AVEs en la edad adulta y el 67% en el año previo.

En cuanto al diagnóstico, el 94.9% que acuden a psicoterapia de grupo presentan psicopatología en el momento de la intervención, según criterios CIE-10, de los cuales los más frecuentes son los trastornos afectivos (34%), seguidos de trastornos mixtos ansioso-depresivos (30.9%) y trastorno de conducta alimentaria (15.5%). Los síntomas relacionados con la ansiedad se reflejan de manera secundaria en los diagnósticos, pero suelen ser referidos de manera importante en la psicoterapia. El 10.3% está diagnosticado de trastorno adaptativo.

Respecto al tratamiento psicofarmacológico, el 65.7% de los pacientes está tomando algún psicofármaco en la actualidad, principalmente antidepresivos y ansiolíticos.

Objetivos

Objetivo general

Investigar sobre la relación terapéutica (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas) en psicoterapia grupal operativa psicoanalítica, encuadre corredor terapéutico, a través de la percepción de los pacientes.

Objetivos específicos

1. Comprobar en qué medida los pacientes evocan espontáneamente aspectos referidos a la relación terapéutica (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas) cuando se les aplica una encuesta de satisfacción tras la psicoterapia de grupo.
2. Analizar el peso de aspectos referidos a la relación terapéutica (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas) desde la percepción de los pacientes en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico grupal.
3. Analizar el peso de aspectos referidos a la relación terapéutica (vínculo, trabajo y relaciones negativas) desde la percepción de los pacientes, a través de las diferentes preguntas de la encuesta de satisfacción.
4. Relacionar los aspectos referidos a la relación terapéutica (vínculo, trabajo y relaciones negativas) con los códigos a posteriori.

Instrumentos

Se ha empleado una Encuesta de Satisfacción realizada ad hoc por el equipo investigador (Tabla 2) y administrada a los pacientes al finalizar cada encuadre de 12 sesiones de psicoterapia de grupo.

Tabla 2. Encuesta de Satisfacción

1. ¿Qué contenidos de los que se han tratado en el grupo ha puesto en práctica y qué beneficios ha obtenido con ello?
2. ¿Cuáles son los temas tratados en el grupo en los que le gustaría profundizar?
3. Señale otros temas no tratados en el grupo en los que le gustaría profundizar
4. Qué opinión le merece el trabajo de grupo a lo largo de todo este tiempo
 - 4.1. Comentarios positivos
 - 4.2. Comentarios negativos
5. Resuma en pocas líneas los beneficios que ha aportado en su vida diaria participar en este espacio grupal.
6. ¿Qué le ha parecido el grupo en su conjunto?:

MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO

Procedimiento

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal. Se utiliza metodología cualitativa de investigación. La investigación cualitativa tiene un carácter inductivo, abordando el su objeto de estudio desde la

flexibilidad y la apertura. En este sentido, la investigación cualitativa permite el análisis de cuestiones relativas a la salud “desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis de contenido o del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje” (Amezcuza y Gálvez, 2002, p. 423).

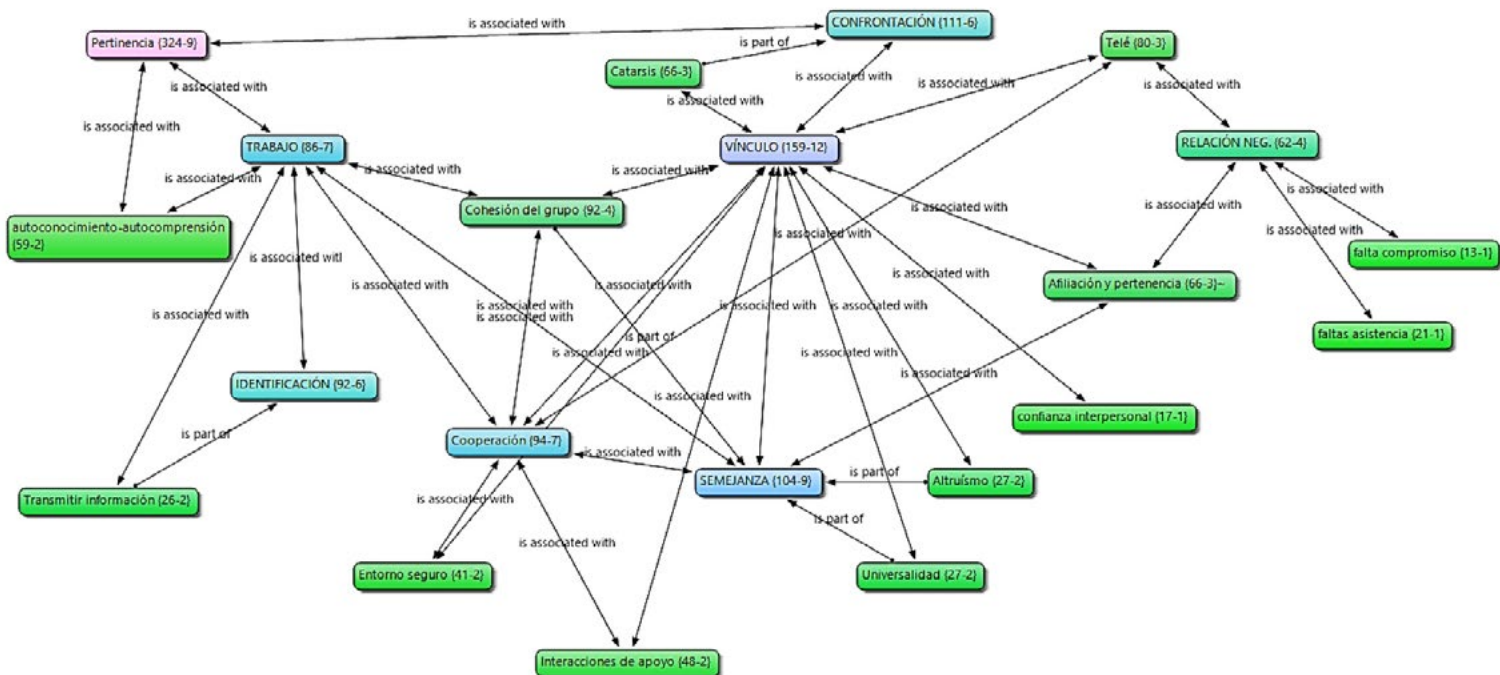
La perspectiva metodológica que hemos adoptado para el tratamiento de los datos ha sido la que plantea la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) (Strauss et al., 2002), método de investigación en el que la teoría emerge de los datos, a través del cual nos aproximaremos científicamente a las ideas subyacentes al fenómeno objeto de estudio (y a sus condicionantes), así como al proceso o evolución que han experimentado sus agentes para llegar a esas ideas. Por tanto, el análisis se realiza desde una perspectiva procesual y, como suele decirse, el investigador está en control, es decir, tiene un papel activo a lo largo del proceso de análisis (Vílchez et al., 2017).

Los datos han sido analizados mediante el software para análisis de datos cualitativo, gestión y creación Atlas.ti. Esta herramienta permite la creación de códigos (o categorías), que agrupan datos asociados semánticamente, de tal forma que el investigador puede ir extrayendo citas (frases textuales) del texto y agrupándolas en códigos, según su criterio. En nuestro caso, el análisis ha consistido en la extracción de citas a partir de la lectura de las Encuestas de Satisfacción contestadas por los pacientes. Los códigos basados en el modelo integral de tres factores sobre la relación grupal de Johnson et al. (2005), comentado arriba reciben el nombre de códigos a priori.

En una segunda lectura del texto, cuando el equipo investigador ya había tomado contacto con la información, se llevó a cabo una segunda codificación, que consistió en la creación de una serie de *códigos a posteriori*, llamados así porque son pensados por el investigador tras sus impresiones sobre las tendencias que observa en los datos. Son los siguientes: 1) introspección, 2) autoconocimiento-autocomprensión, 3) autoestima-autovaloración, 4) confianza interpersonal, 5) confianza intrapersonal, 6) dolor/enfermedad, 7) manejo de síntomas, 8) duelo, 9) sexualidad, 10) falta de compromiso, 11) faltas de asistencia, 12) restricciones del encuadre.

Una vez extraídos los códigos, el análisis de estos se realizó mediante el conteo de su frecuencia de aparición, así como mediante la herramienta *análisis de coocurrencia de códigos*, a través de la cual podemos conocer en qué medida dos códigos guardan relación entre sí, como se puede ver gráficamente en la Figura 1.

Figura 1. Red de principales asociaciones entre códigos



Resultados

El primer objetivo de este trabajo es comprobar en qué medida los pacientes evocan espontáneamente aspectos referidos a la relación terapéutica (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas) cuando se les aplica una Encuesta de Satisfacción tras la psicoterapia de grupo.

Se ha hallado que, de los 100 pacientes que conforman la muestra analizada, 91 han referido espontáneamente aspectos relativos a la relación terapéutica en la/s encuesta/s que rellenaron.

En un análisis más pormenorizado, teniendo en cuenta los factores de la relación terapéutica que recoge el modelo de Johnson et al. (2005), en el que se ha basado esta investigación, los resultados indican que: 81 pacientes evocan el factor *vínculo* positivo, 50 pacientes evocan el factor *trabajo* positivo y 45 pacientes evocan el factor *relación* negativa. Hay que aclarar que en algunas encuestas se aludía a varios de los factores analizados.

Por último, si tenemos en cuenta el número de respuestas codificadas de cada factor, el *vínculo* positivo estaría presente en un 51.8% de las respuestas; *trabajo* positivo en un 28% y *relación* negativa en un 20.2%. Esto nos indica que el factor que más frecuentemente evocan los pacientes en sus respuestas es el *vínculo* positivo, seguido de *trabajo* positivo y de *relación* negativa.

A modo ilustrativo, a continuación, se recogen algunas de las citas o expresiones de los pacientes que se han codificado para cada uno de los factores.

Vínculo Positivo:

- *Un gran apoyo donde se puede hablar de todo sin miedo al qué dirán, donde sentirse aceptada.*
- *Me ha aportado saber que hay un foro donde puedo hablar libremente y me van a cuidar y tener en cuenta lo que digo, no pasando desapercibido.*
- *Ha sido de gran ayuda y apoyo emocional.*
- *Apoyo, confianza en el grupo. A mí personalmente me ha ayudado mucho.*
- *Ha sido un grupo excelente. Me he sentido libre para hablar de todo y responder a los demás. Todas estábamos realmente interesadas en aprender, cambiar, escuchar... Yo he aprendido mucho.*

Trabajo Positivo:

- *Útil. Otra visión.*
- *Compromiso con el grupo.*
- *Trabajar en grupo me parece muy positivo en todos los aspectos. Personalmente, me ha servido para salir de un estado depresivo del que no veía manera de salir.*
- *Para mí, acudir al grupo es una liberación diaria. Me ayuda a dejar mis obsesiones, a relativizar, a poner distancia con los problemas. Me remueve, me obliga a pensar.*
- *Ver los problemas desde otro punto de vista y llevar a cabo soluciones para mejorar.*

Relaciones Negativas:

- *Las faltas de asistencia de algunos componentes del grupo.*
- *La actitud negativa de algunos miembros.*
- *He tenido que faltar bastante por problemas familiares y esto me hace no sentirme totalmente integrada en el grupo.*
- *El que una integrante no terminara el ciclo de terapia y no saber el motivo por el cual dejó de venir.*
- *Yo no me he sentido integrada ni valorada.*

El segundo objetivo es analizar el peso de aspectos referidos a la relación terapéutica (*vínculo* positivo, *trabajo* positivo y *relaciones* negativas) desde la percepción de los pacientes en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico grupal.

Para introducir este apartado, recordemos que se evalúa la presencia de factores de relación terapéutica en las sesiones 12, 24, 36, y 48 o más sesiones, enmarcadas dentro de un encuadre corredor terapéutico, lo que supone que los pacientes que más tiempo han permanecido en psicoterapia han participado durante más de un año (60 sesiones). Aclaramos que no todos los pacientes han realizado el mismo número de sesiones.

Pues bien, el análisis de en qué medida evocan los pacientes los factores de la relación terapéutica a lo largo

del proceso terapéutico permite concluir que el número de sesiones realizadas no es clave a la hora de determinar la frecuencia con la que los pacientes evocan los factores de la relación terapéutica, es decir, no existen diferencias importantes en función del tiempo que lleve un paciente en psicoterapia.

El tercer objetivo es analizar el peso de aspectos referidos a la relación terapéutica (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas) desde la percepción de los pacientes a través de las diferentes preguntas de la encuesta de satisfacción.

En el análisis de las respuestas de los pacientes a cada una de las preguntas de la encuesta de satisfacción, encontramos que, mayoritariamente:

- vínculo positivo aparece en comentarios positivos y en beneficios;
- trabajo positivo aparece en comentarios positivos y
- relaciones negativas aparece en comentarios negativos.

El cuarto objetivo es relacionar los aspectos referidos a la relación terapéutica (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas) con los códigos a posteriori.

Los resultados más importantes de este apartado apuntan a la asociación entre relación negativa y faltas de asistencia y de compromiso.

Asimismo, destacan las asociaciones vínculo positivo-confianza y trabajo positivo-autoconocimiento.

Y para terminar este apartado, un breve apunte (esta vez sí, cuantitativo) sobre la satisfacción general con la psicoterapia de grupo que refieren los pacientes en las encuestas. En la psicoterapia de 12 sesiones el 98,3% de los pacientes valoran el grupo como *bueno* o *muy bueno*; a las 24 sesiones el 85.7%; a las 36 sesiones el 85.4%; el 79.5% cuando han realizado 48 sesiones o más. Además, a partir de las 48 sesiones el 15.4% valora el grupo como *regular*, y el 5.2% expresa una valoración negativa (*malo* o *muy malo*).

Una descripción más detallada de las respuestas se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Respuesta a la valoración de la psicoterapia grupal

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Total
12 sesiones	34 (54.8%)	27 (43.5%)	1 (1.6%)			62
24 sesiones	29 (51.8%)	19 (33.9%)	4 (7.1%)	2 (3.6%)	1 (1.8%)	55
36 sesiones	23 (56.1%)	12 (29.3%)	5 (12.2%)		1 (2.4%)	41
≥48 sesiones	18 (46.2%)	13 (33.3%)	6 (15.4%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	39
Total	104	71	16	3	3	197

Discusión

En relación con el tema objeto de este artículo, consideramos que es un asunto de actualidad y de gran relevancia clínica. Estamos de acuerdo con Norcross y Lambert (2018) en que la investigación basada en la evidencia en psicoterapia ha ignorado temas de relevancia en la clínica como, por ejemplo, el tema de la relación terapéutica y la persona del terapeuta. Fernández y Rodríguez (2020) plantean que los hallazgos de la investigación en psicoterapia cada vez son más sólidos con relación a los factores comunes y ello nos lleva a prestar atención a cuestiones como la relación terapeuta-paciente y el modo en que se resuelven las crisis de esta.

En psicoterapia grupal, el estudio de la relación terapéutica es más complejo, pues no sólo se refiere a la que se establece entre paciente y terapeuta, sino que incluiría la que se establece entre los participantes, por lo que encontramos diferentes conceptos que hacen referencia a la misma, como los de clima y cohesión. El modelo que proponen Johnson et al. (2005) para evaluar la relación terapéutica en grupo supone una aportación importante, ya que se relaciona con los cuatro constructos de relación terapéutica en grupo (cohesión, alianza, empatía y clima grupal).

Pensamos que el presente trabajo se encuentra a caballo entre el estudio de los factores comunes y los específicos en psicoterapia, considerando que ambos aspectos son relevantes. Por un lado, los aspectos de la relación terapéutica en psicoterapia de grupo son comunes a las diferentes escuelas, pero en el modelo de los tres factores de Johnson et al. (2005) utilizado para evaluar la relación terapéutica también encontramos aspectos comunes con la Concepción Operativa. Desde esta teoría, el cambio y la mejoría se consiguen a través del trabajo del grupo en el abordaje de una tarea, para lo que es necesario el establecimiento de un vínculo positivo, teniendo en cuenta siempre las relaciones negativas que van a estar presentes y que aluden a las resistencias al cambio.

Otro debate que se podría abrir sería qué proporción del cambio en psicoterapia se puede atribuir a qué factor. Fernández y Rodríguez (2020) plantean que en la actualidad disponemos de investigaciones que nos permiten asignar un porcentaje de los resultados obtenidos mediante la psicoterapia a distintos factores. En este sentido, los autores trabajan sobre lo planteado por Lambert (en comunicación personal) que asigna un 35% a factores comunes, un 40% a acontecimientos de la vida del paciente, un 20% a la influencia del terapeuta, y un 5% a la técnica. Los autores dicen que llama la atención que un 5% de la varianza pueda atribuirse a la técnica; sin embargo, la mayor parte de la literatura sobre psicoterapia se dedica a las técnicas específicas para problemas específicos. En esta misma línea, Kivlighan et al. (2020) plantean que en un grupo el progreso individual está influenciado por los otros miembros del grupo y viceversa (llaman a este elemento mutua influencia), llegando a la conclusión de que un 6% de la variabilidad de los resultados individuales en terapia de grupo se deben a este factor. Nos parece que estos datos son interesantes no para pensar que la técnica y el modelo teórico no son importantes, sino para plantear un equilibrio de ambos tipos de estudios (de resultados y de procesos) en psicoterapia.

La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia tanto a nivel individual como grupal nos parece apasionante y compleja. Con relación a la complejidad, Schedler (2010) plantea que quizá los componentes terapéuticos de una terapia no son necesariamente aquellos que se supone que son según la teoría o el modelo. Por su parte, Fernández-García y Gimeno-Peón (2019) plantean que quizá no existan psicoterapias puras teniendo en cuenta el contacto entre las diferentes orientaciones teóricas, y como en el proceso de aprendizaje como terapeutas podemos ir traduciendo lo que observamos como efectivo de los modelos de psicoterapia a nuestro propio modelo. Nos parece muy importante que en el futuro la investigación siga avanzando en el proceso de cambio en psicoterapia, además de en ámbitos de investigación en ámbitos clínicos.

En relación al método de investigación, queremos resaltar la importancia de que la evaluación de la psicoterapia se realiza en el contexto clínico, pues como señalan Poch y Ávila (1998):

“la psicoterapia es una actividad eminentemente clínica que debe ser estudiada en su contexto, difícilmente podría ser una actividad seria cuando dejase de lado dicho ámbito y prescindiera de la mente del paciente pretendiendo que es una tabla rasa sin importancia” (p. 131).

Respecto a la encuesta de satisfacción, Del Castillo (2018) señala que una intervención será de calidad si podemos evaluar y conocer la satisfacción de los usuarios. También queremos señalar que, en la encuesta de satisfacción aplicada, en ningún momento se pregunta a los pacientes explícitamente por aspectos referidos a la relación terapéutica. Nos interesa valorar en qué medida los pacientes los evocan espontáneamente en su discurso, entendiendo que ello será indicador del peso que han tenido en su proceso psicoterapéutico. Además, este modo de recabar datos nos parece interesante por limitar aspectos indeseables de los cuestionarios, como pueden ser la deseabilidad social o la aquiescencia.

También es importante subrayar que casi siempre la valoración de la importancia de la alianza y la transferencia es hecha por los analistas y no es habitual incluir la perspectiva del paciente para evaluar su cambio o mejoría (Zukerfeld, 2001), como hemos pretendido recoger en este trabajo.

En relación con los resultados, nos parece muy significativo que 9 de cada 10 pacientes aludan a la relación terapéutica cuando rellenan una encuesta de satisfacción tras la psicoterapia de grupo, sin ser preguntados explícitamente por ello.

En un análisis más pormenorizado, los resultados indican que el factor que más frecuentemente evocan los pacientes en sus respuestas es el vínculo positivo, seguido de trabajo positivo y de relación negativa, tanto si analizamos los resultados respecto al número de pacientes que alude a cada uno de los factores, como al porcentaje total de respuestas. Hay que destacar que tanto el vínculo como la tarea o trabajo a realizar están presentes a la hora de evaluar la satisfacción de los pacientes. Johnson y et al. (2005) tenían la hipótesis que ambos aspectos iban a estar representados en su modelo, y así lo hemos comprobado.

Este hallazgo nos confirma la importancia de abordar en la psicoterapia tanto el trabajo sobre la tarea manifiesta como los aspectos emocionales que lo dificultan. Tarí (2015) ya profundiza sobre este tema cuando, al hablar sobre los factores terapéuticos, apunta que, en general, la conceptualización sobre los factores terapéuticos responde a una visión optimista de los grupos, y señala la importancia de tener en cuenta que, en todo desarrollo grupal, se da una dialéctica entre factores terapéuticos y antiterapéuticos. Estamos de acuerdo además con Irazábal (2014), que apunta a la necesidad de tener una buena formación para poder afrontar la situación grupal difícil y sacar un beneficio terapéutico de ella.

Se ha analizado la evolución de las respuestas sobre relación terapéutica en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico, concluyendo que no existen diferencias importantes en la frecuencia con la que los pacientes evocan los factores de la relación terapéutica según el número de sesiones realizadas.

No hemos encontrado estudios previos que hablen sobre la evolución esperable, en función de la etapa del tratamiento, basados en el modelo integral de tres factores sobre la relación grupal de Johnson et al. (2005), si bien existen estudios sobre AT y clima grupal, como hemos recogido en apartados anteriores.

Algunos autores plantean que la AT tiene tres posibles patrones de desarrollo: alianza estable, crecimiento lineal y crecimiento en forma de U (Kivlighan y Shaughnessy, 2000). Por su parte Luborsky (1976), habla de dos tipos de alianza en función de la fase de la terapia, alianza tipo 1 (al inicio de la terapia, sensación del paciente de contar con el apoyo del terapeuta, alude más al vínculo) y la alianza tipo 2 (en fases posteriores, sensación de trabajo conjunto).

En investigaciones previas de nuestro grupo de investigación (Vázquez et al., 2018) sobre clima grupal tampoco encontramos la variabilidad por fases que planteaba Mackenzie (1983), sino que encontramos un patrón estable. Zukerfeld (2001) señala que la AT es dependiente principalmente de las condiciones del vínculo y no de variables del encuadre como la frecuencia o el estilo del terapeuta.

Creemos que, en nuestro caso, la estabilidad encontrada en relación con el modelo de relación terapéutica grupal tiene que ver con el encuadre corredor terapéutico en el que cada 12 sesiones se incluyen pacientes nuevos y otros que ya han realizado psicoterapia en grupos anteriores, influyendo en el hecho de que no haya unas fases tan marcadas en la relación terapéutica. Además, los pacientes con experiencia tienen más claros temas como el mantenimiento de la tarea y la necesidad de abordar los conflictos en terapia, lo que puede influir para que los factores trabajo positivo y relaciones negativas aparezcan en todas las fases.

Respecto al factor relación negativa, hemos visto cómo los pacientes incluyen en sus repuestas, desde el principio, los aspectos negativos de la alianza respecto a los terapeutas, al tipo de encuadre (es frecuente la queja de que son pocas sesiones), a la excesiva movilización de manera rápida (psicoterapia breve) y también respecto al resto de los participantes, haciendo referencia a las ausencias y abandonos.

Pensamos que percibir estos aspectos negativos y trabajarlos en el grupo puede estar relacionado con resolución exitosa de las rupturas de la alianza que desarrollan Safran y Muran (2005), los autores hablan de la ruptura de la AT, considerándola como un período de tensión o quiebre en la comunicación que requeriría la colaboración entre paciente y terapeuta. En un trabajo de 1990, Safran y su equipo concluyeron que un resultado terapéutico positivo está más estrechamente asociado con la resolución exitosa de las rupturas de la alianza que con un patrón de crecimiento lineal de la alianza mientras la terapia transcurre (Ardito, 2011). En la misma línea apuntan Norcross y Lambert (2018) al considerar determinados aspectos relacionales, como el manejo de la contratransferencia y la reparación de la ruptura de la AT como elementos probablemente efectivos.

Además, como señala Stolorow (citado en Safran y Muran, 2005), las rupturas de la AT constituyen el camino real hacia la comprensión de los principios organizativos centrales del paciente, y el análisis de lo que subyace a la interpretación de un paciente de una intervención terapéutica como entorpecedora o negativa, puede ser de gran utilidad para entender los procesos constructivos idiosincrásicos y las relaciones objetales internas del paciente

La importancia de trabajar las relaciones negativas o lo negativo de la relación terapéutica en lugar de excluirlas está en la línea de lo planteado en la teoría de Grupo Operativo, que propone el método dialéctico como instrumento fundamental para abordar las contradicciones inherentes a todo proceso de cambio, encontrando aspectos propicios para el cambio, pero también de resistencia al mismo. A través del método dialéctico se trabajarán ambos polos. En nuestros resultados encontramos en todo el proceso aspectos de avance (vínculo y trabajo positivos) y de retroceso (relaciones negativas), en un movimiento dialéctico.

Por otra parte, al realizar diferentes preguntas podemos observar que las respuestas que se refieren a los beneficios de la psicoterapia incluyen sobre todo el factor vínculo positivo, lo que nos sugiere la importancia de las relaciones afectivas para conseguir un cambio que reporte beneficios psicológicos.

Respecto a los comentarios positivos sigue siendo el factor vínculo positivo el que más aparece, seguido del factor trabajo positivo. Como era de esperar en comentarios negativos aparecen las relaciones negativas, que hemos de tener en cuenta para mejorar nuestros encuadres terapéuticos.

Como se ha explicado anteriormente, la metodología utilizada implica la elaboración de *códigos a posteriori* por el equipo investigador. Esta parte del estudio nos permite ampliar el conocimiento de los efectos de la psicoterapia, confirmando que las faltas de asistencia son valoradas como lo más negativo.

Por último, respecto a la valoración cuantitativa de la satisfacción con la psicoterapia, resaltar que es muy alta, incidiendo en que la recogida y valoración de los cuestionarios es realizada por otros miembros diferentes al equipo coordinador para que no influya en las respuestas. Observamos una disminución de la satisfacción con el encuadre corredor terapéutico (en el que cada 12 sesiones se incorporan pacientes nuevos) a partir del año de psicoterapia, que ya hemos analizado en una publicación anterior (Erdocia et al., 2017).

Conclusiones

Como primera conclusión, el hecho de que los pacientes evoquen aspectos relativos a la relación terapéutica cuando responden a una encuesta de satisfacción tras la psicoterapia grupal, nos permite asegurar que se trata de un elemento importante en el balance que hacen de la psicoterapia de grupo.

Los factores incluidos en el modelo de Johnson et al. (2005) sobre la relación terapéutica en grupo (vínculo positivo, trabajo positivo y relaciones negativas) están reflejados en las encuestas desde psicoterapias breves de 12 sesiones y a lo largo de todo el proceso.

El factor vínculo positivo está relacionado con los beneficios obtenidos en psicoterapia y comentarios positivos. También el trabajo positivo es valorado de manera positiva. El vínculo positivo se asocia con la confianza y el trabajo positivo con el autoconocimiento de los *códigos a posteriori*.

Las relaciones negativas, referidas al tipo de encuadre, movilización emocional y sobre todo a las faltas de asistencia y de compromiso, se reflejan también desde el comienzo y a lo largo de la psicoterapia como aspectos negativos.

La investigación cualitativa y la valoración de los pacientes a través de una encuesta de satisfacción aportan conocimiento sobre los factores relacionales en la psicoterapia grupal y nos permite enriquecer nuestra labor como profesionales de la Salud Mental en la Sanidad Pública.

Referencias

Amezcuá, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 423-436.

- Andrade-González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/93964.pdf>
- Ardito, R. B. y Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Bauleo, A. J. (1974). *Ideología, grupo y familia*. Kargieman.
- Bauleo, A., Monserrat, A. y Suárez, F. (2005). *Psicoanálisis operativo: a propósito de la grupalidad*. Atuel.
- Bakali, J. V., Baldwin, S. A. y Lorentzen, S. (2009). Modeling group process constructs at three stages in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(3), 332-343. <https://doi.org/10.1080/10503300902894430>
- Beck, A. P. y Lewis, C. M. (2000). *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10378-000>
- Bernstein, P. M. y Landaiche, N. M. (1992). Resistance, counterresistance, and balance: A framework for managing the experience of impasse in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 22(1), 5-19. <https://doi.org/10.1007/BF00952338>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bormann, B. y Strauss, B. (2007). Group climate, cohesion, alliance, and empathy as components of the therapeutic relationship within group psychotherapy-Test of a multilevel model. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43(1), 1-20. <https://doi.org/10.13109/grup.2007.43.1.3>
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf>
- Burlingame, G. M., Gleave, R., Erekson, D., Nelson, P. L., Olsen, J., Thayer, S. y Beecher, M. (2016). Differential effectiveness of group, individual, and conjoint treatments: An archival analysis of OQ-45 change trajectories. *Psychotherapy Research*, 26(5), 556-572. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1044583>
- Burns, D. D. y Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference? En P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135-164). Guilford Press.
- Coderch, J. (2015). *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis*. Herder Editorial.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- De Celis, M. y Méndez, J. A. (2020). La eficacia de la psicoterapia psicoanalítica: rumores, certezas y controversias una década después de Shedler. *Aperturas Psicoanalíticas*, 63, Artículo e1. <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn063a5.pdf>
- De Felipe, M. V. (2012). *Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España]. E-prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/16479/>
- De Felipe, M. V. (2015). Aportaciones de la Concepción Operativa a la clínica. Una mirada desde la praxis. *Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 19, 1-12. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-aporacionesCOG-VdeFelipe.pdf>
- De Felipe, V., Vílchez, F. y Larrosa, A. (2018). Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en psicoterapia grupal. *Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 3(extra verano), 1-20. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-E3-analisiscualitativovectorespsicoterapia-vvaa.pdf>
- De Felipe, V., Vílchez, F., Erdocia, A. y Vázquez, E. (2018). Factores terapéuticos grupales en psicoterapia grupal operativa psicoanalítica. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 8(1), 89-100. http://www.grupoanalisis.net/wp-content/uploads/2019/02/Libro_2019.pdf
- Del Castillo, E. (2018). Evaluación de la satisfacción de los usuarios de una consulta de un Centro de Salud Mental del Niño y el Adolescente [Trabajo de fin de Grado no publicado], Universidad de Valladolid, España. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31017/TFG-M-M1261.pdf;jsessionid=E3F596AD-3D600CC79002CEF48CCD4CAB?sequence=1>
- Duro, J. C., Ibáñez, M. L., López, L. y Vignale, R. (1990). Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En A. Bauleo, J. C. Duro y R. Vignale, *La Concepción Operativa de Grupo*, (pp. 37-77). AEN.

- Erdocia, A., de Felipe, V. y Larrosa, Á. (2017). Psicoterapia Psicoanalítica Grupal Operativa en Pacientes Psicósomáticos: Análisis de un encuadre y satisfacción. *Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 21, 1-20. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-21-psicosomaticossatisfaccion.pdf>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Fernández-García, X. y Gimeno-Peón, A. (2019). ¿Puede la memética resolver el “veredicto del pájaro dodo”? pautas para analizar la evolución del código memético en psicoterapeutas. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 81-88. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2890>
- Fernández, A., y Rodríguez, B. (2020). Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. La óptica de las narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 175-188. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200009>
- Freud, S. (1991). Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. En J. Strachey (Comp.). *Obras Completas de Sigmund Freud*, 12 (pp. 121-144). Amorrortu. Friedman. (Obra original publicada en 1913).
- Friedman, L. (1969). The therapeutic alliance. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50(2), 139-153.
- Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243. <https://doi.org/10.1177/0011000085132001>
- Gómez, R. (2014). Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 18, 1-15. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-18-clinicagrupalRGomez.pdf>
- Gómez, R. (2020). La formación del psicoterapeuta grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 117-142.
- Greenberg, L. S. y Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford Press.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo. Tipos, Modelos y Programas*. Biblioteca Nueva.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Iñón, C. (1997). Vectores del cono invertido. *Scribd*, Retrieved December 4, 1-11. <https://es.scribd.com/doc/7105834/Vectores>
- Irazábal, E. (Coord.) (2014). *Situaciones grupales difíciles en salud mental*. Grupo 5.
- Jasiner, G. y Woronowski, M. (1992). *Para pensar a Pichon*. Lugar Editorial.
- Johnson, J., Burlingame, G., Olsen, J., Davies, R. y Gleave, R. (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>
- Joyce, A. S., Piper, W. E. y Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic Alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.3.269>
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). *Terapia de Grupo*. Médica Panamericana.
- Kivlighan, D. M. III, Aloe, A. M., Adams, M. C., Garrison, Y. L., Obrecht, A., Ho, Y. C. S., Kim, J. Y. C., Hoo-ley, I. W., Chan, L. y Deng, K. (2020). Does the group in group psychotherapy matter? A meta-analysis of the intraclass correlation coefficient in group treatment research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 322-337. <https://doi.org/10.1037/ccp0000474>
- Kivlighan, D. M. y Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.362>
- Krogel, J., Burlingame, G., Chapman, C., Renshaw, T., Gleave, R., Breecher, M. y MacNair-Semands, R. (2013). The Group Questionnaire: A clinical empirically derived measure of group relationship. *Psychotherapy Research*, 23(3), 344-354. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.729868>
- Lenzo, V., Gargano, M. T., Mucciardi, M., Verso, G. L. y Quattropiani, M. C. (2014). Clinical efficacy and therapeutic alliance in a time-limited group therapy for young adults. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(1), 9-20. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2014.151>

- Lese K. P. y MacNair-Semands, R. R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: Development of a scale. *Group*, 24(4), 303-317 <https://doi.org/10.1023/A:1026616626780>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (ED.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Brunner/Mazel.
- Mackenzie, K. R. (1983). The clinical application of group climate measure. En R. R. Dies y K. R. MacKenzie (Eds.) *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp.159-170). International Universities Press.
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Pichon-Rivière, E. (1980a). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*, (5ª Ed.). Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980b). *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II)*, (3ª Ed.). Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1980c). *Teoría del vínculo*. Ediciones Nueva Visión.
- Poch, J. y Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Paidós.
- Safran, J. y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.
- Strauss, A. L., Corbin, J. y Zimmerman, E. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Suárez, V. (2006). Encuadres terapéuticos grupales en la Asistencia pública. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Número especial. Congreso Internacional actualidad de Grupo Operativo. <http://www.area3.org.es/sp/item/105/Encuadres%20terap%C3%A9uticos%20grupales%20en%20la%20asistencia%20p%C3%BAblica.%20V.%20Su%C3%A1rez>
- Suárez, F. (2015). Interpretación y aprendizaje. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 19, 1-8. http://www.area3.org.es/uploads/a3-19_interpretacionyaprendizaje-FSuarez_2.pdf
- Tarí, A. (2015). Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. Área3 Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 19, 1-14. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-factoresterapeuticos-ATari.pdf>
- Vázquez, E., Tejero, C. y Trevijano, I. (2018). Reflexiones sobre el Clima Grupal en Psicoterapia de Grupo desde la Concepción Operativa. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 3(extra verano). <http://www.area3.org.es/uploads/a3-E3-climagrupal-EVazquez-CTejero-ITrevijano.pdf>
- Valdés, N. Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R. y de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyche (Santiago)*, 14(2), 3-18. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>
- Valencia, F., García, J., Gimeno, A., Pérez, A. y de la Viuda, M. E. (2014). Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 741-752. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000400007>
- Vílchez, F., Larrosa, A., Erdocia, A., Trevijano, I. y de Felipe, V. (2017). Análisis cualitativo de una encuesta de satisfacción tras la psicoterapia de grupo: factores terapéuticos y experiencia emocional correctiva. En M. J. De Castro, R. Gómez y A. De la Hoz (Eds.), *La psicoterapia de grupo en los Servicios de Salud Mental* (pp. 267-269). Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.
- Yalom, I. y Leszcz, M. (2005). *The theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.
- Zukerfeld, R. (1999). Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. *Vertex, Revista*

Argentina de psiquiatría, X(36), 91-99. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex36.pdf>
Zuckerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, XII(45), 211-220. <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex45.pdf>

Artículo recibido: 19/02/2020

Artículo aceptado: 16/04/2020