

Percepción de la tolerancia al distanciamiento social a lo largo del estado de alarma: estudio descriptivo en profesionales sanitarios y pacientes con trastorno mental grave.

Perception of tolerance to social distancing throughout the state of alarm: a descriptive study in health professionals and patients with severe mental disorder.

Olalla Varela Besteiro, Psicóloga Clínica*.

Vanesa Corella Bazaco, Médico Psiquiatra*.

César García Lemos, Diplomado en Terapia Ocupacional*.

Rosario Montero Barrado, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería*.

Silvia Elena Mejía Cardona, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería*.

* Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR), Clínica San Miguel – Hermanas Hospitalarias, Madrid, España.

Resumen: La Organización Mundial de la Salud sugirió medidas de distanciamiento social para la contención y mitigación de la velocidad de propagación de la enfermedad COVID-19. En la presente investigación tenemos como objetivo describir la percepción de tolerancia a diferentes condicionantes relacionados con el distanciamiento social en situación de estado de alarma, en un grupo formado por pacientes y profesionales de una Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR); así como, nos proponemos describir si existen diferencias significativas entre estos momentos temporales para cada grupo. Fueron evaluados 17 pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno mental grave y 10 profesionales de la unidad mediante un cuestionario ad hoc heteroadministrado. Los resultados indican que el grupo de pacientes tiene mayores dificultades para tolerar no salir a los 45 días, ambos grupos refieren bastante dificultad para tolerar no relacionarse con personas externas a la unidad y/o domicilio, así como para tolerar no ser partícipes de espacios grupales (terapéuticos o sociales). Sin embargo, el grupo de pacientes tolera adecuadamente a lo largo del tiempo no mantener contacto físico con otras personas en comparación con los profesionales. Se observan diferencias entre los diferentes momentos temporales para determinadas condiciones en el grupo de pacientes, no resultando así para el grupo de profesionales. Tanto en el grupo de pacientes como de profesionales, se evidencia dificultad para tolerar diferentes situaciones que impliquen distanciamiento social, siendo necesario poder plantearse protocolos de intervención en situaciones de alerta sanitaria, específicos según el tipo de población, que tengan en cuenta los aspectos anteriormente descritos.

Palabras clave: distanciamiento social, COVID-19, trastorno mental grave, profesionales sanitarios.



Summary: The World Health Organization suggested social distancing measures for the containment and mitigation of the speed of spread of the COVID-19 disease. In this research we aim to describe the perception of tolerance to different conditioning factors related to social distancing in a state of alarm, in a group made up of patients and professionals from a Psychiatric Hospitalization, Treatment and Rehabilitation Unit (UHTR); as well as, we propose to describe if there are significant differences between these time moments for each group. Seventeen hospitalized patients diagnosed with severe mental disorder and 10 professionals from the unit were evaluated using a hetero-administered ad hoc questionnaire. The results indicate that the group of patients has greater difficulties to tolerate not going out after 45 days, both groups report enough difficulty to tolerate not relating to people outside the unit and / or home, as well as tolerating not being part of group spaces (therapeutic or social). However, the group of patients adequately tolerates over time not maintaining physical contact with other people compared to professionals. Differences are observed between the different time points for certain conditions in the group of patients, not being so for the group of professionals. Both in the group of patients and professionals, there is evidence of difficulty in tolerating different situations that involve social distancing, and it is necessary to be able to consider intervention protocols in health alert situations, specific to the type of population, taking into account the aspects previously described.

Key words: social distancing, COVID-19, severe mental disorder, health professionals.

Introducción

El 7 de enero de 2020 las autoridades chinas identificaron un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* como causante de un brote de casos de neumonía ocurridos en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei. El virus se ha denominado SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19 (1).

En España, el primer caso de coronavirus se detectó el 31 de enero de 2020 en la Isla de la Gomera, siendo el 24 de febrero cuando se detectaron los primeros casos en la Península. El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de coronavirus como pandemia (2), y tres días después el Gobierno de España decretó el estado de alarma en todo el territorio nacional por un periodo de quince días para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por la COVID-19, prorrogando el mismo cada quince días, manteniéndose vigente en el mes de mayo (3).

Una de las medidas que se disponen en el decreto de estado de alarma implica la limitación de libertad de circulación de las personas, por el cual se restringe el uso de vías o espacios de uso público, únicamente para la realización de acti-

vidades determinadas y que deberán realizarse individualmente (4). Asimismo, esta pandemia ha traído esfuerzos sin precedentes para instituir la práctica de distanciamiento físico en países de todo el mundo, lo que resulta en cambios en los patrones de comportamiento y funcionamiento habitual del día a día en múltiples contextos y poblaciones (5). Específicamente, en hospitales especializados en población psiquiátrica, la COVID-19 ha implicado diferentes reformas y desafíos en relación a la gestión, estructura e intervenciones a llevar a cabo (6-8).

El aislamiento social, “vivir sin compañía, apoyo social o conexión social”, se ha identificado como un fuerte predictor de morbilidad y mortalidad a largo plazo en población general, comparable a factores de riesgo establecidos como hipertensión, diabetes, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol (9).

La Organización Mundial de la Salud sugirió el aislamiento social, limitación de la movilidad, o cuarentena de la población, como la estrategia más efectiva en la contención y mitigación de la velocidad de propagación de la infección COVID-19

y evitar el colapso de los sistemas estatales de salud (10). No obstante, las condiciones que propician el aislamiento social se configuran como un estresor no normativo que incrementa la posibilidad de presentar por primera vez problemas mentales, o la exacerbación o recurrencia de trastornos mentales preexistentes (11). Las personas con trastornos mentales graves pueden ser particularmente vulnerables dado que a menudo informan de redes sociales empobrecidas y menor apoyo social (9, 12).

Teniendo en cuenta estos aspectos, en la presente investigación nos proponemos describir, en tres momentos temporales diferentes a lo largo de 45 días, la percepción de tolerancia a diferentes condicionantes relacionados con el distanciamiento social y experimentados en situación de estado de alarma, en una muestra conformada por pacientes y profesionales de una Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR). Los condicionantes seleccionados son: no poder salir, ausencia de relación implicando presencia física, ausencia de contacto físico con otros, y, finalmente, no poder ser partícipe de espacios grupales. Nos preguntamos si el grupo de pacientes presenta una percepción de tolerancia diferente a la de los profesionales para estos condicionantes en cada uno de los momentos temporales de evaluación, así como si existen diferencias en la percepción entre estos momentos temporales, tanto en el grupo de pacientes como en el de profesionales.

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo de una muestra conformada por pacientes y profesionales de una Unidad de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica (UHTR) integrada en la Red de Salud Mental y Rehabilitación de la Comunidad de Madrid.

Muestra

Fueron evaluadas un total de 27 personas, de las cuales el 63% (n=17) fueron pacientes ingresados en la unidad y el 37% (n=10) fueron profesionales. Todos los pacientes estaban diagnosticados de trastorno mental grave (13),

específicamente el 70,6% (n=12) tenían un diagnóstico principal de trastorno psicótico, y el 29,4% (n=5) de trastorno de personalidad (diagnósticos acordes a los criterios DSM-IV-TR (14)). Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes: estar vinculado de manera presencial a la unidad como paciente o profesional en el periodo de estado de alarma, tener la capacidad de juicio de realidad conservada en el periodo de evaluación, y manifestar la conformidad para participar en el estudio mediante consentimiento informado escrito. Se excluyeron del estudio a pacientes que han realizado el confinamiento, parte o total del mismo, en su domicilio.

Procedimiento

La evaluación, en forma de entrevista semiestructurada en la que se utilizó un cuestionario ad hoc heteroadministrado, fue llevada a cabo por parte de la psicóloga clínica especialista de la unidad. La evaluación fue realizada en tres momentos diferentes del periodo de estado de alarma, decretado el 14 de marzo de 2020: el primer momento temporal (T1) fue a los 5 días desde el comienzo del decreto, el segundo (T2) a los 16 días, y el tercero (T3) a los 45 días.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada mediante cuestionario heteroadministrado elaborado ad hoc por los autores, para la medición de la percepción de tolerancia a diferentes condicionantes relacionados con el distanciamiento social inherentes a la situación de estado de alarma. El enunciado del cuestionario fue el siguiente: "Evalúa cómo es tu tolerancia ante las siguientes situaciones relacionadas con el estado de alarma", el cual debía ser contestado con respuestas diseñadas en una escala de 3 puntos de tipo Likert que va de 0 a 3 según la intensidad (0 = *No me afecta*; 1 = *Lo tolero con algo de dificultad*; 2 = *Lo tolero con bastante dificultad*; 3 = *No lo tolero en absoluto, me está desbordando*).

Se llevó a cabo la medición de diferentes variables entre las que hemos seleccionado para este estudio las siguientes: 1. *No poder salir* (SALIR) (con respecto a pacientes refiriéndose a no poder salir del recinto hospitalario, para profesionales



refiriéndose a no poder salir del domicilio, únicamente para actividades básicas justificadas); 2. *No poder relacionarme directamente con más personas que las de cada día* (RELACIÓN) (para pacientes refiriéndose a la ausencia de relación con presencia física más allá de la relación establecida con otros pacientes y profesionales de la unidad, para profesionales refiriéndose a la ausencia de relación más allá de la establecida con pacientes, otros profesionales de la clínica, y convivientes en el domicilio); 3. *No poder tener contacto físico con los demás* (CONTACTO) (para profesionales refiriéndose al contacto físico más allá del establecido con los convivientes); 4. *No poder realizar actividades grupales* (GRUPOS) (para pacientes refiriéndose a espacios terapéuticos de tipo grupal, para profesionales, a espacios sociales de tipo grupal).

Análisis estadístico

El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS v.22. Para la descripción de prevalencias para el grupo de pacientes y el grupo de profesionales, y en cada uno de los momentos temporales, se utilizaron tablas de contingencia, así como el estadístico chi cuadrado para analizar diferencias significativas entre variables nominales, y el no paramétrico U de Mann-Whitney para analizar las diferencias en variables ordinales. Se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para determinar las diferencias entre los diferentes momentos de evaluación para cada grupo.

Resultados

Características sociodemográficas

Para el grupo de pacientes la edad estuvo comprendida entre 22 y 52 años (Media: 37,41; DE: 8,55), y para el de profesionales entre 29 y 48 años (Media: 39,50; DE: 6,88).

En cuanto a la variable sexo, en el grupo de pacientes el 47,1% (n=8) fueron hombres y el 52,9% (n=9) fueron mujeres, y en el de profesionales el 40% (n=4) fueron hombres y el 60% (n=6) fueron mujeres. No se encontró una asociación significativa entre pertenecer a un grupo específico y las variables edad ($U=75.500$; $p=0,633$) y sexo ($\chi^2=0,127$; $p=0,722$).

Prevalencia de tolerancia en cada momento temporal y diferencias entre grupos

En cuanto a la variable SALIR, en el grupo de pacientes en el primer momento temporal se observó el porcentaje más elevado para la respuesta “algo” (41,2%, n=7), en el segundo momento temporal el mayor porcentaje fue para la respuesta “no me afecta” (52,9%, n=9), y en el tercer momento para la respuesta “algo” (52,9%, n=9). En profesionales, se mantuvo el mayor porcentaje para la respuesta “algo de dificultad” a lo largo de los tres periodos temporales (T1: 80,0%, n=8; T2: 40,0%, n=4; T3: 70,0%, n=7), junto al de la respuesta “bastante dificultad” (40,0%, n=4) en el segundo momento temporal. Se observaron diferencias significativas entre los dos grupos para la variable SALIR en el tercer momento temporal ($p=0,037$) (Tablas 1, 2, y 3).

Para la variable RELACIÓN, en el primer momento temporal el grupo de pacientes obtuvo los porcentajes más elevados para las respuestas “no me afecta” (35,3%, n=6) y “algo de dificultad” (35,3%, n=6). En los momentos temporales posteriores el porcentaje más elevado correspondió a la respuesta “bastante dificultad” (T2: 47,1%, n=8; T3: 58,8%, n=10). Para el grupo de profesionales en el primer momento temporal los porcentajes más elevados fueron para las respuestas “algo de dificultad” (30,0%, n=3) y “bastante dificultad” (30,0%, n=3), manteniéndose está última como la respuesta más prevalente en los dos momentos temporales posteriores (T2: 60,0%, n=6; T3: 50,0%, n=5). No se observaron diferencias significativas en esta variable entre los grupos en ningún momento temporal (Tablas 1, 2, y 3).

Para la variable CONTACTO, en el grupo de pacientes la respuesta “no me afecta” fue la que obtuvo mayor porcentaje en los tres momentos temporales (T1: 70,6%, n=12; T2: 47,1%, n=8; T3: 47,1%, n=8). En el grupo de profesionales, la respuesta más prevalente fue “bastante dificultad” para los tres momentos temporales (T1: 40,0%, n=4; T2: 50,0%, n=5; T3: 40,0%, n=4), junto a la respuesta “algo” (40,0%, n=4) en el último momento temporal. En los tres momentos temporales existieron diferencias significativas entre los grupos para esta variable (T1: $p=0,003$; T2: $p=0,002$; T3: $p=0,037$) (Tablas 1, 2, y 3).

Para la variable GRUPOS, en el grupo de pacientes se observó el porcentaje más elevado en el primer momento temporal para la respuesta “no me afecta” (76,5%, n=13), en el segundo momento temporal para las respuestas “no me afecta” (41,2%, n=7) y “algo” (41,2%, n=7), y en el tercer momento para la respuesta “bastante dificultad” (52,9%, n=9). Para profesionales, el porcentaje más elevado en el primer momento fue para la respuesta “algo” (40,0%, n=4), en el segundo momento para la respuesta “bastante” (50,0%, n=5), y en el tercer momento para las respuestas “algo” (50,0%, n=5) y “bastante” (50,0%, n=5). Existen diferencias significativas entre grupos para esta variable en los dos primeros momentos temporales (T1: $p=0,002$; T2: $p=0,018$) (Tablas 1, 2, y 3).

Diferencias significativas entre momentos temporales según grupo

En el grupo de pacientes se observaron diferencias significativas para la variable SALIR entre los momentos temporales 2 y 3 ($p=0,013$), para la variable RELACIÓN entre los momentos 2 y 3 ($p=0,02$), y 1 y 3 ($p=0,004$), para la variable CONTACTO no se observaron diferencias significativas entre los momentos temporales, y para la variable GRUPOS existieron diferencias significativas entre los 3 momentos temporales (T1-T2: $p=0,014$; T2-T3: $p=0,004$; T1-T3: $p=0,001$). En el grupo de profesionales, no se evidenciaron diferencias significativas entre los diferentes momentos temporales para ninguna variable (Tabla 4).

Discusion

En relación con los objetivos planteados, los resultados indican en primer lugar, que el grupo de pacientes a los 45 días tiene significativamente mayores dificultades para tolerar el no salir que el grupo de profesionales, habiendo referido la mayoría de pacientes en los dos primeros momentos de evaluación, tener leves dificultades o no sentirse afectados, respectivamente. Se ha observado en ciertas poblaciones en diferentes contextos de cuarentena, la probabilidad de experimentar periodos de monotonía y aburrimiento, baja motivación, y necesidad de adaptarse a la convivencia con otras personas, mientras a su vez, se da la separación de amigos y familiares por largos periodos de tiempo (15-17). Teniendo

en cuenta que en diferentes poblaciones con antecedentes psiquiátricos pueden aparecer síntomas clínicos tras un periodo de cuarentena (18), en el grupo de pacientes podría agravarse su vivencia emocional negativa, así como mostrar dificultades para llevar a cabo estrategias de afrontamiento y de regulación emocional adaptativas (19, 20), pudiendo experimentar, por otra parte, baja autoestima, sensación de marginación, incluso un cierto autoestigma, al darse la condición de compartir la mayoría de espacios únicamente con otras personas con patología mental y profesionales sanitarios (21), contribuyendo estos factores, junto a la de estar separados de familia y/u otras personas de confianza, al incremento de dificultad para tolerar no salir tras 45 días de confinamiento. En cuanto al grupo de profesionales, si tenemos en cuenta la condición de exposición a mayor recepción de información sobre la enfermedad, además del propio miedo y realidad de poder exponerse a la misma (22), se podría entender la menor dificultad para tolerar a lo largo del tiempo el hecho de no poder salir, aunque serían necesarias más investigaciones al respecto.

En cuanto a la ausencia de relación -implicando presencia física- con personas externas a la unidad y/o domicilio, ambos grupos presentan mayores dificultades de tolerancia conforme avanzan las semanas, no observándose diferencias significativas en ningún momento temporal. Este resultado podría llamar la atención en el caso del grupo de pacientes si consideramos que algunas personas con trastorno mental grave tienden a vivir alienadas del mundo externo, pudiendo en su grado más extremo sustituir la relación con el mundo externo por la relación con el mundo interno (23). Sin embargo, teniendo en cuenta las múltiples teorías desde diferentes ámbitos de la psicología -entre otras, Fairbairn desde el psicoanálisis relacional-estructural, (24); Norbet Elias desde la psicología social (25), Safran y Segal desde la psicología cognitiva-interpersonal (26)-, e incluso de la neurobiología -Siegel desde la neurobiología interpersonal (27, 28)-, los resultados encontrados van en la línea de lo reflejado por estas aportaciones en las que se describe la importancia de las relaciones interpersonales como factores que modulan la identidad y autoconciencia de la persona, además



de satisfacer la necesidad de pertenencia (29). Específicamente, en población con enfermedad mental grave, se ha visto la importancia de las relaciones sociales en el proceso de recuperación, siendo beneficiosas en términos de llevar a cabo estrategias de afrontamiento saludables y fomentar sentimientos de autoeficacia y autoestima (9, 30, 31).

Los resultados relacionados con la tolerancia a no poder mantener contacto físico con otros, se observan diferencias significativas entre los dos grupos en los tres momentos temporales. La mayoría de pacientes refiere en los diferentes momentos de evaluación una tolerancia adecuada a no poder mantener contacto físico con otros, sin embargo, la mayoría de profesionales muestra bastante dificultad en este aspecto a lo largo del tiempo, a pesar de la oportunidad de cercanía física con las personas convivientes. Acorde con los resultados observados en el grupo de profesionales, existe un consenso científico general con que las personas funcionan y se sienten mejor cuando se sienten cercanos a los demás, estando la cercanía social conceptualizada como una necesidad psicológica fundamental, un nutriente corporal, o un elemento crítico ante el estrés y el afrontamiento (32).

Por otra parte, el espacio personal juega un papel importante en las interacciones sociales, proporcionando una zona de seguridad, la cual, cuando se ve interferida, puede conllevar la percepción de amenaza para la integridad psicológica o biológica del individuo en cuestión. En estados patológicos, particularmente en la esquizofrenia, el funcionamiento normal del mecanismo de defensa de lo que percibimos amenazante puede verse considerablemente alterado, pudiendo llevar a distorsiones en la percepción de la realidad de una amenaza, y por lo tanto recurriendo al distanciamiento y evitación (33). Si tenemos en cuenta además que muchas personas con patología mental grave perciben falta de corporeidad y alteraciones de la imagen corporal (34), junto con un estilo de apego predominantemente evitativo, descrito en diversas investigaciones en este tipo de población (35, 36), podría explicarse en parte la adecuada tolerancia a la ausencia de contacto físico por parte de este grupo.

Con respecto a la necesidad de espacios grupales, se observan diferencias significativas entre

el grupo de pacientes y el de profesionales en los dos primeros momentos temporales, evidenciándose mayor tolerancia a la ausencia de estos espacios por parte de los pacientes. Este grupo podría tolerar mejor en los primeros momentos la ausencia de espacios grupales debido a las dificultades que tienden a experimentar ante estos espacios terapéuticos, en relación tanto a la interacción interpersonal, con tendencia a la evitación de la misma, como a la acentuación de los temores más primarios referidos a perder la individualidad, temores que en mayor o menor medida son inherentes al individuo en grupo (37, 38). A pesar de ello, en el tercer momento temporal se evidencia una menor tolerancia a la ausencia de espacios grupales en el grupo de pacientes, pudiendo este resultado ir acorde con la necesidad de relación evidenciada en los resultados descritos anteriormente, a lo que se podría sumar, entre otras, la necesidad de paliar los sentimientos de soledad que este tipo de población sienten con mayor intensidad que en población general (39, 40). Asimismo, en el grupo de profesionales, si tenemos en cuenta la necesidad de pertenencia que experimentamos las personas en diferentes contextos y que ha sido descrita por diversos teóricos (29, 41), no sorprendería la dificultad de tolerancia a la ausencia de situaciones grupales observada en este grupo, aun pudiendo darse la situación de convivir con familiares o personas cercanas durante el confinamiento.

Si añadimos a los aspectos anteriormente descritos, que en el grupo de pacientes se evidencia un incremento significativo a lo largo de los diferentes momentos temporales en la dificultad para tolerar no poder salir, no poder relacionarse de forma presente con personas externas a la unidad, y no poder tener espacios terapéuticos grupales, podría deducirse la necesidad del paciente de sentirse integrado en el mundo interpersonal y de la comunidad. Así, los espacios terapéuticos grupales pueden representar un microcosmos social donde se dan situaciones compartidas y universalizadas, y pueden crearse las mismas vivencias interpersonales que sienten los pacientes en el exterior (42-45), por lo que cabría señalar su relevancia como potenciadores de la integración en diferentes ámbitos, la cual es uno de los objetivos últimos de los modelos de intervención para la recuperación de perso-

nas con patología mental grave, y conlleva, de igual forma, fomentar espacios y experiencias en contextos cotidianos familiares, sociales y comunitarios (13, 46, 47).

Como implicaciones de los resultados observados, en los que se evidencian dificultades, en mayor o menor medida, para tolerar el distanciamiento social tanto en pacientes como en profesionales, cabría tener en cuenta en unidades psiquiátricas de rehabilitación en situación de confinamiento, espacios terapéuticos grupales generadores de experiencias interpersonales. En la unidad referida en el presente estudio, a los 50 días de vigencia de estado de alarma, se inician espacios intrahospitalarios de estas características, manteniendo un encuadre favorecedor de la prevención adecuada con respecto a la COVID-19, y resultando estos el medio principal para satisfacer la necesidad mínima de cercanía e inclusión, así como un medio de acompañamiento, elaboración y contención de la ambivalencia, incertidumbre y frustración, reconocidas por los pacientes ante la necesidad de medidas preventivas como es el confinamiento, y la necesidad de poder continuar con sus proyectos vitales y terapéuticos hacia la inclusión en contextos sociales, familiares y comunitarios -lo que iría en consonancia con uno de los objetivos últimos de derivación y estancia en la unidad-. Así, teniendo en cuenta lo descrito, en esta situación cabrían plantearse espacios terapéuticos de inclusión no solo intrahospitalarios, sino de externalización en el medio familiar y/o comunitario, de manera progresiva y preventiva, pero sin obviar las necesidades relacionales y de pertenencia.

Conclusiones

Las dificultades de tolerancia al distanciamiento experimentadas por pacientes y profesionales, justificarían plantearse la realización de proto-

colos de prevención e intervención en situaciones de alerta sanitaria que contemplen medidas potenciadoras de espacios relacionales, de pertenencia y de integración, adaptadas a los diferentes tipos de población. Específicamente, para personas con patología mental grave que realizan estancias medias en centros hospitalarios, estas medidas, asumiendo la relevancia de la prevención, deberían contemplar acciones de intervención tanto en el interior como exterior de la unidad, que fuesen en consonancia con los planes estratégicos de salud mental que “fomentan el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social, la humanización de la asistencia y el rechazo a la discriminación” (48).

Limitaciones

En este estudio cabe tener en cuenta algunas limitaciones derivadas del tamaño de la muestra, de la evaluación del constructo de percepción de tolerancia con la dificultad de objetivarlo, y de la comparación de la percepción de los dos grupos, pacientes y profesionales, la cual puede estar sesgada no solo debido a la subjetividad de la misma, si no también debido a la diferencia de condiciones de confinamiento a las que se han visto sometidos los pacientes con respecto a los profesionales en el estado de alarma. Así, las condiciones de no salir y de ausencia de espacios grupales tienen conceptualizaciones diferentes para cada grupo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Mariano Hernández Monsalve por sus orientaciones, sugerencias y acompañamiento en la elaboración del presente trabajo.

Contacto

Olalla Varela Besteiro. Psicóloga Clínica
☎ 699 137 448 ✉ olalla.varela@hotmail.com
C/Arturo Soria 204 • 28043 Madrid • España



Bibliografía

1. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - J Am Med Assoc* 2020;323(11):1061–9.
2. Zaar MH, Ávila M-BG. El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias O Covid-19 na Espanha e suas primeiras consequências La Covid-19 en Espagne: premiers conséquences The Covid-19 in Spain and its first consequences. *Espaço e Econ* 2020;(17).
3. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. COVID-19: Estatal y Autonómico. 2020.
4. Ministerio de la Presidencia relaciones con las cortes y memoria democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº 67 de 14 de marzo de 2020. Boe. 2020;(14 de marzo):25390–400.
5. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety* 2011;28(8):666–75.
6. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, Li XH, Zhao N, Cheung T, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci* 2020;16(10):1741–4.
7. Adalja AA, Toner E, Inglesby T V. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. *JAMA - J Am Med Assoc* 2020;323(14):1343–4.
8. Kavoor AR. COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities [published online ahead of print, 2020 Apr 8]. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102051.
9. Giacco D, Palumbo C, Strappelli N, Catapano F, Pribe S. Social contacts and loneliness in people with psychotic and mood disorders. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2016;66:59–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.12.008>
10. Caballero-Domínguez CC, Campo-Arias A. Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*. 2020;17(3):1–3.
11. Sanders, R. ESSS Outline: Covid-19, social isolation and loneliness. Iriss 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.31583/esss.20200422>
12. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;53(3):221–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1482-5>
13. Madoz-Gúrpide A, Martín JCB, Sanmartín ML, Yagüe EG. The need of a new integral approach to patient care with severe mental disorder thirty years after the psychiatric reform. *Rev Esp Salud Pública* 2017;91:1–11.
14. American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2000.
15. Smith N, Barrett E. Coping with life in isolation and confinement during the Covid-19 pandemic. *The Psychologist* [Internet]. 2020 Mar. Disponible en: <https://thepsychologist.bps.org.uk/coping-life-isolation-and-confinement-during-covid-19-pandemic>
16. Bartone P T, Krueger G P, Bartone J V. Individual differences in adaptability to isolated, confined, and extreme environments. *Aerosp Med Hum Perform* 2018;89(6):536–546.
17. Leach J. Psychological factors in exceptional, extreme and torturous environments. *Extrem Physiol Med* 2016;5(1):7.
18. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
19. O'Driscoll C, Laing J, Mason O. Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014;34(6):482–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.07.002>
20. Meyer B. Coping with severe mental illness: Relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23(4):265–77.
21. Stewart JL. The ghettoization of persons with severe mental illnesses. *Ment Heal Soc Incl*. 2019;23(1):53–7.
22. Alcalá FG. Conjurar el miedo: El concepto Hogar – Mundo derivado de la pandemia COVID-19. *Re-lais* 2020;3(1):22–6.
23. Hernández V. *Locura, mundo interno y transferencia*. En: Hernández V. *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona: Herder Editorial, 2013; p. 33–64.

24. Sutil CR. SECCIÓN ESPECIAL: PSICOPATOLOGÍA Y PERSONALIDAD coordinada por Carlos Rodríguez Sutil Contribución de W. R. D. Fairbairn al estudio de la patología de la personalidad. *Intersubjetivo. Rev. Psicoter., Psicoanalítica Salud* 2003;(1988):155–62.
25. Sunyer JM. *Escritos grupoanalíticos. Todo un tiempo aprendiendo*. Madrid: Vivelibro, 2018; p.101-116.
26. Safran JD, Segal ZV. *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós, 1994.
27. Siegel DJ. *The developing mind*. New York: Guilford Press, 1999.
28. Rodríguez B, Fernández A, Bayón C. *Neurobiología Interpersonal*. En: Palomo T, Jiménez MA, editores. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad, 2009; p.107-14.
29. Farhad D. *Taking the Group Seriously: Towards a Post-Foulkesian Group Analytic Theory*. J. Kingsley, 1998.
30. Schön UK, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(4):336–47.
31. Thomas EC, Muralidharan A, Medoff D, Drapalski A L. Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2016;39(4):352–360. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/prj0000199>
32. Kok BE, Fredrickson BL. Wellbeing Begins with “We.” *Wellbeing*. 2013;VI:1–29.
33. Nechamkin Y, Salganik I, Modai I, Ponizovsky AM. Interpersonal distance in schizophrenic patients: Relationship to negative syndrome. *Int J Soc Psychiatry*. 2003;49(3):166–74.
34. Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2010;14(3):245–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2009.03.002>
35. Ringer JM, Buchanan EE, Olesek K, Lysaker PH. Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: Associations with self-esteem and hope. *Psychol Psychother* 2014;87(2), 209-221.
36. Crawford TN, John Livesley W, Jang KL, Shaver PR, Cohen P, Ganiban J. Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *Eur J Pers* 2007;21(2), 191-208.
37. Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la comunidad autónoma vasca. Gobierno Vasco [Internet]. 2009 Jul. Disponible en: https://www.osakidetza.eus/kadi.eus/contenidos/informacion/2009_oste_ba_publicacion/es_def/adjuntos/D_09_06.%20Seguimiento%20grupal.pdf
38. Sunyer JM. *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. El proceso de co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2008.
39. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;53(3):221–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1482-5>
40. Liebke L, Bungert M, Thome J, Hauschild S, Gescher DM, Schmahl C, et al. Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personal Disord* 2017;8(4), 349–356. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/pero000208>
41. Weber, J. Mark Kopelman, Shirli Messick D. Personality and Social Psychology Review. *Personal Soc Psychol Rev*. 2004;8(3):220–47.
42. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1985.
43. Cano DV. *Trabajo con psicóticos*. 1994;1–12.
44. Ribé JM. Psicoterapia analítica grupal con psicóticos: teoría y adaptaciones técnicas. *Temas de Psicoanálisis*. 2017;13:1–32.
45. Alanen YO, De Chávez MG, Silver ALS, Martindale YB. *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: Historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2008.
46. Guinea Roca R, Guinea R. La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2017;37(131):207–26.
47. Hernández M, Nieto P. *Psicoterapia y rehabilitación en Pacientes con psicosis*. Madrid: Grupo 5, 2011.
48. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud, 2018.



Tabla 1. Descripción y comparación de los porcentajes para cada condición por grupo diagnóstico a los 5 días de estado de alarma (T1)					
		Pacientes n=17 -% (n)	Profesionales n=10 -% (n)	U de Mann-Whitney	p
Salir	NO	29,4 (5)	10,0 (1)	84,500	0,978
	ALG	41,2 (7)	80,0 (8)		
	BAS	23,5 (4)	10,0 (1)		
	DES	5,9 (1)	0 (0)		
Relación	NO	35,3 (6)	20,0 (2)	59,500	0,180
	ALG	35,3 (6)	30,0 (3)		
	BAS	29,4 (5)	30,0 (3)		
	DES	0,0 (0)	20,0 (2)		
Contacto	NO	70,6 (12)	10,0 (1)	29,000	0,003
	ALG	11,8 (2)	30,0 (3)		
	BAS	17,6 (3)	40,0 (4)		
	DES	0,0 (0)	20,0 (2)		
Grupos	NO	76,5 (13)	20,0 (2)	29,000	0,002
	ALG	23,5 (4)	40,0 (4)		
	BAS	0,0 (0)	30,0 (3)		
	DES	0,0 (0)	10,0 (1)		

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

NO: No me afecta; ALG: lo tolero con algo de dificultad; BAS: lo tolero con bastante dificultad; DES: no lo tolero en absoluto, me está desbordando.

Tabla 2. Descripción y comparación de los porcentajes para cada condición por grupo diagnóstico a los 16 días de estado de alarma (T2)					
		Pacientes n=17 -% (n)	Profesionales n=10 -% (n)	U de Mann-Whitney	p
Salir	NO	52,9 (9)	20,0 (2)	53,000	0,087
	ALG	29,4 (5)	40,0 (4)		
	BAS	17,6 (3)	40,0 (4)		
	DES	0,0 (0)	0,0 (0)		
Relación	NO	29,4 (5)	0,0 (0)	54,000	0,089
	ALG	23,5 (4)	30,0 (3)		
	BAS	47,1 (8)	60,0 (6)		
	DES	0,0 (0)	10,0 (1)		
Contacto	NO	47,1 (8)	0,0 (0)	25,500	0,002
	ALG	35,3 (6)	30,0 (3)		
	BAS	17,6 (3)	50,0 (5)		
	DES	0,0 (0)	20,0 (2)		
Grupos	NO	41,2 (7)	10,0 (1)	40,500	0,018
	ALG	41,2 (7)	30,0 (3)		
	BAS	17,6 (3)	50,0 (5)		
	DES	0,0 (0)	10,0 (1)		

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

NO: No me afecta; ALG: lo tolero con algo de dificultad; BAS: lo tolero con bastante dificultad; DES: no lo tolero en absoluto, me está desbordando.

Tabla 3. Descripción y comparación de los porcentajes para cada condición por grupo diagnóstico a los 45 días de estado de alarma (T3)

		Pacientes n=17 -% (n)	Profesionales n=10 -% (n)	U de Mann- Whitney	p
Salir	NO	11,8 (2)	30,0 (3)	48,500	0,037
	ALG	52,9 (9)	70,0 (7)		
	BAS	35,3 (6)	0,0 (0)		
	DES	0,0 (0)	0,0 (0)		
Relación	NO	5,9 (1)	0,0 (0)	78,000	0,695
	ALG	23,5 (4)	40,0 (4)		
	BAS	58,8 (10)	50,0 (5)		
	DES	11,8 (2)	10,0 (1)		
Contacto	NO	47,1 (8)	10,0 (1)	45,500	0,037
	ALG	35,3 (6)	40,0 (4)		
	BAS	11,8 (2)	40,0 (4)		
	DES	5,9 (1)	10,0 (1)		
Grupos	NO	17,6 (3)	0,0 (0)	80,000	0,780
	ALG	29,4 (5)	50,0 (5)		
	BAS	52,9 (9)	50,0 (5)		
	DES	0,0 (0)	0,0 (0)		

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

NO: No me afecta; ALG: lo tolero con algo de dificultad; BAS: lo tolero con bastante dificultad; DES: no lo tolero en absoluto, me está desbordando.

Tabla 4. Descripción de diferencias significativas entre momentos temporales

		T1-T2 Z (p)	T2-T3 Z (p)	T1-T3 Z (p)
Pacientes n=17	NS	-1,354 (0,17)	-2,486 (0,013)	-0,791 (0,49)
	REL	-0,977 (0,32)	-2,310 (0,02)	-2,913 (0,004)
	CON	-1,633 (0,10)	-0,333 (0,73)	-1,667 (0,09)
	GRU	-2,460 (0,014)	-2,887 (0,004)	-3,416 (0,001)
Profesionales n=10	NS	-0,707 (0,48)	-1,667 (0,09)	-1,732 (0,08)
	REL	-1,134 (0,25)	-0,447 (0,65)	-0,816 (0,41)
	CON	-0,632 (0,52)	-1,414 (0,15)	-0,816 (0,41)
	GRU	-1,000 (0,31)	-0,276 (0,78)	-0,541 (0,58)

Los resultados estadísticamente significativos se muestran en **negrita**.

T1: evaluación a los 5 días; T2: evaluación a los 16 días; T3: evaluación a los 45 días. NS: no salir; REL: relación; CON: contacto físico; GRU: grupos.

- Recibido: 2/6/2020.
- Aceptado: 2/7/2020.