

# El encuadre “corredor terapéutico” en psicoterapia grupal operativa: revisión del concepto y hallazgos

The “corredor terapéutico” setting in operative group psychotherapy: review  
of the concept and findings

VICTORIA DE FELIPE GARCÍA-BARDÓN, ELENA VÁZQUEZ RAMO

*Psicólogas clínicas. Hospital Universitario de Guadalajara, España.*

*Correspondencia: Victoria de Felipe (victoriadefelipe@telefonica.net)*

Recibido: 06/09/2022; aceptado: 10/10/2022

**Resumen:** La excesiva y compleja demanda de los Servicios de Salud Mental hace necesarios encuadres terapéuticos específicos y adaptados. En los años ochenta Bauleo diseña el encuadre corredor terapéutico. El presente trabajo aborda una revisión de este concepto y los resultados de su implementación en el Hospital Universitario de Guadalajara desde el año 2012 a la actualidad. Se concluye que el corredor terapéutico sigue siendo válido en el contexto actual de la asistencia pública de la salud mental. En las investigaciones que hemos realizado comprobamos (entre otros resultados) que mediante este encuadre podemos atender adecuadamente a los pacientes que demandan psicoterapia en diferentes dispositivos grupales. Además, desde la sesión número 12 la percepción que tienen los pacientes de que la psicoterapia grupal es de ayuda y eficaz es elevada, y conforme avanza el proceso terapéutico los pacientes valoran como más eficaces factores que implican mayor cambio psicológico (evaluado a través de la Escala de Funcionamiento Grupal EFG-25 de Zúkerfeld).

**Palabras clave:** sistema público de salud, servicios de salud mental, psicoterapia de grupo, grupo operativo, encuadre corredor terapéutico.

**Abstract:** The excessive and complex demand for mental health services requires specific and adapted therapeutic settings. In the eighties Bauleo designs the “corredor terapéutico” setting. This paper deals with a review of this concept and the results of its implementation at the University Hospital of Guadalajara from 2012 to the present. It is concluded that the “corredor terapéutico” setting continues to be valid in the current context of public mental health assistance, since in the investigations we have carried out we have verified (among other results) that through this setting we can adequately attend to patients who demand psychotherapy in different group devices. In addition, from the 12th session on, the perception of group help and efficacy is high; and as the therapeutic process progresses, patients value factors that imply greater psychological change as more effective (assessed through the Zukerfeld Group Functioning Scale, EFG-25).

**Key words:** public health system, mental health services, group psychotherapy, operative group, “corredor terapéutico” setting.

EL TEMA DEL ENCUADRE es de una importancia central en psicoterapia y también en psicoterapia grupal. Por otra parte, la excesiva demanda de los Servicios de Salud Mental hace necesaria la implementación de encuadres terapéuticos específicos y adaptados. Bauleo y colaboradores diseñan un encuadre al que denominan “corredor terapéutico” que tiene como objetivo poder atender a nivel psicoterapéutico a los pacientes que acuden a dichos servicios (1). Es un encuadre que se ha llevado a cabo en diferentes dispositivos asistenciales, pero del que apenas hay referencias bibliográficas. En el Hospital Universitario de Guadalajara llevamos varios años trabajando con el encuadre corredor terapéutico en diferentes dispositivos asistenciales, Interconsulta y Enlace Hospitalario, Unidad de Conductas Adictivas y Unidad de Salud Mental de Adultos, e investigando sus características y eficacia.

El objetivo general de este trabajo es revisar el concepto de encuadre corredor terapéutico, así como reflexionar acerca de su implementación en el Hospital Universitario de Guadalajara a través de la revisión de las investigaciones que hemos realizado.

#### LA IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA SANIDAD PÚBLICA

Duro y colaboradores (2) plantean cómo la transformación de las viejas estructuras asistenciales exige nuevas respuestas y alternativas en los servicios públicos de salud mental. Señalan la importancia de la coherencia de los planteamientos teóricos, su articulación en la práctica y la respuesta a las demandas de la población como factores clave para que las alternativas asistenciales tengan éxito, articulando fórmulas organizativas y encuadres de trabajo en continua revisión.

Han pasado 40 años desde estos planteamientos en plena Reforma Psiquiátrica y numerosos autores coinciden en señalar que el desarrollo de los recursos sanitarios y sociosanitarios ha sido muy heterogéneo a lo largo del territorio nacional y, en la inmensa mayoría de casos, claramente insuficiente (3).

En relación a la psicoterapia, como plantea González (4), la estructura actual y los recursos del sistema sanitario público en España no facilitan la inclusión de las psicoterapias en la oferta terapéutica de los equipos de salud mental, y por lo tanto la psicoterapia grupal sería el formato idóneo en un sistema público como el nuestro, de recursos crecientes pero limitados. En la misma línea, Gómez Esteban afirma que la psicoterapia grupal es la única estrategia terapéutica capaz de resolver el alto número de personas que acuden a las consultas de la red de salud mental (5). Ribé plantea que la psicoterapia de grupo es reconocida por las autoridades sanitarias como una intervención coste-efectiva, producto de la investigación y evaluación creciente sobre la misma (6). La investigación avala el valor de la psicoterapia de grupo; diferentes estudios han demostrado que la psicoterapia de grupo es tan efectiva como los tratamientos individuales para aliviar los trastornos psicológicos (7-9). Gil y Rodríguez-Zafra, en un trabajo reciente (10), revisan las investigaciones sobre psicoterapia de grupo y concluyen que es un método de tratamiento eficaz en diferentes problemáticas. Por otro lado, no encuentran diferencias significativas en función del enfoque terapéutico.

La psicoterapia grupal se muestra como un tratamiento de elección. Ofrece la posibilidad de realizar una psicoterapia en las condiciones de tiempo y frecuencia necesarias, permitiendo tratar a un mayor número de pacientes a la vez (lo que aludiría a su eficiencia). Además, es el medio óptimo para tratar los aspectos grupales y sociales inherentes a la subjetividad.

#### PSICOTERAPIA GRUPAL OPERATIVA

La psicoterapia grupal operativa con la que trabajamos se basa en el modelo propuesto por Pichon-Rivière (11), 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. Fabris (12) apunta que la psicología social pichoniana es un esquema conceptual referencial operativo que intenta dar respuesta a la totalidad de los fenómenos vinculados a la comprensión del sujeto y su conducta en situación y contexto. Además, esta Concepción Operativa de Grupo incluye una explicación sobre el proceso de salud y enfermedad y sobre los procesos de curación, privilegiando diferentes modalidades de encuadres grupales (13).

Uno de los aspectos más diferenciales del Grupo Operativo es el análisis y trabajo sobre 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 les producen, siendo el nivel latente de la tarea la elaboración de un esquema referencial común que permita el establecimiento de la comunicación dentro del grupo, según afirman Duro y colaboradores (2).

Jasiner (14) reflexiona sobre la cura desde la Concepción Operativa de Grupo y plantea que la cura en Pichon es la adaptación activa a la realidad, un proceso en el que se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, el manejo y la solución integradora de los conflictos. La cura es imaginada y abordada en el espacio grupal, y una vez planteada la existencia del grupo, las posibilidades y los límites de esa cura se dirimirán en la producción de una tarea. Pichon-Rivière (11) considera fundamental en el proceso de curación la reconstrucción de las redes de comunicación, un replanteamiento de los vínculos, con una reestructuración del interjuego de roles.

En la psicoterapia se utilizan aspectos teóricos y técnicos del psicoanálisis y de la concepción operativa. Pichon-Rivière integró en su esquema conceptual aportes del psicoanálisis, a la vez que rechazó otros (11). Por ejemplo, en el grupo operativo se privilegia lo progresivo o prospectivo, se jerarquiza el proyecto. Lo regresivo y progresivo de las conductas se analiza situacionalmente, la focalización del pasado, el presente y el futuro se analizan según lo requiera la tarea. Por otra parte, no se privilegia siempre la interpretación como instrumento técnico, sino que también el señalamiento y otras intervenciones son importantes.

#### ENCUADRE CORREDOR TERAPÉUTICO

Es en 1984, en el II Congreso del CIR, donde Bauleo y Duro plantean la experiencia en grupos en una institución pública de salud mental comunitaria en Getafe. En esta experiencia hablan por primera vez de los corredores terapéuticos (1). Son experiencias pioneras en los momentos iniciales de la Reforma Psiquiátrica, en las que se va incluyendo el grupo operativo en la psicoterapia.

En ese momento se ponen en marcha diferentes dispositivos grupales en el programa de atención ambulatoria. Definen los corredores terapéuticos como dispositivos grupales con elementos fijos en su encuadre institucional y por los que transitan personas que requieren ayuda psicoterapéutica.

En 1986, en el III Congreso del CIR, Bauleo y colaboradores (1) definen algo más el encuadre corredor terapéutico. El aspecto más diferencial de los corredores terapéuticos lo constituye la entrada y salida de integrantes en unos períodos fijados en el encuadre. Estos períodos de evaluación se realizan cada 3 o 4 meses y sirven para repensar la situación de cada integrante en el grupo, los cambios conseguidos, la nece-

sidad de continuar la ayuda terapéutica o la disponibilidad para continuar su vida por sí solo, siendo dado de alta en el corredor y en la propia institución (1). El método para efectuar esta evaluación consiste en fijar unas sesiones a tal efecto, donde las personas individualmente, los otros integrantes del grupo y los coordinadores reflexionan sobre todos y cada uno de los integrantes con el fin de tomar la decisión de permanecer o terminar su experiencia grupal. Una vez decidido quién se va de alta, se incorporan nuevos integrantes empezando una nueva etapa hasta el siguiente período de evaluación.

Bauleo y colaboradores (1) señalan que los corredores son un lugar de tránsito, de pasaje, con una posición de intermediación en la que se flexibiliza el “adentro” y el “afuera” del imaginario grupal. Es un espacio transitorio, en el que nadie se puede instalar. Posteriormente, Bauleo (15) habla de que la noción de “corredor” denota justamente lo de estar al lado, es la posición de “copensor”, aquel que acompaña a reflexionar. Indica que lo primero que está explícito en el trabajo con corredores terapéuticos es que entran y salen terapeutas y pacientes, lo implícito es que el trabajo es conjunto. El corredor es un recurso a utilizar en un momento determinado para la elaboración de conflictos y lo definen como un espacio grupal permanente a nivel institucional, es decir, los elementos de su encuadre se ajustan sobre el eje de permanencia terapéutica, la cual aparece a su vez entrecortada por los momentos de evaluación e incorporación de nuevos miembros (1). Defienden que la psicoterapia es un recurso más, así como que los tratamientos largos no son el único procedimiento útil para la curación. Señalan que en el encuadre terapéutico llamado “corredor” convergen la posibilidad de la permanencia terapéutica, la presencia del límite como elemento terapéutico y una oferta terapéutica posible dentro de la institución pública.

En 1990 se publica en el libro *La concepción operativa de grupo*, editado por la AEN y coordinado por Bauleo, Duro y Vignale, un completo capítulo sobre los dispositivos grupales en salud mental comunitaria (2). En ese artículo, se analizan varios dispositivos grupales, entre ellos, el corredor terapéutico. En ese mismo año, en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, se presentan tres comunicaciones sobre el tema de los corredores terapéuticos (13,16,17). En dichas publicaciones se habla de la influencia del corredor terapéutico en el proceso terapéutico, tanto en el inicio del proceso (se apunta que los momentos iniciales de confusión, dependencia del coordinador, dificultad de apropiación de la tarea, característicos de otros encuadres, en este encuadre son facilitados por tratarse de una estructura ya en funcionamiento y con integrantes “viejos”) como en las sesiones centrales (el movimiento del subgrupo viejos-nuevos es terapéutico en la medida en que se observa cómo se rompe ese estereotipo) y en el final del grupo (marcado por la evaluación).

En 2005 Bauleo (18) vuelve a hablar de los corredores terapéuticos, se refiere al *setting* señalando que el tiempo del corredor es de dos a cuatro años y que dos o tres terapeutas mantienen el grupo terapéutico; también señala el tema de la evalua-

ción cada tres o cuatro meses. Es un grupo semiabierto y permite la continuidad y discontinuidad para el desarrollo del proceso terapéutico. Agrega que los pacientes que en un momento salían podían volver a entrar después de pasado el lapso de tiempo en el cual el grupo se había mantenido cerrado. Señala que este trabajo está enmarcado en los estudios realizados sobre psicoterapias breves.

En 2008, Foladori (19) habla de los corredores terapéuticos como uno de los proyectos más importantes de Bauleo. Señala que tal vez fue de los proyectos centrales de su vida. Su diseño fue una manera de plasmar en un espacio oficial un modelo que fuese realmente una opción al manicomio. Refiere que los corredores terapéuticos fueron un proyecto que estaba en condiciones de procesar cantidades importantes de pacientes de diversos grados de gravedad.

#### EL CORREDOR TERAPÉUTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA EN SU APLICACIÓN A DIFERENTES DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Hemos querido extendernos en describir tanto el inicio como las características de este encuadre grupal ya que es el que prioritariamente realizamos en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Son tiempos distintos, con un contexto comunitario e institucional muy diferentes, pero aquellas reflexiones y conceptualizaciones han sido fundamentales para su actual desarrollo; de hecho, en el contexto actual, el encuadre corredor es de gran ayuda en la organización asistencial, lo hemos realizado en diferentes dispositivos asistenciales, Interconsulta y Enlace Hospitalario, Unidad de Conductas Adictivas y actualmente en la Unidad de Salud Mental de Adultos.

En nuestro caso, basándonos en las propuestas de Bauleo, podríamos definir dicho encuadre como el de un grupo semiabierto, en el que se evalúa la entrada y salida de los pacientes cada tres meses, es decir, cada 12 sesiones se cierra el grupo y se abre otro en el que participarán algunos integrantes que han finalizado y otros nuevos. 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. El número de integrantes oscila entre 8 y 10, la frecuencia es semanal, con una duración de una 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 devolución al grupo de lo trabajado media hora antes de finalizar cada sesión. En ocasiones realizamos coterapia.

Los pacientes que se incluyen en dicho encuadre son pertenecientes a nuestras consultas, a diferencia de otros Centros de Salud Mental, en los que la psicoterapia

grupales incluye a pacientes derivados por otros profesionales. Esta organización tiene sus ventajas e inconvenientes, pero nos ha facilitado el mantenimiento de dicho encuadre y la atención psicoterapéutica de los pacientes que hemos de atender.

Incluimos a todos los pacientes que quieren y tienen posibilidades de acudir a la psicoterapia, excluyendo a quienes no son capaces de tolerar el abordaje grupal. Habitualmente en las primeras entrevistas decidimos quién puede ser un buen candidato. Incluimos en el grupo de psicoterapia a los pacientes más necesitados, más graves, con mayor sufrimiento, y prestamos especial interés a las personas que han tenido conflictos importantes a lo largo de su vida, relaciones interpersonales complicadas, vínculos conflictivos, como malos tratos en la infancia, acoso escolar, o en la actualidad conflictos laborales.

Proponemos la psicoterapia de grupo, encuadre corredor terapéutico, como la mejor opción psicoterapéutica y entregamos una hoja informativa general sobre psicoterapia de grupo que leen y comentamos. De este modo muchos pacientes comienzan la psicoterapia al poco de acudir a la consulta.

Hemos realizado psicoterapia grupal con este encuadre en los siguientes grupos de pacientes:

1. *Corredor terapéutico en programa de enlace hospitalario para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA)* (20). Fue un grupo homogéneo en cuanto al diagnóstico. Se mostró adecuado adaptándose a las necesidades de cada paciente y ayudó en la adherencia, lo complicado en este grupo fue la gravedad de los pacientes. Observamos que en la selección es importante cuidar que no todos los pacientes tengan rasgos de personalidad con tendencia a la impulsividad.

2. *Corredor terapéutico con pacientes psicósomáticos en programa de enlace hospitalario* (21). En este dispositivo grupal se evaluó la psicoterapia a través de encuestas de satisfacción en las que se preguntaba por comentarios positivos, negativos y beneficios de la psicoterapia de grupo realizada.

Al relacionar dichos resultados con el tiempo de psicoterapia, encontramos que en pocas sesiones valoran más la propia experiencia grupal, y cuando va pasando el tiempo se valora más el conocimiento de uno mismo o una elaboración más profunda; en realidad, si miramos detenidamente, ambos polos están a lo largo de todo el proceso. Que en los grupos siempre haya integrantes “experimentados” e integrantes “nuevos” seguro que también favorece este movimiento.

3. *Corredor terapéutico en pacientes con conductas adictivas en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA)* (22, 23). Se realiza corredor terapéutico con dos tipos de dispositivos grupales, uno con pacientes que inician su abstinencia a sustancias y nunca han realizado psicoterapia (lo llamamos “grupo de motivación”) y el otro dispositivo grupal que llamamos “grupo de profundización”, en el que los pacientes llevan un tiempo largo de abstinencia, han realizado psicoterapia y poseen capacidad

de introspección y simbolización necesarias para realizar este proceso psicoterapéutico. Ambos dispositivos tienen tareas y objetivos diferentes.

Tras años de realizar ambos dispositivos grupales comprobamos la utilidad del corredor terapéutico en el segundo de los grupos (grupo de profundización), pero no para el primero de los grupos (grupo de motivación). Para este último consideramos mejor opción un grupo cerrado. La coexistencia de viejos-nuevos integrantes en grupo producía un efecto indeseado y constituía un obstáculo para el grupo. Los pacientes viejos que seguían en grupo lo hacían porque no conseguían avanzar en la abstinencia y en la motivación al cambio, representando la cronicidad.

4. *Corredor terapéutico en pacientes con trastorno mental grave (TMG) en Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) (24)*. En este caso la frecuencia es quincenal, con dos grupos que se alternan, un grupo de pacientes psicóticos y otro de trastornos de personalidad. El encuadre corredor ha permitido generar un dispositivo grupal permanente, promoviendo la aseguración de un espacio psicoterapéutico para estos pacientes graves y crónicos, algo que de otra forma puede verse cuestionado por la alta demanda de otras patologías más comunes y leves en las USMAs.

La satisfacción con la psicoterapia de grupo expresada por los pacientes es muy alta y en general son pocos los abandonos definitivos.

Hemos observado en este dispositivo con pacientes tan graves que, con relación al corredor terapéutico, la evaluación es un momento duro para pacientes y terapeutas. Suele haber una exigencia excesiva en la misma y la fantasía de la curación total (que nunca llega) está implícita. Especialmente son duros consigo mismos, sintiendo que no han cambiado lo suficiente. En la evaluación del funcionamiento grupal y de la coordinación se suelen mostrar satisfechos. Intentamos como coordinadoras que este momento sea más suave, menos exigente, realizando la evaluación pasados 4-5 meses del inicio del grupo, ayudándoles a rescatar en la evaluación aspectos que sí han podido cambiar y una valoración de sí mismos más allá de la enfermedad y los síntomas. Los miembros del grupo son muy hábiles a la hora de detectar y expresar la mejoría en otros. A pesar de la dureza de esta fase, consideramos que es útil para el avance de estos pacientes en su proceso de elaboración del duelo que conlleva la pérdida de la salud mental, promoviendo equilibrar las limitaciones, pero también las capacidades.

5. *Corredor terapéutico en pacientes con trastornos neuróticos y de adaptación en la USMA*. Para esta población de pacientes, todos los grupos de psicoterapia los realizamos con el encuadre corredor terapéutico. Son grupos heterogéneos en cuanto al diagnóstico y homogéneos en algunos casos respecto a la edad, sobre todo, en el caso de los jóvenes.

En estos momentos mantenemos 7 grupos semanales, dos de ellos en coterapia en el rol de coordinador. En todos se incluye un observador siempre que rote por nuestras consultas un PIR.



El proceso de investigación comienza a partir de una situación problemática. Para que esta situación problemática logre transformarse en un problema de investigación es necesario que los investigadores puedan formular preguntas de investigación. Podríamos decir entonces que una investigación es un proceso que apunta a dar posibles respuestas a una pregunta de investigación (12). Mostramos a continuación esas preguntas que nos hemos planteado y las posibles respuestas a las que hemos llegado a través de la investigación.

*a) ¿Por qué grupos de 12 sesiones?*

La evaluación en la que salen y entran nuevos integrantes es cada 3 meses o 12 sesiones. Esta frecuencia nos permite tener tres grupos al año, de septiembre a diciembre, de enero a abril y de mayo a julio, lo que agiliza la incorporación de pacientes que acuden por primera vez a las consultas. Por otra parte, son periodos que facilitan la permanencia en cada grupo desde el inicio al final de los residentes en su periodo de rotación por nuestras consultas. En estudios anteriores (25) hemos visto que la espera de tres meses hasta el inicio de la psicoterapia es posible e incluso tiene efectos terapéuticos, siempre que durante ese tiempo se pueda atender a los pacientes que lo necesiten por su gravedad.

Por último, tras 10 años con este encuadre, hemos comprobado que permite atender de manera ágil aproximadamente al 30% de los pacientes que acuden a nuestras consultas de la Unidad de Salud Mental (el número de pacientes nuevos a la semana es 8), lo que se ajusta bastante a las necesidades psicoterapéuticas y a la demanda real de psicoterapia.

*b) ¿Es beneficioso que compartan la misma experiencia grupal pacientes que ya han realizado psicoterapia y pacientes nuevos?*

Hemos dudado sobre si no sería demasiado intrusivo y movilizador la entrada en un trabajo psicoterapéutico en profundidad de los pacientes que acuden por primera vez a un grupo de psicoterapia con pacientes que ya tienen experiencia. Hemos estado atentas a estas circunstancias y hemos observado con sorpresa que la mayoría de los pacientes se introducen en el trabajo de lo psicológico con cierta facilidad. También hemos encontrado la misma respuesta cuando lo hemos preguntado. Los pacientes nuevos indican los elementos valiosos que aportan los integrantes con más experiencia, un apoyo que les ayuda en el inicio de la psicoterapia, les da más confianza, seguridad y facilidad para poder hablar. Resaltan que les permite pro-

fundizar más gracias a las visiones complementarias; nadie ha señalado que les haya dificultado el proceso. En cuanto a los pacientes que han realizado psicoterapia y comienzan un grupo con integrantes sin experiencia, también valoran esta modalidad de manera positiva, ya que se sienten bien al poder ayudar y agilizar el proceso. Por otro lado, consideran que la presencia de integrantes nuevos aporta cosas novedosas, otros puntos de vista, y nunca han considerado que obstaculizara el proceso.

*c) ¿Cuál es la duración adecuada para que el corredor terapéutico sea percibido como un espacio de ayuda? La articulación de psicoterapias de larga y corta duración en el corredor terapéutico*

Duro y colaboradores (2) señalan el nacimiento de los corredores terapéuticos como el cuestionamiento de la psicoterapia larga como única manera de curación. Además, constatan que “el tiempo que necesita cada persona para romper su estereotipo no es el mismo”. Y así lo hemos comprobado en estos años.

La demanda, motivación y expectativas son diferentes en cada paciente, al igual que cuestiones más contextuales, como el trabajo, los estudios o las dificultades de desplazamiento. De este modo, la duración y objetivos de la psicoterapia también varían de unos pacientes a otros. El corredor terapéutico facilita la atención de estas diferencias; es decir, se articulan psicoterapias más breves, pacientes que solo hacen un grupo o dos, con tratamientos más largos y pacientes que permanecen más tiempo.

Hemos investigado sobre el tiempo necesario para que una psicoterapia sea percibida como eficaz en un encuadre tan específico como el “corredor” y hemos comprobado que la percepción de ayuda y eficacia evaluada a través de la Escala de Funcionamiento Grupal EFG-25 de Zukerfeld (26) es muy elevada (entre el 75% y 80% de los pacientes perciben la ayuda) en todos los momentos en que se ha evaluado (a las 12, 24 y 36 sesiones) (27-29). De manera más específica, se ha objetivado una mejoría estadísticamente significativa en ansiedad y depresión (30).

Así, en la línea de lo que decían Duro y colaboradores (2), el tiempo que necesita cada paciente es distinto. Este encuadre ofrece la posibilidad de que cada paciente se beneficie del tiempo que necesita, desde la duodécima sesión la psicoterapia es percibida como de ayuda y se mantiene en periodos más largos.

Esta afirmación nos lleva a la siguiente pregunta, que se refiere a lo que ayuda en cada momento a los pacientes que realizan la psicoterapia, pues no todos los factores terapéuticos se valoran de la misma manera en cada momento del proceso. El proceso grupal se refiere a lo que ocurre en el grupo, particularmente en términos del desarrollo y evolución de los patrones de relaciones entre los participantes del grupo (31, 32). La forma en que se desarrolla el proceso grupal puede fomentar el

trabajo del grupo con fines terapéuticos o fomentar las resistencias grupales. Son los mecanismos a través de los cuales ocurre el cambio terapéutico. En este sentido, nos preguntamos cómo puede influir el encuadre diseñado, en este caso el corredor terapéutico, en el desarrollo de algunos elementos del proceso grupal.

*d) ¿Qué factores terapéuticos grupales (FTG) ayudan en cada momento del proceso?*

Si la psicoterapia es eficaz desde los primeros grupos de 12 sesiones y se mantiene a lo largo del tiempo nos preguntamos qué factores influyen en la percepción de dicha eficacia y si son los mismos a lo largo del proceso.

El término Factor Terapéutico Grupal (FTG) se refiere al proceso que ocurre en terapia de grupo por la intervención del terapeuta, los otros miembros del grupo y el propio paciente, y que contribuye a la mejoría de este (33). Ribé y colaboradores (34) inciden en que 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).

En nuestro caso hemos estudiado el tema de los FTG que contribuyen al cambio y mejoría en el corredor terapéutico a través de diferentes metodologías de investigación y utilizando distintos instrumentos de evaluación. Para hacer más fácil la lectura, y de manera un tanto artificial ya que todos están interrelacionados, dividiremos este apartado en los FTG que se refieren a mecanismos de cambio y los que se refieren a las condiciones para que tenga lugar el proceso.

*Los FTG como mecanismos de cambio*

Efectivamente, en psicoterapias más breves los pacientes valoran como más terapéuticos factores que tienen que ver con el aprendizaje de un modelo que incluye los factores de información, resocialización y existenciales de Yalom. Y en psicoterapias más largas se incluyen los factores que implican la confrontación en el grupo de lo aprendido: la catarsis, la experiencia emocional correctiva y el aprendizaje interpersonal de Yalom (27-29).

Estos resultados nos llevan a describir los FTG que están más relacionados con las condiciones necesarias para que tenga lugar el proceso que hemos investigado, y que, en nuestro caso, se refieren al clima grupal y a la relación terapéutica.

*Los FTG como condiciones para que tenga lugar el proceso*

Todos los factores son igualmente importantes y se desarrollan de modo interdependiente, pero la cohesión grupal y la alianza terapéutica son condiciones

necesarias para el trabajo terapéutico y potencian el desarrollo de los demás factores (35). Teniendo en cuenta estas consideraciones y partiendo de la base de que el clima grupal se relaciona con la cohesión, se exponen a continuación los resultados de dos investigaciones acerca del clima grupal (36) y de la relación terapéutica (37) en la psicoterapia operativa encuadre corredor terapéutico.

Respecto al clima grupal (36), se examinó su evolución en tres momentos del proceso grupal (inicial, intermedio y final) en una psicoterapia de 12 sesiones con el Cuestionario de Clima Grupal-Versión Abreviada (GCQ) de MacKenzie (38). Encontramos un patrón diferente al planteado por el autor, en el que el compromiso tendía a subir de manera significativa a lo largo del grupo; por otro lado, el conflicto y la evitación permanecieron estables y en niveles bajos a lo largo del grupo, sin diferencias significativas entre los diferentes momentos de medición.

Respecto a la relación terapéutica grupal (37), analizamos y reflexionamos sobre las respuestas a una encuesta de satisfacción en las sesiones 12, 24, 36 y 48 o más. Se trata de un estudio realizado con metodología cualitativa. En él se analiza la importancia concedida a la relación terapéutica, tomando como referencia el modelo factorial sobre la relación grupal de Johnson *et al.* (39). Los autores 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). Se objetiva que 9 de cada 10 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). Los resultados indican que el factor que más frecuentemente evocan los pacientes en sus respuestas es el vínculo positivo, seguido del trabajo positivo y de la 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). Analizamos en qué medida evocan los pacientes los factores de la relación terapéutica a lo largo del proceso terapéutico y encontramos 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.

*e) ¿Los vectores del cono invertido pueden ser una herramienta para evaluar el proceso grupal en el corredor terapéutico?*

Desde la Concepción Operativa, Pichon-Rivière (11) propone el cono invertido como instrumento de evaluación. El cono invertido es un esquema visual para ilustrar el proceso dialéctico de indagación y esclarecimiento mediante el cual, du-

rante el proceso corrector, se va de lo explícito o manifiesto a lo implícito o latente, con el fin de explicitarlo.

Los seis vectores servirían para evaluar dicho proceso transformador, son: *pertenencia* se refiere a la capacidad de los integrantes para identificarse entre sí y con la tarea; *cooperación* es la posibilidad de desarrollar conductas cooperantes; *pertinencia* es la capacidad de centrarse en la tarea; *comunicación* es la puesta en común de información, experiencias y sentimientos; *aprendizaje* es la capacidad de incorporar la información al mundo interno y la transformación y cambio del sujeto y del medio; y *telé* es la disposición de los integrantes para trabajar mejor con unos respecto de otros (simpatía o antipatía, *rapport*).

Con la investigación encontramos que los vectores pertenencia, cooperación y *telé* aparecen como condiciones para que la psicoterapia sea eficaz. Los vectores pertinencia, comunicación y aprendizaje indicarían la eficacia de la psicoterapia, al tiempo que son vectores cuya presencia aumenta en la medida que la psicoterapia es más larga (40).

*f) ¿El corredor terapéutico facilita que los pacientes se vayan de alta?*

El tema de las altas a veces es un problema, puede haber una tendencia a la “cronificación” de los tratamientos psicoterapéuticos en los servicios públicos de salud, fundamentalmente por la frecuencia tan espaciada de las citas debido a la elevada demanda.

Realizar una psicoterapia eficaz, poder adecuar los tiempos a las necesidades y hacer partícipe al paciente de los objetivos y logros facilitan dar el alta. La institución necesita dar altas terapéuticas, pero para el paciente es muy importante en la medida que significa que el proceso terapéutico ha sido exitoso y ha podido entender y resolver algo del sufrimiento que lo llevó a consultar.

El corredor terapéutico facilita dar el alta a los pacientes. Cada tres meses, en la evaluación y cierre de ese período, se reflexiona acerca de la conveniencia de permanecer en psicoterapia o finalizar el tratamiento. Además, participan el paciente, el grupo y los terapeutas, por lo que la decisión es compartida. Se tienen en cuenta diferentes aspectos, la importancia de trabajar cada uno y llevar a la práctica lo aprendido y la necesidad de que otros pacientes puedan aprovechar el espacio.

Afirmaciones que hemos comprobado al analizar las altas terapéuticas dadas tras la psicoterapia grupal en una USMA (41). Encontramos que, en una muestra de 200 pacientes que realizaron psicoterapia grupal corredor terapéutico, el 68% de los pacientes habían sido dados de alta de la psicoterapia de grupo y el 50,5% en la Unidad de Salud Mental.

*g) ¿El corredor terapéutico influye en la disminución del abandono en psicoterapia grupal?*

En nuestro día a día vemos cómo hay determinados pacientes que en un momento determinado abandonan o dejan de venir a las sesiones de terapia de grupo. El abandono de los pacientes de la psicoterapia grupal tiene un efecto muy negativo en el resto de los integrantes y, sobre todo, en quien abandona el tratamiento. Estudiamos el tema del abandono en una muestra de 191 pacientes que habían realizado psicoterapia grupal encuadre corredor terapéutico (42). Vimos que, de media, el 23% de los pacientes abandona, siendo mucho mayor este porcentaje en el primer grupo (el 37% de los abandonos).

También estudiamos la asociación entre variables sociodemográficas y clínicas con el abandono, encontrando una asociación estadísticamente significativa entre un menor nivel de abandono y haber tenido un mayor número de Acontecimientos Vitales Estresantes en el último año, así como haber recibido tratamiento previo en psiquiatría o psicología clínica. El mayor abandono se asoció con la edad, de hecho, un 32% del abandono estaría explicado por la edad, siendo el grupo que presenta un mayor abandono el de los jóvenes de entre 19 y 25 años. Por último, también se encontró que abandonaban más la psicoterapia de grupo quienes tenían antecedentes psicopatológicos familiares.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo hemos querido transmitir la gran experiencia de aprendizaje que ha supuesto para nosotras estudiar y poner en práctica el corredor terapéutico.

La psicoterapia de grupo es la mejor opción terapéutica en el sistema público de salud y la riqueza de la Concepción Operativa de Grupo incluye la importancia del contexto. Tal y como se plantea a lo largo de los artículos de los autores que diseñaron el corredor terapéutico que hemos ido revisando, no se pueden trasplantar a la asistencia pública de la salud mental modelos generados en contextos diferentes (por ejemplo, de la privada a la pública). Las prácticas que diseñamos deben ser el producto de la dialéctica entre la demanda de la comunidad, la institución y la teoría desde la que se interviene.

Creemos que el encuadre corredor terapéutico sigue teniendo validez y utilidad en el contexto actual de la asistencia pública de la salud mental, y así lo hemos querido transmitir con las diferentes investigaciones que hemos realizado. Hemos comprobado que el corredor permite atender de manera flexible a todos los pacientes que necesitan un tratamiento psicoterapéutico, adaptándose a las características

de cada paciente, generando diferentes dispositivos terapéuticos en función de las demandas y necesidades. Únicamente no resultó de utilidad en la aplicación a pacientes con adicción en su primera fase de tratamiento. Queremos resaltar la utilidad del corredor terapéutico para generar y blindar de la vorágine asistencial a determinados dispositivos, como el grupo para pacientes con TMG, generando dispositivos permanentes. Hemos visto que los pacientes perciben como positivo la coexistencia de viejos-nuevos integrantes, tema este sobre el que queremos seguir profundizando.

Además, nos reafirmamos en que la psicoterapia de grupo de larga duración no es la única eficaz, ya que encontramos que desde la sesión número 12 la percepción de ayuda y eficacia grupal es muy elevada y se produce mejoría en síntomas como la ansiedad y depresión. Lógicamente, conforme avanza el proceso terapéutico (y el tiempo de pasaje por el corredor terapéutico es mayor), los pacientes valoran como más eficaces factores que implican un cambio mayor, como la catarsis, la experiencia emocional correctiva y el aprendizaje interpersonal. Además, los vectores de pertenencia, comunicación y aprendizaje también aumentan a medida que la psicoterapia es más larga. Siguiendo con el proceso terapéutico, y como plantean los creadores del encuadre corredor terapéutico, este dispositivo tiene un efecto en el proceso grupal; por ejemplo, plantean que los momentos iniciales del grupo son facilitados por tratarse de una estructura ya en funcionamiento y con integrantes viejos y así lo observamos en las investigaciones sobre clima grupal en las que vemos una tendencia al aumento del compromiso grupal a lo largo del grupo; mientras, por otro lado, el conflicto y la evitación permanecen estables y a niveles bajos a lo largo del grupo. En la investigación sobre relación terapéutica encontramos un patrón estable a lo largo de las sesiones en las que los pacientes evocan como primer factor el vínculo positivo, seguido del trabajo positivo y por último las relaciones negativas. Así, pensamos que los resultados en las investigaciones sobre clima grupal y relación terapéutica van en la línea de lo planteado por los autores.

Finalmente, es un dispositivo que facilita la adherencia, especialmente después del primer grupo y del que la mayoría de los pacientes son dados de alta, ya que completan su proceso terapéutico con mejoría clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bauleo A, Duro JC, Vignale R. La idea y la práctica de “los corredores terapéuticos”. En: Bauleo A. *Notas de psicología y psiquiatría social*. Buenos Aires: Atuel, 1988; pp. 83-87.
- (2) Duro JC, Ibáñez ML, López L, Vignale R. Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R. *La concepción operativa de grupo*. Madrid: AEN, 1990; p. 37-77.
- (3) Martínez J, Arango C. Presente y futuro de la salud mental en España. *Angelini-pharma.es* [Internet]. [Consultado el 27 de agosto de 2022].
- (4) González MA. Las psicoterapias en los equipos públicos de salud. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39(136): 189-203.
- (5) Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39(136): 117-142.
- (6) Ribé J. *Técnica en psicoterapia analítica grupal: Experiencia desde la asistencia pública*. Barcelona: Herder, 2021.
- (7) Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.
- (8) McRoberts C, Burlingame GM, Hoag MJ. Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dyn*. 1998; 2(2): 101-117.
- (9) Leichsenring F. Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies. En: Levy RA, Ablon JS (eds.). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Current clinical psychiatry. New Jersey: Humana Press, 2009; pp. 3-27.
- (10) Gil G, Rodríguez-Zafra M. Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*. 2022; 33(121): 139-148.
- (11) Pichon-Rivière E. *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
- (12) Fabris F. *Psicología Social: teoría y praxis. Concepto, método y ética de la intervención*. Buenos Aires: Editorial El Zócalo, 2019.
- (13) Duro JC. Teoría y práctica de los corredores terapéuticos: parte I: contexto y definición. En: Olabarría B (coord.). *Comunicación. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Área 5: Psicología y Salud: Psicología Clínica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1990; p. 120-122.
- (14) Jasiner G. ¿El grupo operativo cura? En: Jasiner G, Woronowski M. *Para pensar Pichon*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2013; pp. 123-137.
- (15) Bauleo A. Corredores terapéuticos. Esbozo de carta abierta a un querido amigo discutidor. En: Batista VL, Bauleo A, Conde H, de Brasi JC, Fernández AM, Pavlowaky C, et al. *Lo grupal 7*. Buenos Aires: Aylluk, 1989.
- (16) Ibáñez ML. Teoría y práctica de los corredores terapéuticos: parte II: elementos del encuadre. En: Olabarría B (coord.). *Comunicación. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 5: Psicología y Salud: Psicología Clínica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1990; pp. 123-127.



- (17) Vignale R. Teoría y práctica de los corredores terapéuticos. Parte III: el proceso terapéutico. En: Olabarria B (coord.). Comunicación. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Área 5: Psicología y Salud: Psicología Clínica. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1990; pp. 127-132.
- (18) Bauleo A. Un grupo. En: Bauleo A, Monserrat A, Suárez F. Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad. Buenos Aires: Ediciones Atuel/Parusia, 2005; pp. 13-28.
- (19) Foladori HC. Algunos proyectos de Bauleo. Área3. Cuadernos de temas Grupales e Institucionales. 2008. Número Homenaje Armando Bauleo. Disponible en: <http://www.area3.org.es/sp/item/172/H.%20Foladori:%20Algunos%20de%20los%20proyectos%20de%20Bauleo>
- (20) de Felipe MV, Olivares D. Más que palabras. En: Irazábal E (Coord.). Situaciones grupales difíciles en salud mental. Madrid: Grupo 5, 2014; pp. 261-277.
- (21) Erdocia A, de Felipe V, Larrosa A. Psicoterapia psicoanalítica grupal operativa en pacientes psicósomáticos: Análisis de un encuadre y satisfacción. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2017; 21: 1-20.
- (22) Vázquez E, Vílchez F, Simón V. ¿Psicoterapia de grupo en adicciones? ¿Cómo y para qué? Reflexiones desde la praxis. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2017; 21: 1-13.
- (23) Vázquez E, de Felipe V, Camacho JD, Trevijano I. Construyendo un espacio de psicoterapia de grupo operativa en una Unidad de Conductas Adictivas. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2018; 22: 1-21.
- (24) Vázquez E, de Felipe V. Psicoterapia grupal operativa psicoanalítica para pacientes con trastorno mental grave en una unidad de salud mental de adultos. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2018; 25: 1-29.
- (25) de Felipe MV. Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en pacientes con fibromialgia: evaluación y factores relacionados. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2012.
- (26) Zukerfeld R. Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. Vertex, Revista Argentina de psiquiatría. 1999; 10(36): 91-99.
- (27) de Felipe V, Vílchez F, Erdocia A y Vázquez E. Factores terapéuticos grupales en psicoterapia grupal operativa psicoanalítica. Teoría y Práctica Grupoanalítica. 2018;8(1): 89-100.
- (28) de Felipe V, Vázquez E, Simón V. La psicoterapia grupal operativa psicoanalítica como tratamiento de elección en la unidad de salud mental. Evaluación del proceso a través de los factores terapéuticos grupales. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2019; 23: 1-15.
- (29) Simón V, Erdocia A, Vílchez F, Larrosa A, Trevijano I, de Felipe V. ¿Influye la psicopatología en la percepción de los factores terapéuticos grupales? Comunicación. En: XVII Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). La comorbilidad en la práctica clínica. Mayo, 2017 Málaga, España.
- (30) Larrosa A, Vílchez F, Simón V, Erdocia A, Vázquez E. ¿Influyen los rasgos de personalidad disfuncionales en la eficacia de la psicoterapia grupal ambulatoria? Comunicación. En: XVII Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). La comorbilidad en la práctica clínica. Mayo 2017, Málaga.

- (31) Beck A, Lewis CS. The process of group psychotherapy. Systems for analysing change. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
- (32) Yalom I, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5ª Edición. New York: Basic Books, 2005.
- (33) Bloch S, Crouch E, Rebstein J. Therapeutic factors in group psychotherapy. Arch Gen Psy. 1981; 38: 519-526.
- (34) Ribé JM, Mercadal J, Carrió A, Sánchez J, Ramilans C, Alberich C. Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018; 38(134): 473-489.
- (35) Rodríguez-Zafra M, García L. La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. Revista de psicoterapia. 2022; 33(121): 71-84.
- (36) Vázquez E, Tejero C, Trevijano I. Reflexiones sobre el clima grupal en psicoterapia de grupo desde la concepción operativa. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2018; Extra nº3: 1-9.
- (37) de Felipe V, Vázquez E, Vilchez F. La relación terapéutica en psicoterapia grupal operativa psicoanalítica en una unidad de salud mental. Clínica Contemporánea 2020; 11(2): 1-19.
- (38) MacKenzie KR, Livesley WJ. Measurement of group climate. Int J Group Psychother. 1981; 31(3): 287-295.
- (39) Johnson J, Burlingame G, Olsen J, Davies R, Gleave R. Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. J Couns Psychol. 2005; 52(3): 310-321.
- (40) de Felipe V, Vilchez F, Larrosa A. Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en psicoterapia grupal. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2018; Extra (3): 1-20.
- (41) Arosa J, Gutiérrez A, de Felipe V, Vázquez E. La psicoterapia de grupo operativo como alternativa eficaz para aumentar las altas en la sanidad pública. Comunicación. En: III Jornadas de la Sección de Psicoterapia de Grupo. Lo grupal en tiempos de pandemia; en prensa.
- (42) Tejero C, Roldán M, de Felipe V. Abandono en psicoterapia grupal: ¿hay factores que lo predicen? Comunicación. En: XIX Jornadas ANPIR. Psicología Clínica: una especialidad, diferentes contextos. Junio 2019; Oviedo, España.