

Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes

Therapeutic factors in group psychotherapy: a study from the perspective of group members

JOSÉ MIGUEL RIBÉ^{a,b}, JOSEP MERCADAL^{a,b}, ANNA CARRIÓ^a, JULIA SÁNCHEZ^a,
CRISTINA RAMILANS^a, CRISTINA ALBERICH^a

(a) Servicios Asistenciales en Salud Mental de Adultos Sant Andreu, Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona, España.

(b) Institut Universitari Salut Mental Vidal i Barraquer, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

Correspondencia: José Miguel Ribé Buitrón (45080jrb@comb.cat)

Recibido: 23/02/2018; aceptado con modificaciones: 17/05/2018

Resumen: En el presente trabajo, los autores investigan qué factores terapéuticos grupales (FTG) son los de mayor importancia para los participantes de psicoterapia de grupo. Una adaptación del cuestionario Yalom fue completada por 88 usuarios de un servicio ambulatorio de salud mental, analizándose las diferencias según características sociodemográficas, diagnóstico y la valoración de los conductores grupales. A nivel jerárquico, la universalidad, el altruismo y la cohesión fueron los FTG más valorados; por el contrario, la conducta imitativa y los factores existenciales fueron los que menos. Aquellos usuarios con un mayor nivel de estudios valoraron significativamente la reactualización familiar, sin observarse diferencias en la edad ni el sexo. El diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia presentó una elevada correlación con la cohesión, la catarsis y la universalidad. Las valoraciones de los terapeutas concuerdan de forma significativa con las de la muestra. La evaluación de los FTG permite que los terapeutas contemplen

aquellos elementos que más favorecen a los usuarios en su proceso psicoterapéutico y en su mejora del bienestar.

Palabras clave: factores terapéuticos, psicoterapia de grupo, Yalom.

Abstract: In the present work, the authors investigate which group therapeutic factors (GTF) are the most important for group psychotherapy participants. 88 users of an outpatient mental health service completed an adaptation of the Yalom's questionnaire. Differences regarding sociodemographic characteristics, diagnosis and assessment of the group therapists were analyzed. At the hierarchical level, universality, altruism and cohesion were the most valued GTF; while identification and existential factors were the least ones. Those users with a higher level of studies valued the family reenactment significantly, without observing differences regarding age or sex. The diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder showed a high correlation with cohesion, catharsis, and universality. The therapists' scores correlated significantly with the sample scores. The evaluation of the GTF allows therapists to contemplate those elements that are most helpful for the users in their psychotherapeutic process and in the improvement of their well-being.

Key words: psychoanalysis, body, body techniques, early experiences, the archaic.

INTRODUCCIÓN

a) Investigación en psicoterapia de grupo

DESDE HACE AÑOS, Y CADA VEZ MÁS, las autoridades sanitarias solicitan a los psicoterapeutas documentación relacionada con la efectividad de los tratamientos que realizan. Obtener y analizar datos basados en la “evidencia” empírica está comenzando a formar parte de nuestra práctica profesional y debemos procurar hacerle un hueco. Además, debe existir un compromiso ético y profesional con los usuarios, que, a través de la investigación, permita mostrar la efectividad y los determinantes terapéuticos que más los benefician.

Esta razonable demanda es vivida por algunos psicoterapeutas e instituciones sanitarias con cierta pesadez y suspicacia. La respuesta inicial es la resistencia, sin la búsqueda de diálogo. Tras largos años invertidos en formaciones muy costosas, idealizaciones no resueltas y ambigüedades tanto conceptuales como técnicas, ahora muchos se ven interpelados a través de la mirada, a veces reduccionista, de la metodología basada en la evidencia. Salvados estos y otros obstáculos, algunos se desaniman al no poseer formación en la evaluación sistemática de sus tratamientos.

En ocasiones, la investigación en psicoterapia hace aflorar inconsistencias teórico-prácticas pasadas por alto en la solitaria experiencia clínica de los consultorios. Esto nos permite reflexionar, ser más rigurosos y desarrollar una mayor claridad en nuestros constructos teóricos y en la técnica que empleamos. Es por ello que el investigar y evaluar no debe ser tomado como un imperativo farragoso ni un cuestionamiento directo a nuestra tarea, sino como una oportunidad para seguir progresando.

La psicoterapia de grupo no puede quedarse atrás. Aproximadamente, menos de un tercio de las publicaciones en psicoterapia de grupo poseen cierto fundamento empírico, ya sea cuantitativo o cualitativo. De estas, son pocas las que presentan una validez metodológica aceptable (escalas validadas psicométricamente y que sean comprensibles, tamaños muestrales significativos, homogeneidad en la composición muestral y en la técnica utilizada...). Aun así, van viéndose avances hacia la rigurosidad que el horizonte nos marca.

Las líneas de investigación actuales han dejado de estar tan preocupadas por qué terapias funcionan mejor y los resultados obtenidos para fijarse más en cómo y qué elementos median en la mejoría de los pacientes (1,2). Este trabajo pretende aportar más luz sobre este propósito y dar un paso más en el desarrollo de la investigación grupal.

b) Conceptualización de los factores terapéuticos grupales y su medida

S. Bloch se refiere al concepto de factor terapéutico grupal (FTG) como aquel elemento que ocurre en terapia de grupo por la intervención del terapeuta (conductor), del paciente o de ambos y que contribuye a la mejoría del paciente (3). Aunque es a partir de los años 50 cuando se acuña el término (4), la popularidad llega en los años 70 de la mano de Irvin D. Yalom y la proliferación lenta y espaciosa de diversas publicaciones con carácter empírico. A Yalom le debemos la clasificación más clara y concisa de los FTG (5,6). Esta incluye once elementos implicados en la mejoría y crecimiento personal de los participantes de un grupo de psicoterapia. Estos factores están potencialmente presentes a lo largo del proceso grupal y son los siguientes: altruismo, catarsis, cohesividad, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, aprendizaje existencial, conducta imitativa, información participada, infusión de esperanza, aprendizaje interpersonal y universalidad.

Los FTG son interdependientes y no mutuamente excluyentes. Algunos se refieren a mecanismos de cambio (p.ej., catarsis, aprendizaje interpersonal...), mientras otros (como la cohesividad, la infusión de esperanza...) se relacionan con condiciones para que tenga lugar el proceso psicoterapéutico (catalizadores). Yalom (5) y muchos otros autores afirman que los FTG pueden estar presentes en la mayoría de

grupos, independientemente del marco referencial teórico de los terapeutas, ya que los FTG transcurren de igual manera por encima de cualquier constructo teórico (7). Sin embargo, la interacción, frecuencia de aparición e importancia son variables. La experiencia en grupos nos muestra que algunos pacientes sacan un mayor provecho de unos factores y otros, de otros diferentes. Es difícil establecer una valoración jerárquica de los FTG. Algunos autores sugieren que la elección por parte de los participantes puede variar según aspectos sociodemográficos, como la edad (8) y el nivel cultural (9). El diseño del grupo, como puede ser el contexto de intervención en el cual el grupo opera (unidad de ingreso o ambulatorio) (10,11), su tipología (12), los objetivos, el tamaño, la composición, la duración (13), el estadio del desarrollo grupal (5,14), la manera de ser (15) y la habilidad de los terapeutas en fomentarlos (16) pueden modificar la influencia de los FTG en los participantes.

La mayoría de evaluaciones de los FTG se han realizado con metodologías cualitativas y mediante observaciones clínicas subjetivas e indirectas de los investigadores. De entre los investigadores en psicoterapia de grupo que han desarrollado instrumentos de evaluación, destaca Yalom. El instrumento que creó Yalom, el Q-sort (5), que permite la evaluación directa y cuantitativa de los FTG, es considerado uno de los más aceptables (14). El Q-sort evalúa qué factores son los más importantes a partir de las respuestas de los participantes a cuestiones en relación a la experiencia grupal. 60 afirmaciones examinan 12 FTG. La constelación factorial del instrumento difiere de la propia descrita a nivel conceptual por Yalom. El aprendizaje interpersonal se divide en dos (interiorización y exteriorización), el desarrollo de técnicas de socialización no se incluye y se añade otro factor etiquetado como comprensión de sí mismo (*insight*) durante el proceso grupal.

A pesar de que el Q-sort evalúa los FTG de forma más comprensible que otros instrumentos, tiene varias limitaciones, principalmente: la falta de validación psicométrica, la dificultad en su administración y su incongruencia estructural con la formulación teórica original de Yalom (17). El propio Yalom ha admitido que algunos de los FTG se solapan entre sí y otros son difícilmente distinguibles desde el punto de vista conceptual (18). Ante estos inconvenientes, en el 2000 se elaboró el Therapeutic Factors Inventory (TFI) (16) para determinar la presencia o ausencia de los FTG de forma empírica con 11 escalas fieles al *core* teórico original de Yalom. A pesar de la consistencia psicométrica de dicha escala, los propios autores concluyeron que una escala obtuvo baja fiabilidad en el test-retest y que eran necesarias nuevas validaciones. Aunque existen trabajos en donde se ha empleado el test de Yalom realizando adaptaciones en el contenido para adaptarlo al medio o en el puntaje de cada ítem, a fecha de hoy no existe una escala en lengua castellana que haya sido validada. Esto puede suponer que en el análisis de diversos estudios, aun incluyendo muestras parecidas, se observen rangos jerárquicos disonantes en la elección de los FTG y se vea dificultada su comparación.

El presente estudio investiga cuáles son los FTG de mayor y menor importancia para los participantes de psicoterapia de grupo. Se analizan las diferencias existentes según características sociodemográficas (edad, sexo, educación), diagnóstico y la valoración que los conductores (terapeutas de grupo) realizan de los grupos que han dirigido.

MÉTODOS

a) Participantes

La muestra la componen 88 participantes seleccionados a partir de 13 grupos realizados en el periodo comprendido entre octubre 2015 y enero 2018. En la Tabla 1 se muestran los grupos incluidos en el estudio. Se excluyeron los participantes que asistían a grupos que eran manualizados (relajación, ansiedad, habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, de lectura...), psicoeducativos (bipolares, familiares de pacientes con esquizofrenia...) y los de corta duración (menos de 6 meses)¹. La muestra la formaban 39 mujeres y 49 hombres con una edad media de 50.3 (DE=13.01) años. 27.1% de ellos poseían estudios primarios; 50.6%, secundarios y el resto universitarios. En base a la clasificación psiquiátrica DSM-5, un 38.6% tenía un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia y el resto tenían otros diagnósticos (ver Figura 1). El número de terapeutas que participaron fue de 26².

¹ Los autores de este trabajo consideran que para que los FTG aparezcan en un grupo de características ambulatorias deben por los menos fomentarse las dinámicas relacionales (en los planos emocional, cognitivo y conductual) entre sus miembros y tener una duración suficiente como para que puedan emerger. En este sentido, no creen que en grupos manualizados, psicoeducativos o de corta duración, puedan aparecer todos los FTG, como elementos intrínsecos de un “proceso” psicoterapéutico, o tener la misma oportunidad para hacerse presentes de forma continuada y elaborativa. Cabe señalar que, según apuntan algunos estudios, en otros contextos como el hospitalario (unidades de agudos) (11,19), sí aparecen los FTG. En dichos ámbitos, donde la intensidad emocional es mayor y existe una mayor celeridad en la evolución grupal, destacan principalmente la importancia de la esperanza, la cohesión, la universalidad y el altruismo. También, según Belloso y colaboradores (20), se pueden experimentar los FTG en lo que llaman “sesión única”. En nuestra opinión, este fenómeno es discutible y puede que exista cierta ambigüedad conceptual. Por ejemplo, la cohesión, término de por sí ambiguo, tiene diferentes matices según si hablamos de un contexto hospitalario o ambulatorio. Según argumenta la grupoanalista Dolores Rico (21), en el primero sería una cohesión “más fusional” o simbiótica, derivada de mecanismos primarios de identificación masiva que sirven para mantener y preservar el grupo, mientras que en el segundo es “más madura”. En palabras de Gerald Corey (22), la cohesión no es el resultado del azar o de la pura relación interpersonal, sino más bien del compromiso del profesional y de los miembros del grupo para dar los pasos necesarios que conducen al sentimiento de unidad grupal. Discrepancias aparte, esta ambigüedad supone un debate interesante para seguir investigando y clarificar aspectos teóricos de los FTG.

² No es que existan 26 psicoterapeutas en el lugar de la muestra, sino que algunos volvieron a participar en el cuestionario al realizar una nueva edición grupal. Como cada grupo es una experiencia distinta para los terapeutas, se les pasó de nuevo el instrumento de medida.

Hacia el final de cada grupo (en torno a la 42ª sesión), el investigador principal evaluó a los participantes tras explicarles los objetivos del estudio. El modo de cumplimentar el cuestionario fue de forma autoadministrada, en grupo, siempre en compañía del investigador principal de este trabajo (que informaba y aclaraba las posibles dudas) y de los terapeutas del grupo al que asistían.

Solo fueron incluidos aquellos participantes que asistieron al grupo un mínimo de 9 meses (unas 34 sesiones).

b) Instrumentos

Mediante un cuestionario, basado en el Q-sort de Yalom, que incluía la definición de cada FTG, se les pedía a los informantes que evaluaran del 1 al 10, siendo 1 la mínima puntuación y 10 la máxima, qué grado de importancia había tenido para ellos cada factor en el proceso de su mejoría.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Fundació Vidal i Barraquer y valoraron los FTG del cuestionario, pudiendo consultar las dudas con el investigador principal.

c) Procedimiento

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, centrado en el análisis de variables mediadoras.

El estudio se llevó a cabo en un centro ambulatorio de salud mental de adultos y en un centro de rehabilitación comunitaria, ambos pertenecientes a los Servicios Asistenciales de Salud Mental Sant Andreu de la Fundació Vidal i Barraquer. Estos dispositivos contemplan desde hace años la mirada grupal en su cartera de servicios, y, por ende, llevan a cabo diversos grupos psicoterapéuticos.

La mayoría de los grupos que se realizan son de inspiración psicodinámica, de tamaño pequeño (8-12 participantes), no suelen ser directivos, buscan la interacción entre sus integrantes, son semanales, de 90 minutos, de un año de duración y se conducen en coterapia por psicoterapeutas acreditados. La muestra se obtuvo a partir de dichos grupos.

d) Análisis estadístico

El análisis estadístico incluyó: 1) observación de las medias de los FTG y su jerarquía, según su grado de importancia; 2) análisis estadístico de las diferencias (t-Student y correlación de Pearson) entre todos los FTG en relación con la edad,

el sexo, la educación, el diagnóstico y la valoración de los FTG por los conductores grupales; 3) valoración del grado de validez interna (correlación Pearson) del instrumento de medida aplicado mediante un estudio test-retest³ en 35 usuarios de la terapia grupal. Los cálculos estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Los FTG universalidad (7.98), cohesión grupal (7.40) y altruismo (7.40) son los que recibieron una mayor puntuación por el conjunto de toda la muestra como los de mayor utilidad y mejora en su proceso terapéutico (ver Figura y Tabla 2). Por el contrario, la conducta imitativa (6.00) y los existenciales (6.33) resultaron ser los menos valorados.

Se analizaron diferencias entre los FTG y las variables sociodemográficas de los usuarios (edad, sexo y educación) (ver Tabla 3). A través del coeficiente de correlación de Pearson, se encontró una relación significativa ($p < 0.05$) para el nivel de estudios, de forma que quienes poseían una educación superior (secundaria y universitaria) escogían la reactualización familiar como uno de los FTG más importantes. En el resto de variables, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, pero sí cierta tendencia o asociación ($0.1 > p > 0.05$). Así, a través del coeficiente de correlación de Pearson, se observó que a mayor edad se valoraban más la catarsis, los factores existenciales y la conducta imitativa. En cuanto al sexo, mediante una t-Student para muestras independientes, se apreció una leve asociación entre el factor altruismo y las mujeres que participaron en el estudio (ver Tabla 4).

Al valorar la correlación entre la elección de los FTG más importantes y el diagnóstico de los participantes (ver Tabla 3), se obtuvo una elevada correlación entre los FTG cohesión y catarsis con los diagnósticos del espectro de la esquizofrenia. Siguiéndolos de cerca, se observaron asociaciones estadísticas con el factor universalidad y altruismo.

Se encontró que las puntuaciones de los participantes correlacionaban significativamente con las puntuaciones de los terapeutas en todos los FTG ($p < 0.001$).

En el proceso de validación del cuestionario mediante el test-retest, el coeficiente de correlación intraclase (ICC) fue de 0.917 para el total. Dicho resultado valora muy positivamente la validez y consistencia interna de la escala.

³ Antes de evaluar a los participantes de la muestra, se comprobó la validez del cuestionario en 35 sujetos que no formaron parte de la muestra definitiva, pero que habían asistido a terapia grupal. Para ello, tras rellenar el cuestionario, se les solicitó que lo volviesen a completar al cabo de una semana.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Antes de entrar a valorar los resultados, y del mismo modo que Almenta *et al.* (18), los autores quieren advertir que no siempre existe coincidencia entre aquellos FTG que los participantes creen, o desean (proyectan), que han tenido más influencia en su proceso de mejora con los que (a un nivel más inconsciente) realmente operan el cambio.

Al considerar las respuestas de la muestra total, se observa que los participantes de terapia de grupo, independientemente del tipo de grupo al que asisten y sin valorar sus características socioclínicas, valoran en su mejoría, de forma más relevante, la universalidad, el altruismo y la cohesión. Los FTG claramente menos escogidos fueron los existenciales y el de imitación.

De los FTG más elegidos, ninguno tiene características de índole intelectual. Son de naturaleza afectiva: la universalidad, el altruismo y la cohesión constituyen ingredientes básicos para que puedan aparecer el resto de FTG. Como indican muchos estudios, suelen aparecer los primeros en el proceso grupal, siguiendo de algún modo la vida evolutiva del grupo. La universalidad, muy presente en la primera etapa del tratamiento, en la que los participantes buscan más que nada similitudes en sus problemas, síntomas y expectativas, no se mantiene constante a lo largo de toda la terapia debido a los caminos de individuación/diferenciación personal que se suceden a lo largo del grupo. En cambio, la cohesión y el altruismo sí operan a lo largo de todo el grupo. En los inicios, el altruismo se refleja en las sugerencias y la ayuda mutua entre sus miembros, para ir después adquiriendo un matiz más íntimo, participativo y de generosidad que resulta más difícil de definir. La cohesión, o el sentirse parte de un grupo, en el que uno es aceptado y no juzgado, es fundamental. En cuanto esta queda establecida, el individuo puede animarse a desplegar su mundo interno, tolerar y asimilar las confrontaciones e interpretaciones que el grupo le formule. De algún modo, puede ser la base para que aparezcan cuestiones más intelectuales (23). Respecto a los FTG menos escogidos, cabe mencionar que los existenciales no parecen relevantes; es más, algunos autores han restado importancia a este factor, suprimiéndolo incluso de la clasificación de los FTG (24,25). Sin tener mucho que añadir sobre el otro FTG menos escogido (conducta imitativa), sí es interesante reparar en que es un FTG que puede llevar a cierta confusión con el término “identificación” (*identification*, en lengua inglesa), que algunos trabajos emplean erróneamente de forma sinónima. Según la RAE, “imitar” es hacer o esforzarse por hacer algo igual que otro o según el estilo de otro. Observando a los participantes del grupo, los pacientes se benefician de lo que Yalom denominó “aprendizaje vicario”. “Identificarse”, en cambio, es reconocerse en el otro en aspectos emocionales y cognitivos. Con esta acepción, muchos trabajos (14,26) también muestran cómo es el menos escogido, ya que puede que los

participantes huyan de la identificación al no soportar ver(se) aspectos de sí mismos que rechazan o por temor a perder de forma inconsciente la propia individualidad al identificarse con el grupo como un todo o con otro miembro.

En relación a la influencia que las características sociodemográficas pueden tener en la evaluación de los FTG, ni la edad ni el sexo de los participantes mantienen una asociación relevante. En cambio, comparativamente, los resultados sí que muestran que aquellas personas que tienen un nivel educativo superior dan más importancia a la reactualización familiar. Asimilar y comprender que la presencia de roles y situaciones semejantes a las que existen y desarrollan en las familias (parentificaciones, rivalidades fraternales, disputas...) se reeditan transferencialmente en grupo puede requerir de un cierto nivel intelectual que permita su reconocimiento.

En aquellos pacientes con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, la elección de los FTG pasa de forma relevante por la cohesión grupal, la catarsis y la universalidad. La cohesividad y la universalidad son dos FTG intrínsecamente unidos. A veces, el paciente diagnosticado de esquizofrenia vive la sintomatología psicótica como maligna y estigmatizante. Se siente destructivo para los demás y tiende a retraerse más, sintiendo mucha soledad y aislamiento. A esto se le suma la pérdida vincular con sus grupos naturales (familiares, laborales, de amistad, la sociedad, ...), que no solo se han mostrado incapaces de contener sus crisis y estados mentales, sino que alguna vez no han podido aceptar sus comportamientos (26). De ahí pensamos que surge la alta valoración de la cohesión grupal, de la necesidad de ser aceptado en el grupo, de no tener que esconderse con sus retraimientos y de poderse sentir, al formar parte de un grupo (un “nosotros grupal”), menos solo. La cohesión es esencial para la existencia del grupo, con un valor curativo propio, especialmente en el caso del psicótico. Fundamentalmente, en terapia grupal ambulatoria, cuando la psicosis no está muy cristalizada o el paciente está en un periodo de remisión, puede sentir con extrañeza, rechazo y angustia pensamientos, impulsos o afectos que censura compartir por temor al que dirán. En esta autosingularidad degradante, la identificación con otras personas en circunstancias similares (universalidad) hace posible romper el aislamiento y la excepcionalidad; es decir, reconocerse a sí mismo en el otro y reconocer al otro y en el otro un vínculo de unidad (15). Sin duda, el “no estoy solo, hay más personas como yo” se constituye como un significativo corrector de ansiedad y favorece el proceso de formación de una imagen más realista de uno mismo. La catarsis o verbalización de las emociones es, coincidiendo con Almenta (18), otro FTG determinante. Siendo un FTG al que los pacientes atribuyen suma importancia, puede no verse tan facilitado por aquellos terapeutas, habitualmente noveles, que temen no poder manejar la ventilación emocional y los intentos (con sus distorsiones alucinatorio-delirantes, somatosensoriales y del pensamiento) de organización del psiquismo en quienes presentan estados o sufrimiento psicótico. Es importante, pues,

que los terapeutas estén disponibles para tolerar y contener aquellas emociones, aun a riesgo de las tan temidas identificaciones adhesivas. El empleo de algunas técnicas (uso de fotografías, pinturas y objetos queridos por los pacientes, *role playing*...) que faciliten la abreacción emocional, así como la canalización de sentimientos, pueden ser de gran ayuda para los pacientes y para los terapeutas, al poner cierta distancia emocional entre el sujeto y el objeto. Finalmente, a estos factores les siguen de cerca el altruismo y la reactualización familiar. Acostumbrados a ser quienes reciben ayuda, en su rígido y atrapante rol de enfermos, mediante el altruismo pueden vivenciar en grupo, positivamente para su autoestima, la experiencia de ayudar a los demás. Más que en otras personas, el psicótico arrastra historias familiares insatisfactorias, que advierten de sus problemas, necesidades y que solo cobran sentido a partir de la comprensión de las dinámicas familiares de origen (reactualización familiar).

Los terapeutas, de acuerdo a su orientación, pueden dar más importancia a ciertos FTG que a otros. Al igual que los participantes, tienen sus preferencias, prejuicios e intereses. La evaluación de los FTG permite que los terapeutas contemplen aquellos puntos ciegos que para los participantes pueden ser esenciales. Es necesario que el psicoterapeuta realice un enfoque equilibrado, contemplando aquellos FTG que más favorecen a los participantes. En esta investigación, el grado de concordancia con los participantes es muy elevado, hecho que denota elevada sintonía en la importancia concedida a cada FTG.

Como limitaciones de este trabajo, quisiéramos destacar la falta de comparaciones o referencias a otros estudios. Esto guarda relación con la dispersión metodológica y muestral que hemos encontrado en los trabajos referidos a los FTG. En esta misma línea, se ha empleado una escala que solo ha podido demostrar una validez y consistencia interna mediante la estabilidad test-retest, de modo que este estudio muestra unos resultados preliminares, a partir de los cuales se pueden sacar conclusiones provisionales a la espera de la validación de la escala. Se desea también hacer hincapié en el hecho de que este estudio es una evaluación simplificada de un asunto complejo, que cuesta categorizar, pues en la percepción subjetiva de los participantes pueden participar múltiples variables difícilmente abarcables.

Sin pretenderlo inicialmente, este trabajo ha suscitado reflexiones sobre la práctica clínica y la complejidad en la investigación de los procesos psicoterapéuticos. El cómo articularlas, y, sobre todo, integrarlas, no debe resultarnos una tarea extraña. En un posible isomorfismo, pensamos que, igual que en numerosas ocasiones los miembros del grupo y su líder requieren de una explicación cognitiva que sea capaz de elaborar e integrar los fenómenos emocionales y conductuales que en el grupo devienen, la comunidad científica también necesita de explicaciones científicas para poner cierto orden ante la avalancha de orientaciones y sistemas que tratan de ayudar a la ciudadanía para mejorar su salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Greene LR. A qualitative assessment of the quantitative group psychotherapy research: past, present, and future. *Group* 2016;40:23-28
- (2) Lorentzen S. ¿*Quo vadis* investigación en grupoanálisis? Una aportación personal. *Teoría y Práctica Grupoanalítica* 2011;1(2):419-34.
- (3) Bloch S, Crouch E, Reibstein J. Therapeutic factors in group psychotherapy. *Arch Gen Psy* 1981;38:519-26.
- (4) Corsini RJ, Rosenberg B. Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics. *J Abnorm Psychol* 1955;51(3):406-11.
- (5) Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1985.
- (6) Vinogradov S, Yalom ID. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós, 1996.
- (7) Tarí A. Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales* 2015;19:1-13.
- (8) Ryan A, McLeod J. Therapeutic factors in a therapy group for older women. *Br J Guid Counc* 1993;21:64-71.
- (9) DeLucia-Waack J. Multiculturalism is inherent in all group work. *J Spec Group Work* 1996; 21:218-23.
- (10) Goldberg FS, McNeil DE, Binder RL. Therapeutic factors in two forms of inpatient group psychotherapy: music therapy and verbal therapy. *Group* 1988;12:145-56.
- (11) García-Cabeza I, Ducajú M, Chapela E, González M. Therapeutic factors in patient groups with psychosis. *Group Analysis* 2011;44(4):421-38.
- (12) Clark AJ. Interpretation in group counseling: theoretical and operational issues. *J Spec Group Work* 1993;18(4):174-81.
- (13) Flowers JV. Client outcome as a function of agreement or disagreement with the modal group perception of curative factors in short term, structured group psychotherapy. *Int J Group Psychoth* 1987;37:113-17.
- (14) Vlastelica M, Pavlovic S, Urlic I. Patients' ranking of therapeutic factors in group analysis. *Coll Antropol* 2003;27(2):779-88.
- (15) Campos JF. Los factores terapéuticos: ¿qué es lo que produce cambios en los grupos? *Cuadernos de Trabajo Social* 2000;8:205-229.
- (16) Johnson IH, Torres JS, Coleman VD, Smith MC. Issues and strategies in leading culturally diverse counseling groups. *J Spec Group Work* 1995;20:143-50.
- (17) Lese KP, MacNair-Semands RR. The therapeutic factors inventory: development of a scale. *Group* 2000;24(4):303-17.
- (18) Almenta E, García P, González E. Factores terapéuticos en dinámica grupal. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1994; 4(47-48):83-97.
- (19) Sánchez L, Eiroa-Orosa F, Valls C, González A, Alberich C. 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. *Psychother Res* 2018; 28(3):433-45.

- (20) Belloso JJ, Diaz M, Lopez T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2015;35(128):759-74.
- (21) Rico D, Sunyer JM. Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia. Parte II. *Psiquis* 2001;2(2):5-20.
- (22) Corey G. Teoría y práctica de la terapia de grupo. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1996.
- (23) Ribé JM. De la emoción a la razón a través del grupoanálisis. *Revista Norte de Salud Mental* 2010; 8(38):11-25.
- (24) Mushet G, Whalan G, Power R. In-patient' views of the helpful aspects of group psychotherapy: impact of therapeutic style and treatment setting. *Br J Psychiatry* 1988;152:229-33.
- (25) Bloch S, Reibstein J, Crouch E, Holroyd P, Themen J. A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1979;134:257-63.
- (26) Ribé JM. Psicoterapia analítica grupal con psicóticos: teoría y adaptaciones técnicas. *Temas de Psicoanálisis* 2017;13:1-32.
- (27) Ribé JM, Valero MA, Pérez-Testor C. Grupo de familiares de pacientes con trastorno mental severo: aspectos dinámicos, técnicos y reflexivos a partir de una experiencia terapéutica grupal. *Av Salud Ment Relac* 2011;10:1-26.

TABLA I

Grupos de psicoterapia incluidos en la evaluación

Nombre grupo	Número informantes^a	Formato/frecuencia	Orientación	Servicio
Jóvenes (18-25 años)	4	Abierto/semanal	Psicodinámica	Ambulatorio
TMG^b (26)	6	Cerrado/semanal	Psicodinámica	Ambulatorio
TMG (bis)	7	Cerrado/semanal	Psicodinámica	Ambulatorio
TDAH	5	Cerrado/quincenal	Directivo Cognitivo- conductual	Ambulatorio
TDAH (bis)	6	Abierto/quincenal	Cognitivo- conductual	Ambulatorio
Replanteamiento Vital^c	5	Cerrado/semanal	Psicodinámica	Ambulatorio
Familiares (27)	8	Cerrado/quincenal	Psicodinámica Pedagógica	Ambulatorio
Estrés Laboral	7	Cerrado/semanal	Psicodinámica	Ambulatorio
Estrés Laboral (bis)	4	Cerrado/semanal	Psicodinámica	Ambulatorio
TMG 1	8	Cerrado/semanal	Psicodinámica	Rehabilitación
TMG 2	7	Cerrado/semanal	Interpersonal	Rehabilitación
TMG 2 (bis)	6	Cerrado/semanal	Interpersonal	Rehabilitación
TMG 2 (bis)	5	Cerrado/semanal	Interpersonal	Rehabilitación
Familiares	10	Cerrado/quincenal	Psicodinámica Pedagógica	Rehabilitación

^a Se hace referencia únicamente a aquellos participantes que fueron evaluados, pudiendo existir más miembros en el grupo que no asistieron el día en el que se aplicó el cuestionario.

^b TMG: trastorno mental grave.

^c Grupo destinado a personalidades melancólicas, limítrofes-narcisistas –según marco psicoanalítico– que en la mitad de su vida se hallan atrapados y expresan dificultades para seguir avanzando.

TABLA 2

Medias de los FTG de la muestra total, los pacientes con un trastorno del espectro de la esquizofrenia y los terapeutas grupales

Factores	Muestra total esquizofrenia	Espectro (N = 34)	Terapeutas (N=26)
1. Altruismo	7.40	6.82	6.68
2. Catarsis	6.99	6.00	7.04
3. Cohesividad	7.40	6.50	7.68
4. Revalidación de la familia	6.68	6.06	5.72
5. Desarrollo socialización	6.38	6.15	5.44
6. Factores existenciales	6.33	5.88	4.96
7. Conducta imitativa	6.00	5.82	5.68
8. Información participada	6.83	6.82	7.32
9. Infundir esperanza	6.79	6.91	7.12
10. Aprendizaje interpersonal	6.55	6.06	6.12
11. Universalidad	7.98	7.26	8.44

Tabla 3

Análisis de la relación entre los FTG y las variables sociodemográficas de los usuarios (edad, nivel de estudios y sexo)

Factores	Edad		Estudios		Sexo	
	r ^a	p	r ^a	p	t ^b	p
1. Altruismo	.072	.510	.037	.740	1.903	.061
2. Catarsis	.193	.074	-.134	.222	.489	.626
3. Cohesividad	.169	.120	-.170	.120	1.561	.123
4. Revalidación de la familia	.143	.190	-.246	.023*	1.277	.205
5. Desarrollo socialización	.112	.303	-.101	.358	-.416	.678
6. Factores existenciales	.191	.078	-.068	.536	-1.578	.118
7. Conducta imitativa	.180	.098	-.072	.513	.264	.793
8. Información participada	.036	.743	.002	.984	.346	.730
9. Infundir esperanza	.121	.267	-.040	.715	.269	.789
10. Aprendizaje interpersonal	-.016	.882	.060	.584	-.535	.594
11. Universalidad	.040	.714	-.091	.409	.306	.760

^a Coeficiente de correlación de Pearson; ^b t-Student.

* Puntuación estadísticamente significativa

TABLA 4

Comparación de las medias de los FTG entre usuarios con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia y otros diagnósticos

Factores	Otros diagnósticos (N= 54)	Espectro esquizofrenia (N= 34)	t- Student	p
1. Altruismo	7.79	6.82	2.516	.014
2. Catarsis	7.67	6.00	3.285	.002*
3. Cohesividad	7.94	6.50	3.919	.000*
4. Revalidación de la familia	7.13	6.06	2.298	.025
5.Desarrollo socialización	6.67	6.15	1.018	.312
6. Factores existenciales	6.71	5.88	1.902	.061
7.Conducta imitativa	6.13	5.82	0.680	.498
8. Información participada	6.81	6.82	-0.039	.969
9. Infundir esperanza	6.77	6.91	-0.331	.742
10. Aprendizaje interpersonal	6.88	6.06	1.889	.063
11. Universalidad	8.42	7.26	2.901	.005*

* Diferencia estadísticamente significativa

FIGURA 1

Diagnósticos de la muestra a estudio

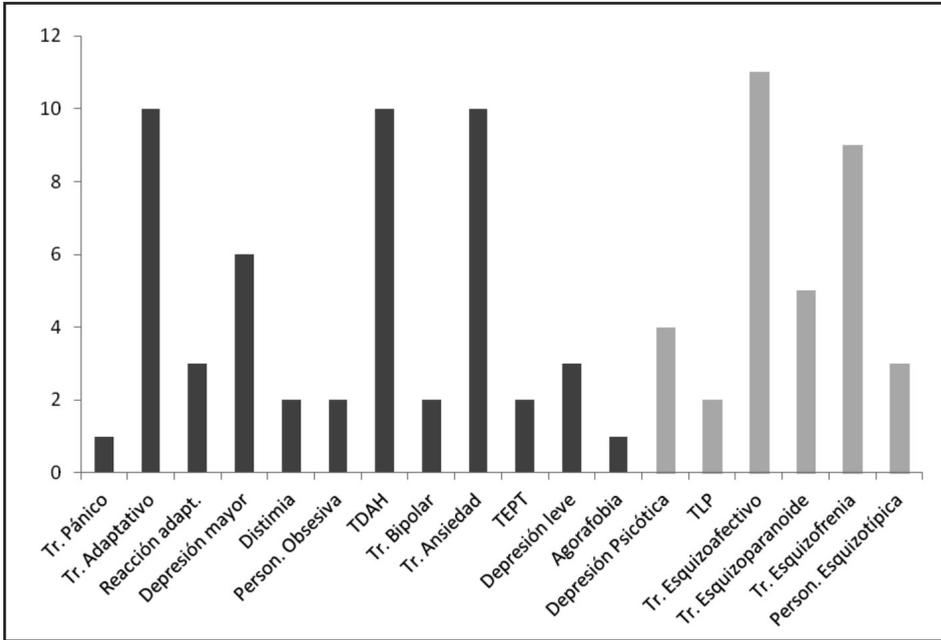


FIGURA 2

Comparación gráfica de las medias de los FTG entre la muestra total, los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia y los terapeutas grupales

