

Intervención en Crisis en Hospital de Día: Del Individuo al Grupo.

Crisis Intervention in Day Hospital: From the Individual to the Group.

Pablo Feito Fernández. Psicólogo clínico.

Giovanni Oriolo. Psiquiatra, MSc, PhD.

Josep Marcet Bartra. Psiquiatra.

Natalia Navea Rosa. Enfermera.

Hospital de Día Còrsega (CPB Serveis Salut Mental). Barcelona.

Resumen: La pandemia y sus efectos han acarreado consecuencias significativas en la salud mental de la población, traduciéndose en una mayor frecuencia de las crisis y en el aumento de las hospitalizaciones y visitas a urgencias. En este trabajo se atiende a la relevancia de estos efectos y de cómo revertirlos desde el ámbito comunitario, siendo el hospital de día un recurso que representa dicho ámbito de intervención y amparándonos en la evidencia que afirma a la comunidad, al grupo, como la base de supervivencia en unos tiempos actuales en los que los vínculos se encuentran frágiles y dañados. En este trabajo se pretende valorar la efectividad del Programa de Intervención en Crisis (PIC) en Hospital de Día, donde el grupo es un elemento terapéutico nuclear. Bajo la definición del estado de crisis, que se define como una reacción emocional a uno o más estresores que potencialmente pueden producir síntomas psicopatológicos de la esfera afectiva y ansiosa, se buscará comprobar si los síntomas psicopatológicos afectivos y ansiosos mejoran tras la realización del Programa de Intervención en Crisis (PIC) y si los cambios mencionados se mantienen en el tiempo.

Palabras clave: Intervención en crisis, grupo, hospital de día.

Abstract: The effects of the pandemic have brought about significant consequences for the mental health of the population, resulting in an increased frequency of crises and a rise in hospitalizations and emergency room visits. This paper addresses the relevance of these effects and how to reverse them within the community, with the day hospital serving as a resource representing this intervention framework. We rely on evidence that emphasizes the community and the group as the foundation for survival in current times when bonds are fragile and damaged. The aim of this work is to assess the effectiveness of the Crisis Intervention Program (CIP) in the Day Hospital, where the group serves as a central therapeutic element. Under the definition of a crisis state, characterized as an emotional reaction to one or more stressors that can potentially produce affective psychopathological symptoms, we seek to verify whether these symptoms improve after the implementation of the Crisis Intervention Program (CIP) and whether the mentioned changes persist over time.

Keywords: Crisis intervention, group, day hospital.

Introducción

Desde marzo de 2020, en el contexto de pandemia, se ha observado un incremento significativo en la frecuencia de las crisis, de las hospitalizaciones y de las visitas a urgencias (1). Con respecto al concepto de crisis, éstas se pueden concebir como los momentos en los cuales los procedimientos empleados habitualmente por las personas para mantener su salud mental no resultan útiles, se resuelven o con una pérdida de la salud mental o con el desarrollo de nuevos procedimientos para afrontar nuevos problemas (2). El grupo, la comunidad, se erigen como factores o espacios de interdependencia que confrontan el aislamiento que en muchas ocasiones conlleva el estado de crisis, además de facilitar procesos de comunicación sanadores (3). La literatura científica también sostiene la existencia de factores terapéuticos grupales que conducen al cambio (4). Estableciendo nexo entre el concepto y los factores de cambio llegaríamos al concepto de intervención en crisis, encontrando el texto más citado por los terapeutas españoles (5), que propone una aplicación a las situaciones de crisis de la *terapia multimodal* Arnold A. Lazarus (6). Desde la formulación de la teoría de la crisis se han consolidado una serie de conceptos básicos, que son comúnmente aceptados por quienes practican la intervención en crisis y que Swanson y Carbon (7) resumen en: crisis como experiencias normales en la vida en las que el individuo intenta mantener un equilibrio entre sí mismo y su entorno (8), el estrés que desencadena la crisis puede ser un acontecimiento externo o interno (9), la gravedad de la crisis se relaciona con la percepción del estresor por parte del individuo (10), puede existir conexión entre la situación actual y conflictos del pasado (11), las crisis son acontecimientos autolimitados (4-6 semanas) que se resuelven adaptativa o desadaptativamente (12), en las crisis las defensas están debilitadas y el sujeto está más receptivo a la ayuda (13), la resolución de la crisis permite dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro (8), dicha resolución está más condicionada por procesos presentes que pasados (14), las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un importante factor a trabajar (15) y con la resolución adaptativa emergen nuevas fuerzas y nuevas habilidades de resolución de problemas útiles para el futuro. De lo anterior se deduce que la intervención en crisis no sólo ofrece soporte para afrontar la situación actual, examinando los recursos actuales y buscando nuevas estrategias, sino que añade una ayuda para aspectos más permanentes de la salud mental del individuo. La teoría de la crisis representa un bloque que sustenta las condiciones en las que el psicoterapeuta puede poner en juego sus estrategias preferidas de intervención, ya sean de corte psicodinámico, conductual, cognitivas experienciales, integradoras, etc. En este trabajo se hipotetizará sobre el grupo como principal agente inmersivo, interventivo y de cambio.

Metodología

Se trata de un estudio naturalístico longitudinal prospectivo de pacientes ingresados en el programa de intervención en crisis (PIC) en régimen de hospitalización parcial (hospital de día). Se valoraron variables cuantitativas, antes y después de la participación al programa. Tanto en los 6 meses previos al ingreso en el programa como a los 6 meses del cumplimiento de éste, se valoraron el número de visitas a urgencias y hospitalizaciones motivadas por problemas de salud mental.

Descripción del programa

El Programa de Intervención en Crisis (PIC) en Hospital de Día lo compone un equipo multidisciplinar (2 psiquiatras, 1 psicólogo clínico, 1 enfermera, 1 auxiliar clínica y 1 trabajadora social) que recibe pacientes en edad adulta, tras proceso previo de evaluación, de diferentes dispositivos de la red de salud mental. En dicho programa se realiza una intervención donde el formato grupal es la herramienta terapéutica principal. Los diferentes grupos son en formato abierto (en los que se da una continua entrada y salida de pacientes de éstos) y los conforman un máximo de 12 personas. La duración del programa es de 2 meses como promedio, en el que los pacientes asisten diariamente una hora. Los grupos que se realizan son de tipo terapéutico y psicoterapéutico. Con respecto a los primeros, son conducidos por la enfermera y la auxiliar clínica, con una frecuencia de 3 veces a la semana y

orientados al abordaje de la gestión emocional, la reflexión sobre la lectura de un texto y sobre los objetivos semanales. Con relación a los segundos, los grupos psicoterapéuticos, son conducidos por el psiquiatra y por el psicólogo clínico en días alternos, además de la enfermera, que está presente como coterapeuta. Además, cabe señalar que la intervención grupal de este programa se integra con el seguimiento individual a nivel psicoterapéutico una vez a la semana (llevado a cabo por psicólogo clínico o psiquiatra) y, en caso de demandarse, farmacológico por parte de Psiquiatría, soporte por parte de Enfermería u orientación a través de la trabajadora social.

Grupos psicoterapéuticos

El grupo tiene una duración de una hora y una periodicidad de dos días a la semana, conducido por un terapeuta y coterapeuta. En el contexto de la dinámica grupal se trabajan los diversos aspectos relacionados con la crisis y la sintomatología actual. Se trata de un grupo centrado en la utilidad de la relación grupal en sí misma, proporcionando un espacio y un tiempo compartido que acompaña, potencia y favorece los procesos de cambio. Es un grupo de orientación psicodinámica e interactivo, comenzando con la bienvenida a los nuevos integrantes mediante la ayuda de los miembros más veteranos, realizando un breve recordatorio de las normas básicas del grupo. A partir de ahí se expresa alguna breve consigna que da pie a que el grupo exprese algún aspecto o retome alguno anterior, dotando al silencio un papel importante en la armonía grupal. Terapeuta y coterapeuta canalizan la conversación grupal, ya sea aportando desde lo propio, recogiendo de forma global lo que va sucediendo, señalando elementos dinámicos del grupo y regulando los ritmos de expresión de los miembros, recurriendo al bloqueo si es necesario (4).

Grupo de gestión emocional

El grupo de gestión emocional tiene una duración de una hora y una periodicidad semanal, llevado a cabo por la enfermera y la auxiliar clínica. Los objetivos de este tipo de grupo residen en identificar, reconocer y poner significado a las emociones, realizar psicoeducación de las mismas, en específico, las que conllevan ansiedad asociada, fomentar la capacidad de reflexión y el diálogo interno, adquirir una mayor comprensión de las pautas habituales del pensamiento, aumentar la capacidad de escucha activa y receptividad del discurso del otro, trabajar las distorsiones cognitivas y relacionales con la facilitación de material y estrategias para conocerlas, entenderlas y desarrollar un cambio de patrón sobre ellas, minimizando el impacto emocional sobre la persona, incentivar la práctica y la constancia de los ejercicios fuera del horario de hospital de día, trabajar conceptos como la aceptación, los juicios, las resistencias, con tal de poder poner en marcha una buena gestión emocional, activar un plan de acción ante situaciones emocionales intensas o de desbordamiento, aprender a utilizar técnicas de mindfulness y relajación. El grupo se inicia introduciendo el tema de trabajo, para ello se utilizan fichas o fotocopias que facilitan a la persona el entendimiento y poder tomar apuntes sobre lo que se va tratando. La participación de los miembros facilita mucho a la hora de poner ejemplos de su vida cotidiana y así integrar conceptos reflexionando sobre situaciones y experiencias propias.

Grupo de lectura

El grupo de lectura tiene una duración de una hora y una periodicidad semanal, conducido por la enfermera y la auxiliar clínica. Se establecen objetivos relacionados con el trabajo de habilidades cognitivas mediante la lectura (concentración, atención, comprensión lectora), fomentar la capacidad de reflexión, facilitar el planteamiento de opiniones propias y tolerancia hacia las de los otros, ofrecer un espacio que estimule el diálogo y favorecer la introspección. El desarrollo del grupo se inicia desde el reparto del texto por una de las conductoras de la actividad (un relato corto, un artículo, un fragmento literario), es un texto previamente escogido por las conductoras. Los participantes hacen una primera lectura individual y posteriormente se realiza una segunda lectura en común. Tras esto último se abre un espacio al debate reflexivo sobre el texto (identificación de metáforas, mensaje implícito). Se fomenta que los miembros del grupo relacionen el mensaje del texto con aspectos y vivencias personales. Se cierra el grupo extrayendo conclusiones sobre las reflexiones que ha suscitado la lectura.

Grupo de objetivos

El grupo de objetivos tiene una duración de una hora y una periodicidad semanal, conducido por la enfermera y la auxiliar clínica. La intención es promover la formulación, consecución y mantenimiento de objetivos relacionados con la vida cotidiana de la persona, diferenciar el concepto de objetivo del de propósito o deseo, definiendo correctamente el concepto de "objetivo" (planteándolo en positivo, de forma realista, evaluable), identificar objetivos a corto plazo como medio para alcanzar otros más complejos, promover la organización y la planificación, potenciar la confianza en uno mismo con la consecución de los objetivos planteados y plantear en grupo posibles soluciones en caso de no alcanzarlos. El sujeto decide los objetivos a trabajar y los expone ante el grupo, se le ayuda a definir y desglosar correctamente los objetivos siguiendo unos pasos establecidos. Posteriormente el participante escribe sus objetivos en una hoja de registro. Semanalmente se realiza el seguimiento de los objetivos planteados y se proponen nuevos objetivos o posibles soluciones en caso de no consecución.

Criterios de inclusión

El primer criterio de inclusión tiene que ver con la definición de crisis, entendiéndola como una configuración que comprende un factor precipitante, una respuesta emocional y una intervención. La respuesta personal a una crisis se define como una reacción emocional a un estresor que potencialmente puede producir síntomas psicopatológicos. La intervención en crisis proporciona a los pacientes una atención psicológica y psicofarmacológica aguda, focalizada en la remisión de dichos síntomas psicopatológicos y a la recuperación de los niveles de adaptación y funcionamiento adecuados. El segundo criterio de inclusión se basa en la evaluación clínica de la crisis, explorándose los síntomas asociados a dicha crisis, así como el índice general de enfermedad (CGI>4) y la escala de funcionamiento global (GAF>70). El tercer criterio se relaciona con aspectos diagnósticos, entrando en este plano las crisis suicidas reactivas, trastornos adaptativos severos en los que un abordaje psicoterapéutico intensivo y focalizado facilite una rápida recuperación, trastornos de la personalidad con desajustes en el funcionamiento general, reactivos a circunstancias específicas y del entorno y otras patologías psiquiátricas que requieran un abordaje intensivo y breve como prevención de descompensaciones severas.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión recogen la presencia de fenómenos psicóticos activos, trastornos mentales inducidos por el consumo de sustancias, elevado riesgo suicida, trastorno antisocial de la personalidad, problemas psicopatológicos cronicados graves, dificultades en el control de los impulsos y cuadros clínicos graves que requieran ingreso de 24 horas.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES CUANTITATIVAS, ESCALAS HETEROAPLICADAS:

- Datos sociobiográficos (codificados). Hoja estructurada para poder recoger información sociobiográfica.
- Escala de ansiedad y depresión de Hamilton (pre-post).
- Escala de estrés percibido (autoaplicada, pre-post).
- Visitas a urgencias u hospitalizaciones relacionadas con problemáticas de salud mental durante los 6 meses previos al ingreso en el programa y durante los 6 meses posteriores a la finalización del mismo.

Desarrollo y seguimiento

Desarrollo

La inclusión del paciente en el estudio se realizó el día en que ingresó en el programa. La duración del estudio fue igual a la duración del ingreso en el programa (8-10 semanas).

Retrospectiva y seguimiento a los 6 meses

Mediante la información recogida en la historia clínica compartida, se exploró si el paciente acudió a urgencias o si ha requerido algún tipo de hospitalización con relación a problemáticas de salud mental tanto en los 6 meses previos al ingreso en el programa como en los 6 meses posteriores al alta de éste.

Análisis estadístico, muestra y recogida de datos

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas basales, utilizando análisis estadísticos de medias y frecuencias, histogramas y el test de Shapiro-Wilk para chequear la distribución normal de las variables. Se llevó a cabo un análisis univariado de las variables psicopatológicas antes y después de la realización del programa (t-student o ANOVA para variables continuas, chi-cuadrado para variables categóricas). Se estableció un riesgo alfa de 0.05 y se aplicó la corrección de Bonferroni como corrección de múltiples comparaciones. Se utilizó el programa XLStat, v.23.

Descripción de la muestra

Se ha calculado un tamaño muestral de 30 pacientes que completó el estudio para detectar una disminución en las puntuaciones de la escala de Hamilton de depresión y ansiedad, así como de la escala de estrés percibido y en el número de urgencias/hospitalizaciones por problemáticas de salud mental, con un tamaño del efecto entre 0.8-1.0, con un nivel de significación estadística de 0.05 y con un riesgo alfa del 5%.

En cuanto a aspectos descriptivos de la muestra, se recogieron diferentes parámetros que, más allá de la información arrojada, pueden ser de utilidad significativa de cara evaluar diferentes grados de interacción en estudios futuros. La media de edad fue de 39 años, siendo el Centro de Salud Mental el dispositivo de procedencia que mayor porcentaje de pacientes representó (50%). Con relación a la asistencia al programa, la mayoría (un 93,3%) asistieron en un porcentaje superior al 80% de la duración del programa (de promedio unos 40 días laborales). Con respecto al género, el número de mujeres (66,7%) fue superior al de hombres. Si hablamos de la situación civil, el estado de pareja o casado/a fue el de mayor porcentaje de la muestra (40%), siendo el de viudo/a el de menor porcentaje (6,7%). El nivel formativo mostró unos resultados en los que el mayor porcentaje de la muestra alcanzó una formación universitaria o superior (50%). En lo que a la situación laboral respecta, la mayoría de la muestra informó que se encontraba activa o de baja laboral (60%). En conexión con lo previo, la percepción que tiene la muestra de su situación económica se movió entre precaria y aceptable (40% y 43,3% respectivamente). Dirigiéndonos a otro plano descriptivo, como es la situación en domicilio, la mayoría de la muestra señaló que vivía acompañada de alguien de su familia (66,7%), con un porcentaje superior (60%) de apoyo sociofamiliar percibido suficiente, siendo también la presencia de mascotas un elemento frecuente (56,7% de la muestra). La presencia de enfermedades somáticas ocupó un porcentaje del 60 % de la muestra. También se exploraron diferentes áreas de antecedentes; como los psiquiátricos a nivel familiar (con un porcentaje del 56,7 % de la muestra), ideación autolítica encontrada en un porcentaje alto a nivel de antecedentes personales (73,3%) y más distribuida si hablamos de antecedentes autolíticos familiares, tanto ideación como tentativas (40% y 43,3% respectivamente). A nivel de antecedentes personales, los resultados de la muestra reflejaron un porcentaje menor de antecedentes de tentativas autolíticas (43,3%) con respecto a ideaciones (73,3%). En el momento en

que se realizó la valoración, la presencia de ideación autolítica apareció en la mitad de la muestra, con un porcentaje reducido que sí llevó a cabo una tentativa (10%). A nivel diagnóstico, el mayor porcentaje de la muestra se codificó como trastorno adaptativo, seguido del diagnóstico de trastorno depresivo mayor (43,3% y 33,3% respectivamente).

Recogida de datos

Los sujetos fueron seleccionados y evaluados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital de Día. Tras la obtención del consentimiento informado, se valoró a los sujetos en tres ocasiones: antes de comenzar el tratamiento, al finalizar el tratamiento (a las 8-10 semanas) y a los 6 meses de finalizar el tratamiento.

Aspectos éticos

Durante el estudio se siguieron las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki) y se siguió la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999) del 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal (LOPD). Los participantes en el estudio fueron informados de los objetivos y procedimientos del estudio antes de firmar el consentimiento informado. El estudio contó con la aprobación del Comité Ético del centro.

Resultados

Tras comparar los resultados obtenidos al inicio y al final del tratamiento, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medidas de depresión (Tablas 1 y 2), ansiedad (Tablas 3 y 4) y estrés percibido (Tablas 5 y 6). Estas diferencias indican una reducción de los síntomas al finalizar el programa.

Después de establecer la comparación entre los 6 meses previos al ingreso en el programa y los 6 meses posteriores al alta de éste, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el número de ingresos hospitalarios y/o visitas al servicio de urgencias motivados por problemáticas de salud mental (Tablas 7 y 8). Estas diferencias reflejan una reducción en ambas medidas durante los 6 meses posteriores a la finalización del programa.

Debilidades y Fortalezas

Con respecto a posibles debilidades detectadas, el diseño naturalístico del estudio reduce la validez interna de los resultados, dejando abierta la interpretación de éstos a la influencia de diferentes variables (por ejemplo, falta de control sobre las mejorías observadas, sujetos que abandonan el programa). El principal criterio de inclusión utilizado fue de naturaleza cualitativa, lo que aumentaría la variabilidad intersujeto. Además, sólo los pacientes que estaban en las condiciones de participar en el programa de intervención en crisis pudieron participar en el estudio, lo que introduciría un posible sesgo de selección. Al no incluir pacientes por el mero uso de sustancias, tuvimos un posible factor de confusión a considerar. Finalmente, algunas variables clínicas fueron recogidas por los mismos terapeutas antes y después del tratamiento, lo que podría reducir la validez de los datos recogidos.

En relación con las fortalezas que puede presentar este trabajo, pone en el punto de mira y cuestiona las formas de tratamiento en el sistema público, resaltando la importancia de lo grupal como psicoterapia. Esto confronta con un contexto cultural en el que la tendencia al individualismo y a la fragilidad de los vínculos se abren camino, siendo este un estudio que cambia la inercia hacia la recuperación de los lazos sociales como eje curativo, al mismo tiempo que puede hacer reflexionar sobre otras formas terapéuticas más allá de la dualidad terapeuta-paciente.

Discusión

Con los resultados obtenidos, en los que se muestra una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la reducción sintomática, se podría contemplar el factor terapéutico que supone el elemento grupal. En este sentido, la reducción sintomatológica se halla atravesada por un programa en el que el ingrediente grupal juega un papel protagonista, por lo que se consideraría pertinente señalar al grupo (y todo lo que este concepto supone) como un agente que funciona terapéuticamente hablando. En esta línea cabría atender al papel significativo de abordar un estado de crisis desde la inclusión en un medio grupal, incidiendo en el plano autístico sufriente y reclamando la naturaleza social del ser humano. Más allá de estas claves, las mejoras presentadas también podrían sustentarse desde los propios factores terapéuticos que incorpora una psicoterapia grupal. Ampliando esto último y conectándolo con las peculiaridades de un estado psicopatológico asociado a una crisis, así como la longitudinalidad relativamente corta de los grupos en este programa (2 meses como promedio), cabría considerar que el peso de lo terapéutico podría recaer en factores relacionados con la universalidad, la transmisión de la información, el altruismo, el comportamiento imitativo, el efecto catártico, la cohesión y el aprendizaje interpersonal (4). De estos factores, se considera importante destacar los elementos que movilizan al paciente de la individualidad a la grupalidad, cohesionándose un lugar seguro que permite la expresión emocional y mostrar la vulnerabilidad como primeros pasos hacia el cambio. Por otro lado, si bien se puede hablar de sesgo de selección, el establecer unos adecuados criterios selectivos para el programa favorece el hecho de que el proceso grupal sea satisfactorio (4). Otro aspecto para tener en cuenta tiene que ver con el equipo terapéutico, atendiendo a su plano multidisciplinar para aportar un mayor soporte a los pacientes, además de enfatizar en una mirada más integrada de éstos.

Si profundizamos en las dimensiones psicopatológicas evaluadas, como fueron la depresión, la ansiedad y el estrés percibido, el hecho de que se hayan encontrado mejoras significativas conlleva otras reflexiones para tener en cuenta. La mejora percibida no sólo generaría un mayor bienestar en el paciente, sino que podría aumentar su nivel de autoestima y confianza en sus recursos personales de cara a afrontar futuras crisis. La reducción del nivel de estrés percibido podría influir en un menor riesgo de acting out en el futuro, aspecto importante a reseñar, dada la importante prevalencia de esta dimensión problemática en la muestra de este estudio y en la población en general.

Si bien se han nombrado las fuerzas constructivas del grupo, no habría que perder de vista todas esas otras fuerzas que circularon en dirección contraria a la tarea de éste (16), conectadas con ansiedades inconscientes, con dificultades asociadas a procesos de duelo y transiciones del grupo relacionadas con la acogida y pérdida de miembros grupales. El hecho de poder ayudar al grupo a tomar conciencia sobre ellas facilitó el poder sostenerlas y elaborarlas.

En conexión con las ideas desarrolladas previamente, se podrían encajar los resultados concernientes al número de ingresos hospitalarios psiquiátricos (incluyendo visitas a urgencias) durante los 6 meses previos al ingreso en el programa y la comparación de esos mismos datos en los 6 meses posteriores al alta de éste. En este sentido se ha obtenido una diferencia estadísticamente significativa que refleja una reducción en el número de estos episodios, retornando al elemento grupal del programa no sólo en términos de mejora sin clave temporal, sino subrayando el concepto de psicoterapia como proceso de aprendizaje que permite sostener las mejoras en el tiempo. En esta línea se alude a la psicoterapia grupal y a la huella que puede dejar en el paciente en términos de conocimiento personal y a través de la mirada interpersonal. Profundizando en esto último, en referencia a los cambios sintomático del paciente, se podría considerar el efecto significativo que han tenido sobre la reducción del acting out en los 6 meses posteriores al paso por el programa. Los elementos relacionados con la autoconfianza, la reducción del estrés percibido, así como una mirada más relacional de los síntomas podrían haber influido en esta dirección. Por otro lado, es necesario destacar la importancia de la intervención en un estado de crisis, viendo éste como la oportunidad de incidir en los esquemas personales (sobrecargados en la situación de crisis) de cara a afrontar situaciones conflictivas futuras. Además, es importante señalar el papel que juegan otros recursos de la red de salud mental comunitaria a la hora de contener el malestar de la población, vehiculizando y dando sentido al proceso ya desarrollado en el programa

de intervención en crisis. Relacionado con esto, no sólo se da una contención del malestar desde la vertiente clínica, sino que resulta fundamental ampliar la mirada a la comunidad en el sentido más social de la palabra, donde la persona refuerza su sentimiento de pertenencia a otros grupos, ya sea desde un lugar lúdico, ocupacional o laboral.

Por último, estos datos vuelven a refrendar a la psicoterapia grupal en términos de eficiencia, no sólo como método de intervención en el presente (ratio paciente/profesional), sino como modo de ahorro y de gestión de recursos futuros al reducir el número de episodios clínicos en los hospitales.

Conclusiones

- 1 Los resultados han mostrado una mejoría sintomatológica significativa.
2. En términos de longitudinalidad, los resultados también han resultado significativos, observándose una reducción en el número de urgencias y hospitalizaciones psiquiátricas al comparar los 6 meses previos al paso por el programa con los 6 meses posteriores al finalizar éste.
- 3 Estos resultados, por su carácter prometedor, apoyan la necesidad de seguir realizando estudios que abarquen análisis con la inclusión de más variables de cara a valorar el peso del grupo como agente de cambio.
4. Los resultados respaldan la idea de lo grupal como una herramienta fundamental de inclusión en los dispositivos de salud mental. Dicho respaldo se basa en que este trabajo refleja que los grupos (el grupo) generan cambios en la salud de las personas, generan mejorías.
5. Lo que muestra este estudio no sólo va dirigido al paciente, sino también a los profesionales, dado que interpela a la forma de intervenir y de sostener dicha intervención. En cuanto a la forma de intervenir, entra en escena el hecho de pensar en un grupo/equipo terapéutico, y no tanto una figura terapéutica que sostenga toda la responsabilidad del proceso. Si el hecho de intervenir grupalmente favorece mejorías sintomáticas en los pacientes, realizar lo mismo con el equipo de profesionales podría favorecer efectos similares. Con respecto a esto último, quedaría reflejado en una atención más sostenedora desde un equipo pensante, como puede ser la metodología del equipo reflexivo (17), además de un equipo sostenido por una atención externa, como pueden ejemplificar los grupos tipo Balint (18) u otras tipologías de supervisión externa.
6. Este trabajo también debe resultar de interés para los gestores de recursos en los sistemas públicos de salud mental, las diferentes formas de acompañamiento grupal responden óptimamente en términos de eficiencia, por lo que este estudio resulta sumativo (con relación a la literatura científica previa) a la hora de seguir teniendo en cuenta esta forma de trabajar.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contacto:

Pablo Feito Fernández. ✉ pfeito@cpbssm.org ✉ feito.fernandez.pablo@gmail.com
Giovanni Oriolo. ✉ goriolo@cpbssm.org
Josep Marcet Bartra. ✉ jmarcet@cpbssm.org
Natalia Navea Rosa. ✉ nnavea@gmail.com

Referencias

1. Sáiz P. A., Dal Santo F, García-Alvarez L, Bobes-Bascarán MT, Jiménez-Treviño L, Seijo-Zazo E, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, García-Portilla MP, Bobes J. Suicidal Ideation Trends and Associated Factors in Different Large Spanish Samples During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry*. 2022 Mar 7;83(2):21br14061. doi: 10.4088/JCP.21br14061. PMID: 35275455.
2. Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B. (2007). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.
3. Foulkes, S. H., Anthony, E. J. (2007). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaop Press.
4. Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (2019). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
5. Slaikeu, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
6. Lazarus, A. A. (2000). *La terapia multimodal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
7. Swanson, W. C. y Carbon, J. B. (1989). Crisis Intervention: theory and technique. En Karasu, T. B. (coord.). *Treatment of psychiatric disorder*. Washington: American Psychiatric Press, vol. 3: 2520-2531.
8. Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
9. Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
10. Rapoport, L. (1962). The state of crisis: some theoretical considerations. *Social Service Review*, 32: 36: 211-217.
11. Hoffman, D. y Rimmel, M. (1975). Uncovering the precipitant in crisis intervention. *Social Casework*, 56: 259-267.
12. Bloom, B. (1963). Definitional aspects of the crisis concept. *J Consult Clin Psychol*, 27: 498-502.
13. Schwartz, S. (1971). A review of crisis intervention programs. *Psychiatry Q*, 45: 498-508.
14. Paul, L. (1966). Crisis intervention. *Mental Hygiene*, 50: 141-145.
15. Hitchcock, J. (1973). Crisis intervention: the problem in the pool. *Am J Nur*, 73: 1388-1390.
16. Bion, W. R. (2004). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.
17. Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415-428.
18. Kjeldmand, D., & Holmström, I. (2014). Los grupos Balint como medio para aumentar la satisfacción laboral y prevenir el agotamiento profesional entre los médicos de atención primaria. *Annals of Family Medicine*, 12(2), 154-161.

Tabla 1. Puntuaciones medias en depresión según la Escala de Hamilton para la Depresión

	Media
Previo al tratamiento	20,57
Al finalizar el tratamiento	12,93

Tabla 2. Prueba de t de student

	Depresión
T de student	6,939
Sig. (2-tailed)	0,000*

Tabla 3. Puntuaciones medias en ansiedad según la Escala de Hamilton para la Ansiedad

	Media
Previo al tratamiento	35,37
Al finalizar el tratamiento	22,03

Tabla 4. Prueba de t de student

	Ansiedad
T de student	6,405
Sig. (2-tailed)	0,000*

Tabla 5. Puntuaciones en estrés percibido según la Escala de Estrés Percibido

	Media
Previo al tratamiento	40,53
Al finalizar el tratamiento	31,90

Tabla 6. Prueba de t de student

	Estrés percibido
T de student	4,585
Sig. (2-tailed)	0,000*

Tabla 7. Media de ingresos hospitalarios y/o visitas al servicio de urgencias

	Media
Previo al tratamiento	1,23
Al finalizar el tratamiento	0,53

Tabla 8. Prueba de t de student

	Ingresos hospitalarios y/o visitas al servicio de urgencias
T de student	3,336
Sig. (2-tailed)	0,000*

- Recibido: 17/12/2023
- Aceptado: 10/04/2024