

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

2020-2021

Análisis cualitativo de una terapia de grupo virtual durante el
confinamiento

Realizado por Cecilia Solsona Sandoval

Dirigido por Xavier Carbonell Sánchez

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport,

Blanquerna,

Universitat Ramon Llull

Enero 2021

Resumen

Las prácticas del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria, llevadas a cabo en un centro de tratamiento de adicciones perteneciente a la ASPB, coincidieron con el inicio de la pandemia por la COVID-19 y a raíz de esta llegó el confinamiento y por tanto la necesidad de introducir alternativas en la manera de trabajar. En el ámbito de la psicología se implementó el uso de las videoconferencias. El grupo de cocaína del CAS Horta-Guinardó (centro tratamiento de adicciones) se decidió hacer por videoconferencia. Al ser una técnica innovadora se ha decidido hacer un estudio cualitativo con el propósito de conocer como la metodología en línea influyó al grupo de cocaína del CAS Horta-Guinardó en cuanto a su tratamiento, a la alianza terapéutica grupal y a la comunicación grupal. A partir de grabar, transcribir y analizar cinco entrevistas semiestructuradas. Los resultados indican que los aspectos que faltan en la comunicación virtual sincrónica influyen negativamente a factores de la relación terapéutica. En cambio, el compromiso y la cohesión se vieron reforzados por el hecho de realizar la terapia virtual y por tanto fue una buena herramienta como alternativa a la presencialidad.

Palabras clave: Cocaína; grupos virtuales sincrónicos; terapia grupal; alianza terapéutica grupal; comunicación; TICs; confinamiento.

Abstract

The practices of the University in General Sanitary which I did in a addiction treatment center from ASPB, was the beginning of pandemic COVID-19 and its roots came the confinement and therefore the need to introduce alternative ways of working in the field of psychology was implemented the use of video conference. The cocaine group from CAS Horta-Guinardó (treatment addiction center) was decided to do it online. Due to the fact that is an innovative technique it has been decided to do a qualitative study in order to know how online methodology influenced the CAS Horta-Guinardó cocaine group regarding its treatment, the therapeutic alliance group and the group communication. All this from recordings, transcripts and the analysis of five semi-structured interviews. The results indicate that missing aspects owing to online communication influence negatively factors of the therapeutic relationship. Instead, the commitment and cohesion were reinforced by the fact of performing virtual therapy so it was a good tool as an alternative to prescenciality.

Keywords: Cocaine; online groups; group therapy; group therapeutic alliance; communication; ICTs; lockdown.

ÍNDICE

Marco teórico	5
Material y método	14
Contexto.....	14
Participantes.....	16
Recogida de datos.....	17
Análisis de datos.....	21
Resultados	22
Discusión	40
Referencias	49
Anexo 1.....	53
Anexo 2.....	57

MARCO TEÓRICO

La cocaína es, después del cannabis, la sustancia ilegal más consumida en España, el país con la prevalencia más alta de la Unión Europea. Su consumo se concentra especialmente entre adolescentes y adultos hasta mediana edad (jóvenes de 15 a 34 años) (Ministerio de Sanidad, 2018; EDADES, 2018).

En las encuestas realizadas sobre alcohol y drogas en España (EDADES, 2018), se constata que el 10,3% de la población de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína alguna vez en la vida. De este 10,3%, el 2,2% declaran haberla consumido en los 12 últimos meses. No se registraron cambios respecto a los datos registrados desde el 2013. Sin embargo, las personas que han consumido cocaína en los 12 últimos meses, el 54,4% también declara haberla consumido en el último mes, una proporción que aumenta unos 9,2 puntos respecto los datos del 2015 siendo la cifra más alta desde el 2001.

Respecto a las diferencias entre sexos, los hombres (15 %) consumen más que las mujeres (5,9 %), así pues, el consumo de sustancias ilícitas sigue siendo más común entre hombres, pero el incremento de consumo se ha producido en ambos géneros (EDADES, 2019; DGPNSD, 2018; IDESCAT, 2018)

Hay diferentes maneras de consumir la cocaína, pero mayoritariamente su consumo se realiza aspirando (“esnifar”), la cocaína en polvo (clorhidrato). Esta forma de consumo se suele asociar con el uso recreativo -asociado a actividades lúdicas- y de forma esporádica -fines de semana-, en cantidades moderadas y muchas veces se combina con alcohol. Las otras formas de consumirla, pero menos frecuentes, son fumarse la base,

inhalar crack (alcaloide de la cocaína mezclado con bicarbonato sódico) o inyectando por vía intravenosa, caracterizado por un consumo frecuente de cocaína en grandes cantidades. Estas tres últimas maneras de consumo proporcionan de forma más rápida elevados niveles plasmáticos potenciando los efectos de la cocaína y se asocia a un mayor riesgo de desarrollar dependencia que el consumo intranasal (Lizasoain, *et al.* 2002; Menéndez, 2000; DSM 5). La dependencia aparece con una progresiva tolerancia a los efectos placenteros de la cocaína e implica un aumento de la dosis. Cuando se consume frecuentemente los efectos placenteros disminuyen por el desarrollo de tolerancia y aparecen los efectos disfóricos (Menendez, 2000; DSM-5; Ambrosio, 2003;).

El deseo de consumir la sustancia, el *craving*, se produce rápidamente ya que la cocaína funciona como un potente reforzador que pone en marcha las conductas de búsqueda y autoadministración de la sustancia. Las personas que consumen cocaína no repiten su consumo para reducir la sintomatología negativa sino por los efectos positivos que esta sustancia les provoca (López y Becoña, 2009; 2006). Los síntomas de abstinencia que pueden aparecer son: hipersomnia, aumento del apetito, disforia y síntomas depresivos intensos, irritabilidad, anhedonia, labilidad emocional, alteraciones de concentración y atención. El consumo puede ser crónico o esporádico, atracones (*binge*) con parones sin consumo. Con el consumo de dosis altas es frecuente el comportamiento agresivo y/o violento, además puede favorecer a la aparición de ansiedad temporal intensa parecida al trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada y también pueden aparecer ideaciones paranoides y episodios psicóticos parecidos a la esquizofrenia (DSM-5; Sánchez-Hervás *et al.* 2001; López y Becoña, 2006). Los estudios de neurofarmacología han permitido elaborar la hipótesis de que las personas que consumen cocaína lo hacen

como manera de automedicación, ya que algunos adictos pueden sufrir algún tipo de trastorno afectivo de fondo. Así pues, la cocaína mejoraría su estado de manera temporal, empeorando el estado anímico más tarde (estado disfórico), provocando un círculo vicioso de su uso repetido, abuso y adicción (Menéndez, 2000; López y Becoña, 2006).

Las consecuencias fisiológicas dependen en parte de la vía de administración. Los usuarios que la consumen por vía intranasal pueden padecer sinusitis, irritación, sangrado de la mucosa nasal y perforación del tabique nasal. Las personas que fuman tienen un riesgo más elevado a padecer problemas respiratorios y aquellos que se inyectan presentan marcas de pinchazos y el riesgo de infección por el VIH aumenta. En jóvenes que no padecen otras adicciones se asocia el consumo de estimulantes con muertes súbitas por paro respiratorio o cardíaco y accidentes cerebrovasculares (DSM-5).

En España, una de cada cuatro personas que consultan para tratamiento está relacionada con el abuso de cocaína. La cocaína es la sustancia psicoactiva que causa el mayor número de admisiones a tratamiento y la sustancia más frecuentemente notificada en episodios de urgencia, seguida del cannabis. (DGPNS, 2018; IDESCAT, 2018; Romero, *et al.*, 2016).

Hay diferentes maneras de abordar el tratamiento a personas con trastornos por dependencia de sustancias y actualmente, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la que ha reunido un mayor número de evidencias empíricas de su eficacia. El objetivo del tratamiento de tipo cognitivo-conductual es que las personas aprendan conductas

alternativas a las que tiene relacionadas con el consumo de cocaína, la teoría del aprendizaje social y estrategias de autocontrol. Dentro de este tratamiento hay un análisis funcional del consumo, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento y detección del *craving*, detección de pensamientos relacionados con el consumo, identificación de las situaciones de riesgo y cómo afrontarlas (Carroll, 1998; López y Becoña, 2009; Ochoa *et al.* 1914).

Los estudios que han relacionado la tasa de abandono y la eficacia del tratamiento, han observado que el abandonar la terapia es un factor de recaída, por este motivo es importante diseñar intervenciones que disminuyan las tasas de abandono (García, 2006; Secades y Fernández, 2000). Una de las estrategias que se ha llevado a cabo para mejorar la adherencia al tratamiento ha sido combinar terapias empíricamente validadas para compensar los puntos fuertes y débiles de cada una de ellas. La Entrevista Motivacional (EM) utiliza técnicas para trabajar la ambivalencia y promover la motivación para el cambio (Menéndez, 2000; Miller y Rollnick, 2002). Se ha mostrado su eficacia en el tratamiento de adicciones provocando una reducción en el consumo, un aumento en la adherencia al tratamiento y aumentando la motivación en pacientes que inicialmente no lo estaban. En varios estudios se ha comprobado que la combinación de las terapias EM+TCC mostraban una mayor retención en el seguimiento. Manteniendo, el estilo de la EM de escucha activa y reflexiva, preguntas abiertas, reconocimiento y trabajo de las resistencias, fomentando la autoeficacia y motivación al cambio (Sánchez *et al.*, 2011; Fernández, Secades, Fernández y Marina, 2002; Secades, Fernández y Arnáez, 2004).

La combinación de estas dos terapias ha mostrado efectividad tanto de manera individual como en contexto grupal (Horcajadas, *et al.*, 2010). La terapia en cuanto a la parte psicológica trata de reducir el malestar psicológico a través de técnicas, trabajando sobre el comportamiento de las personas (actitudes, creencias, emociones y conductas autodestructivas), a través de un tratamiento individual, grupal y/o familiar (Huerta, *et al.*, 2016).

Varios autores señalan que la combinación de terapia grupal e individual es, aún más efectiva (López y Becoña, 2009) ya que, el apoyo social es considerado un factor importante para prevenir posibles efectos negativos de circunstancias vitales, actuando como un bloqueo o como una manera de apaciguarlas (Garmendia, *et al.* 2008). Además, el apoyo social es un método auxiliar para reforzar el plan terapéutico y sirve como protector para prevenir las recaídas en pacientes que han llegado a la fase de mantenimiento. A largo plazo, la presencia de factores curativos de grupo como el altruismo, la comprensión a sí-mismo, la cohesión grupal, el aprendizaje interno y la revalidación familiar da resultados efectivos en los pacientes, así pues, una de las partes que da más fuerza al tratamiento en adicciones está en la psicoterapia de grupo y en las medidas psicosociales (Colli y Zaldívar, 2002; Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008; Vaimberg Grillo, 2012).

La terapia de grupo trata de aplicar cualquier técnica psicoterapéutica que se pueda aplicar individualmente por un experto cualificado, a un grupo de individuos, pero, además, los integrantes del grupo también sirven como herramienta de cambio y esta característica es la que genera su excepcional potencial terapéutico (Colli y Zaldívar, 2002; Vaimberg Grillo, 2012; Vinogradov y Yalom, 1996;). Las terapias grupales

tienen una larga trayectoria en el tratamiento de las adicciones, pero hay pocas evidencias científicas sobre su efectividad por la dificultad que tiene su evaluación (Monras, 2020).

Hay diferentes tipos de grupo, tanto por sus objetivos, como por el marco temporal y como por el espacio. Independientemente del tipo de grupo que sea en estos se emplean factores terapéuticos específicos como: infundir esperanza, universalidad, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento imitativo, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, factores existenciales, cohesión de grupo y aprendizaje interpersonal (Vinogradov y Yalom, 1996; Gómez, 1997).

La adicción a diferentes sustancias es un área precursora en la utilización de grupos de autoayuda o de ayuda mutua. El primer modelo fue el de Alcohólicos Anónimos en 1930 con la Gran Depresión americana. Su posición es de ser un apoyo y un complemento a los programas terapéuticos de las redes de asistencia, pero no un sustitutivo. Está dirigido a personas que abusan de alcohol y de otras sustancias y utilizan a personas recuperadas para dar esperanza e influir en los nuevos miembros a nuevos cambios por el hecho de tener el mismo problema y que este ya lo ha pasado, y, por otro lado, el adicto recuperado se beneficia ayudando y recordando lo que es la adicción (Rivera, 2005; Vaimberg, 2012). A partir de Alcohólicos Anónimos se han creado otros grupos para luchas contra otras problemáticas variadas (Vaimberg, 2012).

La terapia de grupo utilizada en el tratamiento de adicciones puede estar en diferentes programas y trabajarse de diferentes maneras, pero el punto en común es que les

permite entender la enfermedad y aceptarla, les proporciona herramientas para la autonomía, les hace aumentar la motivación para seguir en abstinencia, les permite el *insight* mediante la identificación de los otros, se centra en la situación de aquí y ahora y ayuda a contrarrestar la influencia social (Martínez-González *et al.* 2018; Vaimberg, 2012). Los grupos de alta exigencia, es decir grupos en los que se requiere la abstinencia (fase de mantenimiento) se los prepara para posibles situaciones de riesgo ayudándoles a reconocerlas y a buscar alternativas para prevenir las recaídas (Estopiñán, *et al.* 2008; Vinogradov y Yalom, 1996). La prevención de recaídas es un punto central en la fase de mantenimiento y esta se define como “el proceso de iniciar y mantener la abstinencia de alcohol o de otra sustancia acompañado de modificaciones intra e interpersonales” (Estopiñán *et al.*, 2009; Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008). Según Marlatt (citado en del Pozo e Iraguri-Castillo, 2008) se basa en un programa de autocontrol para ayudar a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en los cambios de conductas adictivas (Del Pozo e Iraguri-Castillo, 2008; Estopiñán *et al.* 2009).

La presencia en una psicoterapia grupal mejora el grado de compromiso, presenta tasas más altas de abstinencia, se mejora en cuanto a calidad de vida y es más fácil que vuelvan a las visitas de seguimiento (Estopiñán *et al.* 2009).

Además de las técnicas, estrategias y procedimientos terapéuticos, que son un papel muy importante de resultado final en las terapias, la alianza terapéutica y la implicación emocional del paciente, así como sus características son las que acaban prediciendo el resultado de una terapia. Y varios estudios determinan que, los factores relacionados a la alianza terapéutica son muy significativos para determinar el éxito terapéutico

(Castonguay *et al.* 1996; Botella y Corbella, 2011; Valdés *et al.* 2005;). La alianza terapéutica en terapia grupal se hace más difícil ya que hay más interacciones aparte de paciente - terapeuta. Hay tres relaciones terapéuticas en el grupo: miembros del grupo (paciente-paciente), entre paciente y terapeuta (terapeuta-paciente) y entre paciente y grupo (paciente-grupo) (Johnson *et al.*, 2005). Estos mismos autores plantean que esta relación terapéutica está compuesta por tres factores: trabajo positivo, que es el acuerdo sobre tareas y objetivos, vínculo positivo donde se encontraría la cohesión, el compromiso, la alianza, el clima grupal y el vínculo emocional y por último la relación negativa, donde estarían los conflictos y la falta de empatía.

La evolución de las terapias psicológicas y el avance de las Tecnologías Informáticas de la Comunicación (TICs) se ha visto reflejado en su uso en el ámbito clínico, psicométrico, social y educativo. Miró (2007) señala que las innovaciones tecnológicas en la psicología se han hecho en tres momentos diferentes. En un primer momento se utilizaba el teléfono como una manera de atención psicológica y de recoger datos de personas, y el desarrollo de instrumentos psicológicos como las escalas de inteligencia de la prueba Wechsler. Después se implementó el uso de bases de datos y la psicoterapia *online* (chat o correo electrónico). Y en la última etapa se incorpora la terapia asistida por ordenador, programas auto dirigidos por los terapeutas para diseñar y guiar tratamientos en varios electrodomésticos, donde el terapeuta solo hace de guía y no interactúa. Actualmente se utiliza la intervención por videoconferencia mostrándose eficaz en diferentes tipos de problemáticas psicológicas (González, 2018)

Hay cierta resistencia por partes de terapeutas para utilizar este método debido a las percepciones negativas que tienen sobre la utilización de estas (González, 2018).

Argumentan que no se sienten motivados porque no perciben tanta calidez, empatía, sensibilidad y comprensión como si la hay en terapia cara cara y porque, hay un desconocimiento que les genera una ansiedad, y esta ansiedad se puede ver reflejada de manera negativa al establecer una buena alianza. Hay estudios mencionando que la terapia online puede provocar una falta de conexión emocional entre los participantes que estén en la terapia y, en consecuencia, afectar a la alianza y a la terapia, sin embargo, estos argumentos fueron hace diez años. Actualmente hay un vacío en cuanto a la terminología y a como se debe realizar estas terapias, ya que es algo reciente y es una nueva forma de terapia en crecimiento (González, 2018). Por otro lado, hay diferentes estudios donde se muestra que no hay diferencias significativas en relación a la satisfacción, adherencia al tratamiento, alianza terapéutica de grupo y esperanza del tratamiento, entre terapias realizadas de manera presencial y entre terapias realizadas de manera online (González, 2018).

Las nuevas tecnologías son una forma nueva de intervención, una alternativa más para ayudar a personas con necesidad psicológica. Aunque haya inconvenientes sobre las nuevas intervenciones ha hecho que haya grandes ventajas para la psicoterapia. Algunas de sus ventajas son: aumentar la accesibilidad al tratamiento (personas con movilidad reducida, centros penitenciarios), reducir los costes, mejorar la aceptación del tratamiento y la realización de intervenciones que de otra forma no podría ser posible de realizar por condiciones externas (confinamiento) (González, 2018; Kornienko, 2020; Miró, 2007).

Objetivo de la investigación

El objetivo general de este estudio es analizar y describir la experiencia subjetiva de los miembros del Grupo de Cocaína del CAS d'Horta- Guinardó y de su terapeuta respecto a la realización de la terapia grupal en línea de cocaína realizada durante el confinamiento. A partir de este, se concretan los siguientes objetivos específicos:

- Observar qué ventajas e inconvenientes percibieron de la terapia virtual sincrónica y de la terapia en formato cara a cara.
- Analizar la alianza terapéutica grupal percibida durante el grupo virtual sincrónico por parte de los pacientes y de la terapeuta.
- Conocer cómo influyó las videoconferencias sobre la comunicación.
- Comprender cómo estas terapias semanales en formato virtual repercutieron en su día a día en cuanto a su bienestar emocional y motivación por el proceso terapéutico para seguir abstinentes.
- Comprender qué tipo de relación hay entre las tecnologías y los integrantes del grupo.
- Explorar la percepción que tuvieron del confinamiento para ver cómo o de qué manera podría haber afectado al grupo virtual sincrónico.

MATERIAL Y MÉTODO

Contexto

La adicción a sustancias es una de las patologías de salud mental que afecta más a la persona y a la convivencia. En el año 1988 el Ayuntamiento de Barcelona empezó a abordar este problema poniendo en marcha un Plan de acción sobre drogas de Barcelona, que se gestiona desde la Agencia de Salud Pública.

El CAS (Centro de Atención y Seguimiento) es un centro de atención y seguimiento a las drogodependencias, así pues, especializado en el tratamiento de adicciones. El CAS Horta-Guinardó está situado en el barrio del Carmel y este CAS es el único que no tiene sala de venopunción, por presión de los vecinos. Por contra, es el CAS de referencia para adolescentes y el único en tratar a menores. De manera diferencial a los otros CAS de Barcelona es que hay un programa de adicciones especializado en adolescentes, un programa especializado en adicción a las tecnologías y un programa para tratar la adicción al tabaco.

El principal motivo de escoger el grupo como objeto de estudio para este trabajo es debido a que la frecuencia del grupo es semanal y se puede hacer un seguimiento completo. El hecho de estudiar la comparativa entre grupo por videoconferencia y presencial ha sido debido a la pandemia del COVID-19. La pandemia creó la necesidad de buscar alternativas de cómo trabajar sin poder asistir presencialmente y en el caso de este grupo se propuso realizar la terapia por videoconferencia. Una alternativa que nunca se había llevado a cabo ni tampoco planificado, por esto, fue una novedad para todos los usuarios y para la terapeuta. Así pues, se consideró que era una buena oportunidad para realizar un estudio de esta situación novedosa.

Para acceder al grupo terapéutico de cocaína hay unas normas que son: demostrar un mes de abstinencia con controles de orina. Además de, abstinencia de alcohol como una manera de prevención de recaída en el consumo de cocaína. En caso de recaída son dos semanas sin asistir al grupo para corroborar de nuevo la abstinencia a fin de generar un sentimiento de pertenencia y reforzar el objetivo de abstinencia. Compromiso de asistencia regular y avisar en el caso de no poder asistir. Respeto entre compañeros y

confidencialidad. Esta abstinencia está controlada por controles de orina que se realizan dos veces a la semana en el propio CAS.

Previamente a la inclusión de un miembro al grupo se hace una valoración para ver si es pertinente en el momento presente a partir de la reunión de equipo y realizando una reunión pre grupo entre el miembro a incorporarse y la terapeuta.

Los objetivos del grupo terapéutico son: a) mantener la abstinencia que es la fuerza que mantiene y empodera al grupo; b) que entre ellos pueda haber una comprensión del problema y se den un apoyo; y c) que entre los participantes puedan compartir situaciones similares pudiendo ver que no están solos, motivarse mutuamente, reflexionar y aprender de los otros trabajando posibles recaídas, factores de riesgo y buscar factores protectores. La terapia de grupo funciona por la complementariedad entre el profesional y los pacientes que comparten experiencias comunes que da un potencial en las personas que entran en el grupo de mayor comprensión. Hay un compromiso muy grande entre ellos y una fuerza que les ayuda a mantenerse abstinentes.

Participantes

Esta investigación tiene dos muestras:

a) Este grupo constaba de 5 hombres y una mujer, pero para este estudio solo he podido entrevistar a cuatro miembros del grupo. A los dos restantes no pude entrevistarlos ya que uno abandonó la terapia al mes de volver a la presencialidad y el otro no acudió a la cita para realizar la entrevista.

b) La terapeuta

Tabla 1. Información demográfica de los participantes

P1H Paciente 1 Hombre	P2H Paciente 2 Hombre	P3M Paciente 3 Mujer	P4H Paciente 4 Hombre	T Terapeuta
Hombre	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
54 años	47 años	45 años	34 años	62 años
Soltero	Casado	Pareja de hecho	Pareja	Viuda
Bachillerato	Estudios superiores	ESO	Primaria	Universitarios
Pensionista	Trabajando	Baja	Paro	Activa
6 meses grupo (antes confinamiento)	1 año 5 meses grupo (antes confinamiento)	2 años grupo (antes confinamiento)	Abstinente antes confinamiento 1 año y medio. Reincorporación online	34 años trabajando en Agencia Salut Pública de Barcelona

Recogida de datos

Los datos fueron recogidos mediante entrevistas individuales semiestructuradas, con la realización de un guion de entrevista para asegurar que se hicieran las mismas preguntas a todos los participantes, con la posibilidad de complementar alguna pregunta y añadir alguna más para elaborar más la experiencia de cada uno de ellos. Además, se realizó otra entrevista diferente para la terapeuta. El guion de la entrevista se basa en el cuestionario WAI P y WAI T (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015) de alianza terapéutica.

La entrevista para los pacientes, está dividida en diferentes secciones. La primera es una recogida de datos demográficos, la segunda es su experiencia en el confinamiento, la tercera qué tipo de relación tiene con los demás, la cuarta se basa en su experiencia participando en el grupo online, la quinta se basa en su valoración del grupo presencial

y la última se basa en la relación terapéutica. En cuanto a la entrevista a la terapeuta está dividida en: datos demográficos, su experiencia sobre el confinamiento, su valoración sobre la terapia grupal virtual, su valoración del grupo presencial y la valoración de la alianza terapéutica virtual.

Las preguntas formuladas a los pacientes fueron:

Preguntas demográficas: Género, Edad, Estado civil, Nivel estudios, Profesión, Convivencia durante confinamiento, Convivencia después confinamiento, Situación laboral durante confinamiento y Situación laboral después confinamiento:

Experiencia confinamiento

1. ¿En qué momento estabas vitalmente (anímicamente) durante el confinamiento?
2. ¿Qué supuso para ti este confinamiento? Cómo sentiste el confinamiento, que significó.

Relación con los demás

3. ¿Cómo te definirías a ti mismo en cuanto a la relación con otras personas?
4. ¿El grupo te ha influido en algún sentido con las relaciones de tu entorno?
5. ¿En qué sentido dirías que ha influido?

Experiencia participación en un grupo por videoconferencia cómo la valoras

¿Teníais un espacio de seguridad para poder hablar tranquilamente?

¿Alguna vez habías hecho alguna terapia virtual?

¿Qué impresión tuviste acerca de hacer el grupo por videoconferencia?

¿Qué ventajas objetivamente, encontrabas al hacer el grupo por videoconferencia?

¿E inconvenientes del formato virtual?

¿Qué relación tienes con el uso de las tecnologías? Eres usuario habitualmente a redes sociales, compras, entrevistas online, zoom meet con familiares /amigos. Utilizas habitualmente alguna aplicación de internet en tu trabajo.

¿Qué significó para ti poder realizar la terapia grupal virtual durante el confinamiento?

¿Qué efecto te producía conectarte al grupo durante el confinamiento? ¿Durante el tiempo de hacerlo de manera virtual, entre semana pensabas en el grupo igual que haciéndolo presencial? Tenías más presente al grupo. La conexión en ese momento les producía un efecto tranquilizador, y deseaban conectarse más...

¿Qué beneficio tuvo para ti realizar la terapia por videoconferencia durante el confinamiento?

¿Alguna consecuencia negativa?

¿Tuviste cambios personales durante la terapia virtual sincrónica? ¿Qué tipo de cambios?

Pudiendo escoger las dos modalidades, presencial y virtual ¿Qué escogerías? ¿Porque?

Experiencia participación en grupo presencial cómo la valoras

¿Ventajas del grupo presencial? ¿Inconvenientes presenciales?

¿Cuánto tiempo llevabas en el grupo antes del confinamiento?

¿Qué efecto produce en ti asistir al grupo? ¿Ha habido algún cambio de antes de hacerlo virtual, a ahora? ¿Cuáles?

Relación Terapéutica

¿Te interesabas igual por los demás por videoconferencia que de forma presencial?

¿Cómo sentiste a la terapeuta?

¿Te sentías cómodo a la hora de hablar sobre tus conflictos, problemas, circunstancias de manera online?

¿Te sentiste apoyado por el resto del grupo y de la terapeuta?

¿Cómo sentías que formabas parte del grupo? emocionalmente...

La ayuda que te daban tus compañeros, y terapeuta por videoconferencia ¿Es diferente o igual que de manera presencial? ¿Qué diferencia crees que había?

¿El grupo te ayudó a pensar o reflexionar sobre tus problemas cuando estabais online?

¿Y de manera de presencial?

¿Sentiste que el grupo te contenía?

¿Crees que al grupo le iba bien, había mejorías en la terapia virtual?

¿Qué compromiso sientes hacia al grupo de forma presencial? ¿Durante el grupo virtual sentías lo mismo?

¿Esta terapia por videoconferencia te ayudaba a seguir con tu objetivo de abstinencia?

A la terapeuta:

Preguntas demográficas: Edad, Profesión, Estado civil,

Experiencia confinamiento

1. ¿Cómo lo viviste? ¿Qué significó para ti?

Experiencia terapia grupal por videoconferencia

2. ¿Qué motivación tuviste para hacer el grupo virtual?

3. ¿Qué expectativas tenías al iniciar esta terapia virtual? ¿Si hubo diferencias entre lo que esperabas y lo que sucedió, cuáles fueron?
4. ¿Qué relación tienes con el uso de las tecnologías? tienes web de terapeutas, compras internet, utilización aplicaciones videoconferencias
5. ¿Tenías información, formación de cómo realizar una terapia por videoconferencia? ¿Alguna vez habías hecho alguna terapia por videoconferencia?
6. ¿Qué ventajas objetivamente encontrabas al hacer el grupo virtual ¿E inconvenientes?
7. ¿Desde donde te conectabas para hacer la terapia por videoconferencia? ¿Crees que eso influyó en ti? ¿De qué manera?
8. ¿Tenías un espacio de seguridad para poder hablar tranquilamente?
9. ¿Repetirías esta experiencia? ¿Y sin haber la necesidad de hacerlo, sin confinamiento?

Experiencia grupal presencial

10. ¿Qué ventajas encuentras al hacer el grupo presencial? ¿E inconvenientes?
11. ¿Qué crees que significa para los pacientes poder realizar terapia presencial? ¿Qué piensas que les aporta, que beneficios tiene?
12. ¿Cómo crees que les afectó volver a pasar de virtual a presencial?

Alianza terapéutica online

13. ¿Crees que el grupo se ayudaba, apoyaba y comunicaba de la misma manera virtual que presencial? - ¿Qué crees que cambiaba?
14. ¿Y se expresaban igual?
15. Durante el grupo por videoconferencia, ¿Crees que se hablaban de cosas más banales o se abordaba, como de manera presencial, los problemas, emociones, circunstancias de cada uno?
16. ¿Se comprendían igual en el grupo por videoconferencia? Empatizar
17. ¿Sentías que los integrantes del grupo tenían la misma atención e interés puesto de manera virtual que de manera presencial?
18. De manera virtual, ¿crees que fluía la conversación? ¿Tenías que hacer un sobre esfuerzo para que arrancara?
19. ¿Crees que aprovechabas el tiempo de una manera efectiva (por videoconferencia)? ¿y de manera presencial?
20. ¿Tenías dudas sobre si estaba funcionando el grupo por videoconferencia?

21. ¿Te sentías cerca de ellos emocionalmente?
22. ¿Confiabas en que podías ayudar a los pacientes? ¿De manera virtual?
 - Les dabas la misma ayuda, la misma contención...
23. ¿Qué crees que significa para ellos terapia grupal? ¿Y por videoconferencia?
24. ¿Cómo crees que les afectó volver a pasar del formato virtual al presencial?
25. ¿De qué manera te afectó hacer el grupo por videoconferencia?
26. ¿El grupo virtual les ayudaba a seguir con el objetivo de abstinencia?

Se informó a todos los participantes del objetivo del estudio antes de dar y firmar su consentimiento. Las entrevistas duraron 30 minutos aproximadamente y la de la terapeuta duró 60 minutos, se registró en audio y posteriormente se transcribió para hacer el análisis cualitativo de contenido más fácil. Durante el proceso de transcripción todos los participantes se mantuvieron asignando seudónimos.

Análisis de datos

Para el análisis e interpretación de las entrevistas se utilizó el *análisis de contenido* cualitativo. El análisis de contenido se puede utilizar para “analizar los rasgos psicológicos de individuos o determinar el estado psicológico de las personas y para determinar actitudes, intereses o valores de grupos o poblaciones, así como los cambios que hayan podido tener lugar” (López-Aranguren, 2003, p. 558). Por otra parte, en el análisis de contenido se pueden distinguir diferentes tipos, en este trabajo se optó por combinar dos de ellos, el análisis temático (considera la presencia de términos o conceptos con independencia de las relaciones surgidas entre ellas) y el análisis semántico (pretende estudiar las relaciones entre los temas tratados) (Andreu, 2001).

Los pasos a seguir han sido (Braun y Clark, 2006; Echeverría, 2005; Bermúdez, 1986; Ibáñez, 1992):

1. Realizar una primera lectura de las entrevistas, para buscar un sentido general en los diferentes textos, y valorar el sentido de ellos y ver posibles referencias cruzadas.
2. Seguidamente se volvieron a leer todas las entrevistas y se empezó a marcar citas subrayándolas en diferentes colores según su significado. Y a todas estas citas se les agregaron categorías iniciales.
3. A partir de las categorías iniciales se realizaron agrupaciones según características en común, para crear temas. A partir de este se escribió una definición de cada uno de ellos.
4. Releer los temas con sus descripciones. Se ha hecho una organización de categorías y temas y posteriormente se creó un esquema temático.
5. En esta parte se han definido los temas en el esquema y se redefinieron.
6. Integración final. Se trata de realizar una integración e interpretación de todas las categorías realizando la redacción de los resultados.

El hecho de ser una investigación cualitativa significa que es abierta y flexible, esto significa que se puede ir adelante y atrás repetidamente, ir de lo más concreto a lo más abstracto, es decir no es un proceso lineal, es circular y puede repetirse muchas veces. Por eso es importante trabajar a partir de los datos recogidos sin forzarse a seguir el marco de análisis para no estancar ni perjudicar la construcción de los resultados (Echeverría, 2005; Mieles, *et al.* 2012).

RESULTADOS

1. **Confinamiento:** ¿Cómo vivieron el confinamiento?

Convivencia. Trata de ver cómo les influenció la compañía social en la época de confinamiento. Se mostró como la ausencia de personas o la presencia les facilitó la

vivencia o les dificultó.

“A ver estuve mal durante el confinamiento el tiempo que no pude ver a mi hija”

(P.H1). “Durante el confinamiento yo vivo solo, no tengo que dar explicaciones a nadie

(...). (...) ni darle explicaciones a nadie. Yo solo encerrado a mi casa” (PH1).

“Lo pasé muy bien, para tal y como soy yo... gracias también a mi pareja” (PH4)

Actividades y movilidad. El hecho de haber estado haciendo alguna actividad como un hobby o haberse podido mover pudo haber influenciado en cómo estuvieron durante el confinamiento y un mecanismo de prevenir una recaída ya que, podía ser un mecanismo para distraerse frente al aislamiento, pero, por otro lado, como refiere la terapeuta el seguir haciendo vida normal en algún momento podría haber sido un riesgo de recaída.

La mayoría de los pacientes y la terapeuta, se pudieron ir moviendo de casa por diferentes motivos como por fines de trabajo, saltándose el confinamiento, por tener mascotas o por fines médicos. Y los que no se movieron, pudieron tener hobbies o trabajos que les distrajera.

“Estaba haciendo clases online, estaba haciendo seguimientos telefónicos de todos los pacientes del CAS y terapia online” “dentro del grupo había algunos que seguían haciendo vida normal, que seguían trabajando (TM)”

“Dejé de fumar tabaco escribí mucho, mucho, me desahogó mucho” (P.H4)

“tenía un amigo, que tenía al lado de mi casa, que en principio tampoco podía ir, pero iba a la calle de detrás de mi casa, que tiene máquinas de gimnasio, y me iba cada día una hora y media. Y como tengo perro, también salía. “(PIH)

“Estaba bien, ¡si no estaba en casa! estaba en todas partes menos en casa” (P3M)

Vivienda. Varios remarcaron que el sitio donde estaban viviendo les ayudó a estar mejor

en el confinamiento.

*“El momento en el que me pilló aquí en el pueblo en una casa, podía hacer de todo,
P4H”*

“Mi casa es grande” P2H

*“Porque sabes que pasa, que mis padres viven en una casita y tienen jardín delante,
detrás me puedo mover, puedo salir al jardín sin mascarilla es ideal... P3M”*

Capacidad de adaptación. En un momento excepcional que vivimos y tenso es importante ver la capacidad de flexibilidad que tuvieron los pacientes y la terapeuta a la hora de adaptarse emocionalmente a la situación. A los pacientes una mala adaptación podría haberlos llevado a estados negativos y a ser más fácil el poder consumir. Y por parte de la terapeuta es importante ver como se adaptó y gestionó emocionalmente durante el periodo de confinamiento ya que, una mala gestión y/o adaptación podría haber influido negativamente en la intervención terapéutica. Cabe decir que todos en mayor o menor medida lo llevaron bien, sin estados muy bajos de ánimo.

*“Yo la verdad es que estaba bien, no considero que estuviera suficiente mal como para decir que mal estuve. Hombre, ansiedad, pero yo ya la tengo. Me moldeé muy bien.
PIH”*

“Al principio bajo de moral, pero cuanto más iba pasando el tiempo pues te ibas conformando, adaptando a cómo llevar la situación. P2H”

“Lo viví bien, me lo tomé como una situación que teníamos que adaptarnos. (T)”

Craving /pensamiento consumo

“Tuve más ganas de consumir cuando acabo el confinamiento, que es curioso porque durante el confinamiento sí que podría haber dicho mira esta es la mía. Durante el

confinamiento yo viví solo. No había habido ninguna recaída hacía tiempo, y después del confinamiento recaímos tres de seis (P1H)”

“No sé si hubiese consumido o no, pero podría haber, pasado P2H”

“Había momentos que me daba el gusanillo, eh no te pienses, que esto no marcha nunca (P3M)”

“Durante todo el confinamiento no estuvo presente el tema de consumo. Como estaba aquí estaba desconectado de todo este tema. P4H).

Vivencia del confinamiento

“Lo viví bien (...) como una etapa que había que activar recursos para poder hacer frente a esta situación, (...) bien con normalidad (T)”

“Una putada...pararse todo y quieras o no, volver a gestionar todo, una situación atípica anormal. P2H”

“Un ajetreo, pero horroroso, y cada vez que salía de casa tenía que entregar todos los papeles a la policía que me paraba y decir que iba al clínico a hacerme la quimioterapia (...) del pueblo para aquí, y así arriba y abajo. P3M”

“Fue como parar todo, parar, parar, parar, frenar con todo, echar el ancla. También pasé por muchas etapas durante el confinamiento eh, fue como parar el mundo entero. para mí fue positivo, fue muy positivo realmente P4H”

- 2. Relaciones interpersonales** Conocer como son los miembros del grupo respecto a sus relaciones interpersonales es importante porque es posible que defina como son dentro del grupo y qué lugar ocupan en él. En las entrevistas los cuatro participantes se describieron como personas abiertas y extrovertidas, o si más no, lo intentaban (P2H). El P2H y el P4H, comentaron que les gustaba

escuchar y ayudar, que eran muy atentos. La P3M comentó que era muy positiva. Solo uno mencionó que le costaba más profundizar en las emociones (P4H).

- 3. Grupo virtual** El grupo por videoconferencia se empezó a realizar como una alternativa a no poder asistir presencialmente. En este apartado se abordaran temas más prácticos sobre el grupo virtual y más adelante se relacionará la influencia de hacer el grupo virtual sincrónico respecto a la alianza terapéutica, la comunicación y la vivencia del confinamiento.

Ventajas. La ventaja más comentada entre los participantes por haber realizado la terapia por videoconferencia es que se pudo seguir haciendo el grupo de cocaína en un momento en el que no nos podíamos reunir de manera presencial.

Otra de las ventajas comentadas fue el hecho de no haberse de mover de casa y, por tanto, no tenerse que desplazar.

“Hacer lo posible cuando era imposible” (T)(P1H). Terminas y ya estas (...) cierras la cámara y ya estás en casa” (T)

“Estas en casa, simplemente el tiempo, no te tienes que desplazar (P2H)”

“es muy cómodo porque no te tienes que mover de casa y lo haces todo igual, sin tenerte que desplazarse. Y dentro de tu entorno. (P3M)”

Inconvenientes. Los inconvenientes que comentaron fueron sobretodo no poder estar en contacto con los otros y lo que significaba tener que hacerlo de manera virtual, estar confinados.

“El pensar que no me gustaba (las redes/tecnología) P1H”

“No estar en contacto con los otros P2H, P3M, P4H.”

“y que nos pisamos un poquito. P4H”

“la manera de hablar de expresarse en la pantalla no se ve, no se aprecia.P2H”

Intimidación. Hacerlo de manera virtual puede llevar a que no haya suficiente confidencialidad por el hecho de que están en sus casas y no hay la seguridad de que nadie más escuche. Y, por tanto, podrían sentirse más incómodos a la hora de hablar por pensar que algún familiar los esté escuchando. En este caso, pero, ninguno de los participantes se sintió así. Los pacientes P1H y P3M afirman tener seguridad.

“mi casa es grande y en ese sitio se cierra la puerta y no entra nadie P2H.”

“Siempre me puse en esta habitación y siempre hablaba aquí, porque sí, no tendría problema con hablar en otra habitación, pero bueno para hablar más tranquilo P4H”

“No, porque vivimos en un piso que me permite esto. La calidad de las paredes y las puertas permiten mantener la privacidad. (T)”

Setting Es importante poder marcar un espacio y tiempo para realizar la terapia, además de acotar el número de integrantes del grupo. Y en la videoconferencia, definir como se ha de posicionar la persona delante la cámara para poder ver mejor.

“cuando hay alguien que ya no se conecta con cámara en una terapia de grupo, pierdes información y no percibes tanto a la persona que está ahí, ni tu ni los demás. Es necesario un formato que tú puedas ver a las personas Máximo de 10 personas y cámaras conectadas. En este caso que el grupo fuera pequeño facilito poder gestionarlo bien (T)

“prefiero más ver de cintura para arriba y ver la expresión de la cara, me parece muy relevante.” (T)

En el caso del espacio en las videoconferencias, cada uno de ellos fue eligiendo un espacio de la casa para poderla realizar con tranquilidad y manteniendo la confidencialidad.

4. Conocimiento tecnológico

Conocimiento / manejo de tecnologías El conocer o el desconocer de las tecnologías podía influenciarles de manera positiva o negativa, la mayoría de ellos sabían utilizarla, pero no lo usaban a diario.

“compraba online porque me salía más económico todo... Sabía hacer servir el ordenador todo” P3M

“yo soy un anti con la tecnología.” “Ni siquiera he mandado un email en mi vida”

“Nada de redes sociales.” P1H

“Todo, el día trabajo con eso.” P2H

“Tengo redes sociales, Facebook y WhatsApp, pero no, no lo uso mucho no tengo mucha relación. No tengo ni ordenador.” P4H

Uso aplicaciones de videollamadas Haber realizado con anterioridad aplicaciones de videoconferencia les podría facilitar por estar ya familiarizados y por tanto sentirse más cómodos o por el contrario, no estar habituados así pues sentirse más incómodos. Ha habido diferentes opiniones en los pacientes.

“¿Porque cuanta gente ha aprendido a usar el zoom ahora? Yo no tenía ni idea, de ninguna de estas aplicaciones, y ahora, gracias a dios que hay internet “. “Hago mindfulness que las hago online, Si antes de este. Ya sabía cómo funcionaba...”

(P3M)

“Antes del confinamiento no había hecho videollamadas, pero durante el confinamiento sí.” (P2H)

“No me apetecía simplemente ponerme una hora con el teléfono, la primera vez que lo hice me pareció de puta madre, es más yo tuve que ir a uno de los del grupo que me descargara la aplicación, yo no sabía.” (P1H)

En este caso la terapeuta no se tuvo que enfrentar a la ansiedad de usar la tecnología como medio de intervención porque la formación recibida en la universidad de la plataforma google meet y el uso que había hecho de esta plataforma para impartir clases y seminarios le fue útil para activar la terapia de grupo.

“Yo había usado el Skype hace muchos años, porque tengo familia fuera de España, pero como herramienta terapéutica no lo había usado nunca.”

“Nos hicieron una formación en la universidad del uso del google “meet” entonces, a mi es lo que me abrió la mirada, de la posibilidad de encontrarme con el grupo en formato online, ya que vi que con los del grupo de seminario me iba fantástico” (T)

Como ha influenciado el desconocimiento

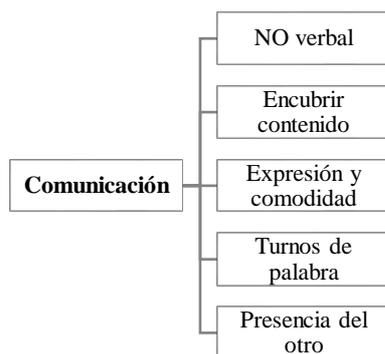
No haber usado la herramienta de videollamadas o no haber realizado ningún tipo de terapia virtual les dificultaba el hecho de hacer esta terapia por videoconferencia. Referían no tener al grupo tan presente a diario y no estar tan conectados a la terapia como consecuencia de no estar habituados a esta metodología nueva. En el caso del PIH que no sabía nada sobre tecnologías, le agobió mucho al principio, ya que, no sabía cómo descargarse la aplicación y era muy escéptico en que este formato pudiera funcionar, pero cuando entró se habituó y pudo estar más cómodo.

“Pero como no estabas acostumbrado a este tipo de terapias yo no he pensado tanto, no he tenido” (P2H)

En cambio, las dos participantes que ya estaban más familiarizadas y ya sabían cómo funcionaba, se sintieron más cómodas y tuvieron una mejor visión de hacerlo por videoconferencia (T) y (P3M)

5. Comunicación

Tabla 2. Esquema de las subcategorías de la comunicación.



nota: realización propia

Es la manera de dar a conocer a los otros nuestros pensamientos, sentimientos y necesidades y nos permite, conocer a los demás. Cambiar de formato de terapia, puede dar lugar a diferencias en la comunicación y puede influir en diferentes aspectos (Báez, 2000).

No verbal. El lenguaje no verbal es muy importante porque acompaña al lenguaje verbal para matizarlo. Además, se crea de manera espontánea sin que nosotros lo pensemos dándonos información sobre las verdaderas emociones y sentimientos. (Cabana, 2008; Báez, 2000)

Prácticamente, el factor no verbal es lo que todos remarcaron, mucho, como carencia en la terapia virtual. Refieren que por videoconferencia no se aprecia con tanta precisión el lenguaje corporal siendo este muy importante debido a que te ayuda a conocer y observar más sobre cómo están los miembros realmente. Al faltar la parte no verbal se escapan más cosas y parece que no se llega igual a la persona que está detrás de la pantalla. Los mensajes no tienen tanta fuerza.

“Que te estés mirando (con la terapeuta) es distinto y con los compañeros lo mismo”

“Creo que es más real cuando esta cara cara” (PIH)

“Hablarle a una persona directamente a los ojos, es mejor te sientes mejor, ves su lenguaje corporal para mí todo eso es muy importante”. (P4H)

“La manera de caminar, de hablar, esto dice mucho de una persona.”” El lenguaje corporal no se lee tanto. Solo se ve de cintura para arriba, no se ve si estas moviendo los pies si... nada”. (P2H)

“Presencial percibes más como están las personas, como si percibieras más los matices” “la manera que se dicen las cosas, la broma la sonrisa, el movimiento acompaña algo el mensaje que no llega igual en el online que en lo presencial.” “a veces la pantalla hay cosas que se te escapan, no ves la gestualidad de una manera tan clara”. “que yo pienso como si faltara un poco, la fuerza de los mensajes.” (T)

Expresión y comodidad. ¿Es lo mismo expresarse en persona estando acompañado que estar en una videoconferencia? ¿Es igual de cómodo? En esta parte ha habido diferentes opiniones, por un lado, está la P3M que aún se sentía más cómoda de manera virtual puesto que estaba en casa, en su zona de confort y al P4H que por el confinamiento le iba mejor porque así hablaba con más gente y no veía diferencias en cómo se expresaba.

“Estás en tu zona de confort y como que hablas más, te sientes más cómodo y hablas más. SI porque claro ahí es una sala fría, con un grupo de gente en redonda, pero tú estás en tu casa en tu sofá, y hablas, dices las cosas diferentes” (P3M).

Me expresaba igual y me sentía cómodo”. “En el confinamiento sí que me iba bien, para poder ir explicando un poco lo que sentía”. (P4H)

Por otro lado, encontramos al P1H y al P2H que no se sentían cómodos hablando delante de un ordenador/teléfono. Además, el P2H comentó que la manera de expresar las cosas no es igual debido a que en las videoconferencias es más frío.

“Sentir la presencia de la gente, me hace, me expreso mejor de esta manera y comprendo mejor. Soy de extrovertido cara cara, soy incapaz de ponerme con alguien a explicarle quien soy, como soy si no le estoy viendo la cara. Pensé que me costaría más estar ahí con el teléfono, luego me sentí cómodo” (P1H).

“La manera de poder decir tu opinión o pegar la bronca, o decir que estoy contento es diferente lo veo muy frío”. “No sabes que explicar, el escuchar, la habitación vacía, no oyes ruido estas delante de un ordenador. delante de un ordenador no puedes expresarte bien, al menos a mí me pasaba eso” (P2H)

Turnos de palabra. El hecho que de modo virtual las interrupciones sean más incómodas, dado que entonces no se escucha bien, hace que la conversación no sea tan fluida como en el CAS, que se pueden producir interrupciones de forma natural porque van acompañadas del movimiento y de la gestualidad. Pero para la P3M, que haya un turno de palabra sin interrupción le parece mejor para poder estar más atento al que está hablando.

“porque empieza a hablar uno empieza a hablar el otro, o a veces no se oye bien”, (P2H)

“Online no nos solapábamos entonces te daba más para escuchar a la persona individualmente que estaba hablando”. (P3M)

“No es tan fluido como aquí (CAS) que se pueden interrumpir, (...) las interrupciones online son incómodas” (T)

Presencia del otro. Es la forma en que se siente la presencia del otro en formato virtual, si sienten que están acompañados por las otras personas o por el contrario si no perciben esta compañía.

La (T) argumenta que sobretodo en adicciones es muy importante que los otros sientan que estás ahí con ellos, que te reciban desde todos los tipos de comunicación y dado que en el *online* esta sensación no se siente tanto la importancia de hacerlo presencial.

“Siento que en el tratamiento de adicciones es muy importantes verlos ahí, que te sientan cerca, y que tú puedas expresarte de una manera que te reciban desde lo verbal y lo no verbal y el tono, quiero decir que te perciban más que estás ahí con ellos” (T)

El P2H corroborando lo que dice la terapeuta, refiere que de manera virtual no notaba compañía, sino que, se encontraba como si estuviese solo y dudaba sobre si lo escuchaban, y el P1H al estar de forma virtual se levantaba y se iba como si la presencia del otro no pesara tanto.

“De manera presencial ni se me pasa por la cabeza levantarme e irme a hacer pipí, hacer café o cualquier cosa. De forma online dejas el móvil... y es otra forma. (P1H)”

“El hecho de estar solo en una habitación, explicando a una pantalla parecía que hablara solo, aunque luego sé que me responden y que me oyen no, pero da una sensación muy rara. Que estás hablando solo. online yo estoy pensando ¿me estará escuchando?” (P2H)

Por tanto, la mayoría opinó que en el formato virtual la presencia del otro no está presente con la misma intensidad que de forma presencial.

Encubrir contenido Quizá el hecho de no sentir tan presente al otro, que los mensajes no sean tan fuertes y no poder percibir bien el lenguaje no verbal, puede llevar a omitir el mal estado anímico o encubrir los problemas, puesto que, los otros participantes, no pueden percibir realmente como están los otros por la falta del lenguaje no verbal y solo se quedan con el contenido de las palabras.

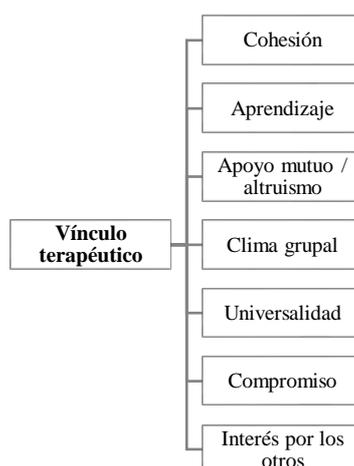
“Te piensas que todo el mundo está mejor de lo que realmente están porque, como no los estás viendo tu puedes dar la versión buena de un problema no la versión mala, (..)tu puedes tener un problema y tú puedes explicar lo que quieras” (P2H)

“El paciente 6, si hubiese sido sincero con el mismo, pero es que él no ha sido sincero con nosotros” “Porque de la otra manera(online) veo más que puedas desconectar o engañarte a ti mismo.” (P4H)

“Si a alguien le pasó algo no lo dijo” (P1H)

6. Vínculo terapéutico

Tabla 3. Esquema de las subcategorías del Vínculo terapéutico



nota: realización propia.

Grupalidad

Cohesión Hay un sentimiento positivo hacia el grupo virtual y la cohesión grupal, sentían que les hacía seguir conectados al tratamiento y, por ende, seguir en abstinencia. Además, según la (T) el hecho de haber seguido la terapia por videoconferencia hizo reforzar más el vínculo e hizo que miembros que acababan de empezar no abandonaran el tratamiento.

“Seguir estando conectados con el tratamiento que estamos haciendo, porque era muy fácil liberarse (P1H)”

“Me ayudó a alejarme de todo y dejar de fumar porros” (P4H).

“Había momentos que me daba el gusanillo, eh no te pienses, que esto no marcha nunca, y entonces, sabiendo que tenía el grupo ahí, pues lo descargaba con el grupo y ya se me iba (P3M)”

“El tema online ha ayudado. Bueno, No sé si hubiese consumido o no, pero podría haber, pasado (P2H)”

“si hubiéramos hecho una interrupción total de la terapia grupal durante el confinamiento el paciente 5, no hubiera seguido el tratamiento” “Reforzaba más claramente el vínculo, el sentimiento de pertenencia” (T)

Clima grupal. El modo en que los integrantes sentían al grupo ha sido de maneras variadas y curiosamente, los hombres sentían que en el formato virtual el clima grupal era muy frío porque no se sentían ni la calidez ni la energía de la terapia presencial. En cambio, las mujeres notaban mucha calidez por el hecho de poder verse. Referían que tenía una connotación más “humana” y más cercana, pero esta sensación fue debida, también, a las circunstancias que se estaban viviendo en ese momento. Por otra parte, la (T) refiere que al volver al formato presencial fue más frío por el hecho de mantener distancias físicas pudiéndole afectar de forma negativa en la intervención terapéutica. También la P3M recuerda lo presencial más frío.

“Siempre es un poco más frío online (P1H)”

“Es diferente lo veo muy frío. Te choca porque estas solo en una habitación (P2H)”

“muy frío en verdad hacerlo así. NO hay esa energía (...) presencial es más cercano, más cálido...(P4H)”

“Parece mentira la calidez, producida por el simple hecho de vernos las caras por internet. (P3M)”

“Recuerdo más como más cálido. Un tono de carácter más humano más cercano el hecho de hacerlo online” “sala grande y a mantener distancia física, sí que puede que me haya podido afectar de una manera negativa, (...) parece frialdad” (T)

Universalidad. La universalidad que genera el grupo, sentirse que no están solos, se notó igual en el formato presencial que por videoconferencia.

“Hablar con la gente que esta como tu porque tú lo hablas con una amiga esto y si te puede escuchar, pero no te puede entender (P3M)”

“Pueden hablar clara y abiertamente de cosas que no pueden hablar con la mayoría o si lo hablan tampoco se sienten tan comprendidos como lo explican al grupo, porque se sienten comprendidos por sus iguales y por profesionales” (T)

Compromiso. El hecho de que el compromiso ya estuviese establecido anteriormente seguir de forma virtual logró reforzarlo y seguir con el sentimiento de pertenencia al grupo y al compromiso. Todos valoraron muy bien el compromiso por el hecho de seguir conectándose durante el confinamiento. No estaban solamente comprometidos con ellos mismos en el tratamiento, sino que, siguieron conectados con los compañeros. Aunque hay un paciente que refirió que había más compromiso en la terapia presencial, porque por videoconferencia puedes desconectar más o encubrir. La terapeuta recalca la importancia de que ya estuviesen vinculados anteriormente, si no hubiese sido así, quizá algunos no habrían llegado a comprometerse.

“Pero el hecho de hacer grupo y tener ese compromiso y que cada martes o cada jueves hiciéramos la terapia esto, ya, el compromiso grupal con todos los compañeros ya hace mucho”. (P2H)

“Es la manera de que no se pierda el sentimiento de compromiso con el grupo, y aunque no estén haciendo los controles de orina, vernos aquí cada semana” “ya no solo están comprometidos consigo mismo o con los terapeutas, sino que también con

los compañeros del grupo...” “si fuese un grupo (..) que no se conocen de nada (...) creo que ahí habría quien realmente estuviese más comprometido y habría quien menos.” (T)

Interés por los otros. El interés que comentan todos que había era el saber cómo estaban los otros, era un querer saber de todos, influenciado por el momento. En cuanto a estar atento a lo que explicaban los compañeros hay discrepancias, de nuevo los hombres sentían que no prestaban tanta atención de manera virtual y se distraían con otras cosas (mirándose, haciendo café) en cambio las dos mujeres notaban que la gente estaba muy implicada y atenta.

“Ver a los compañeros, ver a los compañeros fue una alegría ver que estaban bien y tal” (PIH).

“Había momentos que... estaba pensando en mi barba (ríe). Yo tenía interés igual, el hecho de poder saber de la gente.”. “Tienes una hora que estás hablando con la gente y te vas mirando, (..) mirando por la cámara y vas diciendo uy tengo el pelo así la barba asá, y si hago esto si hago lo otro estaré más guapo, me pongo un jersey chulo... claro estas una hora mirándote” (P2H)

“No, presencial estas más atento a la gente está claro.” (P4H)

“No, no que va estábamos todos muy concentrados. Menos el paciente PIH que él va por libre”. (P3M)

“Nos interesamos todos por todos” (T) “En la terapia online todo el mundo estaba implicado” “Notaba que estaba todo el mundo muy atento”. (T)

Aprendizaje. Sobre el aprendizaje de otros pacientes no se refirió ningún cambio respecto a la terapia virtual que a la terapia presencial. Seguían aprendiendo de los diferentes puntos de vista, siguieron cogiendo experiencia de los demás e integrándose a ellos mismos.

“Contaba en el grupo, para ver lo que me decían los demás, Ana me decía que poca intimidad, y yo le decía intimidad ninguna, porque vale más otras mentes pensantes que no solamente una que no se aclara” (P3M)

“uno lo ve de una manera otro de otra tienes diferentes puntos de vista” “para recibir consejos, para entender un poco la adicción” (P4H)

“manera y hay cosas de cada uno por lo que hablamos pues que me quedaría con esto, con lo otro” (P1H)

“Aunque no me den consejos cualquier cosa que me digan, siempre, le doy la vuelta hacia a mí, me pongo en su lugar o digo mira esto me lo apunto para cuando me pase”. (P2H)

Apoyo mutuo, altruismo. El apoyo entre pacientes tiene mucha potencia para ellos y de forma virtual aún y referir que no hay tanta cercanía, les sirvió para saber que podían seguir contando con el grupo y que podían seguir pidiendo ayuda y ayudando.

Para los pacientes que les gusta mucho ayudar, les fue bien para seguir ayudando y sentirse útiles durante el confinamiento. A la (T) le pareció que había la misma ayuda mutua en la terapia virtual sincrónica y en la terapia presencial. Como refieren lo único que cambiaba era esa energía que hay en lo presencial, y parece no estar en la terapia virtual. Para un miembro P4H notaba que la ayuda que le daban no es la que él esperaba, pero que de forma virtual explicó más y se abrió más por las circunstancias del confinamiento.

“A mí el grupo me va muy bien porque yo siento que ayudo al grupo. me llena mucho la autoestima. Para sentirme útil.” “Yo creo que presencialmente era mejor, por el hecho de cercanía”. “Cuento mis cosas siento que no recibo la ayuda que yo espero” (P4H)

“Si tenía algún problema, alguna necesidad o alguna ansiedad el grupo online pues ayudado mucho” (P2H)

“el paciente 2, que le gusta participar, que es muy constructivo lo fue igual online que en lo presencial” (T)

Contención. El grupo durante el confinamiento hacia la función de efecto tranquilizador para algunos, ya que sabían que tendrían un protector cada semana para contenerlos en el caso de pasar algo.

“La terapia esta online te servía para mucho para estar más tranquilo. me producía un efecto tranquilizador” (P2H)

Cercanía emocional. Para algunos de ellos no sentían tanta conexión emocional por videoconferencia que cara a cara. La terapeuta refería que no percibía tanto la parte emocional ni que ellos la percibían a ella, ya que, como dice, llegar al otro parece más difícil y ella tenía que ser más cálida debido a la distancia física. Pero por la influencia del confinamiento, la T se notó muy cerca de los pacientes por la exaltación de la sensibilidad que había en esos meses.

“Emocionalmente... no tanto, no teníamos la misma conexión la presencial que la online” (P2H)

“Conectábamos desde un lado más personal” “Me sentía muy cerca suyo, creo que había una exaltación de la sensibilidad durante esos meses” “La parte emocional yo siento que la percibo mucho más en lo presencial, y siento que me pueden percibir a mi más”

“Llegar al otro parece más difícil, (..) y no sé por qué” “Y sí que quizá notaba que era más cálida porque sentía que tenía que hacerme sentir llegar de otra manera ya que había esta distancia física tenía que poner a lo mejor un plus de proximidad” (T)

Tener presente al grupo a diario. En cuanto a pensar en el grupo entre semana durante el grupo en formato virtual, hay varias opiniones, por una parte la paciente P3M estaba esperando el día para conectarse, hecho que podría estar influenciado por la situación difícil que ella estaba viviendo en cuanto a la salud, el P4H a pesar de no tener tantas ganas de hacer grupo le apetecía conectarse por videoconferencia, y los dos pacientes restantes comentaron no pensar tanto en el grupo por el hecho de no estar habituados al uso de esta metodología y por lo tanto les hacía desconectar un poco del grupo.

“Estaba esperando a que llegara el día para conectarme.” (P3M)

“Si algún día sí, pensaba hostia mañana hay grupo, sí que me apetecía sí, lo cogía con ganas.”” Llevo muchas terapias (...) pero ahora ya no lo cojo con tantas ganas” (P4H)

“quizá un poquito menos” (P1H)

“Se tiene menos presente. Porque es una cosa que no estamos acostumbrados” (P2H)

Intervención terapéutica

En cuanto a la intervención y a como sentían los miembros del grupo a la terapeuta la valoración fue muy positiva, ya que, todos comentaron que al tener ya tanta confianza con ella no la vieron distinta, la vieron puesta en su papel de terapeuta. Lo único que destacaron como diferente fue la cercanía que hay cuando se está presencial.

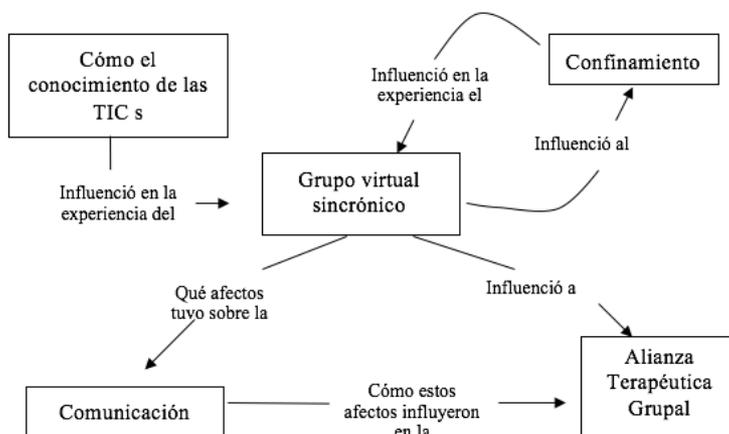
La (T) sentía que no podía estar plenamente consciente si estaba ocurriendo algo a nivel emocional y que si ocurría sentía que no podía contenerlos igual que en lo presencial.

“Ana es una máquina, muy bien, supo organizarlo muy bien. “(P4H)

“Bien, no la sentía distinta, correcta, sobre todo muy puesta en su trabajo, con mucha complicidad, pero lo dicho yo necesito el ver a la gente.” (P2H)

“ahora vengo de hablar con Ana, si la visita que acabo de tener con ella, bueno Ana es distinto porque hace muchos más años que la conozco, pero si la visita que acabo de tener con Ana la hubiese tenido online hubiese sido distinta. Casi lo mismo, pero puede haber un 10% un 15% que se nota.” (P3H)

Tabla 4. Esquema relacional de las categorías



Nota: Elaboración propia. Este esquema muestra la vinculación de las diferentes categorías para ver visualmente que categorías han afectado / influenciado en otras.

DISCUSIÓN

Se llevaron a cabo cinco entrevistas semiestructuradas en las que los entrevistados han explicado su experiencia durante la terapia de grupo virtual sincrónica. El análisis de estos testimonios ha permitido obtener una mayor comprensión del efecto que les ha producido realizar una terapia grupal por videoconferencia durante el confinamiento.

La percepción de los entrevistados sobre el grupo virtual es que lo encontraron positivo por el hecho de no poderse reunir presencialmente durante el confinamiento siendo esta

la ventaja más comentada por todos. Otras ventajas que encontraron fue el hecho de no tenerse que desplazar, concordando con las ventajas propuestas por González, (2018), Miró, (2007) y Kornienko, (2020). Por otro lado, los inconvenientes que mencionaron fue no poder estar en contacto con los otros y lo que significaba esto, estar confinados. La relación que tenía cada uno de ellos con la tecnología en cuanto al conocimiento y al uso influyó en como percibieron el hecho de hacer la terapia virtual. Los pacientes que habían realizado videoconferencias anteriormente (terapia, clases) se sentían más cómodos a diferencia de los que no estaban habituados al uso de las tecnologías digitales.

El confinamiento para cada uno de ellos tuvo un significado y lo vivieron diferente. Pero ninguno de ellos estuvo emocionalmente decaído, ni los que lo vivieron de forma negativa. Pero sí que influyó en aspectos de la terapia por videoconferencia. Al ser un momento excepcional y estar todos en la misma situación, había una compenetración diferente entre las personas y una exaltación de la sensibilidad, haciendo que el inicio del grupo no fuese solamente terapia, sino que, para la terapeuta, fue una manera de saber cómo estaban y mantener la relación terapéutica, siendo este motivo lo que les motivaba a los pacientes a conectarse. La relación terapéutica, según numerosos estudios, es uno de los factores que determinan el éxito terapéutico (Botella y Corbella, 2011; Castonguay *et al.* 1996; Valdés *et al.* 2005). No se podía ver a nadie y la videoconferencia les permitió cierto acercamiento personal que supuso un efecto tranquilizador y un alivio, ya que era un espacio donde hablaban con otras personas sobre su día a día y se podían respaldar. Para algunos participantes refirieron sentir una calidez diferente en el hecho de verse por videoconferencia durante el confinamiento que no estaba presente de manera presencial. Como plantea Garmendia, *et. al.* (2008) tener un apoyo social ayuda a apaciguar emociones, situaciones difíciles y a prevenir

posibles efectos negativos, siendo estos factores los que los pacientes han referido que ha producido el grupo durante el confinamiento y lo que la terapeuta quería realizar.

La categoría de grupalidad, se basaría en los factores terapéuticos de alianza terapéutica grupal y en sus efectos terapéuticos, veremos cómo según sus vivencias el online ha podido influenciar a alguna de estas categorías y como la influencia de estas ha influenciado al grupo (Botella y Corbella, 2011; Castonguay et al. 1996; Colli y Zaldívar, 2002; Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008; Johnson et al. 2005; Martínez-González et al. 2018; Vaimberg, 2012; Valdés et al. 2005; Vinogradov y Yalom, 1996).

Las subcategorías que se vieron beneficiadas por la decisión de la terapeuta de llevar a cabo el grupo por videoconferencia fueron la cohesión grupal y el compromiso puesto que era la continuación de una terapia que ya llevaba tiempo funcionando hizo que estas subcategorías se reforzaran. Les ayudó a seguir con el objetivo del grupo y a seguir conectados con el tratamiento, como refiere la terapeuta si se hubiese interrumpido durante tanto tiempo la terapia grupal, con la facilidad que hay en los pacientes de cocaína por abandonar el tratamiento algunos hubiesen podido perder el compromiso y recaer (García, 2006; Secades y Fernández, 2000). Se tiene que tener en cuenta las circunstancias ya que, como refiere la terapeuta si no se hubiesen conocido, quizá, el grupo por videoconferencia no hubiese funcionado tanto y, como comentó el paciente PIH, por videoconferencia se perdía cierto compromiso al grupo. En cuanto al apoyo mutuo, el aprendizaje, la universalidad y la contención no mencionaron ninguna diferencia entre las dos modalidades, solo lo diferenciaba el hecho de no estar juntos presencialmente en el formato virtual.

El interés predominante era por saber cómo estaban los otros, por las circunstancias del momento, pero en cuanto a estar atentos a lo que los otros contaban o estar atentos a la sesión plenamente, cambiaba. Los pacientes masculinos se distraían mucho más,

(mirándose por la pantalla, levantándose), pero la otra paciente mujer y la terapeuta notaron que había mucha atención puesta en las sesiones. Por tanto, parece ser que el interés primordial era por las circunstancias, y no tanto de manera “terapéutica” siendo el factor novedad una facilidad de distracción.

A la subcategoría de clima grupal, también hubo dos visiones y curiosamente, también fue distinto de los hombres a las mujeres. Para los hombres hubo un clima más frío por la distancia física y referían que no había la energía que se genera en la terapia presencial por la presencia de los otros; en cambio para las mujeres (T) y (P3M) les pareció más cálido, pero también, por el hecho de estar confinados y porque ellas disponían de un sitio en casa para hacerlo en el que se sentían muy a gusto.

En cuanto a la subcategoría de cercanía emocional también hubo dos visiones. Al igual que el interés por los otros, la cercanía emocional producida durante las videoconferencias era a causa el confinamiento, ya que había una sensibilidad diferente. La terapeuta refiere que se conectaba desde un lado más personal y se sentía muy cerca de ellos (por la situación). Pero por la parte terapéutica, ella sentía que se tenía que hacer un *plus*, ser más cálida, para hacerse llegar de otra manera compensando la distancia física. Refería que la parte emocional, coincidiendo con la mayor parte de pacientes, se percibe mucho más en presencial y que llegar a los otros de manera virtual sincrónica parece más difícil. De hecho, refería que le daba miedo no percatarse del todo de cómo estaban los pacientes emocionalmente e incluso, si había momentos de alta intensidad emocional sentía que no podía contenerlos tanto por el hecho de no poder estar a su lado (Trujillo, 2005).

Aunque la videoconferencia, es el método virtual que se parece más a la presencialidad no deja de tener ciertas perturbaciones en cuanto a la comunicación. Los pacientes y la

terapeuta referenciaron como factores perturbadores los efectos de la falta de sensación de la presencia del otro por el medio virtual, la falta de aspectos no verbales, los turnos de palabra y la posibilidad de omitir cierta información.

Todos estos aspectos han sido relacionados entre ellos, perjudicando la fluidez de la conversación y la profundización de esta. La pérdida de fluidez es debida como menciona la terapeuta a que, de manera virtual, no se pueden interrumpir entre ellos porque los ruidos que se generan en internet hacen que se haga incómodo, y, por tanto, se debe mantener un orden en la conversación dificultando fluidez natural como la que se genera cara a cara. O'Conaill y Whittaker, (1993) describieron que las interferencias en la conectividad provocaban una menor comunicación espontanea. Aunque este factor para una paciente resultó ser beneficioso para poder escuchar correctamente a la persona individualmente.

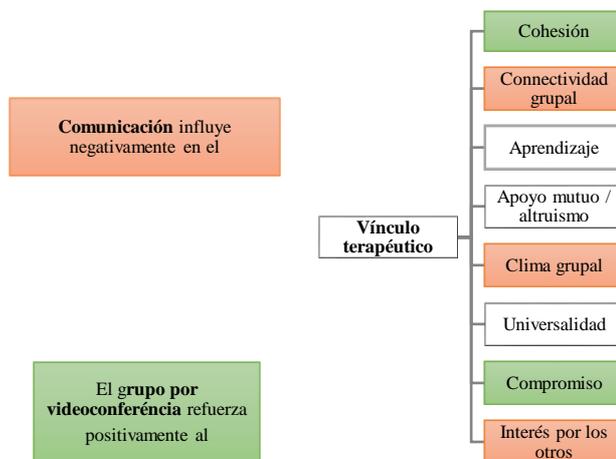
La falta de visión de aspectos de la comunicación, como la parte no verbal, en la terapia virtual perjudicaba la terapia en cuanto a la parte más emocional del discurso, ya que, la persona podía contar una cosa, pero no llegaba con la misma intensidad a los compañeros, provocando no poder identificar las intenciones reales que tenía el otro y, dificultando la profundización en la conversación. El no poder identificar las intenciones reales y las emociones más escondidas producía cierta desconfianza, no en el discurso de cada uno, sino en el hecho de que se podía estar escondiendo hechos y/o manipulando la información que se transmitía, además no poderlas identificar les dificultaba incidir y profundizar en el problema. Por otro lado, la sensación de no percibir que el otro estaba detrás de la pantalla provocaba una sensación de extrañez (que con el tiempo se podría modificar), una atención más ligera y una menor exposición personal.

La influencia de la comunicación es muy importante en la alianza terapéutica (Herane y Molina, 2017), por esto, en este estudio se he relacionado estas dos categorías. La comunicación por videoconferencia ha afectado a la alianza terapéutica en cuanto al interés por los otros, al clima grupal, a la cercanía emocional y a la sensación de presencia del otro.

La falta de comunicación no verbal hace que sea más difícil percatarse de las emociones reales e intenciones del otro, poniendo una barrera en la cercanía emocional, sintiendo que las historias contadas por los otros no llegan tanto en cuanto a la parte emocional y a la potencia de los mensajes. Se tiene la sensación que lo que cuenta uno mismo tampoco llega al grupo con la misma intensidad, pudiendo provocar una conversación menos profunda. Uno de los miedos de la terapeuta era no poder contener, llegar a la persona como sí se puede de manera presencial ante un desbordamiento emocional, dando a entender que la presencialidad de forma online no tiene tanta potencia que estar cara a cara y que sobretodo, en adicciones, hay una necesidad más elevada de estar en persona con ellos. Esta sensación de poca presencia del otro también se ve en el interés hacía el otro de una manera terapéutica, ya que hay un grado mayor de desconexión y una sensación de extrañeza. La percepción en cuanto a la intervención por la terapeuta, no fue distinta según refirieron los pacientes, solo cambiaba este 15% que mencionan varios que faltaba en el grupo por videoconferencia.

En conclusión, realizar la terapia en línea en un momento que no se podía hacer de otra forma fue un beneficio para mantener la cohesión grupal y el compromiso del grupo. Se ha identificado, a partir de las percepciones del grupo, que los aspectos carentes/distorsionadores de la comunicación en línea influyen negativamente en ciertos factores de la relación terapéutica, clima grupal, interés por los otros, cercanía emocional y conectividad grupal, pudiéndola perjudicar a largo plazo.

Tabla 5. Mapa relacional



Nota: elaboración propia. En este esquema se muestra la influencia negativa de la comunicación (en rojo) al vínculo terapéutico y el refuerzo positivo del grupo por videoconferencia al vínculo terapéutico (en verde).

Como co-terapeuta en la terapia grupal en línea pude observar que las conversaciones eran del día a día, pero sin llegar a profundizar tanto. Pero también pienso que al cabo del tiempo hubiesen profundizado igual que en lo presencial. El hecho de estar confinados hacía que no tuviesen tantos estímulos exteriores para consumir (no había bares abiertos y era más difícil contactar con otras personas) pero cuando se fue acercando la apertura de bares entonces empezó a crecer la ansiedad dentro del grupo y ellos mismos referían necesitar más contención, necesitaban los controles de orina y volver a la presencialidad. Pues aquí se observa como presencial en cuanto a tratamiento de adicciones es más fuerte, que no quiere decir que no sea efectivo de forma virtual, pero en personas con dependencia a la cocaína, que de por sí es complicada la adherencia al tratamiento, el hecho de ir presencialmente ya es un esfuerzo que están haciendo para ellos mismos. Incluso para mí, como co-terapeuta, el hecho de ir presencial me hacía tenerlo más presente, que no por videoconferencia que

era más fácil poder olvidarlo. Y en cuanto a prestar atención, una de las cosas que noté es que, cuando estábamos realizando la terapia virtual yo recogía casi textualmente lo que decía cada uno, por tanto, no estaba atenta a ellos, a su comunicación no verbal, en cambio, cuando volvimos a la presencialidad esto no pude hacerlo, necesitaba mirarlos y escuchar activamente lo que decían, escuchar lo verbal y lo no verbal e iba escribiendo cosas puntuales. Daba la sensación que estar escribiendo gran parte de la sesión presencial podía hacerles pensar que no les estaba escuchando atentamente o que no me interesaba realmente lo que decían, pero en el formato virtual sincrónico esto no pasaba porque no se nota tanto la presencia de los otros.

Entre las limitaciones del estudio comentar que se realizó tiempo después de haber terminado el formato en línea pudiendo distorsionar su manera de verlo y de recordar su vivencia. Al hacerlo después, dos de los integrantes del grupo, que eran los que por videoconferencia estaban más inestables, recayeron y no se pudo recoger su vivencia. No se ha podido comparar los resultados con estudios específicos, por tanto, para obtener resultados más fiables se tendría que repetir con más muestra, haciendo una observación más precisa, realizando entrevistas antes de empezar el grupo por videoconferencia y justo al acabar y hacer un seguimiento más exhaustivo.

Agradecimientos

A mi tutor del centro de prácticas, Armando Tirado por ayudarme a focalizar y a aclarar las ideas del proyecto de máster.

A la terapeuta del grupo Ana Gil, quien me animó a hacer este estudio y me ayudó en el proceso, aparte de darme su valiosa visión y conocimiento.

Y por supuesto, a los pacientes que participaron en este estudio y me dieron su tiempo y su opinión. En especial a la (P3M), que estaba luchando contra el cáncer y falleció a principios de este año, pero siempre con su positivismo y dejándome un mensaje, registrado en la entrevista, muy valioso sobre la vida.

Referencias

- Ambrosio Flores, E. (2003). Vulnerabilidad a la drogadicción. *Adicciones*, 15(3), 187-190. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.426>
- American Psychiatry Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Madrid: Panamericana
- Andrade-González, Nelson, & Fernández-Liria, Alberto. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI): psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524-533. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Andréu, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión Actualizada. Documento de trabajo, S2001/03
- Angélica, S., & Ballén, G. (2018). *Una revisión de la literatura*.
- Báez, C. (2000). *La comunicación efectiva*. <https://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/handle/123456789/238>. Ed.1
- Bermúdez Chaves, M. (1986). Aplicación del análisis de contenido a la entrevista. In *Ciencias Sociales* (Vol. 33, Issue 1, pp. 135–143).
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21–33.
- Colli, M., & Zaldívar, D. (2002). Factores curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados. *Adicciones*, 14(3), 381. <https://doi.org/10.20882/adicciones.493>
- Cortés Bejarano, F., Guislain Ribas, P. F., & Quesada Campos, J. V. (2019). Efectos cardiovasculares en usuarios de cocaína. *Revista Medica Sinergia*, 4(5), 5–14. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.222>
- Del Pozo, L e Iraguri, I. (2008) Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos*. 10(4); 252-74.

- Echeverría, G. (2005). Apuntes Docentes de METODOLOGIA DE INVESTIGACION ANALISIS. *Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Psicología.*, 1–38.
- Estopiñán, P., Pérez, A., Sacristán, P., & Paricio, C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*, 21(1), 15-20. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.247>
- Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J.J., y Marina González, P.A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A longterm follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22-29.
- Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008. Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Rev. Méd Chile*; 136: 169-178 Chile; Santiago
- Gómez, R. (1977). Psicoterapia de grupo , principios básicos y aplicaciones. *Psiquiatría- Paidopsiquiatría*, 1–21.
- González Ballén, S. A. (2018). *Intervención psicoterapéutica online. Una revisión de la literatura.* 1–44.
- Horcajadas, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, Llorente, López, *et al*, 2010. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Ibáñez, J.(1992) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica.* Madrid: Siglo XXI Editores.
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310–321. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.310>
- Kornienko, P. (2020). Aspectos específicos sobre la conducción de grupos terapéuticos en un entorno online. Grupos, Escuela Psicodrama. E-Book
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). Informe Europeo sobre Drogas. In *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.*
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). *Informe 2018.* EDADES. Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Interior.
- O’Conaill, B., Whittaker, S., & Wilbur, S. (1993). Conversations over video conferences: An evaluation of the spoken aspects of video-mediated communication. *Human Computer Interaction*, 8, 389–428.
10.1207/s15327051hci0804_4

- Ochoa, E., Ram, H.U., & Km, C.C. (1914). Trastornos psiquiátricos en dependientes de cocaína. *Servicio de Psiquiatría.Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*
- Lizasoáin, I., Moro, M, A, & Lorenzo, P. (2002). Cocaína: aspectos farmacológicos. Monografía cocaína. *Adicciones; 13*: 36-46. [10.20882/adicciones.513](https://doi.org/10.20882/adicciones.513)
- López- Aranguren, E. (2003). El análisis de contenido tradicional. En F. García; Ibáñez y F. Alvira (Coords). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 555-575). Madrid: Ed. Alianza.
- López, A., & Becoña, E. (2009). El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles del Psicólogo, 30*(2), 125-134.
- López, A., & Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología, 22*(2), 205–211.
- Martínez-González, José M., Vilar-López, Raquel, & Verdejo-García, Antonio. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud, 29*(1), 1-8. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a1>
- Menéndez, G. (2000) Manejo del paciente con dependencia a la cocaína. *Trastornos adictivos, 2*(2):122-132.
- Mieles, M, D., Tonon, G., Alvarado, S. (2012). (Cualitativa) *Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. 4807*(201212), 195–226. <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n74/n74a10.pdf>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). La entrevista motivacional preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Estrategia Nacional Sobre Adicciones. Ed. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Miró, J. (2007). Psicoterapia y Nuevas Tecnologías. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, *81*, 15-19.
- Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., López-Lazcano, A., & Lligoña, A. (2020). Addictions: Old group psychotherapies (gp) and new patients. *Adicciones, 32*(3), 225–227. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1355>
- Rivera, J. (2005). Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas. *Revista de antropología experimental, 4*, 13.

- Romero, Mayoral y Triviño, 2016. Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2):72-8
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom, J., & Casas, M. (2011). *Psicothema*, 23(1), 107–113.
- Sánchez-Hervás, E., Molina Bou, N., Del Olmo Gurrea, R., Tomás Gradolí, V., & Morales Gallús, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 237–243. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(01\)78570-4](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(01)78570-4)
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V., & Marales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159–166. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70159-2)
- Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353. <https://doi.org/10.20882/adicciones.646>
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R., y Arnáez-Montaraz, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Subst Use & Misuse*, 39, 1369-1378.
- Trujillo, A. (2005). Nuevas tecnologías y psicología. Una perspectiva actual. *Apuntes de Psicología*, 23, 321- 335.
- Vaigmborg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo, Psicoterapia de grupo on line. Teoría, técnica e investigación*. Octaedro Psicoterapias.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarría, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R., & de la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psykhé (Santiago)*, 14(2), 3-18. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Fernández Calderón, F., Verdejo García, A., Betanzos Espinosa, P., Bilbao Acedos, I., & Pérez García, M. (2013). Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica. *Adicciones*, 25(2), 128. <https://doi.org/10.20882/adicciones.60>
- Vinogradov S, & Yalom, I.D. (1996)- *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

ANEXO 1. CATEGORÍAS

categoria	subcategorias	significado
Variables demográficas		
	<i>Edad</i>	Conocer la edad del entrevistado
	<i>Género</i>	Información sobre el género de los entrevistados
	<i>Estudios</i>	Nivel de estudios alcanzados por los entrevistados
	<i>Profesión</i>	Nos sirve para ver en que ámbito laboral están. Puede tener relación con las tecnologías y con no estar en casa en el confinamiento.
	<i>Tiempo en el grupo antes del confinamiento</i>	Para ver cuánto tiempo hacía que se conocían entre ellos.
Variables confinamiento	Información sobre cómo han estado en el confinamiento. Sirve para conocer características de la vivencia del confinamiento relevantes para el estudio.	
	<i>Convivencia</i>	Permite saber el acompañamiento social que se ha tenido o si se ha estado más solo.
	<i>Actividades y Movilidad</i>	Conocer si han tenido aficiones, hobbies que les haya podido distraer y entretener. Nos informa sobre si se han estado moviendo durante el confinamiento, ya sea por no cumplirlo, por trabajo u otros asuntos, o bien, ha sido un confinamiento total en casa.
	<i>Vivienda de confinamiento</i>	El sitio donde hayan pasado el confinamiento es importante por si se han podido sentir muy cerrados o han tenido espacio para evadirse, andar, privacidad.
	<i>Capacidad de adaptación</i>	Al ser una situación excepcional es importante la capacidad de adaptación para que no haya un desbordamiento emocional. Servirá para conocer la gestión emocional que han tenido y su adaptación, innovación a un confinamiento.
	<i>Craving/pensamiento consumo</i>	Veremos si han tenido ansiedad o pensamientos de consumo, ya que nos servirá para evaluar el impacto del grupo online.
	<i>Vivencia del confinamiento</i>	Nos aporta información de cómo han vivido el confinamiento, como ha influido en sus vidas, a sus sentimientos, satisfacción, afrontamiento, etc.
Relaciones interpersonales	Nos aporta información de cómo es la persona, su percepción de sí misma en verso a los demás. Es importante pues tiene un gran peso en cómo se relacionará en el grupo.	
	<i>Personalidad extrovertida</i>	Características de una persona extrovertida; ser abierta con otras personas, no sentir vergüenza, hablar mucho, le gusta estar con gente.
	<i>Personalidad introvertida</i>	Tímida, vergonzosa, pocas redes sociales.
	<i>Atento</i>	Una persona atenta es ser cortés, le gusta complacer a la gente y es servicial. Es prudente y respetuoso.
	<i>Altruista</i>	Es la persona que ayuda a los otros de manera desinteresada.
Grupo virtual	El grupo se empezó a hacer con videoconferencias por el hecho de que nos confinaron y por tanto no se podía hacer de otra manera. Fue una respuesta a una situación inusual	
	<i>ventajas</i>	Conocer que ventajas más objetivas pueden encontrar al grupo online.

	<i>inconvenientes</i>	Conocer los inconvenientes más objetivos. Que ven ellos y creen que puede afectar en el vínculo y en ellos personalmente.	
	<i>intimidad</i>	Servirá para conocer si en el grupo virtual tenían suficiente confidencialidad para poder hablar tranquilamente.	
	<i>setting</i>	Conocer los lugares donde se ponían cada uno de ellos para hacer la terapia y la influencia que tenía en ellos. Número de personas. Visión de las personas en la pantalla	
	<i>Motivación repetir online</i>	Conocer que haría volver a repetir un grupo virtual en la terapeuta y si los pacientes tendrían motivación para volver a hacerlo.	
Grupo presencial al salir del confinamiento			
	<i>ventajas</i>	Conocer que ventajas ven a la hora de volver al grupo presencial, que cambios han visto a positivos.	
	<i>inconvenientes</i>	En la nueva normalidad hay cambios sociales, ver que inconvenientes ven al hacerlo presencial como les perjudica. Y saber que inconvenientes más objetivos les afecta.	
	<i>setting</i>	Conocer el sitio donde están y como están situados.	
	<i>Motivación volver presencial</i>	Que les ha motivado a volver al grupo presencial.	
Dimensión	categoría	Subcategoría	significado
Vínculo terapéutico	El vínculo grupal está configurado por la relación terapeuta-grupo, grupo-grupo y paciente-grupo. Es importante conocer estos vínculos habiendo cambiado el formato. Aquí conoceremos que creen que ha cambiado en el vínculo en virtual respecto a lo presencial y ver cómo les ha influenciado en su tratamiento.		
	Comunicación	Ayuda a dar a conocer a otros nuestros pensamientos, sentimientos y necesidades y nos permite comprender a los de los demás. Dentro de los grupos toda reacción es una manera de comunicación, pero no se convierte completamente en una comunicación si no se percibe que se ha producido un efecto en el receptor.	
		<i>No verbal</i>	Ver la importancia que tiene para ellos el lenguaje no verbal y ver cómo les ha cambiado en el formato online. Ver síntomas psicósomáticos (morderse las uñas, moverse de la silla, etc.)
		<i>Expresión y Sentirse cómodo</i>	Ver si se han sentido cómodos a la hora de explicar sus vivencias a través de una pantalla, utilizando internet para su tratamiento.
		<i>Turnos de palabra</i>	Tener respeto a la hora de escuchar a alguien. No cortar a las personas mientras hablan, esperar a hablar. Cuando se corta a una persona puede significar que no se presta el suficiente interés en lo que dice, veremos si en online esto ocurre.
		<i>Presencialidad</i>	Veremos si los pacientes cuando hablaban se sentían escuchados por los otros miembros (de manera virtual) o si por el contrario tenían la sensación de vacío, de no haber nadie al otro

			lado.
		Mensaje	Los mensajes no son solamente el significado literal, sino que tienen una intención y un sentido que nuestro interlocutor quiere hacernos llegar. En el mensaje aparece la intensidad con la que se quiere decir las cosas (emocionales, enfados, hablas indirectas). Y este mensaje nos hace llegar al otro. En este estudio nos servirá para ver si ha cambiado la forma de recibir los mensajes de los pacientes.
		<i>Encubrir contenido</i>	No expresar también es una forma de comunicar. Incluso engañar también lo es, veremos de qué manera se puede emitir información en la terapia virtual.
	Grupalidad		
		<i>cohesión</i>	En la cohesión vemos si el grupo va hacia un mismo objetivo, si tienen la sensación de “nosotros”.
		<i>Clima grupal</i>	Conocer como sentían al grupo de manera virtual. Para ver de qué manera les influenció en el tratamiento. Si sintieron que había calidez o por el contrario notaban un clima más frío.
		<i>Comprensión</i>	Ver en qué grado sentían que el grupo los entendía y los aceptaban.
		<i>Compromiso</i>	El compromiso terapéutico se crea a partir de unas “normas”, si la persona sigue estos límites es que está comprometido (asistir al grupo, abrirse, participar).
		<i>Interés por los otros</i>	Nos ayudará a entender como estaban conectados a los otros miembros del grupo, si tenían una escucha atenta o por lo contrario les costaba seguir con la conversación por distracciones.
		<i>Aprendizaje</i>	Ver si los pacientes adquieren conocimientos sobre nuevas cosas, reciben consejos, obtienen guía e intentan influir sobre otros miembros del grupo.
		<i>Apoyo mutuo, altruismo</i>	Las acciones de los miembros sirven de ayuda para otros. Ver si es valioso para ellos dar a los demás. Espíritu de grupo tienen, necesidad de ayudar y de recibir ayuda. Ayudar a los demás les hace sentirse útiles y les hace aumentar la autoestima.
		<i>Contención</i>	Servirá para conocer que cuando un integrante del grupo está en una situación emocional complicada o

			situación de <i>craving</i> el grupo contiene emocionalmente (apacigua su estado anímico).
		<i>Cercanía emocional</i>	Sentir a los miembros no tan de manera racional sino más emocional, tener un vínculo cercano.
		<i>Tener presente al grupo a diario</i>	Cuando te sientes parte de un grupo, cuando hay ciertas circunstancias o en el día a día, puede ser que lo tengas presente como una manera de apaciguar las circunstancias. Así pues, veremos de qué manera tenían presente al grupo
	<i>Influencia del confinamiento en el grupo virtual</i>	<i>El confinamiento fue un cambio radical en la vida de las personas y este cambio radical podría haber influenciado en cómo se vivió el grupo. Exaltación de la sensibilidad Reforzar más el vínculo Conciencia del otro= reforzar abstinencia</i>	
	<i>Conocimiento tecnológico</i>	<i>Uso de tecnologías Uso de aplicaciones de videollamadas Conocimiento / manejo de tecnologías</i>	

ANEXO 2. Consentimiento informado

Formulario de consentimiento

Hoja de información para los participantes

Proyecto de investigación: Evaluación de la realización de la terapia online durante el confinamiento en el grupo de cocaína.

Investigadora principal: Cecilia Solsona Sandoval
Trabajo Final de Master en Psicología General Sanitario.

Estimado participante, estimada participante,

Solicito vuestra participación como paciente en este proyecto de investigación que estoy realizando para el Trabajo final de Máster. Antes de decidir si os gustaría participar, es importante que sepáis porque se está haciendo este trabajo.

Vuestra participación en este estudio es totalmente voluntaria. Podéis decidir si queréis participar o no. En el caso de decidir participar, podéis parar vuestra participación en cualquier momento y obtener todas vuestras dadas de la investigación.

El objetivo de este proyecto es conocer vuestra vivencia en el hecho de haber asistido a la terapia en grupo online durante el confinamiento. Saber cómo lo habéis vivido y como os benefició o perjudicó. Otro objetivo será conocer que diferencias encontráis al realizar el grupo online y el grupo de manera presencial.

El estudio se realizará a los pacientes que asistieron al grupo terapéutico online durante el confinamiento del grupo de cocaína del CAS HORTA-GUINARDÓ. Se realizará a partir de una entrevista que podrá ser realizada de manera presencial como virtual (telefónicamente o por videoconferencia). Estas entrevistas requerirán ser grabadas en audio para fines de análisis.

Los datos personales que se obtengan serán necesarias para cubrir las finalidades del estudio. En ningún lugar del estudio saldrá vuestro nombre, y la identidad no se revelará a ninguna persona.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES ADULTOS
ACEPTACIÓN VOLUNTÁRIA DE PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nombre y apellido del participante,

Acepto libremente mi participación en el proyecto de “Evaluación del beneficio y la experiencia subjetiva percibido por los miembros del grupo de Cocaína del CAS d’Horta-Guinardó, de la terapia por videoconferencia realizada durante el confinamiento”.

He estado informado por:

.....
.....

Afirmo que:

- He leído la hoja de información.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He entendido que la participación es voluntaria.
- He entendido que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin haber de dar explicaciones.

Data y signatura del participante:

Data y signatura del investigador:

