

Experiencia y proceso de psicoterapia grupal en pacientes con clínica ansioso-depresiva.

Experience and process of group psychotherapy in patients with anxious-depressive symptoms.

Laura Espada Rubio. P.I.R. - 4.

Juan Antonio Membrive Galera. P.I.R. - 3.

Isabel María Morillas García. P.I.R. - 2.

Unidad de Salud Mental Comunitaria Cartuja. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

Resumen: Este artículo expone el trabajo realizado por los residentes de Psicología Clínica del Hospital Virgen de las Nieves llevando a cabo psicoterapia grupal en un dispositivo de salud mental ambulatorio con pacientes de perfil ansioso-depresivo de intensidad leve a moderada. Se hace un recorrido explicando de dónde nace la necesidad de hacer este tipo de grupos, por qué se elige este perfil de pacientes, así como las características del formato en cuanto a frecuencia y tiempo, y se describe cómo se realiza la formación del grupo. También se expone el proceso grupal que se ha ido observando a lo largo de las distintas ediciones en las que se ha llevado a cabo; cuáles son las temáticas más frecuentes durante la terapia y que han sido comunes en todos los grupos realizados, los objetivos terapéuticos, las dinámicas interpersonales observadas, así como un análisis de la evolución del grupo desde las primeras a las últimas sesiones, y la finalización del mismo.

Palabras clave: psicoterapia, grupo, ansiedad, depresión, salud mental.

Abstract: This article presents the group psychotherapeutic work implemented by the residents of Clinical Psychology at the Hospital Virgen de las Nieves, in an outpatient mental health facility with anxious-depressive profile patients, from mild to moderate intensity. A tour is made explaining where the need for this type of groups arises, why this patient profile is chosen, as well as the characteristics of the format in terms of frequency and time (frame). A description is given of how the group is established. It also explains the group process observed throughout the different editions; which ones are the most frequent themes during the therapy and which have been communal in all the group editions, the therapeutic objectives, the interpersonal dynamics observed as well as an analysis of the evolution of the group from the first to the last sessions, and the end of it.

Keywords: psychotherapy, group, anxiety, depression, mental health.

1. Introducción

Conforme se detalla en el Informe de Fundamed: "Casi 3 millones de personas tienen un diagnóstico de depresión en España, lo que la convierte en la enfermedad mental más prevalente en nuestro país" (1). Según la Confederación de Salud Mental Española, un 47,6% de la población española reconoce haber experimentado ataques de ansiedad o pánico, el 42% ha sufrido una depresión y, un 36,9%, ansiedad prolongada en el tiempo (2). La incidencia de este tipo de sintomatología ha ido en aumento en los últimos años, en lo que también ha influido el impacto de

la pandemia en nuestras formas de vida, que ha provocado un aumento de los factores de riesgo como la intolerancia a la incertidumbre y el afecto negativo. Teniendo el factor de intolerancia a la incertidumbre un carácter transdiagnóstico que implica la capacidad de influir en la etiopatogenia de trastornos emocionales y de ansiedad (3).

En respuesta a esta nueva realidad, tenemos los datos de que en nuestro país el consumo de psicofármacos, sobre todo ansiolíticos e hipnóticos, lleva experimentando un crecimiento de más de un 27% en la última década, según el Observatorio del Uso de Medicamentos. En lo que respecta a los antidepresivos, el crecimiento es más lento pero continuo (4). Es de destacar, según refiere la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB) de la ONU, que España es el país del mundo con mayor tasa de consumo de benzodiazepinas, en un análisis comparativo con 90 países (4).

A día de hoy es reconocida la utilidad y eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, según constatan las diferentes guías de práctica clínica. Algunas de las dificultades para acceder a estos tratamientos son la falta de recursos, los proveedores de atención no especializados y el estigma asociado a la salud mental (5). Conforme se apunta en Mental Health Atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en España la atención sociosanitaria y sobre todo la atención a la salud mental está en peligro (6). Hay una red de profesionales escasa. Específicamente la media europea son 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes, no llegando en España a los 6/100.000 (7). Esta situación obviamente contribuye a las listas de espera y, además, obliga a la receta rápida de los psicofármacos desde Atención Primaria.

De acuerdo con los datos expuestos, surge la necesidad de crear políticas nacionales que respalden esta demanda, junto con la creación de espacios complementarios que fomenten el cuidado de la salud mental desde otros espacios fuera del Sistema Público de Salud dirigidos a la población general.

En concreto, y atendiendo a la clínica de mayor incidencia en el Equipo de Salud Mental, se crea un espacio de terapia grupal teniendo en cuenta: análisis de la demanda, satisfacción con el seguimiento y con el tratamiento recibido. La terapia en grupo es elegida, entre otros motivos, por criterios de eficacia y eficiencia, ya que disminuye el coste económico, permite un seguimiento más continuado y aumenta la rapidez de la respuesta psicoterapéutica (8). Además, permite el trabajo sobre los factores psicosociales de los trastornos psicológicos (dinámicas interpersonales, elementos familiares internalizados, factores microsociales), siendo los más olvidados dentro de la perspectiva de corte biopsicosocial.

El espacio grupal como el que aquí se presenta, recoge la necesidad de atención para pacientes del espectro ADS (ansiedad, depresión, somatizaciones), que no tienen la gravedad suficiente para requerir seguimiento individual en el equipo y tampoco lo suficientemente leves para ser devueltos a atención primaria. Se crea así una puerta abierta para la escucha, interconexión, normalización del malestar y la esperanza, todos estos descritos en la extensa bibliografía como factores de beneficio propios de la terapia grupal (9).

El presente artículo trata de exponer el trabajo psicológico en grupo de pacientes que son atendidos en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Cartuja, perteneciente al Hospital Universitario Virgen de Las Nieves de Granada. Este espacio pretende los siguientes objetivos genéricos: dar respuesta a una alta demanda asistencial mediante una atención psicológica de calidad que disminuya los tiempos de espera entre sesiones, así como favorecer y promocionar la visión de la atención psicológica, tanto de forma individual como grupal. Así mismo, compartimos con Vallejo la filosofía básica de que el grupo se nos muestra como "un espacio privilegiado de relación, como lugar de palabra, más allá del síntoma" y como un instrumento que permite a cada sujeto "el espacio y tiempo para elaborar y afrontar sus conflictos" (10).

2. Descripción del grupo

2.1. Encuadre grupal

Se trata de un grupo que funciona en formato ambulatorio con periodicidad semanal y un máximo de 12-14 sesiones, realizando dos ediciones al año: de octubre a enero y de marzo a junio. La duración de las sesiones es de 90 minutos, y se incide en la importancia de respetar el encuadre (asistencia continuada, horario y tiempo establecidos). El espacio grupal está coordinado por dos residentes de psicología: un residente de segundo año y un residente de primer año. El reparto de las funciones es acordado por cada par de residentes, normalmente comenzando por un terapeuta principal y un observador, aunque en diferentes ediciones se ha decidido repartir la función de dirección de manera equitativa. Diez minutos antes de la finalización de la sesión de grupo, se procede a la lectura de una "síntesis" de las temáticas trabajadas por los diferentes integrantes del grupo durante la propia sesión y que son relevantes para la consecución de los objetivos terapéuticos. Posteriormente se realiza un espacio de post-grupo para poner en común lo observado por ambos terapeutas.

Con la finalidad de fomentar los objetivos terapéuticos mencionados, se facilita una hoja informativa a los pacientes en la primera sesión con las normas básicas del funcionamiento del espacio grupal, como son la puntualidad y la confidencialidad.

2.2. Descripción de los pacientes

Los pacientes son derivados por sus referentes en el Equipo de Salud Mental y, posteriormente, se procede a realizar entrevistas individuales para elegir a los miembros del grupo, teniendo en cuenta una extensión máxima de 8-10 participantes. Las entrevistas individuales sirven para evaluar los criterios de inclusión y exclusión en cada caso particular, así como para informar acerca de la dinámica grupal y desmontar mitos acerca de esta. Para aquellas personas que se decide no incluir en el grupo, la entrevista puede servir de orientación terapéutica, o bien derivación hacia un recurso más apropiado para su caso: terapia individual, o bien otro espacio grupal.

En cuanto a los criterios de inclusión se plantean los siguientes: clínica depresiva (episodio depresivo mayor de intensidad leve o moderado), clínica ansiosa (como trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, agorafobia o trastorno de ansiedad inespecífico), clínica mixta-ansioso depresiva y trastorno adaptativo. Por otro lado, se excluyen: trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, trastornos neurodegenerativos como demencias o abuso de sustancias y pacientes con ideación suicida en primer plano.

En la tabla 1 (ver tabla 1) se exponen los datos descriptivos de los pacientes relativos a las 4 últimas ediciones.

En ella destaca la elevada disparidad entre géneros dentro de los participantes que finalmente acceden al grupo, siendo estos mayoritariamente conformados por mujeres y la presencia masculina algo más testimonial. Como explicaciones a este fenómeno pueden sugerirse: la mayor presencia de sintomatología ansioso-depresiva en mujeres (11), la menor probabilidad con la que los hombres suelen buscar ayuda ante la presencia de estos síntomas, así como la influencia de la educación y la cultura en la expresión de las emociones según el género. En el análisis de los participantes puede destacarse también: la elevada heterogeneidad en cuanto a edades y categorías diagnósticas, la primacía de trastornos del espectro ansioso frente a otros como los depresivos (pese a que la mayor parte de participantes presentaba sintomatología comórbida, incluso en menor grado) y la elevada tasa de abandonos en las primeras sesiones (casi del 100% se dan durante las primeras 3 sesiones).

2.3. Instrumentos de evaluación cuantitativos

Con objetivo de evaluar la eficacia y resultados del proceso terapéutico de una manera cuantitativa, se administran una serie de instrumentos durante la primera sesión, y la última, para así obtener una medida pre y otra, post tratamiento. Los cuestionarios administrados son los siguientes: SCL-90 (listado de síntomas psicopatológicos generales), STAI (cuestionario que evalúa el nivel de ansiedad estado como a nivel de rasgo ansioso), BDI (listado de síntomas depresivos) y PHQ-9 (medida de autoinforme que evalúa el nivel de síntomas depresivos siguiendo criterios DSM). La intención es aumentar la muestra a lo largo de la suma progresiva de diferentes ediciones del grupo de cara a poder trabajar con tamaños muestrales mayores que permitan deducir conclusiones a nivel cuantitativo. Desde una perspectiva más cualitativa, se atiende también a la percepción subjetiva de mejora o no mejora, así como a los aspectos que han resultado más beneficiosos de la terapia al final del proceso para los pacientes. También a la evolución grupal y no únicamente individual.

2.4. Objetivos grupales

Los objetivos propuestos son la reflexión y análisis de los problemas traídos al grupo, y de los patrones de relación, así como posibilidad de observar estos desde otra perspectiva, actuando el grupo como un tercero en los conflictos interpersonales que los participantes traen a las sesiones. Crear un espacio en el que poder pensar, así como permitir la expresión emocional. Tomar conciencia de los patrones de comportamiento y la repetición, para poder crear otros nuevos que resulten más funcionales. Compartir experiencias, dando importancia al factor comunitario y verse reflejado en los demás, pudiendo tomar conciencia de la universalidad de los problemas.

3. Experiencia y proceso grupal

3.1. Proceso grupal inicial

En esta primera fase grupal, entre las sesiones primera y cuarta, es cuando los distintos grupos se muestran más inestables, así como la fase que aglutina la mayor probabilidad de abandonos terapéuticos (prácticamente el 100% de los que abandonan lo hacen en esta fase). No se ha formado aún una "cultura grupal", ni una sensación de pertenencia compartida (9). Es más común escuchar una mirada de historias personales con baja conexión con aquello que el resto de participantes menciona, aunque comienzan a darse los primeros procesos de identificación entre individuos concretos: *"me he sentido muy identificado con la sensación de X de no sentirse entendido en su hogar ni en su trabajo"; "mi historia es bastante similar a la de Y"*. Predomina un discurso centrado en los síntomas (tristeza, apatía, ansiedad, dolores) y en los factores externos/ambientales, y en cómo estos actúan como barreras en el desarrollo de un proyecto vital estancado (*"yo estaba bien, trabajaba y disfrutaba de mi familia, hasta que apareció la ansiedad"*), con poca o nula conexión con circunstancias vitales. Aparece la fantasía de curación proyectada sobre el equipo terapéutico, en el sentido de alivio de los síntomas y frustración con la ausencia de soluciones rápidas y simples a sus malestares, lo cual nos remite al supuesto básico de dependencia formulado por Bion (12): *"¿cómo va a ayudarnos el hablar de nuestros problemas?"; "necesitamos que vosotros (los terapeutas) nos digáis qué hacer"*. Es decir, al comienzo los integrantes del grupo no se asumen a sí mismos como sujetos activos en su propio proceso de curación, replicando viejos modelos de dependencia. La dirección de la comunicación en estas fases normalmente va dirigida a los terapeutas, siendo las interacciones entre distintos miembros del grupo menos frecuentes.

3.2. Proceso grupal intermedio

Durante esta fase disminuyen las fantasías de curación mágicas (*"¿entonces no nos vais a enseñar la varita mágica para solucionar nuestros problemas?"*) y se comienzan a producir un mayor número de interacciones intergrupales, intercambios que evidencian modos de vinculación que los pacientes

suelen utilizar en su vida cotidiana. Se habla desde el “yo” pero, al contrario que en fases iniciales se va incluyendo al otro, se acentúan las identificaciones y las comparaciones. Se denota una disminución de las ansiedades paranoides y una mayor confianza en el espacio grupal: *“siento más libertad para poder hablar de aquello que llevaba guardado”*. Este contexto permite una mayor elaboración de temáticas vitales relevantes en las historias de los pacientes, así como de las acontecidas en el proceso grupal. Sin embargo, esta actividad no es constante, y se intercala con sesiones o momentos grupales defensivos en los que se vuelve a una posición pasiva y dependiente de los terapeutas y de las circunstancias externas. Se observa una progresiva internalización del grupo: *“estaba hablando con mis hermanos y me acordé de lo que hablamos en el grupo”, “las cosas que hablamos en el grupo me las llevo para mí”*.

El contenido del discurso se va alejando de la mera descripción de síntomas que, no obstante, continúa apareciendo en momentos concretos, y pasa a tener más conexión con la vida cotidiana de los individuos, los conflictos y los patrones de interacción (*“aquí podemos hablar de las cosas cotidianas que nos duelen y que fuera nadie nos escucha”*). En esta fase el grupo comienza a observarse a sí mismo (13). Va apareciendo la identidad grupal e incluso un lenguaje común: términos de significado compartido para todos que no es necesario explicitar (por ejemplo: *“soltar”* para hablar de la expresión de sentimientos; *“protección”* para hablar de patrones evitativos).

3.3. Proceso grupal final

Durante las sesiones finales, se puede observar como el grupo busca por sí mismo las respuestas que antes pedía a los terapeutas, que pasan a tener un papel menos imprescindible en el grupo (13).

Al final del proceso grupal, se evidencian también las diferencias en la mejora percibida por cada uno de los miembros, el grupo señala a aquellos cuyo cambio es observado por los demás y se hace evidente que no todos los miembros han avanzado por igual. Se acentúan las diferencias individuales, analizando la evolución de cada uno y apareciendo inevitablemente las comparaciones, pero también la evolución a nivel grupal; se hace más notable el sentimiento de pertenencia, lo que hace necesario tener que elaborar su terminación. En esta fase final del proceso grupal se producen varios mecanismos de retrocesos mediante la reactivación de duelos pasados, en el contexto de duelo simbólico que implica la finalización del espacio grupal. A este respecto, recogemos la significativa frase de una de sus integrantes: *“he vuelto para atrás, porque se termina esto”*. Esta es una temática frecuente en esta fase grupal.

3.4. Temáticas identificadas en el discurso y evolución grupal

- Influencia de los síntomas en su vida, descripción de estos y expresión de las dificultades en su manejo. El discurso va evolucionando en torno a la relación de la sintomatología con sus circunstancias vitales presentes y pasadas.
- Cambio de roles y pérdida de sentido vital (yo antiguo vs. yo nuevo): la aparición de los síntomas como una discontinuación en el proyecto personal que limita conseguir los objetivos personales.
- Duelos y pérdidas: son comunes las historias de pérdidas, recientes o pasadas, que afectan emocionalmente y sobre los que cuesta sobreponerse. No hablamos únicamente de duelos de personas, sino también de duelos simbólicos: pérdida de trabajos, estudios, roles interpersonales (perder el cuidado de los hijos tras su marcha del hogar, perder al padre/madre del que se era cuidador/a), o pérdida de la propia funcionalidad.
- Toma de conciencia de roles adoptados en las relaciones interpersonales: son comunes las quejas sobre dificultades en las relaciones, como establecimiento de límites interpersonales (*“ya no permito que las circunstancias me sobrepasen, he aprendido a no callármelo”*), expresión asertiva de deseos propios y negativas, sobre todo aquellas relacionadas con el grupo familiar. Dado el alto número de pacientes de

sexo femenino en la conformación de los grupos (aproximadamente un 90%), la influencia de los roles de género a la hora de relacionarse con los otros ha sido una temática muy frecuente, apareciendo el cuidado como una forma predominante de relación, *"me he pasado la vida estando pendiente de los demás y nadie lo ha estado de mí"*. Este discurso evoluciona hacia la toma de conciencia de la función que ejerce este cuidado *"cuando no me necesitan nadie se acuerda de mí"*.

- Aparición de somatizaciones a raíz de un conflicto emocional: al comienzo apreciamos un discurso centrado en la queja y la incompreensión del entorno, que va evolucionando hacia la conexión de la sintomatología física y los conflictos psíquicos.
- Aceptación de las propias limitaciones: a nivel individual, *"nos echamos demasiada carga a las espaldas"*, así como reajuste de las expectativas de mejora y limitaciones del propio grupo y de los terapeutas, desmontando poco a poco las fantasías de curación iniciales.

4. Discusión

4.1. Dificultades y mejoras

Se exponen a continuación algunas de las dificultades observadas por el equipo terapéutico, tanto en el proceso de formación grupal, con en el desarrollo semanal de este:

- Asistencia desde el 2021: entre el 15-20% de los pacientes que inician el grupo, no continúan asistiendo a este, sin contar con aquellos que rechazan la terapia grupal o faltan directamente a la primera sesión, lo que es una dificultad intrínseca de la terapia grupal.
- Expectativas previas al espacio grupal distorsionadas: en no pocas ocasiones los participantes llegan al espacio grupal con unas expectativas erróneas respecto al trabajo grupal, esperando que el equipo terapéutico le suministre técnicas o estrategias para eliminar sus síntomas. Esto implica un tiempo del espacio grupal que necesariamente ha de dedicarse a abordar dichos malentendidos y resistencias para los objetivos terapéuticos.
- A nivel institucional existe una dificultad para mantener el grupo en el imaginario colectivo del equipo, lo que se traduce en un número de derivaciones no acorde con la demanda, en ocasiones baja en cuanto a cantidad, en otras con disparidad respecto a los criterios y objetivos grupales planteados.

4.2. La voz de los pacientes

A continuación, se relatan algunos comentarios y feedback por parte de los/as protagonistas del grupo, los pacientes, expresadas en las sesiones finales de estos, y que recogen de forma más cualitativa su experiencia en el proceso terapéutico grupal y la utilidad percibida de este:

- *"Fuera no te entienden, ayuda sentir que uno tiene un espacio en el que lo comprenden"*.
- *"Aquí no me siento como alguien raro"*.
- *"Cuando vamos hablando vamos acumulando"*.
- *"Encontrar la libertad para hablar de aquello que llevaba guardado"*.
- *"Ahora puedo hablar de lo que siento en el día a día"*.
- *"Poner límites, decir las cosas a la cara"*.
- *"Asumir que el pasado no se puede cambiar"*.

- *“Yo pensaba que lo hacía por obligación, ahora me he dado cuenta de que soy yo mismo”.*
- *“Entre los demás y nosotros, debemos priorizarnos un poco más a nosotras mismas”.*
- *“Soy más capaz de decir lo que siento, ahora sé cuándo me tengo que permitir parar”.*
- *“Siento que antes estaba sobreviviendo y ahora me puedo plantear vivir”.*

5. Conclusiones

Tal y como queda expuesto en la introducción, es notable el aumento en consumo de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos) y las necesidades poblacionales de acceso a tratamientos psicológicos para el manejo de síntomas difusos, sobre todo de aquellos dentro del espectro ansioso-depresivo, reactivos a circunstancias vitales estresantes, y mantenidos por un ambiente social incapaz de poner en marcha recursos comunitarios para resolver y elaborar las pérdidas, estresores, cambios vitales y sensación de aislamiento, y otras temáticas vitales incapaces de manejar por los sujetos más allá de a través de la reducción rápida y directa de estos síntomas. En este contexto en el que reina la manualización y estandarización de procedimientos terapéuticos y el desborde asistencial por parte de los servicios de salud mental, el espacio grupal se abre como una alternativa útil, eficaz y eficiente para aportar cauces a estos malestares, otorgando al individuo la responsabilidad en el manejo, elaboración y recuperación de sus malestares (frente a la posición pasiva que le otorgan al sujeto otro tipo de intervenciones más directivas sugieren), en comunidad (frente al individualismo imperante).

Se presentan diversas limitaciones a este estudio, entre las que destacan las siguientes:

- Elevada heterogeneidad entre los participantes y bajo control en su selección, llevando en ocasiones al equipo terapéutico a ser más flexibles con los criterios de selección planteados (por ejemplo: tiempo de evolución del trastorno de más de 1 año, diagnósticos más cronificados, etcétera).
- Ausencia en la actualidad de evidencia de corte cuantitativa que fortalezcan las evidencias aquí planteadas desde un enfoque más experiencial y cualitativo, enriqueciendo las conclusiones aquí expuestas.
- Recoger evidencia acerca de los procesos grupales puestos en marcha a lo largo del devenir grupal que son de utilidad para los pacientes.

Contacto: Laura Espada Rubio ✉ laura.espada.sspa@juntadandalucia.es

6. Referencias

1. Fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios. Depresión y suicidio en urgencias y emergencias hospitalarias. Informe de grupo de trabajo. Madrid: Fundamed; 2021.
2. Confederación Salud Mental España. La situación de la salud mental en España. Madrid; 2023.
3. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto Psicológico de la pandemia de covid-19: Efectos Negativos y positivos en Población Española Asociados Al Periodo de Confinamiento Nacional. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2020 Sept 1;25(1). Disponible en: 1. doi:10.5944/rppc.27569

4. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2019 [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
5. Depresión. [Internet]. Organización Mundial de la Salud [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2020. OMS; 2020.
7. Sánchez A. España tiene un 67% menos de psicólogos clínicos que las principales potencias europeas [Internet]. El Economista. 2023 [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.eleconomista.es/salud/noticias/12098939/01/23/Espana-tiene-un-67-menos-en-psicologos-clinicos-que-las-principales-potencias-europeas.html>
8. Rosendahl, J., Alldredge, C.T., Burlingame, G.M., y Strauss, B. Recent developments in group psychotherapy research. American Journal of Psychotherapy [Internet] 2021, 74(2), 52–59. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
9. Yalom, I. The Theory and Technique of group psychotherapy. 3rd. Ed. New York: Basic Books; 1985.
10. Vallejo F. Grupo psicoterapéutico para pacientes con trastorno de adaptación. Revista de psicoanálisis y psicología social. 2009;1(1):1-10.
11. Albert, P. R. Why is depression more prevalent in women? Journal of Psychiatry & Neuroscience: [Internet], 2015, 40(4), 219–221. Disponible en: <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
12. Guillem P., Lorén J.A., Del diván al círculo. 2ª ed. Valencia: Promolibro; 1995.
13. Duro, J.C., Ibáñez, M.L., López, L. Vignale, R., Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En: Asociación Española de Neuropsiquiatría. La concepción operativa de grupo. Madrid, 1990. 37-78.

Tabla 1. Datos de los pacientes.

Sexo	- 10% hombres. - 90% mujeres.
Edad	Promedio de edad de 43 años (desviación típica = 15,4).
Diagnósticos	- 50% de trastornos ansiosos. - 8% trastornos depresivos. - 14,7% trastornos mixtos ansioso-depresivos. - 14,7% trastornos adaptativos.
Abandonos	- 20% de asistentes a la primera sesión.
Altas tras el proceso grupal (a fecha de 15/4/23)	- 65% de pacientes que aquellos que completan continúan el grupo hasta la última sesión.
Nº total de pacientes (entre 2021-2023)	- 32.

- Recibido: 15/02/2024
- Aceptado: 23/04/2024