

**República de Cuba
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CAMAGÜEY
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DOCENTE COMANDANTE
RENÉ VALLEJO ORTÍZ**

Efectividad de una estrategia psicoterapéutica grupal breve para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna

**Tesis en opción al título de Doctor en
Ciencias Médicas**

Autor: M.Sc. Dr. Pablo Hernández Figaredo

Tutores: Dr.C. Alberto Clavijo Portieles

Dr.C. Anai Guerra Labrada

Camagüey

2024

República de Cuba
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CAMAGÜEY
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DOCENTE
COMANDANTE RENÉ VALLEJO ORTÍZ

Efectividad de una estrategia psicoterapéutica grupal breve para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna

**Tesis en opción al título de Doctor en
Ciencias Médicas**

Autor: M.Sc. Dr. Pablo Hernández Figaredo

Especialista de I y II Grados en Psiquiatría. Profesor Auxiliar y Consultante de Psiquiatría. Investigador Auxiliar. Máster en Psiquiatría Social

Tutores: Dr.C. Alberto Clavijo Portieles

Dr.C. Médicas. Especialista de I y II Grados en Psiquiatría. Profesor Titular y Consultante de Psiquiatría

Dr.C. Anai Guerra Labrada

Dr.C. Psicológicas. Licenciada en Psicología. Profesora Titular de Psicología

Camagüey, 2024

“En el difícil arte de escalar la montaña, es la voluntad quien determina ganar la cumbre.”

José Martí

DEDICATORIA

A los pacientes que atendí en Hospital de Día en grupos previos a la COVID-19, porque ellos inspiraron esta investigación.

Y a aquellos a quienes traté con la propuesta estratégica a partir del año 2022, porque me hicieron el regalo de demostrar su utilidad.

AGRADECIMIENTOS

*A todos los **grupos** que me han traído de la mano hasta donde hoy me encuentro:*

A quienes me arroparon, educaron y apoyaron con infinito amor: Celia y Pablito. Pero también Conchita, Manolo y Fela. Seguimos juntos.

A quienes han caminado conmigo, aquí o allá: Laureano, Carmita, Iliana, Gabriel, María, Marcia.

A los maestros, profesores, colegas y amigos que me inspiraron y mostraron sendas.

Al equipo de hospital de día: Marilyn Izquierdo, Teresa Almanza y Tania del Risco; ellas saben que sin su especial talento y dedicación, los resultados obtenidos no serían los mismos.

A otro grupo especial, el de profesionales del programa de formación doctoral y al tribunal de predefensa, en particular a Yumilka Mejías Hernández y Silvia Colunga Santos.

Al profe Clavijo, guía y ejemplo en mi formación profesional, tutor de cada uno de mis empeños, amigo.

A Anai Guerra Labrada, dedicada, paciente y talentosa tutora.

Porque me han ofrecido lo más valioso, su tiempo, gracias infinitas.

SÍNTESIS

La psicoterapia grupal constituye uno de los pilares del tratamiento en hospitales de día y tiene gran aceptación por sus resultados y la reducción de gastos que propicia, de ahí su elevada demanda global en psicopatologías leves y moderadas. Según paradigma de evidencia basada en la práctica se realizó un estudio mixto de investigación acción, longitudinal, prospectivo, con vistas a evaluar la efectividad de una estrategia psicoterapéutica grupal diseñada para nueve semanas de hospitalización diurna en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente Comandante René Vallejo Ortiz de Camagüey. Validada por criterio de expertos, se consideraron muy adecuadas su planificación, ejecución, factibilidad de reproducción y forma de evaluar resultados, así como su utilidad asistencial y docente. Fueron atendidos 109 pacientes de nivel neurótico entre 19 y 65 años, ingresados de enero de 2022 a febrero de 2024, incluidos en diez grupos cerrados mixtos. El sexo femenino casi triplicó al masculino, predominaron los individuos casados, profesionales, con síndromes ansiosos y depresivos y diagnósticos afines. Se constató considerable mejoría de síntomas y ajuste emocional y social. Dos instrumentos validados, el Cuestionario de satisfacción CSQ-8 y la Escala de satisfacción CRES-4, patentizaron buen nivel de solución del problema motivo de ingreso, importante percepción del cambio emocional, favorable evolución clínica y alta satisfacción de los pacientes. Los prestadores ratificaron tales opiniones y estuvieron satisfechos con el servicio ofrecido y los especialistas consultados la

consideraron una herramienta factible de incorporar y reproducir. Así quedó demostrada la efectividad de la propuesta psicoterapéutica grupal breve para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN / 1

Antecedentes / 1

Justificación del estudio /8

Problema de Investigación/8

Objetivo General /8

Objetivos específicos /8

Hipótesis de la Investigación /9

Diseño Metodológico de la Investigación/9

Importancia /9

Viabilidad /11

Beneficios esperados/11

Novedad científica/11

Límites del alcance de la investigación /11

CAPÍTULO 1 PRESUPUESTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS
RELACIONADOS CON EL MANEJO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL DE
PACIENTES DE NIVEL NEURÓTICO EN HOSPITALIZACIÓN DIURNA /13

1.1 Antecedentes del trabajo grupal /13

1.1.1 Orígenes del grupo e inicios del tratamiento /13

1.1.2 Precusores de la psicoterapia grupal /15

1.1.3 Principales aportes /17

1.2 Generalidades y clasificación de la psicoterapia grupal /19

1.3 Preparación del grupo terapéutico /21

1.4 Factores y mecanismos terapéuticos grupales /24

1.5 Recursos psicoterapéuticos grupales /28

1.6 Cualidades y formación del terapeuta grupal /29

1.7 Valoración del contexto mundial, nacional y local acerca del asunto /31

1.7.1 Contexto internacional /31

1.7.1.1 La psicoterapia de grupo en Latinoamérica y en Cuba /32

1.8 Estado actual del conocimiento del problema de investigación /33

1.9 Carencia que se quiere llenar con la investigación /35

- 1.10 Aspectos terapéuticos incluidos en la estrategia/36
- 1.11 El enfoque histórico cultural en psicoterapia grupal/40
- 1.12 Surgimiento de los hospitales de día/42
- 1.13 Presupuestos teóricos de una estrategia/44

CAPÍTULO 2 ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL PARA PERFECCIONAR LA ATENCIÓN A PACIENTES DE NIVEL NEURÓTICO EN NUEVE SEMANAS /46

- 2.1 Clasificación de la investigación /46
- 2.2 Universo y Muestra /46
- 2.3 Criterios de selección /47
- 2.4 Consideraciones éticas /47
- 2.5 Métodos, técnicas e instrumentos utilizados /47
- 2.6 Variables de estudio /49
 - 2.6.1 Operacionalización de las variables /49
- 2.7 Procedimiento general /50
 - 2.7.1 Procederes para el diseño de la estrategia psicoterapéutica /51
 - 2.7.2 Preparación del grupo /53
 - 2.7.3 Comienzo del grupo /54
 - 2.7.4 Desarrollo de la terapia /55
 - 2.7.5 Observación participante /57
 - 2.7.6 Enfoque intergeneracional /57
 - 2.7.7 Aprovechamiento de las TIC /58
 - 2.7.8 Proceso de evaluación sistemática de la estrategia /59
 - 2.7.9 Culminación de la terapia y evaluación final de la estrategia /60
- 2.10 Criterio de expertos /61
- 2.11 Criterio de especialistas/62
- 2.12 Estrategia psicoterapéutica grupal breve para pacientes de nivel neurótico en hospitalización parcial /64
 - 2.12.1 Sesiones según semana de ingreso /64

CAPÍTULO 3 VALIDACIÓN CON EVIDENCIA BASADA EN LA PRÁCTICA DE LA APLICABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA /90

- 3.1 Criterio de expertos/90

3.2 Caracterización de los pacientes ingresados/93	
3.2.1 Aspectos sociodemográficos /93	
3.2.2 Aspectos clínicos /95	
3.3 Nivel de satisfacción de prestadores y pacientes con la consecución de objetivos individuales y grupales /96	
3.3.1 Criterios evaluativos del autor y miembros del equipo /96	
3.3.1.1 Sobre las sesiones de psicoterapia grupal/96	
3.3.1.2 Criterios evolutivos grupales /97	
3.4 Evaluación de la estrategia según criterio de los pacientes /98	
3.4.1 Resultados del Cuestionario de Satisfacción CSQ-8 /99	
3.4.2 Resultados de la Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido CRES-4 /99	
3.5 Evaluación de la estrategia según criterio de especialistas/100	
3.6 Resultados cualitativos /101	
3.7 Abandonos de la terapia /103	
3.8 Discusión de resultados /104	
4. CONCLUSIONES /117	
5. RECOMENDACIONES /118	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS /119	
ANEXOS /137	

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Antes de desarrollar una concepción científico-natural de las enfermedades, el hombre utiliza recursos que actúan por vía psicológica. Los primitivos practicantes, más familiarizados con procesos mentales que con los fisiológicos, obran cual psicoterapeutas, pues sin poder explicarla, conocen el valor de la sugestión para aliviar el sufrimiento de otros apenas con su influjo personal.¹

El empleo de la palabra y la comunicación para atender trastornos mentales y cambiar hábitos es reconocido por la mayor parte de las sociedades, pero es a finales del siglo XIX cuando Freud crea una terapia mediante la conversación desde el psicoanálisis. A partir de entonces la psicoterapia adquiere gran auge y constituye un sólido pilar en la atención a pacientes con trastornos mentales.

Psicoterapia, según González y Sandoval ² es la utilización, en el contexto de una relación médico paciente positiva, de recursos que actúan por vía psicológica sobre uno o más pacientes o usuarios de los servicios de salud, con el propósito de restablecer o promover su adaptación creadora al medio. De acuerdo a su empleo se denomina individual o de grupo, de matrimonio o de familia. El autor suscribe este concepto.

Existen diversas orientaciones al clasificar la psicoterapia. Los enfoques psicoterapéuticos suelen resumirse, según paradigmas, en psicoanalíticos (psicoanálisis clásico, psicoterapia con orientación psicoanalítica y psicodinámica breve); humanístico-experienciales; conductuales; cognitivo-conductuales y de tercera generación.³

Las psicoterapias institucionales surgen de un movimiento organizado a partir de la experiencia asistencial durante la Segunda Guerra Mundial, que conduce a la renovación de los hospitales psiquiátricos en la postguerra para restituirles su función curativa, gracias al compromiso de una generación de psiquiatras de orientación psicoanalítica y reflexiones filosóficas cercanas al marxismo. Las críticas a la institución psiquiátrica, condicionadas por el contexto socio histórico de escasez para cubrir necesidades básicas, demuestran que más que a pacientes, es preciso primero sanar instituciones.⁴

Aparecen modalidades como la hospitalización parcial y su forma más común, el hospital de día. La Asociación Americana de Hospitalización Parcial, citada por Palacios Ruiz et al.⁵ lo describe como programa ambulatorio, activo, de tiempo limitado, con servicios clínicos estructurados y coordinados dentro de un ambiente terapéutico estable, y un esquema integrado, global y complementario de tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

El hospital de día cierra la brecha entre atención ambulatoria e ingreso a tiempo completo. Como beneficios sobre este último, Heekeren et al.⁶ destacan el mantener al paciente en su ambiente familiar y social, facilitar el uso y desarrollo de recursos disponibles del medio y disminuir costos, aspecto relevante por las limitaciones económicas de los sistemas de salud a nivel global.

Un soporte principal en esta hospitalización es la psicoterapia grupal, descrita por Kaplan y Sadock⁷ como modalidad en la que un profesional entrenado selecciona y guía un grupo de miembros a trabajar unidos hacia el máximo alcance de objetivos individuales y grupales. Goza de gran aceptación y usa

fuerzas terapéuticas, interacciones constructivas entre miembros e intervenciones del líder para modificar conductas mal adaptativas, pensamientos y sentimientos.

En hospitales de día la psicoterapia combinada -grupal e individual asumidas por el mismo terapeuta- puede constituir un productivo formato. La terapia grupal facilita adquirir habilidades interpersonales, en tanto la individual trata situaciones que demandan atención personal, evita terminaciones prematuras y ayuda a mantener a algunos pacientes en el grupo.⁸

A nivel mundial el trastorno mental implica una importante carga económica, debido a altos costos de atención e indirectos por licencias de enfermedad, discapacidad y retiro precoz. La psicoterapia puede ser una de las intervenciones más recomendables.⁹ Diversas situaciones y trastornos son tributarios de psicoterapia grupal, tanto que es considerada de elección en psicopatologías leves y moderadas, por constituir la única estrategia capaz de resolver la alta demanda de atención psicológica o psiquiátrica.¹⁰

Pese a la desmedida expansión del abordaje psicofarmacológico y el decrecer de la psicoterapia individual, hoy más pacientes son tratados con terapia grupal que con otra forma psicoterapéutica. Es aplicable tanto al paciente ambulatorio como aquel en instituciones o unidades de hospitalización parcial.¹¹

Al compararse con la terapia individual, dos de las ventajas de la grupal estriban en recibir retroalimentación inmediata de terceros y la posibilidad -para paciente y terapeuta- de observar respuestas psicológicas, emocionales y conductuales de diferentes individuos. Estas son capaces de desencadenar variedad de transferencias y resolver conflictos individuales e interpersonales.¹²

La Asociación Americana de Psicología¹³ afirma que la psicoterapia, tanto grupal como individual, consigue valiosos y duraderos cambios en el paciente, pero la primera asegura otros beneficios, pues aunque el vínculo inicial con desconocidos sea intimidante, conversación y escucha ponen los problemas propios en perspectiva y rectifican sentimientos de soledad, al participar en la discusión de terceros sobre los suyos. Además, aporta diversidad: individuos con personalidades y variados orígenes ven las situaciones de forma disímil, y apreciar cómo otros lidian con sus dificultades y hacen cambios positivos, permite descubrir estrategias para enfrentar los propios.

Incremento y complejidades de la demanda asistencial, reducidos tiempos de atención e infradotación profesional, hacen de la psicoterapia grupal un modelo idóneo. El grupo ofrece oportunidades para que imágenes del pasado -allí y entonces-, se proyecten en la actualidad -aquí y ahora-, y que cada individuo tenga mejor conocimiento de sí y de sus actitudes y conductas al verse reflejado en el otro.¹⁴ Entre sus prerrogativas globales reduce el tiempo de espera y mejora el acceso a los servicios de salud mental, más aun en áreas rurales o de bajos ingresos, escasas instituciones y poco personal de atención.¹⁵

En salud mental es tendencia actual que las intervenciones ostenten respaldo científico, y que tratamientos farmacológicos y psicoterapias demuestren su eficacia a través de guías clínicas específicas, según paradigma de la práctica basada en la evidencia, sobre todo en Norteamérica y Europa. Este se destaca por su rigor y sus limitaciones para trasladar al contexto real y la cotidianidad conocimientos adquiridos mediante ensayos controlados aleatorios.¹⁶

Por esto y la diversidad de principios psicoterapéuticos (alianza, características de paciente y terapeuta, entre otros), surge otro enfoque cercano a la atención cotidiana: el paradigma de la evidencia basada en la práctica. Tiene dos componentes: efectividad, o sea, extrapolación de resultados a otros servicios, y práctica clínica con análisis de diferencias individuales o entre terapeutas.^{17, 18}

Al evaluar la atención institucional, una importante dimensión es el grado de satisfacción de usuarios y proveedores, al alcanzar las expectativas del sujeto y de cómo atención sanitaria y estado de salud las cumplimentan. Incluye tanto la satisfacción del paciente como la del prestador con la atención ofrecida.^{19, 20}

Una cultura con pensamiento en economía de la salud respecto a evaluación de tecnologías sanitarias, debe incrementar conocimientos y su aplicación en los actores de salud, sea de un fármaco o producto sanitario. Crecientes costos de atención y escasez de recursos promueven la necesidad de evaluar la viabilidad económica de cualquier intervención, su efectividad clínica y en acceso médico.^{21, 22} Estos aspectos representaron una importante motivación para la intervención psicoterapéutica a que se hará referencia.

En los últimos treinta años, varias investigaciones muestran beneficios y efectividad de la psicoterapia grupal, según los estudios de Fuhrman y Burlingame en 1994, McRoberts et al. en 1998, Tschuschke en 1999 y Lorentzen en 2000. Sus resultados y la reducción de gastos explican el incremento de su demanda, y de que en muchos países sea una alternativa más asequible que las costosas sesiones psicoterapéuticas individuales.^{23, 24}

Trujillo y Paz²⁵ destacan la propuesta surgida durante la 50ª Reunión Internacional Anual de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia celebrada

en Argentina, de crear en Latinoamérica una red investigativa práctica centrada en evaluación de resultados. La idea, acogida por investigadores de diferentes países, se espera consolidar a través de la Red Latinoamericana de Investigación en Psicoterapia y Cambio.

En la región se conoce la Psicoterapia Grupal Concreta de Actitudes de Clavijo,²⁶ cuyos presupuestos teóricos (principios del análisis de actitudes y del condicionamiento operante, con reaprendizaje conductual y reentrenamiento relacional) son utilizados en el hospital de día camagüeyano para pacientes de nivel neurótico.

El actual incremento de la demanda asistencial en estos casos hace de la psicoterapia grupal (de elección en psicopatologías leves y moderadas, como se vio),¹⁰ una plausible propuesta por su viabilidad económica, fácil accesibilidad y efecto intensificado cuando es aplicada en hospitalización parcial con diversos recursos. Entre las características del paciente con nivel de funcionamiento neurótico se destacan el conservar el juicio crítico de enfermedad y mostrar discreta afectación de la adaptación creadora al medio. En ellos predominan las alteraciones cuantitativas, por lo general más prominentes en la esfera afectiva,² y constituyen una sustancial parte de la demanda asistencial a nivel primario.

En la terapia descrita por Clavijo, los pacientes eligen tanto asuntos como tareas a ejecutarse y no se imponen límites de duración estrictos para grupos cerrados. El autor ha constatado que tal espontaneidad implica excesivo tiempo en exposición de quejas, tratamientos previos y problemática existencial, que atentan con la consecución de los objetivos grupales propuestos para nueve

semanas de ingreso, tiempo estipulado de hospitalización diurna en el hospital psiquiátrico camagüeyano.

Estas dificultades y el obligado receso de actividades grupales durante la pandemia de COVID-19, hacen reconsiderar al autor su quehacer como psicoterapeuta de dicho servicio. Así, lo inducen a crear una estrategia con vistas a aprovechar mejor las sesiones y garantizar la obtención de objetivos en el estricto tiempo fijado, sin carga económica añadida ni tratamiento psicofarmacológico u otros recursos aparte de los comunicacionales.

Una estrategia solo puede ser establecida tras determinarse los objetivos a alcanzar.²⁷ Implica un ordenamiento de acciones, en el que cada paso es necesario para el siguiente y está orientado hacia el fin a alcanzar.^{27, 28}

En psicoterapia, estrategia es la selección de un conjunto ordenado de recursos, procederes y mecanismos terapéuticos para manejar problemas en pacientes, grupos o familias, y alcanzar objetivos según técnica o método utilizado.²⁶

Pese a la diversidad de estrategias psicoterapéuticas y procederes específicos, la demanda asistencial actual incita al aprovechamiento e inclusión de recursos del presente, como el empleo de las TIC y el enfoque intergeneracional, además de la integración familiar en el proceso. De acuerdo a los referentes descritos, el autor diseña una estrategia psicoterapéutica grupal breve con el propósito de que sea efectiva, a la altura de las necesidades de la población y con estándares internacionales de atención aplicados a la realidad cubana.

Justificación del estudio

La diversidad de enfoques y procedimientos psicoterapéuticos y las dificultades al integrar teoría y práctica para asumir de manera holística al paciente, y no solo atender esferas específicas -conductuales, cognitivas o afectivas-, determinados síntomas o que sea mero receptor pasivo del proceder, demanda guías abarcadoras dirigidas al desarrollo integral de la personalidad y la influencia de los factores socioculturales en su diagnóstico y tratamiento.

Por otra parte, el incremento de la demanda asistencial y el estricto límite de tiempo de tratamiento en la hospitalización diurna camagüeyana, obliga a la creación de una estrategia psicoterapéutica que con aportes concretos desde el punto de vista teórico y práctico, se ajuste a las nueve semanas de ingreso con contenidos y tareas secuenciados y diseñados al respecto. Todo esto justifica la ejecución de la investigación para comprobar su efectividad.

Problema de investigación

¿Cómo perfeccionar la atención psicoterapéutica a pacientes de nivel neurótico en el breve tiempo asignado para su ingreso en hospital de día?

Como objetivo general de la investigación se propone:

Evaluar la efectividad de una estrategia psicoterapéutica grupal breve para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna.

Como objetivos específicos se plantean:

- Sistematizar los presupuestos teóricos y metodológicos relacionados con el manejo psicoterapéutico grupal de pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna.
- Elaborar una estrategia psicoterapéutica grupal para perfeccionar la atención a

pacientes de nivel neurótico en nueve semanas.

- Valorar la estrategia psicoterapéutica según criterio de expertos.
- Caracterizar los pacientes atendidos según aspectos sociodemográficos y clínicos.
- Exponer el nivel de satisfacción de pacientes y prestadores con la consecución de propósitos individuales y grupales.

Hipótesis de la Investigación

La implementación de una estrategia grupal breve para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna, que incluye psicoterapia combinada, enfoque intergeneracional, empleo de las TIC e interacción familiar, con objetivos, tareas y temáticas predeterminados, contribuirá a perfeccionar su atención, con mejora de sintomatología y favorable evolución clínica.

Diseño Metodológico de la Investigación

Estudio mixto de investigación acción, prospectivo, longitudinal, acometido a través de estudio de caso múltiple. El Universo lo constituyen los 131 pacientes ingresados en el servicio de Hospital de día de corta estadía del Hospital Psiquiátrico Provincial Comandante René Vallejo Ortiz de Camagüey, entre el 3 de enero de 2022 y el 2 de febrero de 2024. Tras el abandono de 22 sujetos, la muestra no probabilística la conforman los 109 pacientes que culminan, incluidos en 10 grupos terapéuticos. Cada grupo constituye un caso.

Importancia

Primera investigación en la provincia de Camagüey en la que se evalúan resultados de una estrategia psicoterapéutica grupal autóctona capaz de resolver el dilema pre existente entre limitado tiempo de ingreso y libre albedrío

de asuntos a dirimir, a la vez que responde al incremento de la demanda asistencial actual con nueve sesiones, apta para ser reproducida en otros contextos, de ahí su utilidad en la formación de recursos humanos, por facilitar el entrenamiento psicoterapéutico.

Constituye un aporte teórico, práctico y metodológico a la investigación sobre psicoterapia en la región, caracterizado por su originalidad, utilidad y aplicabilidad para equipos de hospital de día y otros entornos terapéuticos grupales. Su impacto científico está dado por la sistematización y fundamentación teórico práctica que sustenta el nuevo diseño. Su impacto social está en los beneficios obtenidos por los pacientes; además, residentes de psiquiatría, psicólogos y otros profesionales interesados podrán incorporarla, sin olvidar que constituye una atendible respuesta a las carencias de psicofármacos de los últimos tiempos.

El autor se decanta por el enfoque histórico cultural, que integra de manera armónica su propuesta estratégica. Esta visión de Vigotsky y seguidores, permite la construcción del actuar terapéutico imbricado en la concepción de desarrollo social del psiquismo, al concebir al individuo como psico-socio-histórico, enraizado en sus orígenes culturales y cuyas funciones humanas se originan en las relaciones sociales,²⁹ lo que es crucial en terapia grupal.

El terapeuta asume papel de mediador, como también el grupo y su dinámica, para transformar la acción del sujeto: la dimensión interpsicológica internalizada pasa a la intrapsicológica, y la participación activa e intencional de este modifica su pensamiento y acciones a través de los signos mediadores y los significados compartidos. Es decir, la psicoterapia crea recursos para que

sucedan estas modificaciones,²⁹ y es la esencia de la estrategia propuesta por el autor.

Viabilidad

La investigación se asumió sin contratiempos. El servicio de hospital de día de la institución brinda atención continua, lo que garantiza el flujo de grupos terapéuticos. El autor es responsable del servicio y los pacientes que constituyen la muestra están allí ingresados. No se precisan presupuestos añadidos ni fondos ajenos a los salarios de los miembros del equipo de salud mental.

Beneficios esperados

La estrategia permite optimizar el tiempo disponible y garantiza la satisfactoria evolución de los pacientes y su adaptación al medio. Puede ser reproducida por terapeutas interesados y ajustada a sus necesidades.

Novedad científica

Se trata de una estrategia psicoterapéutica grupal breve dirigida a pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna, la que incluye la psicoterapia combinada, el enfoque intergeneracional, el empleo de las TIC y la interacción familiar, con objetivos, tareas y temáticas predeterminados, donde se toma en cuenta el enfoque histórico-cultural y está dirigida a modificar afrontamientos y actitudes no adaptativas de los pacientes, en aras de la mejoría sintomática y su adaptación creadora al medio.

Límites del alcance de la investigación

Es una investigación llevada a cabo en una institución, pero permite ser reproducida y ajustada a entornos diferentes, según paradigma de la evidencia

basada en la práctica, e incorporada al trabajo con grupos breves, no solo en hospital de día. Su concepción y descripción permite a otros terapeutas adaptarla a sus propias condiciones de atención.

La tesis consta de tres capítulos. En el primero se aborda la fundamentación teórica y metodológica sobre psicoterapia grupal, orígenes, generalidades, mecanismos terapéuticos, características y preparación requeridos por un terapeuta grupal. Además, incluye el surgimiento y desarrollo del hospital de día, todo esto vinculado con la atención al paciente de nivel neurótico.

El segundo capítulo se centra en el diseño metodológico de la investigación y la manera en que es concebida, la descripción detallada de la estrategia psicoterapéutica grupal a ser ejecutada y la evaluación de sus resultados.

En el tercer capítulo se presenta el criterio de los expertos consultados al respecto y se exponen y discuten los resultados obtenidos según opinión de pacientes, prestadores y especialistas, a la vez que se comparan con los de otras latitudes. Por último, se expresan las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio, a las que se añaden las referencias bibliográficas. Se incluyen, además, los anexos considerados necesarios.

CAPÍTULO 1 Presupuestos teóricos y metodológicos relacionados con el manejo psicoterapéutico grupal de pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna.

A continuación se exponen los antecedentes y generalidades de la terapia grupal, su clasificación y los mecanismos terapéuticos que la definen, la preparación del grupo y las cualidades requeridas por un terapeuta grupal. Se evalúa el contexto internacional, latinoamericano y cubano sobre el asunto, y se describen los orígenes y desarrollo de los hospitales de día. Por último, se muestra el estado actual del conocimiento sobre el problema de investigación y la carencia que se espera llenar con esta, todo vinculado a la atención al paciente de nivel neurótico.

1.1 Antecedentes del trabajo grupal

1.1.1 Orígenes del grupo e inicios del tratamiento

La organización grupal es connatural al ser humano, pues la cooperación de los diferentes grupos de pertenencia constituye básico sostén en su supervivencia. Su desarrollo ocurre en espacios grupales: familia, escuela, comunidad, y está preconditionado por la colectividad antes de nacer. El grupo que lo educa deja en él una impronta vital; lo individual se inserta en lo grupal y viceversa.

Aún en sociedades menos desarrolladas, la participación en rituales colectivos refuerza la solidaridad y mejora la armonía social,^{30, 31} lo que permite inferir que el contexto grupal puede ser el más cercano al real para recibir determinados tratamientos. El sentimiento de pertenencia que une al ser humano con sus congéneres facilita que en cualquier situación grupal sea un observador participante.³²

Culturas aborígenes y antiguas utilizan procederes chamánicos, ceremonias de curación y ritos en reuniones grupales. Experiencias emocionales y descargas catárticas colectivas forman parte de rituales mágicos y religiosos, celebraciones públicas y espectáculos deportivos y culturales. Se evidencian en los experimentos de Franz Mesmer con el magnetismo animal a fines del siglo XIX y en las sesiones hipnóticas conducidas por Jean Martin Charcot con pacientes histéricos parisinos.^{32, 33}

No son únicos en la Francia decimonónica; en ese siglo Gustave Le Bon³⁴ y Émile Durkheim³⁵ hacen aportes teóricos. Le Bon, médico y sociólogo, publica en 1895 Psicología de las masas, texto con indiscutibles tributos a la dinámica grupal y social. Durkheim, sociólogo y filósofo, establece la sociología como disciplina académica y contribuye a la interpretación de procesos colectivos con conceptos como solidaridad, anomia y símbolos sociales, sumados a su hipótesis sobre conciencia colectiva y dinámica social. Es perspicaz al concebir el grupo social como algo más que la suma de sus miembros.

En el continente americano, el precedente documentado sobre manejo grupal se ubica en Chicago en 1889, cuando Jane Addams, trabajadora social, abre una casa de asentamiento nombrada Hull House, ante la necesidad de realojar y mejorar las condiciones de vida de numerosos inmigrantes europeos recién llegados, con programas sociales, educativos, artísticos y trabajos grupales. Tal solución es imitada a fines de ese siglo y principios del siguiente por organizaciones católicas y judías.^{36, 37}

La terapia de grupo como actividad planificada y conducida por un profesional para abordar enfermedades, surge a principios del siglo XX norteamericano,

pero no en el ámbito de atención al paciente psiquiátrico. La inicia Joseph Hersey Pratt, internista bostoniano, cuando en 1905 tiene encuentros semanales con pacientes tuberculosos ambulatorios para ofrecerles apoyo y actividades educativas sobre alimentación y regímenes de trabajo y descanso.³⁸ Pratt constata las potencialidades del clima afectivo grupal y cuánto representa cada miembro para el resto, con lazos emocionales favorables al cumplimiento del tratamiento y su evolución. Luego extiende la experiencia a pacientes cardíacos, diabéticos y obesos, y en 1930 a pacientes neuróticos y psicósomáticos.^{38, 39}

En la primera mitad del siglo XX el psicoanálisis goza de popularidad e influye en los inicios de la terapia grupal, cuando se comienza a transitar del enfoque intrapsíquico al interpersonal. Freud nunca la ejerce, pero en su obra *Psicología de las masas y análisis del yo*, hace aportes teóricos.⁴⁰

1.1.2 Precursores de la psicoterapia grupal

A fines de la segunda década de ese siglo, son predecesores en EE.UU. los psiquiatras Cody Marsh - adelantado en su concepción del hospital como comunidad terapéutica-, y Edward Lazell, quien atiende grupos de soldados regresados de la guerra con trastornos psicóticos. En Europa son pioneros Alfred Adler y Jacob Moreno; luego migran a Norteamérica. Este último acuña el término psicoterapia grupal en 1923 y crea el psicodrama basado en la catarsis o dramatización de los conflictos, la sociometría y el juego de roles.⁴¹

Trigant Burrow, psiquiatra norteamericano discípulo de Jung y fundador de la Asociación Psicoanalítica Americana, introduce el término análisis grupal en 1925 y emplea métodos psicoanalíticos en grupo,⁴² al igual que otros en los

años '30 como Slavson, Wolf y Schwartz, quienes dan primacía al individuo dentro del grupo. Foulkes al contrario, se centra en este y declara que la naturaleza social del ser humano es primaria e irreductible. Paul Schilder y Lewis Wender aplican manejo grupal en pacientes egresados y en prisioneros; también muestra utilidad en el tratamiento de niños y adolescentes.^{43, 44}

En 1935 en Akron, Ohio, se crea Alcohólicos Anónimos (A.A.) por William Griffith Wilson y Robert Holbrook Smith, quienes pasan a la posteridad con los seudónimos de Bill W y Dr. Bob, de forma respectiva. Este es un grupo de ayuda mutua que estimula fraternidad, solidaridad, colaboración y humildad entre miembros, luego extendido a nivel internacional hasta el presente.⁴⁵

El funcionamiento de A.A. ha servido como modelo en la atención a diversos trastornos y situaciones. También a principios de los años '30 Mira y López, psiquiatra catalán, trabaja con grupos y durante la guerra civil española organiza a los pacientes hospitalizados a través de la autogestión, en ambiente similar al de comunidad terapéutica.⁴⁶

Durante la Segunda Guerra Mundial la terapia grupal cobra inusitado impulso y popularidad, ante el elevado número de soldados con trastornos mentales y la escasez de psiquiatras militares disponibles. Los hospitales militares norteamericanos y británicos se convierten en fuentes de expertos, tanto que William C. Menninger, principal psiquiatra militar en EE.UU., considera el empleo de la terapia grupal durante la guerra entre las mayores contribuciones de la psiquiatría militar a la civil.⁴⁷

En el transcurso de la contienda surgen las dos principales sociedades de terapeutas grupales en ese país: la Asociación Estadounidense de Psicodrama

y Psicoterapia de Grupo, ASGPP por sus siglas en inglés, creada por Jacob Levy Moreno en 1942, y la Asociación Estadounidense de Psicoterapia de Grupo, AGPA por sus siglas en inglés, fundada por Samuel Slavson en 1943. Esta última impulsa la constitución de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo IAGP, por sus siglas en inglés, en 1974.⁴⁸

1.1.3 Principales aportes

En los años '40 Kurt Lewin, psicólogo y filósofo alemán nacionalizado estadounidense, fundador de la psicología social moderna, introduce el término dinámica de grupo, establece la teoría de campo y la Psicología de la Gestalt e influye en los trabajos de Foulkes, James Anthony, Wilfred Bion y Ezriel en el Reino Unido. Se centra en el tema grupal más que en sus miembros e influye también en la Francia de post guerra.⁴⁹

Es resaltable que desde el punto de vista metodológico, el presente estudio de investigación acción tiene sus orígenes en el trabajo pionero de Lewin. Este, de manera lúcida, es quien propone el nexo entre ambas.

La literatura sobre terapia grupal en los años '50 demuestra su aplicabilidad en diferentes ámbitos: hospitales, atención ambulatoria, programas rehabilitatorios y centros correccionales. Además, que puede dirigirse tanto a niños y adolescentes como a adultos con diversos trastornos.

Carl Rogers realiza contribuciones al crear grupos de encuentro apoyado en relaciones auténticas, congruencia, empatía, crecimiento y experiencia, supresión de la distancia entre lo vivido y lo expresado y aceptación de personas o cosas. Influye en el desempeño de terapeutas grupales sobre todo humanistas.⁵⁰

La bioenergética tiene como antecedente dos obras de Wilhem Reich, aunque Alexander Lowen fija el método al relacionar emociones, carácter, estructura muscular y expresiones corporales, para desbloquear zonas cargadas y rígidas del cuerpo. Maxwell Jones desarrolla las comunidades terapéuticas en los años '60 e influye en programas intensivos grupales con principios del psicodrama, componentes cognitivos, afectivos y conductuales, en tanto la terapia grupal comportamental modifica conductas en grupos homogéneos, con reforzamientos de terapeuta y grupo, modelado y retroalimentación.^{51, 52}

La Terapia Gestáltica de Perls⁵² enfatiza en la apertura del paciente a la experiencia del aquí y ahora, y asemeja una entrevista individual en el marco grupal, con poca participación y dinámica del resto. El análisis transaccional de Eric Berne⁵³ combina tres tipos: el estructural, el de transacciones y el del guión de vida, y sintetiza dos de las tendencias del psicoanálisis y de la psicoterapia en general: análisis de la personalidad y de las relaciones. Otro exponente contemporáneo de la terapia grupal es el norteamericano Irvin Yalom, autor de una obra clásica junto con Leszcz, Teoría y Práctica de la Terapia Grupal, donde describe su método interpersonal.⁸

En resumen, el devenir histórico de la psicoterapia grupal muestra una evolución respecto a sus aspectos sociopedagógicos. Las primeras propuestas son didácticas y exhortativas, luego la visión psicoanalítica amplía el enfoque del individuo hacia lo interpersonal, con énfasis en aspectos pedagógico-familiares.

Más tarde Moreno (psicodrama), Adler (interés social), Burrow y Bierer (comunidades terapéuticas y tratamientos situacionales), Lewin (dinámica de

grupo y noción de campo) y Rogers (grupos de encuentro), crean un vasto campo, en especial humanista, con recursos para vivencias personales e interpersonales, y para lidiar con el contexto en que se insertan.⁵⁴

1.2 Generalidades y clasificación de la terapia grupal

A continuación se expone la abarcadora clasificación de la psicoterapia grupal de Puget, citada por Díaz Portillo.⁵⁵ Según su finalidad, existen grupos terapéuticos, de experiencia, de enseñanza, creativos y comunitarios. De acuerdo a la técnica, hay grupos de interpretación, discusión, dramatización, juegos y otras técnicas de movilización, y su combinación.

Respecto al marco teórico incluye psicoterapia psicoanalítica de grupo (Slavson); análisis de grupo (Foulkes); psicodrama (Moreno); psicodrama psicoanalítico (Levobici); dinámica grupal; interacción grupal (Bales, Jackson, Watzlawick); teoría de la comunicación; psicología existencial; análisis transaccional; terapia gestáltica; terapias conductistas; psicología rogeriana; teoría de los sistemas y otras.

Según su duración: terapia sin límite total; de tiempo limitado (seis meses a un año); breves (menos de seis meses) y terapias con sesiones prolongadas dentro de limitada duración (laboratorios, grupos de encuentro). Respecto al número de integrantes, psicoterapia con pequeños grupos (hasta 18 miembros); con grandes grupos y grupo comunitario. Y según la composición, grupos mixtos (de ambos sexos y diagnósticos heterogéneos); grupos homogéneos (alcohólicos, obesos y otros); grupos preformados; terapias de pareja y familia; grupos multifamiliares e institucionales.

Los grupos cerrados mantienen los miembros sin nuevas inclusiones; la continuidad de los abiertos permite dar altas e incorporar pacientes a lo largo de su duración. La mayor parte de los terapeutas, incluido el autor, considera que los grupos deben ser lo más heterogéneos posibles para asegurar la máxima interacción.

Se recomienda incluir diferentes diagnósticos, patrones de conducta, edades, razas, estratos sociales, entornos educativos y ambos sexos. Pacientes entre 20 y 65 años pueden incluirse de forma eficaz, en tanto niños y adolescentes son mejor tratados dentro de sus grupos de edades,⁵⁶ criterios compartidos por el autor.

Para la Asociación Estadounidense de Psicoterapia de Grupo⁵⁷ no existe ideal composición o mezcla grupal. Considerarlo sería un lujo en la práctica contemporánea, afirmación también suscrita el autor, ya que la composición más que destino, tiene que ser punto de partida.

El objetivo al crear un grupo es conseguir una mezcla de individuos que a la par de interactuar, se apoyen, desarrollen y mantengan la cohesión grupal en función de los propósitos convenidos. Es recomendable heterogeneidad en cuanto a naturaleza de las dificultades individuales y homogeneidad respecto a empuje y compromiso de sus miembros.

Salvendy⁵⁸ considera que en grupos de adultos los límites de edad no deben ser rígidos, pero excluye extremos: adolescencia y tercera edad. Respecto al balance entre hombres y mujeres, opina que no es significativo siempre que exista un mínimo de dos miembros del mismo sexo, excluido el terapeuta. La mezcla de hombres y mujeres es beneficiosa sobre todo para los primeros, al

aumentar su interacción y compromiso, parece ser menos necesaria para las féminas. El autor está en desacuerdo con la exclusión de personas de la tercera edad.

La duración recomendada es de una a dos horas por sesión; sobrepasarlas presupone cansancio e ineficiencia, aseveración tampoco compartida por el autor. Los encuentros pueden ocurrir en centros comunitarios, consultas, hospitales, bibliotecas o el hogar de algún integrante, con asientos dispuestos en círculo o en forma de U y que cada uno tenga contacto visual con los demás. La mayoría de los grupos se reúne una vez a la semana, y ante inasistencias se retiran las sillas vacías para cerrar círculo con los presentes.⁸

Para impedir interrupciones y evitar fisuras en la confidencialidad, el terapeuta restringe el acceso al local, pues privacidad y ausencia de distracciones deben garantizarse. Se reitera por diversos autores que en la actualidad, la intención de disminuir gastos ejerce presiones para abreviar la terapia.⁸

1.3 Preparación del grupo terapéutico

La preparación pregrupal se señala por diversos autores y códigos éticos. Un tratamiento psicoterapéutico exige ajuste a los principios éticos de la profesión, pero el grupal requiere extremarlos, al tratarse de desconocidos unidos por el líder, quienes compartirán su intimidad sometidos a inusual interacción.

Franca Tarragó, mencionado por De Andrea et al.,⁵⁹ plantea algunas particularidades del consentimiento informado en actividades grupales, por la importancia de la individualidad de los participantes. Debe prepararse a los futuros integrantes a través del consentimiento válido y advertirlos respecto a la implicación de su participación, procedimientos generales, riesgos, derechos y

obligaciones. La confidencialidad es principio ético central; el terapeuta resguarda la información obtenida y promueve que los miembros la mantengan. Según la Asociación Estadounidense de Psicoterapia de Grupo ⁶⁰ la preparación persigue los acertados objetivos siguientes: iniciar la alianza terapéutica; reducir ansiedad inicial y posibles errores de concepto; proveer información para el consentimiento informado y alcanzar consenso entre terapeuta y miembros acerca de los objetivos del tratamiento.

La alianza terapéutica constituye un factor trascendental. Al respecto, se asume la definición de Clavijo ²⁶ cuando cita a Joyce y Piper, y también a Meissner: “es la utilización en su ayuda de las partes sanas de la personalidad y recursos del paciente y la participación de su compromiso y voluntad, para la obtención de los objetivos psicoterapéuticos concertados”. La forma en que se establece el vínculo es decisiva para su mejoría y es un aspecto muy investigado en los últimos años para cimentarlo.⁶¹

La alianza terapéutica comienza a establecerse desde el contacto inicial y consta de tres componentes: vínculo positivo entre terapeuta y paciente, convenio acerca de los objetivos y convenio acerca de las tareas de la terapia.⁶² Su significación en cuanto a mejorías, la ubica por encima del tipo de técnica empleada o modelo teórico del líder y de las expectativas del paciente.⁶³

El encuadre grupal organiza y sostiene el grupo mediante el contrato terapéutico entre líder y miembros, centrado en los acuerdos respecto a las tareas de cada uno, las reglas para conseguirlo y los fines perseguidos. El contrato establece un marco de referencia en cuanto a duración y frecuencia de

sesiones, asistencia, horarios y confidencialidad, entre otros; es el fundamento en el que se basa la alianza terapéutica.⁶⁴

Para reducir las tasas de abandono es preciso elegir los candidatos de forma conveniente. La apropiada selección permitirá mantener su asistencia, contribuir a la cohesión y acelerar el establecimiento de las conductas grupales responsables del cambio.

Dentro de los criterios de inclusión, se está de acuerdo en que el más importante es la motivación del paciente. Son tributarias las personas con problemas interpersonales: soledad, timidez y retraimiento social, dificultades para intimar, sentimientos de no ser amado, poca asertividad, obsequiosidad y dependencia, necesidad de admiración, exagerada competitividad, agresividad, suspicacia, tendencia a discutir, conflictos con la autoridad, narcisismo e ineptitud para compartir, sentir empatía o aceptar críticas.⁵⁸

De manera adicional el paciente debe responsabilizarse con su problema, o al menos reconocerlo y desear cambios. Otras indicaciones incluyen las adicciones, abuso de sustancias, trastornos ansiosos, depresivos, alimentarios, baja autoestima, violencia doméstica, divorcio, enfermedad crónica, duelo y pérdida, y situaciones relacionadas con la crianza de los hijos, entre otros.^{58, 65}

El autor la prescribe además en pacientes con trastornos por claudicación ante el estrés, (de adaptación, de ansiedad generalizada, de ansiedad fóbica, trastornos mixtos) quienes son muy beneficiados. Expectativas positivas predicen un favorable resultado, asunto avalado por un sustancial apoyo investigativo: cuanto más útil espera el paciente que le sea el tratamiento, de más utilidad le será. El haber estado en terapia añade expectativas positivas.⁸

Las exclusiones son más relativas que absolutas y se recomienda errar a favor de la inclusión, pero se evitan quienes no aceptan situaciones y normas grupales, las crisis agudas, poca tolerancia a la ansiedad y frustración, daño orgánico cerebral, bajo nivel intelectual o insuficiente dominio del lenguaje. La interacción grupal puede agravar tartamudeo y balbuceo, tensión arterial lábil, ataques frecuentes de asma, angina severa y epilepsia no controlada. No son buenos candidatos los sociópatas, los individuos paranoides, con psicosis agudas o depresiones profundas.⁸

Pese a la evidencia de la efectividad de la psicoterapia grupal, muchos individuos son reacios a ser incluidos y algunos terapeutas se resisten a referir sus pacientes o trabajar grupos. En los primeros se ha explicado por ansiedad social, temor a la ira de otros miembros o experimentar vergüenza y humillación; muchos profesionales se consideran poco entrenados y temen no ser adecuados. Pese a ello, para terapeutas grupales pocas experiencias son tan gratificantes como comprobar cambios reales, en individuos reales, en tiempo real,⁶⁶ aseveración que suscribe el autor de manera rotunda.

1.4 Factores y mecanismos terapéuticos grupales

Corsini y Rosenberg son pioneros al referir y compilar algunos de los denominados procesos grupales, que explican sus satisfactorios resultados, pero Yalom y Leszcz⁸ los describen y clasifican con mayor precisión:

1. Infundir esperanza. Es preciso confiar en un tratamiento para mantenerlo y permitir que actúen otros factores. La mejoría de terceros sirve de inspiración, así como el optimismo del terapeuta y el reconocimiento de los demás ante progresos, lo que hace superior la terapia grupal sobre la individual.

2. Universalidad. Sentimientos comunes son fuentes de consuelo. Compartir problemáticas personales genera alivio emocional; quien se considera único respecto a sufrimientos o problemas tiende a ocultarlos, afectando validación y aceptación de terceros, situación que el grupo corrige.
3. Ofrecer información. Instrucción didáctica sobre salud mental y trastornos psíquicos suministrada por el terapeuta, su guía y sugerencias, y las de los demás pacientes. La acción de aconsejar de estos, más que su contenido, es beneficiosa por implicar mutuo interés y pertinencia.
4. Altruismo. Aspecto exclusivo de esta terapia, que no se da en la individual. Sus miembros ganan al recibir ayuda y también al brindarla, como parte de la secuencia recíproca dar-recibir, además de la ganancia intrínseca del acto de ofrecer: ayudar a otros, ayuda.
5. Recapitulación correctiva de la experiencia familiar primaria. Es enmendar experiencias insatisfactorias en la familia de origen del paciente, que el grupo evoca: presencia de figuras de autoridad/paternas y de iguales/hermanos (sentimientos de competitividad y hostilidad, interacciones que recuerdan aquellas con padres y hermanos), revelaciones personales, fuertes emociones y gran intimidad. Se patentizan relaciones dependientes, desafiantes, competitivas, de envidia o de centrar la atención, entre otras.
6. Desarrollo de técnicas de socialización. El aprendizaje social opera al desenvolver habilidades básicas: individuos con escasas relaciones íntimas reciben acertada retroalimentación y aquellos para quienes su soledad es inexplicable, aprenden de los demás en qué medida contribuyen a su

aislamiento. El grupo provee un ambiente propicio a la comunicación adaptativa y efectiva, idóneo para aprender y practicar nuevas habilidades sociales.

7. Conducta imitativa. Mediante observación, los integrantes expanden conocimiento personal y habilidades, imitación y modelado de conductas.

8. Aprendizaje interpersonal. Es tan importante que se compara con *insight*, transferencia o experiencia emocional correctiva en terapia individual. La experiencia pasada puede ayudar, pero la clave del cambio es comprender las actuales formas de ser con el otro. Para ello, la representación propia y otras pueden requerir modificaciones, solo posible en el aquí y ahora. El grupo ofrece oportunidades de experiencias emocionales correctivas, prueba de la realidad con la validación consensual de otros e interacciones más honestas.

9. Cohesividad grupal. Es indispensable para que operen los demás factores, dada por sentimientos de confianza, pertenencia y unión.

10. Catarsis. Compartir la liberación de fuertes cargas emocionales de situaciones pasadas o presentes, experiencias y dolor, ayudan a eliminar ira y otras emociones reprimidas y llevar a *insights* que cambian percepciones y respuestas. El desahogo grupal es terapéutico gracias al estado afectivo y la aceptación incondicional, y por inducción, una catarsis puede favorecer otras.

11. Factores existenciales. El grupo provee espacio y tiempo para aceptar responsabilidad por decisiones tomadas, autonomía y maneras de asumir la vida, así como explorar aspectos dificultosos como pérdidas y muerte. Sentirse en control de conductas y elecciones desarrolla fuerte sentido de autoconfianza.

Estos once factores son interdependientes y representan diferentes partes del proceso de cambio. ⁸

El autor suscribe cada uno de los mencionados factores, que son aprovechados en la estrategia, así como la idea de que la relación terapéutica es el mecanismo de acción que opera a través de todas las terapias. A dicha relación se le atribuye un impacto nueve veces mayor sobre los mecanismos de acción referidos en protocolos de tratamiento.⁶⁰

Zuckerfeld citado por Felipe et al.,⁶⁷ sintetiza los factores terapéuticos y hace una inteligente propuesta sobre tres principios en los que se basan los grupos:

-Semejanza. Dejar de pensar desde lo individual para hacerlo como grupo; pasar del “a mí me pasa...” al “a nosotros nos pasa...” Se consigue a través de cohesión, universalidad, esperanza, altruismo e imitación.

-Identificación. Cuando a ese “nosotros” se añade “nosotros con este modelo que construimos...”, y obedece a los factores terapéuticos información, resocialización y aspectos existenciales. Es asumir por vía sobre todo afectiva, los puntos de vista y conductas de otros y asimilarlos como propios.

-Confrontación. Cuando se piensa “nosotros, con el modelo que construimos, transformamos esta realidad que nos afecta”. Se consigue a través de catarsis, experiencia emocional correctiva y aprendizaje interpersonal.

Dentro de los factores terapéuticos grupales, la mayor parte de los autores confiere gran importancia a la cohesión, máxima manifestación de la relación terapéutica y mejor predictor positivo del tratamiento, vinculado a la disminución de abandonos. Se insiste en que los miembros más relacionados e involucrados reportan superior mejoría sintomática.^{68, 69}

Norcross y Lambert⁷⁰ subrayan que en 55 estudios realizados, la cohesión fue el mecanismo más efectivo. También que los sustanciales resultados obtenidos

en psicoterapia son debidos a la relación terapéutica, con independencia del tipo de tratamiento elegido, a lo cual se ha hecho referencia.

Resulta estimulante la referencia de Jarne y Cabré ⁷¹ a la resolución de la Asociación Americana de Psicología sobre el reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia y su postura respecto a la basada en evidencia. Tras resultados de más de 140 estudios y meta análisis, concluyen que estas intervenciones psicológicas deben reconocerse como prácticas eficaces y rentables por el sistema sanitario, al probarse sus efectos generales o promedio asociados a la psicoterapia, mantenidos en la mayoría de las condiciones diagnósticas.

Los beneficios obtenidos perduran en el tiempo y se incrementan tras la intervención. Además, los grandes estudios multicéntricos y los metaanálisis consultados en la resolución demuestran que los programas de psicoterapia reducen las consultas médicas, el consumo de fármacos y en consecuencia, el gasto sanitario. Así manifiestan su decisivo apoyo a la inclusión del tratamiento psicológico en el sistema de atención primaria.⁷¹

1.5 Recursos psicoterapéuticos grupales

Los recursos terapéuticos son los que hacen posibles cualquiera de las intervenciones en psicoterapia. Sadock⁵⁶ menciona veinte que resultan de gran utilidad en el manejo grupal, algunos exclusivos de esta: Abreacción, aceptación, altruismo, análisis de la realidad (validación consensual), aprendizaje, catarsis, cohesión, contagio, empatía, experiencia emocional correctiva, identificación, imitación, inspiración, interacción, interpretación, introspección, transferencia, universalización, validación y ventilación.

1.6 Cualidades y formación del terapeuta grupal

Rosenberg⁷² evoca tres condiciones para garantizar el éxito de un terapeuta, definidas en 1961 por Carl Rogers: coherencia, comprensión empática y respeto incondicional, al margen de orientaciones teóricas, técnicas y procedimientos. En 1976 sus discípulos Truax y Carkhuff las redefinen en términos de autenticidad, calidez no posesiva y justa empatía.

En cuanto al terapeuta grupal, Liberman, Yalom y Miles, también citados por Rosenberg, ⁷² lo describen como proveedor, rol caracterizado por su apoyo, esmero y protección. Además por ser amigable y propiciar el cambio al brindar amor e información y ser amable al emitir juicios sin ejercer presiones.

Otros rasgos de carácter requeridos son:

- Ser enjundioso y enriquecedor, pues confianza y cohesividad están ligadas a su capacidad de cuidado y expresividad.
- Optimismo respecto a la vida y al potencial terapéutico de la experiencia grupal, pues infundir esperanza es un factor curativo.
- Tolerancia a posibles ataques psicológicos de algún miembro frustrado y capacidad para explorar sentimientos hostiles.
- Espontaneidad y sensibilidad ante los propios sentimientos y su adecuada y responsable expresión.
- Creatividad, con visión desde diversas perspectivas.
- Flexibilidad para aceptar actitudes y valores distintos a los propios.
- Humor, no indispensable pero útil para hacer interpretaciones sutiles.

- Madurez, cualidad deseable y difícil de lograr, con permanente disposición para aprender, intercambiar y crecer. Los buenos terapeutas grupales deben mostrarse como personas reales.

Además, la compasión se menciona como principio fundacional en su ejercicio, y la espiritualidad como útil recurso.⁷³ No puede obviarse el valor de la práctica personal y la autoreflexión, esenciales en terapeutas efectivos; sus cualidades personales e interpersonales son básicas en el resultado de los pacientes y en la forma de conseguir cambios propuestos.⁷⁴

En otros contextos la preparación de este profesional tiene estrictos requerimientos, como integrarse a grupos de entrenamiento y alcanzar determinado número de horas de práctica individual y grupal capaces de acreditarla. Además de estudiar textos básicos y dominar su desarrollo histórico, debe tener experiencia en psicoterapia individual, para que ambas actividades se integren y den lugar a un esquema de funcionamiento intrapsíquico e interpersonal.⁷⁵

Gómez Esteban ¹⁰ expone la necesidad de incorporar el aprendizaje de la terapia grupal en la etapa de residencia con la preparación teórica y técnica y supervisión de la actividad, así como en los programas de formación continuada para especialistas. Subraya que esta formación implica compromiso personal y no la acumulación de conocimientos contenidos en un programa; tiene que ser una experiencia que promueva la progresiva integración de pensamiento, afecto y acción, que articule teoría y práctica, todo lo cual suscribe el autor.

Más allá de lo didáctico, es esencial un programa de entrenamiento que incluya la observación de terapeutas grupales experimentados en el desempeño de su

actividad, cercana supervisión clínica, una experiencia grupal y trabajo personal psicoterapéutico.⁸ Weiner⁷⁶ reitera que con adecuada formación y supervisión, la mayor parte de los terapeutas individuales competentes pueden llegar a ser eficaces terapeutas de grupo, pues es deseable alguna experiencia en psicoterapia individual para asumir la grupal, aseveración que se suscribe.

Fernández y Rodríguez⁷⁷ destacan que años de investigación no han demostrado la superioridad de una intervención de determinada orientación teórica sobre otra. Proponen, con audacia, modificar las estrategias de formación del terapeuta centrándose en su persona, sus habilidades conversacionales y de relación, con hincapié en el contexto en el que se producen las intervenciones, más que en la orientación teórica. Esta sugerencia parece apuntar a su entrenamiento como comunicador.

1.7 Valoración del contexto mundial, nacional y local acerca del asunto

1.7.1 Contexto internacional

A partir de los años '60 las diferentes tradiciones psicoterapéuticas grupales se especializan y desarrollan, y se distingue entre terapias centradas en el tratamiento de trastornos concretos y otras cercanas a la psicoeducación; en tanto las terapias cognitivo-conductuales adquieren gran relevancia en la vertiente más práctica de la terapia grupal.³⁸ En la contemporaneidad coexisten muchos modelos; algunos desde la fundación de la Asociación Americana de Psicoterapia Grupal hace más de 75 años, otros recién aparecidos, lo que permite variedad de elección.⁷⁸

Al respecto, Barlow citado por Rosendahl et al.,⁷⁹ ofrece un útil modelo conceptual que destaca tres tipos de grupos terapéuticos: aquellos sin líder

(para tratamientos de autoayuda y adicciones), grupos psicoeducativos (importantes en establecimientos psiquiátricos y hospitales de día) y grupos terapéuticos basados en manuales o modelos. Estos son por lo general breves y diseñados de acuerdo a orientaciones terapéuticas específicas o teorías de cambio formal (tales como análisis grupal o terapia cognitivo-conductual).

1.7.1.1 La psicoterapia de grupo en Latinoamérica y en Cuba

El movimiento grupal en el área se inicia en 1947 en Argentina, cuando Enrique Pichon Rivière organiza grupos terapéuticos con pacientes ingresados en el Hospital de Neuropsiquiatría a partir del modelo de Lewin, con tácticas de Schilder y enfoques freudomarxistas. Pichon es uno de los fundadores de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo en 1954 y aporta los modelos de grupos operativos didácticos y terapéuticos.³⁸

En México se inician experiencias aisladas a partir de 1949, cuando Ramón de la Fuente y Eleonor Torres atienden a un grupo de niños en el Hospital Infantil.⁵⁵ En Cuba en 1951 es precursor Frisso Potts, discípulo de Moreno y miembro de la secretaría del Comité Internacional de Psicoterapia de Grupo.⁸⁰ Además, publica un texto prologado por Moreno: Psicoterapia de grupo, Introducción a la sociometría.

José A. Bustamante, principal psicoterapeuta cubano, funda la Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL y es miembro de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo. Entre sus seguidores se destacan Hiram Castro-López y Clavijo Portieles, creadores de la Terapia Sistémica para la Modificación de Predisposiciones Neuróticas y la Psicoterapia Concreta de Actitudes, de manera respectiva.²⁶

Otros destacados terapeutas grupales son Arés Freijó, Córdova Castro, García Fleites, Suárez Ramos, Galigarcía Hernández y Ravelo Pérez, algunos vinculados al hospital de día. Acosta Nodal crea el cine debate terapéutico y González Menéndez se dedica al trabajo grupal con alcohólicos, en tanto Reina Rodríguez Mesa crea un modelo de psicoterapia grupal profunda dinámica no psicoanalítica, que combina aspectos psicodinámicos individuales con los de la dinámica grupal.⁸¹

Esta terapeuta es autora de Psicoterapia de grandes grupos, origen y desarrollo en Cuba, texto publicado en 2016 ⁸² y asegura que la escuela cubana de psicoterapia, más allá de posturas teóricas o filosóficas, se define por el quehacer práctico y el enfoque social gratuito y equitativo, que con ética revolucionaria permite utilizar diversos modelos sin límites de escuelas o corrientes psicológicas.⁸¹

1.8 Estado actual del conocimiento del problema de investigación

En la provincia Camagüey, Clavijo Portieles²⁶ crea la Psicoterapia Grupal Concreta de Actitudes, expuesta en su texto *Crisis, Familia y Psicoterapia*, galardonado en 2003 con el Premio Nacional Anual de la Salud, el de la Academia de Ciencias de Cuba y Relevante Nacional del XV Fórum de Ciencia y Técnica. Fue Mejor Tesis Doctoral en Biomedicina 2006-2007.

Según su definición, “es un método que atiende pacientes en grupo a través de recursos psicológicos aplicados por un equipo empeñado en eliminar o aliviar los síntomas y ayudarlos a enfrentar problemas y mejorar su calidad de vida. Busca control sintomático, ajuste emocional y social, así como progresos en la conducta y el autoconocimiento, mediante la comunicación e interacción

sistemáticas entre miembros, al aplicar principios del análisis de actitudes y del condicionamiento operante en una atmósfera de empatía, espontaneidad, confianza y aceptación incondicional.”

“Apela a la toma de conciencia, movilización afectiva, modificación de actitudes, reaprendizaje conductual y reentrenamiento relacional, con variados procedimientos derivados de estos mecanismos terapéuticos. Su empuje descansa en su capacidad para favorecer socialización y cambio personal, al tiempo que actúa de manera terapéutica sobre los distintos procesos psíquicos.” El autor expresa su total acuerdo con lo enunciado, antecedente y referente de su propuesta estratégica.

Este presupuesto y el habitual proceder terapéutico grupal del autor, lo hacen aportar otros componentes teóricos y prácticos capaces de enriquecerla, de ahí que incluya aspectos novedosos como el enfoque intergeneracional, el empleo de las TIC y la integración familiar, no descritos antes en el manejo grupal, así como contenidos y tareas concretas por sesión, otro aporte del autor, todo con vistas al desarrollo personológico de los pacientes. Además, se añaden sesiones de psicoterapia individual (terapia combinada).

Tales novedades, ejecutadas en un servicio de atención secundaria por un terapeuta asistencial, requieren se demuestren sus resultados. Por tanto, la investigación al respecto tiene que estar anclada en el paradigma de la evidencia basada en la práctica.

Como se vio, existen considerables diferencias entre la práctica basada en la evidencia y la evidencia basada en la práctica, y por tanto entre los aspectos que delimitan eficacia y efectividad. La eficacia está caracterizada por la

comprobación de resultados según metodología de investigación reconocida, mientras a la efectividad la define el éxito social y la satisfacción del paciente.⁷¹

Según el primer paradigma, un tratamiento eficaz provee resultados positivos en un ensayo experimental controlado y circunstancias restringidas. De acuerdo al segundo paradigma, uno efectivo proporciona resultados positivos en condiciones habituales de atención, controladas o no para propósitos investigativos, pero sí respecto a actividades que incrementen tales resultados, pues involucran a clínicos y pacientes con diagnósticos o necesidades múltiples en el mundo real.⁸³

Tal satisfacción influye en la utilización de los servicios, así como en el estado de salud de la población. La proliferación de estudios al respecto invita a reflexionar sobre lo que se hace, los resultados obtenidos y hacia dónde dirigir acciones futuras, como aseguran Leyva y Bravo.⁸⁴ Estas son las razones por las que se emprende el estudio.

1.9 Carencia que se quiere llenar con la investigación

El estricto límite de tiempo estipulado en el hospital de día camagüeyano, con número fijo de encuentros solo en horario matutino, obliga a perfeccionar cada sesión para que sea productiva y se obtengan los objetivos propuestos. Para grupos cerrados Clavijo propone de una a tres sesiones semanales durante seis semanas, continuar con una semanal durante otras cuatro a seis semanas y concluir con encuentros quincenales o mensuales.

Así, la terapia se prolonga mucho más de las nueve semanas previstas en el ingreso y no se precisan asuntos a tratar ni tareas a cumplir, riesgos que el autor ha experimentado. Divagaciones y abordaje de asuntos no medulares

(mejor tratados en encuentros individuales), pueden provocar desaprovechamiento de las sesiones, demoras en alcanzar objetivos y comprometer la consecución de cambios propuestos.

Entonces, acciones psicoterapéuticas planificadas, secuenciadas, ordenadas y estratificadas según contenido de sesiones, introducidas por tareas preconcebidas, garantiza aprovechar el tiempo disponible. Esta necesidad es el motor impulsor para la creación de la estrategia.

Con ella terapeuta y equipo tienen una guía para asumir las sesiones, los pacientes se centran en asuntos a los que deben dirigir sus discusiones y el personal en formación ve facilitado su aprendizaje, de por sí largo y dificultoso. Esto es factible pues se ofrece no solo qué, sino cómo ejecutar la terapia. Por su novedad la estrategia requiere ser evaluada, lo que constituye el centro de la investigación.

1.10 Aspectos terapéuticos incluidos en la estrategia

Por constituir elementos esenciales del diseño psicoterapéutico, se hace referencia a determinados términos desde el punto de vista operativo. Seligman, citado por Contreras y Esguerra,⁸⁵ define la psicología positiva como el estudio científico de experiencias y rasgos individuales positivos, instituciones que facilitan su desarrollo y programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previenen o reducen la incidencia de psicopatología. Las emociones positivas potencian salud y bienestar, favorecen el crecimiento personal, propician satisfacción con la vida, esperanza, optimismo y percepción de felicidad.

Citan además a Chico, quien relaciona de manera positiva estrategias de afrontamiento favorables (planificación, reinterpretación positiva, crecimiento personal, afrontamiento focalizado en el problema), y de manera negativa estilos de afrontamiento no adaptativos (centrado en emociones, negación, distanciamiento conductual, consumo de sustancias). Uno de los objetivos de la psicología positiva es cambiar el marco de intervención hacia el desarrollo de estrategias terapéuticas que favorezcan experiencias emocionales positivas, prevención y tratamiento de problemas derivados o exacerbados por la presencia de ansiedad, depresión y agresividad, entre otros.⁸⁵

El conocimiento disciplinar en distintas áreas de la psicología puede utilizarse desde tal perspectiva, como se patentiza en los estudios de psiconeuroinmunología sobre estrés e inmunosupresión. Fleshner y Laudenslager; Zittel, Lawrence y Wodarski citados por Ramos et al.⁸⁶ recuerdan la influencia psicológica de la mente sobre el cuerpo, tratada desde aproximaciones multidisciplinarias que incluyen la medicina, la psicología, la sociología, el trabajo social e incluso la religión.

La interpretación del individuo ante un estresor determina su afrontamiento, la respuesta del sistema inmune y posibles síntomas de enfermedad. Por tanto, una intervención psicoterapéutica diseñada con el objetivo de modular el estrés, debe propiciar estrategias de solución de problemas, identificar potenciales estímulos peligrosos, facilitar conductas saludables e interpretar acontecimientos vitales desde una perspectiva adaptativa.⁸⁶

De ahí la importancia de las diversas técnicas de relajación. Durante su práctica se producen significativos descensos de hormonas relacionadas con el estrés,

tales como tiroxina, hormona del crecimiento (GH), cortisol, hormona estimulante de la tiroides (THS) y prolactina.⁸⁶ Al disminuir la ansiedad aumentan de manera específica los linfocitos CD4, en tanto la asertividad produce aumento de linfocitos CD8 y NK.⁸⁷

Más que el problema, es el tipo de afrontamiento el que produce variaciones en la respuesta inmune del individuo. Con la relajación se disminuye el consumo de oxígeno, aumenta el óxido nítrico exhalado, disminuye el distrés psicológico y es posible producir cambios en el metabolismo celular, de ahí la importancia de su práctica y también de los ejercicios respiratorios.⁸⁷

Salud y afrontamiento están muy vinculados. Según Orlandini,⁸⁸ este último comprende los esfuerzos intrapsíquicos y de la acción para controlar, tolerar, reducir o menospreciar las demandas internas o del medio ambiente. Los mecanismos de afrontamiento están dirigidos a solucionar el problema al actuar sobre él, modificar el modo de valorarlo al distorsionar su percepción y transformar los sentimientos involucrados. Estos pueden ser o no, sanos y adecuados.

Lazarus y Folkman⁸⁹ establecen que cuando se afronta un evento evaluado como estresante, se ponen en marcha esfuerzos para prevenir o disminuir daños o pérdidas y se reduce el distrés que supone el mismo. Estas estrategias de afrontamiento se dividen en las centradas en el problema y las centradas en la emoción para disminuir el impacto emocional negativo.

En cuanto a actitud, Martínez Heredia⁹⁰ la define como predisposición, a través de un proceso de aprendizaje, que lleva a actuar de determinadas formas y con elementos emocionales, cognitivos y conductuales. Pacheco⁹¹ ratifica que la

actitud es un concepto básico en Psicología Social, considerado tendencia evaluativa hacia un objeto de relevancia social. Como resultado del proceso de socialización las actitudes son modificables, por su importante papel en el funcionamiento psicológico para insertar al individuo en su medio social, pues suelen compartirse con otras personas y se aprenden en grupo. Tienen una estructura inacabada, incompleta, al evolucionar y cambiar en contacto con distintos contextos y situaciones sociales,⁹¹ lo que es muy aprovechado en la estrategia.

Los pacientes neuróticos con frecuencia manifiestan actitudes negativas hacia otros, como respuesta a las asociaciones que establecen entre esas personas y las causas de sus conflictos o necesidades insatisfechas. Por esta razón, las relaciones con los demás puedan verse afectadas de forma significativa en pacientes con tal funcionamiento.⁹²

La autoestima, otro aspecto a considerar, es la experiencia fundamental de que se puede llevar una vida plena y cumplir sus exigencias, según Branden.⁹³ Es la confianza en la capacidad de pensar y enfrentar los desafíos básicos de la vida y en el derecho a triunfar y ser felices, el sentimiento de ser respetables, dignos, de tener derecho a afirmar necesidades y carencias, alcanzar principios morales y gozar del fruto de los esfuerzos. Incluye la práctica de vivir de manera consciente y con propósito, la aceptación y responsabilidad de sí mismo, la autoafirmación y la integridad personal.⁹³

En terapia grupal la comunicación es un aspecto esencial. En ese sentido Corrales et al.,⁹⁴ describen que los estilos pasivo y agresivo son extremos opuestos de un continuo en cuyo punto medio se sitúa el estilo asertivo, grado

óptimo de utilización de los diferentes componentes verbales, no verbales y paraverbales de la comunicación.

La comunicación asertiva es la capacidad del individuo de expresar en forma apropiada a la cultura e instituciones, sus sentimientos, opiniones y pensamientos en el momento oportuno sin negar el derecho de los demás. En cuanto a empatía, se expresa como la capacidad de una persona para ponerse en el lugar del otro y comprender sus puntos de vista, reacciones, sentimientos y demás. La empatía permite aceptar a personas diferentes y mejorar las interacciones sociales.^{95, 96}

Resiliencia, según Manciaux⁹⁷ es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación. Se trata de la capacidad de una persona o grupo para desarrollarse bien y seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y traumas a veces graves.

1.11 El enfoque histórico cultural en psicoterapia grupal

Un importante antecedente de la presente investigación lo constituye el enfoque histórico cultural de Vigotsky y sus seguidores, quienes resaltan que los procesos de construcción son deudores de la sociedad y la cultura del individuo, y que su evolución es producto de tales interacciones. Así, la construcción de la mente individual y su integración en un contexto social y cultural, constituyen procesos interdependientes que forman una unidad indisoluble; por tanto, la construcción del yo es inseparable de tales contextos, en los que se produce.⁹⁸ De ahí que en terapia grupal, la vivencia de cada individuo resulte fundamental.

A través de la internalización, las actividades socioculturales se transforman en fenómenos psicológicos, como principales determinantes del desarrollo cognitivo, afectivo y del aprendizaje. El lenguaje, además de medio de comunicación, es herramienta para el pensamiento, facilitador en la solución de problemas con sus formas de expresión: oral, gestual y escrita, entre otras. Tales ideas permiten la construcción de un actuar psicoterapéutico imbricado en la concepción de desarrollo social del psiquismo, al concebir al sujeto como psico-socio-histórico, enraizado en sus orígenes culturales y cuyas funciones se originan en las relaciones sociales.⁹⁸

La relación terapeuta-paciente demuestra la materialidad de estas interacciones sociales en el específico microcosmos terapéutico, con elementos comunes a partir de la psicología histórico-cultural: se evidencia desde la mediación simbólica necesaria para su desarrollo, hasta en los procesos de colaboración típicos de las relaciones humanas. El paciente además, aporta las relaciones sociales de las que forma parte y se crean herramientas psíquicas para un desarrollo saludable.²⁹

El proceso de resignificación por el diálogo es uno de los principios básicos de la clínica psicoterapéutica histórico-cultural, de ahí el valor de la palabra. En su rol de mediador, el psicoterapeuta crea recursos para modificar pensamiento y acciones que se adecuen a las situaciones que causan sufrimiento. El grupo sirve como espacio de interacción simbólica entre miembros, pero puede ser instrumento mediador propio para alcanzar la transformación positiva.²⁹

En ese sentido, el objetivo del paciente sería instrumentalizarse para controlar su conducta y buscar nuevas formas de acción y pensamiento dirigidas a la

concientización. Semejante objetivo se vincula de forma dialéctica con el del terapeuta como principal mediador, con resignificación de procesos y posterior transformación de la acción. En la práctica clínica, la concientización ocurre en relación con aquellos que generan sufrimiento en el sujeto y es por tanto, un análisis crítico de sí y de sus procesos internos.

Tal concientización le permite analizar cómo organiza sus funciones psicológicas superiores y comprender procesos macro y microsociales. Alcanza así un nivel más avanzado de conciencia, una metacompreensión de los propios procesos psíquicos con identificación de sus signos mediadores, con dominio y apropiación de otros nuevos, más dueño de sí en la medida que usa herramientas culturales que controlan su conducta de manera consciente.²⁹ Estos presupuestos teóricos son bien aprovechados en la concepción estratégica del autor.

1.12 Surgimiento de los hospitales de día

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se produce una verdadera revolución en cuanto a cuidados brindados en instituciones psicosociales. Las críticas al sistema asilar predominante con deterioro en su funcionamiento e inherente segregación al enfermo, ceden paso a otros tipos de atención. La aparición de comunidades terapéuticas y la generalización del trabajo en equipo modifican el ambiente de las unidades asistenciales y las transforman.⁹⁹

El obsolecente modelo manicomial cede la atención a unidades pequeñas en hospitales generales, cercanos a hogares y familias, mínimo tiempo de ingreso y otras formas de hospitalización para facilitar la reinserción social. Aparecen instituciones de ingreso parcial, como hospitales diurnos y nocturnos.⁹⁹

Los hospitales de día en salud mental centran su trabajo en el ambiente terapéutico y la organización de espacios grupales con diversidad de tareas y abordaje multidisciplinar.¹⁰⁰ El Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, citado por Palacios Ruiz ¹⁰¹ los define como recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad.

El primer hospital psiquiátrico diurno o sin camas se establece en 1933 en Moscú, destinado a la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos y la convalecencia de aquellos portadores de trastornos neuróticos. Su creador, Dzhagarov, publica la experiencia en 1937, al atender 80 pacientes durante dos meses con un programa centrado en terapia laboral. ¹⁰²

Lo motiva la carencia de camas, sobrepoblación hospitalaria y fondos insuficientes en una gran institución para pacientes psicóticos, para abaratar el servicio médico y liberar de funciones a parte del personal. En el hemisferio occidental, el primer hospital psiquiátrico diurno se funda en 1947 en Montreal, Canadá, en el *Memorial Institute of Psychiatry, Allan McGill University*, por Donald Ewen Cameron, quien acuña el término hospital de día. Poco después Joshua Bierer establece otro en Londres, el *Marlborough Day Hospital*. ¹⁰²

La experiencia resulta tan útil, que a partir de los años '60 los hospitales diurnos son piezas clave de la atención psiquiátrica a nivel internacional como eficaz alternativa a la hospitalización completa. Sus ventajas son economizar recursos, optimizar tiempo terapéutico, prescindir de camas, evitar segregación

y estigmatización, fomentar el trabajo en equipo, familias y comunidad, e incrementar las posibilidades rehabilitatorias.

A partir de esa década los hospitales de día tienen gran desarrollo, al expandirse a través de Europa, EE.UU. y Canadá.¹⁰³ En Japón se comienza en 1958 con una investigación experimental en el Instituto Nacional de Salud Mental.¹⁰⁴

El primero del continente africano se crea en 1954 en Abeokuta, Nigeria, entonces un protectorado británico. Ese año se funda otro en Sudáfrica, en el Hospital Tara de Johannesburgo, mientras en 1958 Franz Fanon lo inicia en Túnez. Un año después se inaugura el primero en Australia, en Graylands de Perth.¹⁰⁵

En Latinoamérica la primicia se ubica en Porto Alegre, Brasil, 1962. Luego en la Habana en 1965, dirigido por García Huerta, quien publica su experiencia en 1967.^{106, 107} El segundo en Cuba se crea en Camagüey en 1968.¹⁰⁷

El hospital de día se diferencia de otros dispositivos en que además de farmacología, escucha y palabra, incorpora varias actividades terapéuticas y por ende, un equipo multidisciplinario profesional.¹⁰⁸ El empleo de la psicoterapia de grupo en este tipo de hospitalización es esencial, por representar un abordaje terapéutico donde lo grupal es la norma y la recuperación del lazo social el camino privilegiado.

1.13 Presupuestos teóricos de una estrategia

Las estrategias son secuencias integradas, más o menos extensas y complejas de acciones y procedimientos seleccionados y organizados, que según componentes del proceso, persiguen alcanzar los fines propuestos.

Toda estrategia tiene una fase de obtención de información, que puede tener carácter diagnóstico, otra de utilización de la información y una última de evaluación, además de contar con margen para redirigir acciones. Estas se encaminan a resolver problemas en determinado segmento de la actividad humana, es decir, contradicciones entre el estado actual y el deseado de acuerdo a las expectativas que dimanen de un proyecto social.²⁷

Su diseño involucra una articulación dialéctica entre objetivos y metodología. Se caracteriza por su enfoque sistémico, estructuración según etapas, carácter dialéctico, tipología específica, aporte práctico, planteamiento de objetivos y metas en plazos determinados, así como acciones que respondan a objetivos.²⁷

La estrategia que se propone a continuación es deudora de estos presupuestos teóricos, seguidos de manera meticulosa para su creación.

Conclusiones del Capítulo 1

Se sistematizan los presupuestos teóricos y metodológicos relacionados con el manejo psicoterapéutico grupal para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna, quienes son muy beneficiados con la psicoterapia breve combinada y el empleo de diversos recursos para lograr adecuada autoestima, afrontamientos y actitudes que propicien su mejor adaptación al medio.

CAPÍTULO 2 Estrategia psicoterapéutica grupal para perfeccionar la atención a pacientes de nivel neurótico en nueve semanas

A continuación se presentan los fundamentos metodológicos que sustentan la investigación, se definen los métodos e instrumentos empleados para su desarrollo y el procesamiento y análisis de la información necesaria para dar salida a los objetivos propuestos. Por último, se describe la propuesta estratégica de forma íntegra y la forma en que será evaluada.

2.1 Clasificación de la investigación

Estudio mixto de investigación acción, prospectivo, longitudinal, acometido a través de estudio de caso múltiple; cada uno de los grupos constituye un caso, con sus particularidades y también regularidades. La particular composición grupal hace que cada uno sea al mismo tiempo como todos los grupos, como algunos grupos y como ningún otro.⁸

La investigación se realiza en el servicio de hospital de día de corta estadía del mencionado hospital psiquiátrico camagüeyano. El equipo de salud mental está conformado por psicoterapeuta (autor), licenciada en rehabilitación social y ocupacional, licenciada en enfermería y psicometrista.

2.2 Universo y Muestra

El Universo estuvo constituido por los pacientes ingresados en el servicio en tal período de tiempo, cifra que ascendió a 131, incluidos en 10 grupos terapéuticos de entre seis y 15 miembros. Luego de su admisión 22 sujetos abandonaron el tratamiento (16,79 %). Se seleccionó una muestra no

probabilística a través de muestreo intencional puro, conformada por los 109 pacientes que culminaron el ingreso de nueve semanas.

2.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes portadores de trastornos psíquicos de nivel neurótico
- Motivación y disposición para esta terapia
- Edades comprendidas entre 19 y 65 años

Criterios de exclusión

- Personas que no aceptan las normas grupales o del servicio

Criterios de salida

- Abandonos
- Más de tres ausencias injustificadas

2.4 Consideraciones éticas

El contrato terapéutico escrito y firmado por paciente y terapeuta, incluye el consentimiento informado del primero y su anuencia a participar en la investigación, expresión de su autonomía (Anexo 1). Los postulados éticos de la Declaración de Helsinki ¹ que pauta las investigaciones en seres humanos, y los principios de beneficencia, justicia, equidad, confidencialidad, anonimato y demás postulados éticos, están implícitos en cada una de las acciones acometidas por el equipo de salud mental.

2.5 Métodos, técnicas e instrumentos utilizados

- Del nivel teórico
 - Histórico – lógico, dado por la recopilación bibliográfica existente sobre la psicoterapia de grupo, el origen y funcionamiento de los hospitales de día y su

relación con la atención a pacientes de nivel neurótico.

- Análisis - Síntesis, para el procesamiento e interpretación de la información teórica y metodológica obtenida, y alcanzar criterios válidos con los cuales trabajar.

- Inducción - Deducción, para arribar a conclusiones, generalizaciones y juicios relacionados con el diseño de una estrategia capaz de ofrecer las soluciones esperadas en hospital de día.

- Sistémico-estructural-funcional, para concebir una explicación teórica, metodológica y práctica suficiente para sustentar la estrategia propuesta.

- Del nivel empírico

- Observación científica, análisis documental, entrevistas en profundidad, cuestionarios, criterio de expertos y de especialistas.

- El análisis cualitativo implica la constante reflexión sobre los datos recabados, que organizados, dan lugar a unidades de análisis y generan categorías por método de comparación, o sea, similitudes y diferencias entre unidades de significado. Su contexto es el de los encuentros terapéuticos.¹⁰⁹ La recolección de datos cualitativos consistió en expresiones verbales y no verbales a través de observación, entrevistas en profundidad, dinámicas grupales, análisis de documentos (crónicas finales, 109 individuales y 10 grupales) y registros (anotaciones en historias clínicas según evolución), así como impresiones y experiencias del investigador. Además se aprovechó la posibilidad de transferencia y el criterio de representatividad de voces,¹⁰⁹ para demostrar la objetividad del procesamiento cualitativo.

- Para el análisis cuantitativo se utilizó la estadística descriptiva, a través de un

análisis de frecuencias. Los datos fueron procesados con el empleo del programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 25.0. Los resultados se presentan en tablas y gráficos, se comparan con la bibliografía existente, se llega a conclusiones y se proponen recomendaciones.

2.6 Variables de estudio

Independiente: Estrategia psicoterapéutica grupal para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna.

Dependiente: Atención a pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna.

2.6.1 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual/Tipo	Dimensiones	Indicador	Escala evaluativa
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Género biológico de nacimiento	Frecuencias absolutas y relativas	-Femenino -Masculino
Edad	Cuantitativa discreta	Según años cumplidos	Frecuencias absolutas y relativas	-Menos de 20 años -20 a 29 años -30-39 años -40-49 años -50-59 años -60 o más
Estado civil	Cualitativa nominal dicotómica	Según vínculo marital	Frecuencias absolutas y relativas	Casado/ acompañado Soltero/divorciado/viudo
Escolaridad	Cualitativa ordinal politómica	Según nivel escolar concluido	Frecuencias absolutas y relativas	-Secundaria -Preuniversitaria -T. Nivel Medio -Universitaria
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Según actividad laboral	Frecuencias absolutas y relativas	-Profesional - T. cuenta propia -Ama de casa -Desocupado -Jubilado -Docente -Otros
Criterio de expertos	Evaluación personal Cualitativa nominal politómica	Criterios subjetivos relacionados con la estrategia	Planificación y ejecución de sesiones grupales ----- Contenido de los temas por sesión ----- Factibilidad de	-Muy adecuado - Bastante adecuado -Adecuado - Poco adecuado -Inadecuado

			reproducción ----- Evaluación de resultados ----- Utilidad asistencial y docente	
Criterios evolutivos grupales según prestadores	Integración grupal ----- Evolución individual dentro del grupo ----- Evaluación integral del grupo	Sentido de pertenencia y pertinencia ----- Criterios objetivos (Método clínico, entrevistas en profundidad, examen psiquiátrico) ----- Funcionamiento grupal	Compromiso con la terapia y el grupo ----- Mejoría o eliminación de síntomas ----- Cohesión, interacciones y dinámicas	-Conseguidos -Moderadamente conseguidos -No conseguidos ----- - Bien (eliminación) - Mejor (disminución) - Igual (no modificación) ----- -Muy satisfactorio -Satisfactorio -Poco satisfactorio
Criterios de los pacientes	Integración al grupo ----- Evolución clínica ----- -Satisfacción por atención recibida	Sentido de pertenencia y pertinencia ----- Criterios subjetivos respecto a bienestar individual ----- Expectativas respecto al tratamiento	Compromiso con la terapia y el grupo ----- Mejoría o eliminación de síntomas ----- Obtención de lo esperado en terapia	Conseguidos -Moderadamente conseguidos -No conseguidos ----- - Bien (eliminación) - Mejor (disminución) - Igual (sin modificación) ----- -Muy satisfecho -Satisfecho -Poco satisfecho
Criterio de especialistas	Evaluación personal Cualitativa nominal politómica	Criterios subjetivos relacionados con la estrategia	Contenido y orden de temas ----- Posibilidades de aprendizaje	-Muy de acuerdo -De acuerdo -Poco de acuerdo -En desacuerdo ----- -Muy fácil de incorporar -Fácil de incorporar -Medianamente fácil -Difícil de incorporar -Muy difícil incorporar

2.7 Procedimiento general

Investigación llevada a cabo en una institución de nivel secundario de atención, cuyo autor es psiquiatra asistencial, anclada en el paradigma de la evidencia basada en la práctica, de ahí la intención de probar su efectividad.

2.7.1 Procederes para el diseño de la estrategia psicoterapéutica

Surge como inquietud del autor, para subsanar insuficiencias en la actividad práctica. Su experiencia como terapeuta individual y la atención a múltiples grupos previos a la pandemia de COVID-19, le hace plantearse la necesidad de diseñar acciones encaminadas a la consecución del fin terapéutico en hospital de día: mejoría sintomática y ajuste emocional y social sin que existan escollos. En los últimos años, el servicio ha funcionado con grupos cerrados mixtos durante solo nueve semanas en horario matutino.

En grupos atendidos antes de 2022, autor y equipo constataron que a pesar de lo avanzado de la terapia en términos de semanas transcurridas, en ocasiones no se obtenían los objetivos individuales y grupales propuestos. De forma reiterada pareció necesario extender el tiempo de ingreso, lo que no fue posible al tratarse de grupos cerrados, en los que el encuadre establece la fecha de alta del servicio.

Tan limitado período de tratamiento no admite pérdidas de tiempo en asuntos ajenos a los objetivos terapéuticos, ni desapego de la tarea grupal. Si bien en la práctica psicoterapéutica no debe haber hormas, la grupal, cuando el tiempo es breve, requiere planificar tácticas que sin rigideces, garanticen aprovechar las sesiones y alcanzar objetivos semanales, que en encuentros consecutivos tributarán a resultados finales satisfactorios. Y para conseguirlo, hacer que el grupo funcione como agente terapéutico desde temprano.

El bagaje teórico para concebir una estrategia,^{27, 28} permitió al autor perfilar su diseño. Primero, análisis documental centrado en principios y características de la psicoterapia grupal, con hincapié en la modalidad descrita por Clavijo²⁶ para

pacientes de nivel neurótico, criterio con el que se ha trabajado en el hospital de día camagüeyano en las últimas décadas y referente teórico de la propuesta.

Luego, profundizar en los mecanismos terapéuticos grupales, ⁸ que utilizados de manera pertinente según etapa de desarrollo de la terapia y secuencia de sesiones, garantizarán conseguir objetivos propuestos. Fueron seleccionados y organizados procedimientos que permitieran asumir de forma expedita y sin dilaciones los asuntos a ser discutidos en las sesiones, y ordenar estas de modo sucesivo y coherente a través de tareas previas que condujeran a las siguientes, con optimización del tiempo disponible y adecuada utilización de recursos humanos.

La estrategia, sin rigideces, facilita que terapeuta, equipo y pacientes se centren en los objetivos propuestos según sesión, de manera que exista interacción dialéctica entre los semanales y los que se pretenden al concluir la terapia. Las tareas indicadas permiten conseguir propósitos de forma paulatina, al sumar herramientas capaces de estimular el cambio terapéutico y enfatizar en el compromiso individual con la recuperación y ganar en autoconocimiento.

A su vez, los residentes de 3^{er} Año de Psiquiatría, quienes rotan por el servicio de Hospital de Día por requerirlo su formación profesional, pueden aprender con más facilidad este abordaje psicoterapéutico grupal breve: primero como observadores y luego como coterapeutas. Por último, deben mostrar la incorporación de tales habilidades como parte de su evaluación práctica en exámenes preestatales y estatales.

2.7.2 Preparación del grupo

En dependencia del número de pacientes remitidos, el proceso se extiende entre dos y tres semanas, hasta alcanzar adecuada cantidad de miembros. El equipo procura un mínimo de seis, en tanto el máximo es 20, por dotación de plazas hospitalarias. El proceder se inicia con el cribado de posibles candidatos mediante entrevistas psicoterapéuticas ¹¹⁰ - en profundidad - llevadas a cabo por autor y equipo.

Los profesionales que los envían conocen requerimientos y normas del servicio. No obstante, en las entrevistas se ratifica que los pacientes tengan un funcionamiento de nivel neurótico y cumplan los demás criterios de admisión.

Durante el cribado se hace una exhaustiva explicación respecto a las acciones a acometer durante el ingreso, manejo psicoterapéutico grupal e individual y demás actividades, ya que desde el inicio los miembros tienen que aceptar someterse a una intensa dinámica interpersonal con desconocidos. Es indispensable hacerlo, puesto que algunos abandonan el tratamiento al no entender cómo puede serles de provecho tolerar semejante interacción.

A cada paciente admitido se le realiza un estudio psicológico: los *tests* Casa-Árbol-Persona (HTP), ¹¹¹ Bender, ¹¹² Rotter, ¹¹³ Inventario de Rasgos de Personalidad (IRP), ¹¹⁴ Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) ¹¹⁵ y Escala de Depresión de Zung, ¹¹⁶ con vistas a explorar rasgos de personalidad, situaciones conflictivas, niveles de ansiedad, depresión y elementos indicativos de organicidad. Los resultados se archivan en la historia clínica y se confrontan con los datos obtenidos a través del método clínico.

Este, conviene recordar, es el método científico aplicado al trabajo con pacientes, por lo que la práctica médica no orientada al método clínico es ajena a la ciencia clínica.¹¹⁷ En una especialidad como la psiquiatría resulta indispensable.

Los pacientes responden por escrito un cuestionario contentivo de la historia social psiquiátrica (HSP) (Anexo 2). En otros tipos de hospitalización es un familiar cercano quien la responde en entrevista con la trabajadora social. En este caso, características y nivel de cooperación admiten que los propios pacientes la contesten.

Lo anterior permite al autor triangular la información, a través de los métodos clínico y de análisis documental, para confeccionar la historia clínica con planteamiento sindrómico y nosológico. Además, evaluar problemática personal y proponer objetivos individuales. Los principios éticos que regirán la interacción grupal son reiterados y reverenciados de continuo: confidencialidad, privacidad y otros, serán conceptos presentes en el transcurso del ingreso.

2.7.3 Comienzo del grupo

Mediante el encuadre, en el primer encuentro grupal se refuerzan las reglas del ingreso y deberes de miembros y equipo de salud: exigencias sobre horarios y puntualidad, asistencia, disciplina, no interrupción de sesiones, normas de comunicación, discreción y demás, ya conocidas por las entrevistas individuales.

Desde la primera semana miembros y equipo integran un grupo de WhatsApp que permite interacción continua fuera de las sesiones matutinas y fomenta la cohesión, pertenencia y pertinencia. Se comparte información de interés

relacionada con los asuntos tratados, bibliografía útil o cambios de última hora. Los integrantes eligen un jefe, que asume funciones organizativas y es su portavoz y deciden con qué nombre identificarán al grupo.

En la primera semana se inicia el amigo secreto, actividad conocida por todos desde edades tempranas. En este caso se pretende el intercambio continuo de mensajes escritos entre miembros; el anonimato del amigo hasta la última semana, añade interés y dinamiza las interacciones cotidianas.

2.7.4 Desarrollo de la terapia

El autor practica la psicoterapia combinada. Cada semana ejecuta una sesión psicoterapéutica grupal, según corresponda en orden establecido, con objetivos, temas a tratar y tareas. Al siguiente día realiza una sesión de psicoterapia individual, en la que se abordan particularidades de cada miembro y se proponen otras tareas diferentes a las indicadas en sesiones colectivas.

Terapia y encuentros grupales se centran en el “aquí y ahora”, las situaciones actuales responsables de malestares e ingreso. Es común que los pacientes intenten referirse a asuntos del pasado, incluso de su infancia, lo que debe corregirse de manera sutil y hábil; estos y otros temas son mejor abordados en las sesiones de psicoterapia individual.

Así se asume también el tratamiento psicofarmacológico, que muchos tienen indicado previo al ingreso. En cada paciente, el seguimiento semanal en cuanto a síntomas y malestares, permite que este y el equipo evalúen su evolución de bien (eliminación de malestares o síntomas), mejor (disminución de malestares o síntomas) o igual (sin modificación de malestares o síntomas). La posibilidad

de empeoramiento no es considerada pues quienes no se ajustan a la terapia o no obtienen los beneficios esperados, la abandonan.

Durante la semana se cumplimentan actividades de entrenamiento en técnicas de relajación y respiratorias, digitopuntura, musicoterapia, biblioterapia, pensamiento positivo y otras afines, que contribuyen a los resultados de la estrategia. Su utilización ha formado parte del arsenal terapéutico del hospital de día camagüeyano desde hace años y demostrado beneficios en esta y otras modalidades de atención.

En sentido general, se aprovechan las potencialidades que ofrece un grupo terapéutico con gran interacción, en el que optimismo y experiencias emocionales positivas sustituirán, de forma paulatina, negativismos, síntomas y malestares. Las diversas herramientas incluidas habrán de propiciarlo.

En el transcurso del ingreso se visitan sitios emblemáticos del Centro Histórico Urbano de la ciudad de Camagüey, Patrimonio Cultural de la Humanidad desde 2008. Una vez a la semana se llevan a cabo visitas guiadas a la Casa Natal de Ignacio Agramonte, Casa Natal de Finlay, Casa de la Diversidad Cultural, Museo Estudiantil Jesús Suárez Gayol y Museo San Juan de Dios (sede habitual de las sesiones psicoterapéuticas), entre otros. Además se aprecian las muestras de arte expuestas en las galerías de la ciudad y se hacen actividades al aire libre en el Casino Campestre.

El último viernes de cada mes, se asiste a una sesión de PSICOCINE ¹¹⁸ en la Sala de Video Nuevo Mundo de la ciudad, espacio dedicado a la promoción de salud mental de la población cuyo responsable es el autor, auspiciado por el Capítulo Camagüeyano de la Sociedad Cubana de Psiquiatría (su presidente) y

el Proyecto Cultural El Callejón de los Milagros. Se exhiben filmes escogidos para analizar afrontamientos, actitudes y circunstancias humanas aprovechables para cualquier espectador, con mensajes positivos y optimistas. Los grupos terapéuticos se ven enriquecidos por los espectadores habituales y casuales del espacio, en el que se consiguen enjundiosas y productivas discusiones. Se invita a los pacientes a llevar familiares, vecinos y amigos, lo que facilita la integración de estos al proceso terapéutico.

2.7.5 Observación participante

La intensa colaboración e intervención de prestadores a lo largo de las nueve semanas de ingreso, así como la profunda socialización con cada grupo atendido, implican una activa participación del autor y su equipo, cuya presencia se mantiene durante toda la investigación en su ambiente natural, el grupo, con la mediación y arbitraje de cada actividad. Se registra la información del desarrollo de las sesiones y se tienen en cuenta contenidos, expresiones no verbales, dinámicas y demás aspectos que permiten la evaluación sistemática de la estrategia, a través de la evolución individual y grupal.

2.7.6 Enfoque intergeneracional

La inclusión de personas de la tercera edad, contraria al criterio de otros autores,⁵⁸ fortalece la solidaridad entre generaciones, al tener presentes las particulares necesidades de los mayores y de los más jóvenes, alentar relaciones fraternas y fortalecer los procesos de desarrollo humano. Muñoz García¹¹⁹ advierte que el acelerado envejecimiento de la población mundial lleva al aumento del análisis de la educación intergeneracional, así como su

dinámica en los diferentes contextos y relaciones entre sujetos, lo cual es muy aprovechado en la estrategia propuesta.

Como beneficios de las relaciones intergeneracionales se citan fomentar la solidaridad entre individuos de distinta edad, promover el envejecimiento activo y desterrar discriminaciones y estereotipos asociados con la edad. Tales relaciones favorecen el crecimiento personal de mayores y jóvenes, al evidenciar la importancia de los primeros en la sociedad y subrayar el impacto positivo de las nuevas generaciones en ellos. En lugar de brechas, admitir diferencias es entender que se les puede sacar partido.¹²⁰

Dentro de las terapias sistémicas, existe la terapia intergeneracional familiar, pero no se ha encontrado referencia a su utilización grupal. En la estrategia propuesta resulta de gran valor.

2.7.7 Aprovechamiento de las TIC

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ayudan a afrontar desafíos en el área de la salud al favorecer equidad, intercambio de información, nuevas formas de asistencia y optimización del desplazamiento hacia servicios sanitarios.¹²¹ La telesalud comprende el conjunto de actividades relacionadas con salud, servicios y métodos llevados a cabo a distancia con la ayuda de las TIC, incluidas telemedicina y teleeducación.¹²²

Muy cercano a la telepsiquiatría¹²³ es el uso interactivo de WhatsApp establecido en la estrategia, para propiciar y mantener el continuo contacto entre equipo de salud y pacientes fuera de los encuentros presenciales, favorecedor de la cohesión grupal.

Los miembros del equipo incluyen postales con imágenes y mensajes muy relacionados con el asunto de cada semana, que refuerzan debates y participación (Anexo 3). Tampoco se ha encontrado referencia al respecto en otros grupos terapéuticos.

2.7.8 Proceso de evaluación sistemática de la estrategia

Mediante el método clínico, ^{8,117} pedestal de la práctica psiquiátrica, observación, entrevistas psicoterapéuticas (a profundidad) y examen psiquiátrico (Anexo 4), permiten seguir la evolución individual y grupal por terapeuta y equipo y patentizarla cada semana en historias clínicas. Esta evaluación se hace de continuo, teniendo en cuenta por una parte, sentido de pertenencia y pertinencia grupal, compromiso con terapia y grupo, nivel de cohesión e interacciones y dinámicas grupales, propiciándolas.

Por otra parte, se evalúan avances o pausas en cuanto a la mejoría sintomática individual. ^{8,117} Estos aspectos son también discutidos por autor y equipo en los controles pre y post sesión grupal, en los que se perfilan idiosincrasias y particularidades de cada grupo y sus integrantes, con vistas a corregirlas en caso negativo o estimularlas si son las esperadas.

Son habituales las entrevistas a familiares cercanos de los pacientes, para profundizar aspectos individuales o ventilar situaciones y dinámicas del hogar, integrándolos al propósito terapéutico. Si fuese necesario, el autor ejecuta dinámicas de pareja y cuando se requiere, visitas de terreno al centro de trabajo (estudio) por el equipo.

2.7.9 Culminación de la terapia y evaluación final de la estrategia

Además de los criterios evolutivos de autor y equipo, y los expresados por los miembros, en la última semana del ingreso, para evaluar grado de satisfacción con el tratamiento recibido, solución del problema por el cual se solicitó atención y la percepción del cambio emocional ocurrido, se aplican dos instrumentos validados: *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8 por sus siglas en inglés) - Cuestionario de Satisfacción - ¹²⁴ (Anexo 5) y *Consumer Reports Effectiveness Scale* (CRES-4 por sus siglas en inglés) - Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido ¹²⁵ (Anexo 6), de forma individual y anónima.

El CSQ es uno de los cuestionarios de satisfacción más utilizados en servicios asistenciales a nivel global. Aunque existen seis versiones, la estándar es la CSQ-8, utilizada en la estrategia. Su versión original es en inglés, y está disponible en más de 25 idiomas.

El CSQ-8 consta de ocho preguntas, cada una a ser evaluada por el paciente entre uno y cuatro puntos, con la peculiaridad de que los ítems 2, 4, 5 y 8 tienen puntuación inversa. El nivel de satisfacción está relacionado con el total de puntos concedidos, de manera que la suma da lugar a una variable semicuantitativa que toma valores entre 8 y 32 puntos.¹²⁴

Por su parte, la brevedad del CRES-4 ha servido de comparación con otros instrumentos de satisfacción más extensos, considerados útiles para evaluar aspectos específicos de programas de servicios. El CRES-4 queda como medida genérica de utilidad y consta solo de cuatro preguntas, pese a lo cual ofrece valiosa información, decisiva en la presente investigación.

La primera pregunta indaga la opinión respecto a la forma en que el terapeuta trató el problema motivo de consulta. La segunda evalúa la medida en que el tratamiento ayudó en su solución. Las respuestas se puntúan de 0 a 5 y el valor otorgado se multiplica por la constante 20 para obtener cifras entre 0 y 100.

A más alta puntuación, mayor el grado de satisfacción con la atención recibida y superior el criterio de haber resuelto el problema, de manera respectiva. La percepción del cambio emocional se evalúa a través de las preguntas 3 y 4. A la puntuación obtenida en la pregunta del estado emocional pre tratamiento se le resta la otorgada luego del tratamiento y para evitar posibles valores negativos, al resultado se le suman cuatro puntos. Se obtiene una cifra entre 0 y 8 que se multiplica por 12,5 para obtener puntuaciones entre 0 y 100.

A más altas cifras, así es la mejoría del estado emocional; evaluaciones por debajo de 50 indican empeoramiento. La calificación global de CRES-4 se obtiene al sumar los componentes anteriores, en escala de 0 a 300 puntos. A mayor puntuación total, mejor el criterio respecto al tratamiento recibido.¹²⁵ Los resultados son evaluados también a través del análisis de los productos de la actividad grupal (componente de gran importancia en el aspecto cualitativo de la investigación), en este caso las crónicas individuales escritas por los pacientes, las que tributan a otra grupal que las integra y son leídas y entregadas al equipo en la actividad festiva final.

2.10 Criterio de expertos

Esta opción resulta de gran utilidad para evaluar la implantación de nueva tecnología. En el proceso de selección de expertos se tuvo en cuenta la experiencia profesional vinculada con la temática investigada, grado científico,

categoría docente y años de experiencia. Para impedir sesgos se evitó pertenecieran a un mismo colectivo y se mantuvo el anonimato entre ellos.^{126,}

¹²⁷ Se incluyeron psiquiatras de diferentes provincias del país, quienes dispusieron de tiempo para opinar sin presiones.

El número óptimo de expertos debe estar entre 15 y 30.¹²⁶ Por todo lo expuesto, a 23 experimentados especialistas de I y II Grados en Psiquiatría, profesores auxiliares o titulares de la especialidad, másteres o doctores en ciencias médicas de diferentes regiones del país, se les solicitó la evaluación de la estrategia según los aspectos siguientes:

- 1- Planificación y ejecución de las sesiones grupales
- 2- Contenido de los temas propuestos por sesión
- 3- Factibilidad de ser reproducida en su propio contexto
- 4- Forma en que se evalúan los resultados
- 5- Utilidad como herramienta asistencial
- 6- Utilidad como herramienta docente

Cada uno de estos aspectos debió ser calificado según escala de Likert como: muy adecuado, bastante adecuado, adecuado, poco adecuado o inadecuado. Además, se les pidió señalar deficiencias encontradas y hacer las sugerencias que consideraran oportunas. Solicitud y estrategia se enviaron de manera individual a través de WhatsApp (Anexo 7). Los resultados obtenidos fueron procesados según el método de comparación por pares.^{126, 127}

2.11 Criterio de especialistas

Entre los aspectos que miden efectividad en psicoterapia, se insiste en su factibilidad para ser reproducida. Especialista es el profesional cuyo ejercicio se

relaciona con el objeto de estudio de investigación. Su criterio ha demostrado utilidad para perfeccionar resultados científicos de sistemas de acciones, programas y metodologías.¹²⁸

Aunque estos profesionales no sean de máxima competencia, como es el caso de los expertos, sus opiniones son válidas para fines investigativos. Se solicitó a varios especialistas de I Grado en Psiquiatría, conocedores de la estrategia por haberla aprendido en su formación como residentes de 3^{er} Año de la especialidad o asistir a los cursos impartidos por el autor, que respondieran una encuesta y ofrecieran su opinión resumida acerca de la misma, temas incluidos, secuenciación y facilidades o dificultades para incorporarla. (Anexo 8)

Respecto al contenido y orden de temas, se les solicitó considerarlos: Muy de acuerdo, de acuerdo, poco de acuerdo o en desacuerdo. En cuanto a posibilidades de aprendizaje de la estrategia: muy fácil de incorporar, fácil de incorporar, medianamente fácil de incorporar, difícil de incorporar o muy difícil de incorporar. Además, se les invitó a que expresaran sus criterios personales al respecto. Encuesta y resultados se enviaron por WhatsApp.

La opinión de estos especialistas tiene particular importancia en la investigación pues conocen la estrategia de primera mano, han visto cómo proceder, los resultados y pueden evaluar su papel formador de recursos humanos. Además, ellos son los potenciales prestadores futuros, quienes podrán reproducirla de acuerdo a su conocimiento.

2.12 Estrategia psicoterapéutica grupal breve para pacientes de nivel neurótico en hospitalización parcial.

Con acierto, Klein ¹²⁹ asegura que el terapeuta grupal tiene que mantener un abordaje coherente y activo hacia los fines prefijados, evaluar y preservar las tareas del grupo, cronometrar el tiempo estimulando a los miembros a trabajar dentro de los plazos establecidos y estar alerta para prevenir exposiciones personales prematuras, expresiones emocionales extremas o el improductivo examen de material no pertinente. La presente estrategia lo tiene en cuenta y sintetiza lo descrito desde el punto de vista teórico.

La propuesta consta de nueve sesiones de psicoterapia grupal, a ejecutarse en encuentros una vez por semana en el orden expuesto. La coterapia es ejercida por el residente de 3^{er} Año de Psiquiatría que rota por el servicio y los miembros del equipo de salud mental.

En cada sesión se propicia y garantiza un clima afectivo de empatía, consideración, interés y respeto por el otro, facilitador de la mejoría y la disposición para el cambio. A la vez, la secuencia temática de las sesiones permite profundizar en el autoconocimiento y la capacidad de introspección de cada uno.

A continuación se expone la estrategia íntegra, de la manera en que es ejecutada. Obsérvese que el lenguaje coloquial en el que están descritos varios de los encuentros, dista mucho del empleado en el resto de la memoria escrita, porque así se asumen en la práctica grupal.

2.12.1 Sesiones según semana de ingreso

1^{er} encuentro: establecer contrato terapéutico y encuadre

Reunión preparatoria. Por vez primera están juntos todos los integrantes del grupo. Las sillas en círculo coinciden con su número, se retiran las restantes y se procede así en cada encuentro. Tras el saludo inicial, se presenta cada integrante del equipo en primera persona y define su función.

Se reiteran encuadre y reglas del ingreso, se aclaran responsabilidades y deberes del equipo de salud mental y los de cada paciente. Se insiste en garantizar disciplina, asistencia y puntualidad y la no interrupción de sesiones, así como en los aspectos éticos. Las tardes libres permiten que quienes lo deseen y sean autorizados por sus administraciones, laboraren en horario vespertino. Las ausencias tienen que justificarse y más de tres pueden ser motivo de alta administrativa.

Se aclara que todas las actividades revisten igual importancia y que es preciso participar en cada una, pues su diseño está hecho de manera secuencial y escalonada. Se exhorta a la intervención activa: todos deben comunicarse, exponer sus situaciones y opinar en las referidas por los demás. El diálogo es grupal, no dirigido al líder o al equipo de salud, sino al colectivo. No por obvia deja de subrayarse la confidencialidad como premisa indispensable en las actividades, responsabilidad de todos los presentes.

En cuanto al compromiso del paciente con tareas individuales y grupales, se insiste en que a mayor participación, mayores beneficios y mejoría; que la terapia es grupal, con independencia de que se atiendan determinadas individualidades, y que el tratamiento es psicoterapéutico de manera esencial, por lo que no debe esperarse la indicación de psicofármacos. No obstante, no

se les suspende a quienes ya lo tienen; en el transcurso de las sesiones individuales se evalúa su pertinencia.

Se reitera la necesidad del trato amable y respetuoso hacia los demás, pero también de lo imperioso del debate, de escuchar al otro y compartir criterios personales. Se desmitifica la terapia para que las expectativas sean realistas: un tratamiento de nueve semanas solo es efectivo con la participación activa de cada miembro, su vínculo e integración grupal, su compromiso y voluntad por alcanzar tareas, metas y cambios.

Es fundamental que esta reunión informativa, donde se reiteran normas y compromisos, se lleve a cabo en un ambiente agradable y relajado, amistoso y distendido, para que los pacientes se sientan cómodos, acogidos y tengan positivas expectativas. Se ventilan preguntas y dudas, para que quede claro cómo se procederá a partir de ese momento. Como ilustración del valor terapéutico del grupo y la necesidad de colaborar con la tarea común, se concluye la reunión con una historia muy útil.⁸ (Anexo 9)

1ª sesión de psicoterapia grupal: presentaciones

- Objetivos psicoterapéuticos

Centrados en presentaciones y aperturas de cada paciente hacia el grupo. A diferencia de quienes no recomiendan la exposición de síntomas, esta se considera pertinente por la utilidad del desahogo irrestricto para alivio del paciente y porque desde el inicio, similitud de síntomas y malestares se aprovechan para favorecer la cohesión grupal mediante la identificación y sentar las bases de la universalidad.

Sesión de suma importancia, pues se crean precedentes en cuanto a comunicación, disciplina, respeto y límites, solidaridad, confidencialidad y otras reglas que acompañarán los demás encuentros. Mecanismos terapéuticos: ventilación, información del terapeuta para infundir esperanza, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, universalidad, aprendizaje interpersonal, confianza, apoyo, aceptación y estimulación de la cooperación, entre otros, así como controles pre y post sesión.

- Ejecución

Se realiza al día siguiente de la reunión grupal preparatoria. Tras el saludo inicial, se inicia la presentación de cada paciente con sus datos generales de identidad y las razones del ingreso: síntomas, malestares, sufrimiento, conflictos y situaciones desencadenantes.

No se recomienda efectuar la presentación en el orden en que están ubicados, por no incrementar ansiedad e incomodidades a la espera del turno. Se prefiere que hagan uso de la palabra a medida que la solicitan, a sabiendas de que todos tendrán que hacerlo, pero de manera aleatoria, sin rigideces.

Debe aprovecharse la similitud de síntomas expuestos para reforzar coincidencias: no faltarán manifestaciones de ansiedad, tristeza, hipobulia, disforia, insomnio, temores, olvidos, dificultades en la concentración de la atención y otros síntomas comunes a los trastornos de nivel neurótico. Se señalan las semejanzas como elemento aglutinador que propicie la identificación y apoyo mutuo, así como fuentes de consuelo en los primeros encuentros.

Se hace referencia a la ansiedad como síntoma común en estos trastornos y a sus manifestaciones subjetivas y objetivas, así como la importancia de las técnicas de relajación para contrarrestarlas. Se recuerda que el cuerpo “obedece” más que la mente, - ejemplifica cuán difícil es deshacerse de determinado pensamiento, en tanto el cuerpo responde mejor - y que, al disminuir la tensión física, la tensión psicológica decrece o se elimina.

Se menciona el entrenamiento autógeno de Schultz ¹³⁰ (u otro), como técnica de relajación con reducción de la activación fisiológica, focalización de la atención y antagonista de la ansiedad. En otro momento de la primera semana se comienza ese entrenamiento con la técnica elegida y se mantiene el resto de la terapia.

Así, pacientes no familiarizados estarán menos escépticos al iniciar su aprendizaje, para valorarla e incluirla en su cotidianidad fuera del grupo y al alta. Por la misma razón, en otro encuentro de esa semana se introducen también ejercicios de respiración completa. ¹³⁰

Se aclara que miedos y presentimientos manifestados por algunos pueden ser también expresión de ansiedad, y que cuando esta es muy intensa o aparecen ataques de pánico, se experimenta la sensación de pérdida de juicio, temor referido con frecuencia. Se esclarece que por intenso que sea el malestar, los trastornos nerviosos no conducen a locura, pues las enfermedades de nivel psicótico no se producen así.

Sugerencia: “En algún momento puedo haber perdido el control, pero debo tener la certeza de que no perderé la cordura, ¿de acuerdo? Me gustaría oír opiniones al respecto”. Puede hacerse referencia a la aspiración de aliviarse o

librarse de síntomas, razón común del ingreso, pero además de procurar salud es importante conseguir paz interior y disfrutar más de la vida, “lo que se parece bastante a la felicidad” y debe ser un objetivo a partir de este encuentro.

Con cada sugerencia debe propiciarse el debate entre miembros. En los primeros encuentros, participaciones y discusiones son menos espontáneas y productivas, por inhibiciones y falta de entrenamiento; se incitan pidiendo opiniones al grupo o a un miembro específico (observar asentimientos de cabeza, expresiones dubitativas o adversas y demás manifestaciones extraverbales observadas).

Sugerencia: Aprovechar coincidencias nombrando al paciente que antes habló (resulta muy útil que el equipo aprenda el nombre de cada miembro desde los inicios, y que lo utilice al interpelarlos) y recordarle, por ejemplo: “¿No se parece un poco a lo que estás sintiendo tú?” Esto ayuda a romper el hielo entre los miembros, facilita alianzas e incrementa la cohesión.

Más adelante se establece el hábito de debatir con participación franca y abierta, aunque siempre hay que provocar a los más taciturnos y regular a los demasiado comunicativos. Debe corregirse la tendencia inicial de los pacientes de dirigir sus mensajes al terapeuta, para que lo hagan al grupo.

Esta puede ser una sesión más prolongada para conseguir que todos los miembros se presenten. Si el grupo es numeroso y no es suficiente una sesión, se puede continuar al siguiente día hasta concluir presentaciones y evitar agotamientos o prisas de última hora.

Eso sí, al concluir deben quedar todos presentados. Una vez que se hayan expresado y comprobado cuánto de común existe entre ellos (lo que es

aprovechado de continuo por el terapeuta para propiciar interacción), se indica la tarea para la sesión de la semana siguiente.

TAREA: “De un hipotético 100 %, ¿qué por ciento tengo yo alterado o mal? ¿Y cuánto sano, intacto?” (Con ella se pretende que el paciente comience a percibir su afección psíquica ajustándose más a su realidad y corrija errores de autoapreciación, lo que será muy importante para su mejoría).

Una observación válida para esta y las demás tareas es cerciorarse de que son bien comprendidas y no generan dudas. De ahí que en ocasiones sea preciso repetirlas o reformularlas las veces que sean necesarias, para garantizar su cumplimiento.

Es necesario insistir en que las tareas son individuales, tienen que ser el producto independiente de cada uno sobre el asunto en cuestión. Por ello no debe pedirse ayuda ni opiniones de los demás, para que sean todo lo útiles que se espera a título personal.

Algunos pacientes ante esta y otras tareas, dicen ser capaces de responderla de inmediato. Se hace ver que la intención es que cada uno se autoevalúe y recapacite al respecto durante toda la semana hasta la próxima sesión. Se realiza el cierre, la despedida y el control post sesión por parte del equipo. Este es muy aprovechable desde el punto de vista docente y de entrenamiento.

2ª sesión de psicoterapia grupal: significado del síntoma

- Objetivos psicoterapéuticos

Como se vio, la alianza terapéutica^{61, 62} se establece con el compromiso, la voluntad y las partes sanas del psiquismo del paciente, las que en los miembros del grupo están en absoluta ventaja respecto a la sintomatología a ser

devaluada, certeza del terapeuta desde el cribado efectuado. Se impone rectificar y esclarecer el significado del síntoma, y reforzar la idea de estar en control o al menos de las potencialidades para conseguirlo. Haciéndolo, se propicia un extrañamiento respecto al malestar para descalificarlo y brindar recursos psicológicos que permitan depreciarlo.

Además, se conceptualiza la asertividad, que a partir de ahora será herramienta comunicativa. Mecanismos terapéuticos: desarrollo de técnicas de socialización, instilar esperanza, brindar información, conducta imitativa, pertenencia y aprendizaje interpersonal, cohesión, confianza, apoyo, altruismo, aceptación, resocialización, interacción y manipulación, entre otros, y los correspondientes controles pre y post sesión.

- Ejecución

El equipo efectúa el control pre sesión. Se reciben los pacientes y tras el saludo inicial, el relator designado por el jefe del grupo hace un recuento de lo acontecido cada día de la semana transcurrida. El terapeuta hace breve resumen de la sesión previa y pasa al chequeo de la tarea.

Su importancia estriba en que en la subjetividad del paciente, sus malestares adquieren desmesurada magnitud, mientras el terapeuta, por haber escogido los miembros, conoce que es mucho mayor su parte sana. A medida que cada uno comunica su autoevaluación (con certeza serán reportados altos por cientos de alteración, casi siempre por encima de los sanos), se promueve la discusión de opiniones brindadas y se corrobora la autopercepción y la de terceros, respecto a síntomas.

Tras la exposición individual, el terapeuta corrige errores de apreciación al ofrecer razones que demuestren que en estos trastornos la parte sana es mucho mayor. Sugerencia a utilizar: “me siento mal, pero tengo intactos el raciocinio, el juicio y la comprensión, sé comportarme en público y mantener las reglas de convivencia”. “Trabajo (estudio), asumo responsabilidades en casa, con mis familiares”. Cabe exponer muchas otras razones, en dependencia de la composición grupal, el nivel cultural promedio de los miembros y la creatividad del terapeuta.

Este, en su afán de convencer y demostrar errores en la apreciación, puede referirse a situaciones más concretas y extremas. Por ejemplo, emplear el humor como recurso para relajar tensiones: “a pesar del calor nunca he salido en paños menores de casa”, “aunque haya tenido necesidad, no orino en la calle”, o “no tengo relaciones sexuales en público”.

Cuando todos están convencidos de que por incómodos que sean los síntomas, no son tan graves como creían, es más fácil discutir la idea que se propone luego. Sugerencia para exponerla: “¿No será que un síntoma psíquico debe ser asumido tal y como se hace con uno de tipo físico?” Puede utilizarse el ejemplo de cómo la fiebre alerta de que “algo anda mal”; así como un dolor abdominal o estomatológico demanda atención y que sean tomadas las medidas pertinentes. De manera similar, puede considerarse: “cuando estoy alterado, ¿cómo debo asumirlo?” “Porque al igual que yo no soy la fiebre, tampoco soy el nerviosismo, no soy la depresión o el mal genio”. “Aunque lleve tiempo sintiéndome así, no soy el síntoma, no soy el malestar, ese no soy yo por naturaleza”. “¿Cuáles pudieran ser las razones?” Este extrañamiento prepara para aquellos cambios

que serán propiciados en sesiones posteriores, a la vez que se descalifican importancia y magnitud del síntoma. Se inicia el debate: “¿Qué creen de esto, podría ser así? ¿No será más útil asumirlo de tal manera?”, para favorecer la discusión.

Otra sugerencia es reforzar haciendo comparaciones entre contenido y conteniente. Una batidora o una olla no son lo que contienen, no están definidas por lo que se procesa en ellas, de ahí que al fregarlas sigan cumpliendo su cometido.

Una imagen útil puede ser la de “mantener limpias las gavetas de mi mente al igual que hago con las del escaparate; tengo que ordenarlas, virarlas boca abajo, sacudirlas y ponerlas en el sitio donde van para que haya orden en mi cabeza”. Se propicia la discusión, se intercambian criterios y sobre todo, se recalca que el síntoma tiene que percibirse como aviso y experimentarlo como ajeno.

En esta y otras sesiones se reitera la necesidad de que “la parte sana, intacta, mucho mayor, ponga freno y arrincone a la porción alterada que hasta ahora ha querido (y a veces conseguido) tomar el mando, cuando tiene que ser al revés”. Por lo general esta es la última vez que se abordan los síntomas a nivel grupal, pues los venideros encuentros han de centrarse en temas más productivos y medulares. Además, el asunto es mejor atendido en las sesiones de psicoterapia individual.

Tras el dinámico y productivo debate, capaz de generar modificaciones subjetivas en cada uno, se hace el reencuadre. Se introduce el concepto de asertividad, de gran utilidad para las sesiones venideras y para la cotidianidad

de los pacientes. Puede ser una acepción novedosa para muchos y debe propiciarse su conocimiento y empleo. En otro momento de esta segunda semana se comienza el entrenamiento en pensamiento positivo.

Desde los inicios es importante expresar el valor de aprender a vivir “un día a la vez”, al distanciarse de situaciones que no pertenecen a las 24 horas del presente y que por eso constituyen un regalo. Así, dificultades pasadas pueden irse dejando atrás (“pasar la página”) y preocupaciones futuras comenzar a verse de manera más sana y realista, convertidas en ocupaciones, planes de superación y crecimiento personal, pero sin dejar de vivir el momento.

El terapeuta puede llamar la atención respecto a la manera en la que los pacientes mantienen su diálogo interior, (“¿cómo me hablo, qué pienso y cómo me refiero a mí?”) y posibles peligros al descuidarlo: así como se respeta a un interlocutor, cada uno merece ser reverenciado por sí mismo. Esto propicia la indicación de la tarea para la próxima sesión.

TAREA: ¿Qué se entiende por autoestima? ¿Y cómo está la mía? Se aclara que cada uno puede ofrecer su concepto personal; quien lo desee lo trae escrito tras una búsqueda bibliográfica, otros expondrán lo que entienden por ello. Se procede al cierre, despedida y luego el equipo realiza el control post sesión con su connotación docente.

3ª sesión de psicoterapia grupal: autoestima

- Objetivos psicoterapéuticos

La adecuada autoestima es un pilar en el bienestar del individuo y puede estar muy afectada en personas con trastornos psíquicos. Su corrección permite desvincularla de sufrimientos y síntomas, y favorecer los cambios que se

proponen luego. Ubicada la autoestima en el lugar debido, luego de conseguir descalificar los malestares en alguna medida, es más factible procurar la modificación de afrontamientos y actitudes poco adaptativos. Adecuada autoestima y parte sana de la personalidad del paciente serán aliados del terapeuta para lograrlo.

Mecanismos terapéuticos: información, aprendizaje interpersonal, altruismo y conducta imitativa, universalidad, resocialización, apoyo, confianza, ventilación, introspección, interacción, cohesión y manipulación, entre otros, sin que falten los controles pre y post sesión.

- Ejecución

Se realiza el control pre sesión del equipo. Se recibe el grupo y tras el saludo, un paciente resume las actividades de la semana y el terapeuta las sesiones previas. Se chequea la tarea: cada miembro expone qué entiende por autoestima y cómo ubica la propia, lo cual da pie a discutir los criterios expuestos. Lo más probable es que la mayor parte, si no todos, tengan su autoestima dañada en alguna medida, debido a sufrimientos, conflictos interpersonales, expectativas poco realistas o estigmas que aún genera el trastorno psíquico.

Por ello deben debatirse las ventajas de saber apreciarse y darse el justo valor. Sugerencia: puede ejemplificarse cómo en ocasiones el individuo es capaz de salir en defensa de otros si identifica injusticias, en cambio no ha aprendido a defenderse de sí mismo; la falta de autoconfianza, inseguridades e insatisfacciones pueden ser sus grandes enemigos. Debe aprovecharse lo

discutido la semana previa y de cómo la parte intacta y mayor en la personalidad del paciente tiene que salir en su propia salvaguarda.

Sugerencia: así como se retira la silla cuando alguno está ausente, se recalca la importancia individual para que el grupo funcione como tal, todos necesarios como las piezas de un reloj. “Nadie ocupa su silla, si no está presente, se quita”. Si es así en un grupo recién creado de forma artificial, no espontánea, cuánto más importante será cada uno en su familia, su trabajo, su comunidad. Este útil ejemplo puede reiterarse según conveniencia en encuentros futuros.

Sugerencia: aprovechar la preferencia del cubano promedio por telenovelas y series para ejemplificar cómo cada uno debe ser protagonista de su propia novela y no permitir que otro usurpe ese rol. Cada alusión tiene que propiciar debate y discusión; estas referencias son bien recibidas y facilitan el diálogo. Se puede utilizar la sabiduría popular al mencionar el estribillo de un conocido tema de la orquesta Van Van: “Si no te quieres tú... ¿quién te va a querer?”

Otro recurso eficaz e ilustrativo es el del billete estropeado: un miembro del equipo extrae de su cartera un billete de cualquier denominación y pregunta a los presentes cuál es su valor. Se hace lo mismo tras estrujarlo, golpearlo y ponerle un pie encima. Por supuesto, mantiene su valor nominal, comparación útil respecto a la valía del ser humano pese a los avatares de la vida: aún más, arrugados o golpeados por las circunstancias, somos invaluables. Ese ejemplo, difícil de olvidar, propicia el intenso debate.

Algún paciente puede referirse a ello, de no ser así el terapeuta deberá recordar que si el individuo pretende que lo respeten, primero tiene él que respetarse. Hay quien se queja de no sentirse considerado por su familia o en el trabajo

como debiera, cuando es preciso partir considerándose a sí mismo. Y si quiere ser amado, tiene que empezar por quererse mucho.

“Ya se sabe que además de sentirme bien, merezco ser feliz”. Si no lo ha preguntado algún miembro, el terapeuta puede inquirir: “¿Cuál sería una medida adecuada para la autoestima? lo que avivará el debate, para concluir: “No hay por qué compararse con los demás, pero nadie es mejor que yo. No soy menos que los otros”.

Agotado el asunto, tras el reencuadre el terapeuta introduce el tema del afrontamiento. Como puede ser novedoso para algunos, lo define de manera abreviada.

TAREA: ¿Cómo acostumbro a reaccionar ante las dificultades? ¿Cuáles son mis formas habituales de responder ante los problemas? Tras el cierre de la sesión y la despedida, el equipo efectúa el correspondiente control post sesión.

4ª sesión de psicoterapia grupal: afrontamiento

- Objetivos psicoterapéuticos

Es fundamental que los pacientes identifiquen sus mecanismos de afrontamiento desfavorables. Haciéndolo, se abren las puertas para la detección de actitudes no adaptativas del presente. Debe profundizarse en las múltiples maneras conscientes de enfrentar situaciones adversas y discriminar las que son útiles de aquellas que no lo son.

El tema es promovido por el saber del terapeuta, pero tiene que ser muy discutido por los miembros. Mecanismos terapéuticos: universalidad, ofrecer información, aprendizaje interpersonal, conducta imitativa, resocialización,

introspección, cohesión, ventilación, pertenencia, altruismo, interacción y manipulación entre otros, así como los consabidos controles pre y post sesión.

- Ejecución

Tras el control pre sesión del equipo se recibe al grupo, se hace el recordatorio de las actividades que tuvieron lugar en la semana y el resumen de sesiones previas por algún paciente y el terapeuta, de forma respectiva. Se chequea la tarea, cada miembro expone sus formas habituales de lidiar con problemas y responder a situaciones difíciles y se solicitan opiniones del resto de los integrantes.

Tras la exposición, el terapeuta hace ver que hay mecanismos de afrontamiento muy útiles y positivos, y otros muy negativos. Teniéndolo en cuenta, los que se acabaron de exponer deben evaluarse por el grupo. ¿Cuáles ayudan, cuáles no resuelven o agravan la situación?

Si no son referidos, el terapeuta debe abordar determinados afrontamientos nocivos, frecuentes en pacientes con alteraciones psíquicas, tales como refugio en la sintomatología, autocompasión, consumo de sustancias o culpar a terceros (de seguro los ha identificado en alguno de los miembros). Aunque parezca obvio, hace ver cuán improductivos y perniciosos resultan.

Puede hacerse referencia a la solicitud de ayuda, búsqueda de información, fe y oración (en individuos religiosos), resignación, humor y desahogo como afrontamientos que pueden resultar útiles. Las posibilidades de afrontamiento positivo y negativo son múltiples, y serán traídas a colación de acuerdo a la composición grupal.

Se sugiere hablar de las comparaciones optimistas como afrontamiento y lo inútiles que resultan, puesto que siempre habrá personas en mejores o peores condiciones que el paciente, de ahí su improductividad. La única comparación eficaz es la que se hace consigo mismo, si existe la intención y el compromiso de ser mejores que la semana anterior o el año previo.

El terapeuta reitera que como son formas conscientes de reaccionar, aquellas negativas pueden ser modificadas. Y tendrán que serlo, en aras de la mejoría que se procura, lo que se debatirá a profundidad con vistas a facilitar los cambios que se proponen. Una sugerencia puede ser: “Se trata de elegir las respuestas más coherentes ante el problema, no las que lo compliquen. Quizá sin darme cuenta, esto he estado haciendo ahora”.

Tras el intenso debate, la participación activa y los señalamientos, se hace el reencuadre. El terapeuta comenta que aclarado y discutido todo lo concerniente a mecanismos de afrontamiento, se está en mejores condiciones de abordar un asunto crucial en la terapia, las actitudes.

TAREA: traer lo que cada uno entiende por actitud, con sus propias palabras o de acuerdo a la búsqueda del término que se haga. Se efectúa el cierre y la despedida, para luego hacer el control post sesión por parte del equipo.

5ª sesión de psicoterapia grupal: actitudes

- Objetivos psicoterapéuticos

Se trata de profundizar en el concepto de actitud, para que luego sean identificadas las actitudes negativas del presente, encargadas de mantener sufrimientos y síntomas, importante asunto en la adaptación creadora del individuo a su medio. Aunque en sesiones previas algún miembro puede haber

hecho referencia al mismo, el autor considera que es en la quinta sesión, luego de haberse debatido los temas anteriores y sobre todo el afrontamiento, que se está en condiciones de comprender cuán importantes son las actitudes en su cotidianidad y de qué manera aquellas negativas son responsables de originar o perpetuar malestares.

Mecanismos terapéuticos: *insight*, catarsis, atribución de significado, aprendizaje interpersonal, ventilación, altruismo, interacción, pertenencia, cohesión, introspección y manipulación, entre otros. Asimismo, los controles pre y post sesión.

- Ejecución

Se inicia con el control pre sesión del equipo. Se recibe el grupo y tras el saludo un paciente resume lo ejecutado en la semana y el terapeuta las sesiones psicoterapéuticas previas. Se chequea la tarea, cada miembro trae su concepto de actitud, unos de manera más explícita, otros como resultado de alguna búsqueda. Algunos pueden mostrar alguna dificultad para ubicarse respecto a cuanto abarca el término.

Por esto debe discutirse el concepto y aclarar las posibles dudas, para que todos tengan una clara idea de lo que se trata. Una vez conseguido, y como se hizo con los afrontamientos nocivos en sesión previa, debe mostrarse cuánto daño hacen las actitudes negativas respecto a la salud mental y cómo estas pueden modificarse, siempre que sea empeño de cada uno.

Se debaten las actitudes que impiden proceder como otras personas en situaciones similares, y dificultan la solución de problemas: actitudes egocéntricas, inmaduras, dependientes, desconfiadas, agresivas, impulsivas,

soberbias, hipercríticas, pasivas, intolerantes, manipuladoras, rígidas u otras, de acuerdo a la composición grupal, capaces de entorpecer la adaptación productiva y creadora. El debate se enriquece con las experiencias de cada uno, las que tiñen la discusión y dan carácter a la sesión, pues este es un momento único para conseguir introspección.

Luego se hace referencia a actitudes más positivas y útiles: optimistas, colaboradoras, altruistas, racionales, confiables, flexibles, empáticas (algunas de las cuales, con su guía, han ido ensayándose y entrenando a nivel grupal). Puede recordarse el aprendizaje que se desprende de toda situación difícil en la vida, el que es necesario incorporar.

Sugerencia: “se aprende a las buenas o a las malas, pero si nos aplicamos, somos buenos aprendices y cooperamos, de seguro nos irá mejor en la escuela de la vida. Las contingencias y dificultades son inevitables, a veces las cosas no salen como se desean o planifican, pero, ¿y lo que depende de cada uno? ¿Cómo, aún sin quererlo, contribuyo a sentirme peor?”

Debe profundizarse el debate sobre la responsabilidad individual al asumir actitudes que agraven la situación, cuando es posible cambiarlas si es un propósito, vinculado a la salud mental a la que se aspira. Lograrlo, unido al aprendizaje que conlleva, posibilitará mantener expectativas más realistas y sanas en cuanto a comportarse y obrar, actitudes más resilientes y positivas.

A propósito, si no surgió antes en la dinámica grupal, este es un buen momento para hacer referencia al término resiliencia, desconocido por muchos y que puede aprovecharse en la terapia. Observación: cada comentario introducido por el terapeuta tiene que ser debatido y agotado en el grupo. Por eso, con

bastante frecuencia, conviene cuestionar. Sugerencia: “¿Se podrá o no?” “Conseguirlo, ¿está dentro de mis posibilidades o es demasiado para mí?”, es decir, interrogantes que obligan a pensar, participar y sobre todo comprometerse.

Es común que algunos expresen: “Tiene toda la razón”, y puede replicarse, “Sé que sí, pero no se trata de eso, sino de si ustedes creen que pueden y quieren cambiar, o no”. El debate tiene que ser siempre productivo y profundo, tras el cual se procede al reencuadre.

TAREA: identificar las propias actitudes negativas actuales y traerlas a discusión. Se cierra la sesión y luego de la despedida, el equipo efectúa el control post sesión, momento único para aprovechar en docencia.

6ª sesión de psicoterapia grupal: actitudes negativas

- Objetivos psicoterapéuticos

Esta y las próximas sesiones han de centrarse en iniciar cambios de afrontamientos y actitudes negativas presentes, identificadas por cada paciente y demás miembros, terapeuta y equipo. Quiere decir que el mes restante del ingreso habrá diferentes grados de modificaciones, pero ostensibles. Así, se conseguirá cambio conductual y mejor ajuste social procurados de manera consciente.

Mecanismos terapéuticos: comprobación de percepciones, presión emocional y conductual del grupo, cohesión, inducción, introspección y validación consensual, atribución de significados, altruismo, interacción, ventilación, catarsis, pertenencia, manipulación, retroalimentación, refuerzo, confrontación y aprendizaje interpersonal, entre otros, y controles pre y post sesión.

- Ejecución

El equipo efectúa el control pre sesión. Se recibe el grupo y tras el saludo se realiza el breve resumen de actividades de la semana y de sesiones previas, por paciente designado y terapeuta, de forma respectiva. Al chequear la tarea cada paciente expone las que ha identificado como sus actitudes negativas, con la participación de varios de los presentes y sus opiniones al respecto. A estas alturas de la terapia los miembros tienen gran interacción y se conocen bien puesto que llevan semanas compartiendo intimidades, por lo que desde la perspectiva individual son capaces de hacer valiosos aportes en sus apreciaciones hacia los demás.

En caso de que fueran pasadas por alto actitudes negativas evidentes en alguno, se prefiere que sean los pacientes quienes hagan tales señalamientos. Algunas actitudes son más difíciles de admitir; pocas veces un paciente dice, por ejemplo, “he sido inmaduro”, o “soy muy egoísta”. Si no es señalado por un miembro, corresponde al terapeuta hacerlo, con el mayor tacto y sutileza para no herir susceptibilidades, a la vez que con claridad y certeza.

Sugerencia: “¿En algún momento te han dicho que...?” “¿No has notado que con frecuencia eres...?” Observación: resulta más fácil y sutil a manera de interrogación, para hacer pensar al paciente y al grupo.

Este proceso tiene que producirse con cada uno, y propiciar la participación activa de todos. Primero la identificación de actitudes negativas presentes, para luego propiciar los cambios de manera consciente y voluntaria. Lo más probable es que algún paciente exprese sus dudas y pregunte, por ejemplo: “Ahora sé lo

que anda mal, pero, ¿cómo consigo cambiar? Me va a ser difícil dejar de ser yo”.

De no inquirirse por alguno, es el terapeuta quién hace la pregunta, para luego pasar a responderla. Sugerencia: “¿Cómo se puede cambiar? Vamos a evocar algo que estudiamos en Filosofía. ¿Quién de ustedes recuerda las Leyes de la Dialéctica?” Sin dudas, esto provoca desconciertos, sonrisas y distensión en el grupo, pues puede parecer otra de las bromas del terapeuta, quien cuando es necesario y oportuno, utiliza el humor.

Entonces se refiere a la Ley de transformación de los cambios cuantitativos en cualitativos, y comenta que esa es una eficaz manera de cambiar por voluntaria elección. Sumar cambios en cantidad, aun pequeños, permite conseguir luego el deseado salto de calidad, una vez acumulado un número de modificaciones cuantitativas.

La referencia filosófica tiene que ser un incentivo para la discusión, de acuerdo a la experiencia de cada uno, puesto que esta es la forma en que se alcanza el crecimiento personal y la madurez, incluso cuando no es propósito del individuo. En el caso de esta terapia, el cambio tiene que ser un empeño y asumirse de manera consciente y activa, de lo contrario pueden no conseguirse los objetivos propuestos en tan breve tiempo.

Sugerencia: citar a Lao-Tsé, “el viaje más largo comienza con el primer paso”. “Si me lo propongo lo consigo. El primer paso lo di cuando acepté el ingreso”. Este, como todo proceso, puede ser más o menos demorado, pero muy productivo, y se le recuerda al grupo que el ser humano madura durante toda su vida, si es capaz de aprovechar el aprendizaje de cada etapa. Tiene que

propiciarse una amplia y fructífera discusión sobre el asunto. Se realiza el reencuadre.

TAREA: hacer dos cambios cuantitativos relacionados con actitudes negativas personales en el transcurso de la semana, que puedan ser medibles, o sea auditables por el grupo. (Si fuera preciso, se ponen ejemplos de modificaciones cuantitativas en situaciones ajenas a las del grupo actual, para tener la certeza de que son comprendidas las acciones a ejecutar). Luego del cierre y la despedida, se procede al control post sesión por el equipo.

7ª, 8ª y 9ª sesiones de psicoterapia grupal: modificación de afrontamientos y actitudes negativas, consolidación de la mejoría clínica

- Objetivos terapéuticos

Las últimas tres sesiones de la estrategia tienen como objetivos consolidar los beneficios obtenidos durante el tratamiento, lograr ajuste emocional y social y asumir el cambio de afrontamientos y actitudes negativas en juego. Se consigue a través de pequeños cambios cuantitativos hasta alcanzar modificaciones cualitativas, lo cual debe ser constatado tanto dentro del grupo como fuera de él, por lo que mediante el condicionamiento operante, aprobación y reforzamiento positivo de los demás, se conseguirá satisfacción personal, mejoría sintomática y compromiso de nuevas conquistas, y serán potentes estímulos para mantenerlos, al mejorar la calidad de vida.

Desde sesiones previas se ha estimulado un diálogo interior más realista, sano y productivo. Además, se ha fomentado la consideración y el respeto por sí mismo, cambios que deben sumarse a los deseados para conseguir importantes modificaciones cualitativas. A estas alturas del tratamiento también

se habrá conseguido ostensible mejoría clínica, en términos de atenuación o eliminación de síntomas, mayor autoconocimiento y percepción de seguridad.

Mecanismos terapéuticos: cohesión, sugerencia, interacción, catarsis, reestructuración, juego de roles, manipulación, estímulo para enfrentar conflictos emocionales, desensibilización, retroalimentación, refuerzo, factores existenciales, validación consensual, presión emocional y conductual del grupo, altruismo, aprendizaje interpersonal, introspección y confrontación entre otros, además de los habituales controles pre y post sesión.

- Ejecución

Se inicia el control pre sesión por el equipo y tras recibir al grupo y el saludo, un paciente resume las actividades llevadas a cabo durante la semana y el terapeuta recapitula de manera breve las sesiones previas. Cada una de las restantes está centrada en la consolidación de lo aprendido y aprehendido, el refuerzo de los diferentes grados de mejoría obtenidos y la modificación de afrontamientos y actitudes negativas en juego. Al chequear la tarea cada uno dará a conocer los cambios que introdujo durante la semana, unos de forma concreta, otros haciéndola más elaborada, pero siempre factibles de medir.

Resulta indispensable el continuo reforzamiento positivo de los miembros del equipo y del grupo ante cada paso dado y cada meta conseguida, aún la menos significativa, pues ese es el camino a transitar. Las manifestaciones de aprobación y reconocimiento del grupo son vitales para mantener compromiso y plantearse nuevos cambios, como satisfactoria retroalimentación desde el punto de vista conductual.

El equipo sabe que desde las primeras sesiones se han producido cambios cuantitativos en el paciente, al ser incorporadas a su cotidianidad técnicas de relajación, respiratorias, digitopuntura y prácticas de pensamiento positivo, solo que estos no fueron procurados de manera voluntaria y pueden haber pasado inadvertidos (como cambios) para los miembros, pero terapeuta y equipo los han seguido de cerca en su contacto diario.

Por eso es indispensable hacer referencia a los mismos y patentizar las transformaciones de grado variable conseguidas por cada uno, reforzándolas de forma positiva. Sugerencia: “Desde el primer momento hemos impuesto modificaciones a su quehacer, las que han sido asumidas por ustedes en su día a día. Hasta ahora no habíamos hablado de necesidad de cambio, pero lo cierto es que han ocurrido, aun sin que se lo hubieran propuesto”. (A eso se debe la paulatina mejoría que en mayor o menor grado han presentado los miembros en su evolución). “Quiere decir que será más fácil lograrlo cuando se establece como propósito”.

Algunos pacientes más centrados en su progreso, sorprenden al equipo al referirse a los cambios ejecutados durante la semana, porque más que cuantitativas, las modificaciones ya son de índole cualitativa, lo que es oportuno reconocer y aprobar de forma debida. Es conveniente prevenir al grupo respecto a las habituales resistencias al cambio (comunes en pacientes neuróticos) y la tendencia a las auto justificaciones como formas de evadirlo, alerta no solo para las semanas que restan de terapia, sino también para las modificaciones que deberán producirse en el futuro inmediato.

A medida que se acerca el alta se prepara la despedida, planificada por los pacientes en encuentros fuera de las sesiones psicoterapéuticas. El terapeuta debe reforzar sentimientos positivos, aprobar los cambios introducidos y reiterar que así como se ha conseguido mejoría evidente y bienestar para funcionar dentro del grupo y fuera de él, a partir del alta es cuando se pone en juego lo aprendido, en la cotidianidad de cada miembro.

La práctica como criterio de la verdad permitirá hacer las mejores elecciones en cuanto a maneras de vivir y trabajar (estudiar). Es recomendable recordar que la verdadera terapia comienza al alta, cuando se comprueban los resultados de los cambios obtenidos y se consigue mejor adaptación al medio.

TAREAS: la de la séptima sesión es traer tres nuevos cambios cuantitativos efectuados. La de la octava - último encuentro con tarea asignada - puede ser pedir otros tres nuevos cambios o ampliarla para traer los planes que cada uno tiene a título personal y profesional a corto y mediano plazo. O de acuerdo al grupo y su creatividad, permitir que esta última tarea sea propuesta por los miembros y dejarla a elección de la mayoría.

La novena sesión, el cierre, comienza con un resumen de lo logrado a nivel grupal, recalando cuánto de positivo se ha alcanzado en breve tiempo, para pasar al chequeo de la tarea. Tiene que ser un encuentro lleno de optimismo a pesar de la despedida; terapeuta y equipo se centran en los logros e impiden aperturas de otro tipo que a estas alturas no cumplen objetivos. Es preferible evitar emociones negativas o nostálgicas en relación con el adiós, - siempre hay quien los expresa-. De inmediato se rebate la idea contraponiéndola a la satisfacción por cuanto se ha trabajado y conseguido en colectivo.

En esta última sesión se aplican los referidos instrumentos que evalúan el nivel de satisfacción de los pacientes (CRES-4 y CSQ-8) de manera anónima y se solicitan sugerencias que permitan mejorar el servicio brindado, por lo que se les insta a hablar con libertad al respecto.

El último encuentro tiene que rezumar júbilo por lo compartido y por cuanto se ha crecido, con reforzamiento continuo de lo positivo, y el hecho de que cada uno y el grupo en su totalidad, son responsables de lo alcanzado. Se concluye con un fortísimo aplauso de aprobación dedicado a todos y la despedida se hace en la actividad festiva.

En esa celebración para miembros y equipo, se hace un almuerzo de despedida ofrecido por la administración del hospital psiquiátrico. De forma habitual se lleva a cabo en el hogar de algún paciente o en un centro público y se revela la identidad de cada amigo secreto con un intercambio de regalos. Se leen las crónicas individuales y grupales escritas, se comparte y predomina el optimismo y la confianza de incorporarse a la cotidianidad con útiles herramientas.

Conclusiones del Capítulo 2

Se elaboró una estrategia psicoterapéutica grupal para perfeccionar la atención a pacientes de nivel neurótico en nueve semanas de hospitalización diurna, que incluye los mecanismos terapéuticos empleados, los contenidos por sesiones y las tareas que les preceden. Con sugerencias concretas, se expone qué y cómo hacerla. Además se presenta la manera en que será evaluada, según criterio de expertos, de especialistas, de prestadores y de pacientes, con cuestionarios validados.

CAPÍTULO 3 Validación con evidencia basada en la práctica de la aplicabilidad y efectividad de la estrategia psicoterapéutica

A continuación se exponen los resultados de la evaluación de la estrategia, según criterio de expertos, especialistas, pacientes y prestadores y los resultados se comparan con los obtenidos por terapeutas grupales de diferentes latitudes.

3.1 Criterio de expertos

De los 23 expertos contactados, 19 respondieron la solicitud. Todos son especialistas de I y II Grados en Psiquiatría, profesores Auxiliares (14) o Titulares (cinco), Consultantes (10), Másteres (15), Doctores en Ciencias Médicas (tres), Doctores en Ciencias (dos), con experiencia profesional entre 24 y 54 años (media 42 años) de diferentes provincias (Tabla 1 Anexo 10).

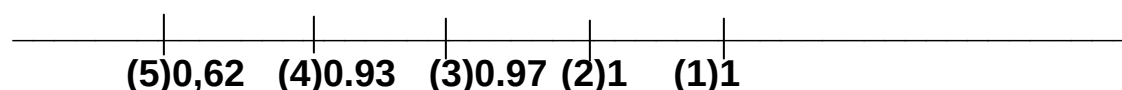
Es destacable la participación de la Dr.C. Annia Duany Navarro, Jefa del Grupo Nacional de Psiquiatría del MINSAP, quien calificó la estrategia de pertinente y adecuada. Además, la Dr.Cs. Reina Rodríguez Mesa,⁸² presidenta de la Sección de Psicoterapia de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, ofreció de manera espontánea su aval, por conocer la investigación y el libro resultante.

Para procesar los resultados de la encuesta a expertos se utilizó el método de comparación por pares.^{126, 127} En la tabla 2 (Anexo 11) se expone el criterio de cada experto en cuanto a los seis aspectos a ser evaluados; la tabla 3 (Anexo 12) muestra la tabulación de resultados según categorías obtenidas, en tanto la tabla 4 (Anexo 13) muestra la distribución de frecuencias absolutas (f_i) respecto a tales aspectos.

En la tabla 5 (Anexo 14) se expone la distribución de frecuencias relativas (h_i), la tabla 6 (Anexo 15) expresa la distribución de frecuencias acumulativas (F_i) y la tabla 7 (Anexo 16) muestra la distribución de frecuencias relativas acumulativas (H_i). Los puntos de corte se obtienen al dividir la suma de los valores correspondientes a cada columna entre el número de paso (promedio relativo).

N es el resultado de dividir la sumatoria de las sumas entre el producto del número de categorías por el número de pasos. Siendo P los promedios de los elementos de cada fila (inversos de la distribución normal estándar), entonces $(N - P)$ es el valor promedio que le otorgan los expertos a cada aspecto de la evaluación. (Tabla 8 Anexo 17)

A4	A1	A6	A5	A2	A3
-0.07168	-0.06116	-0.01904	-0.00852	0.02155	0.13885



Como se observa, los puntos de corte de los valores de $N-P$ son estadísticamente significativos, puesto que están por debajo de 0,62. Por esta razón todos los ítems reciben la evaluación de muy adecuados.

5 MA 4 BA 3 A 2 PA 1 I

Entre las sugerencias ofrecidas se destacan:

- Incluir la resiliencia entre los temas y que los resultados se evalúen a los seis meses y al año de egreso.

- Sustituir el título de la estrategia, por considerar que no se centra solo en cambio de actitudes.
- Preparar el cierre desde la octava sesión.
- Enfatizar en el enganche, por tratarse de grupos cerrados.
- Prever la posibilidad de dependencia emocional al grupo en los finales.
- Garantizar que los pacientes hagan *insight* de sus actitudes, no intelectualización, para lograr cambios.

Entre los comentarios espontáneos recibidos se encuentran:

- Excelente estrategia (varios).
- Muy buena estrategia.
- Programa bien estructurado.
- Loable la terapia combinada y el uso de nuevas tecnologías.
- Es poco común, programas así han ido desapareciendo.
- Uso eficaz de los recursos terapéuticos.
- Muy operativa, con amplio marco teórico.
- Muy útil y bien elaborada.
- Favorable el uso de proverbios y postales.
- Pertinente, novedosa, factible.
- Importante en la formación docente, cumple con las estrategias de la especialidad en el ámbito psicoterapéutico.
- Adecuada a nuestro entorno social y cultural.

- Puede servir para el entrenamiento de psicoterapeutas tanto nacionales como de otros países, con impacto económico adicional, además de su impacto científico y social.
- Podría aplicarse no solo a pacientes en hospitalización parcial, sino también en grupos ambulatorios, con ligeras adaptaciones.
- Pautas muy bien encaminadas y expuestas de manera práctica.

Respecto a estas sugerencias, se aceptó sustituir el título de la estrategia, que de inicio incluía la frase “de modificación actitudinal”. A la resiliencia no se le dedica toda una sesión, pero sí está presente cuando se asumen las actitudes. El enganche se garantiza desde los inicios y también de una sesión a otra; para ello sirve la tarea semanal. Se evita a toda costa la dependencia emocional, aunque tras el alta continúen la relación amistosa, ya no terapéutica. No es posible la intelectualización de actitudes, puesto que se actúa sobre ellas y se logran diversos grados de modificación.

Como se trabaja con grupos cerrados, es conocida la fecha de alta, así que el cierre de la terapia es asumido de manera tácita. Resultó atendible la sugerencia de evaluar resultados a los seis meses y al año del egreso, lo que podría ser objeto de futuras investigaciones.

3.2 Caracterización de los pacientes ingresados

3.2.1 Aspectos sociodemográficos

En la tabla 9 (Anexo 18) exponente de la distribución de la muestra según grupos de edades y sexos, se aprecia el amplio predominio del sexo femenino (72,47 %). En cuanto a edades el mayor número de pacientes, (29,35 %), se ubicó entre 50 a 59 años, seguidos de cerca por pacientes entre 20 y 29 años

(24,77 %). Fue esperado el amplio predominio del sexo femenino (las féminas casi triplicaron el número de hombres), por comportarse así en años previos y por el reporte de artículos revisados a nivel global, pero en cada grupo hubo al menos un varón.

Las edades extremas (menores de 20 años y mayores de 60) se vieron poco representadas. Como se ha referido, Salvendy ⁵⁸ prefiere prescindir de ambos grupos de edades, en tanto Sadock ⁵⁶ acepta hasta 65 años. La satisfactoria evolución de los seis adultos mayores incluidos en la estrategia dio la razón a este último y permitió aprovechar el enfoque intergeneracional.

En la tabla 10 (Anexo 19) se expone el estado civil de los sujetos, y se comprueba el amplio predominio de los que cuentan con pareja estable (61,5 %). Respecto a nivel de escolaridad, la tabla 11 (Anexo 20) muestra preponderancia de universitarios (54,1 %), seguidos del nivel preuniversitario (25,7 %). No hubo casos con escolaridad primaria.

En ocupación (tabla 12, Anexo 21) aventajaron los profesionales (38,5 %). Se destaca que el 28,44 % perteneció al campo de la salud, 21,1 % de ellos, médicos. Hubo muy pocos estudiantes, jubilados y desocupados, también fueron escasos los dedicados al magisterio. El abundante número de médicos y otros trabajadores de la salud puede estar relacionado con las tensiones a las que estuvo sometido el gremio durante la pandemia, el trabajo en la denominada zona roja y el incremento de la demanda asistencial de la población.

Las situaciones desencadenantes más vinculadas con el ingreso fueron los conflictos intrapsíquicos y en orden decreciente problemas laborales,

preocupaciones hipocondríacas, conflictos interpersonales y familiares, migración y duelo. Más frecuente aun fue la unión de dos o más de estas circunstancias.

3.2.2 Aspectos clínicos

En el examen psiquiátrico primaron las manifestaciones en la esfera afectiva, con síntomas sobre todo ansiosos y depresivos, y en menor medida, disforia. Fue común algún grado de hipobulia. Mientras en el curso del pensamiento no se encontraron alteraciones, en el contenido aparecieron con alguna frecuencia ideas fijas, sobrevaloradas, hipocondríacas o de minusvalía. En la totalidad de los pacientes se observaron afectaciones en las funciones de relación: consigo mismo y con las cosas, pero sobre todo con los demás.

En la mayoría de los casos la personalidad premórbida (PPM) coincidió con lo patentizado en las pruebas psicológicas: predominio de rasgos obsesivos, seguidos de histriónicos y esquizoides, y en menor medida inmaduros y paranoides. A pesar de ello, lo más frecuente desde el punto de vista clínico fue la mezcla de varios atributos de personalidad. Predominaron altos niveles de ansiedad como rasgo y como estado, y moderados de depresión. Hubo pocos elementos a favor de organicidad.

El diagnóstico sindrómico se expresa en la tabla 13 (Anexo 22), donde se evidencia que los síndromes más identificados fueron los afectivos. Predominó el síndrome ansioso en el 41,3 % de los pacientes, seguido del ansioso depresivo en el 36,7 %.

Para el diagnóstico nosológico (tabla 14, Anexo 23), se utilizaron criterios de los más actualizados clasificadores internacionales: la Clasificación Internacional

de Enfermedades de la OMS en su undécima versión, CIE-11, Capítulo 6: Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, ¹³¹ y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición Texto Revisado, DSM-5-TR ¹³² de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría APA. Los diagnósticos más comunes fueron Trastorno de Ansiedad Generalizada, (27,5 %), seguidos de Trastorno Ansioso Depresivo (26,6 %) y en menor medida Trastorno de Adaptación (22 %). Hubo pocos Trastornos de Personalidad y Trastorno Obsesivo Compulsivo.

El perfil del paciente ingresado en hospital de día resulta una mujer con media de edad de 41 años, con vínculo estable de pareja, escolaridad universitaria y que ejerce como profesional. Sufre de conflictos intrapsíquicos unidos a otros y está aquejada de síntomas ansiosos y depresivos.

3.3 Nivel de satisfacción de prestadores y pacientes con la consecución de objetivos individuales y grupales

3.3.1 Criterios evaluativos del autor y miembros del equipo

3.3.1.1 Sobre las sesiones de psicoterapia grupal

En cada grupo terapéutico se cumplió el conjunto de acciones propuestas de acuerdo a organización y participación. La programación de actividades fue cumplida según sesiones. Asistencia, puntualidad, disciplina, intervenciones, dinámicas y cohesión se consideraron satisfactorias, con independencia del número de integrantes, variable de uno a otro grupo. De igual manera, se consiguieron los objetivos semanales y los propuestos al concluir la terapia. No obstante, es preciso señalar que en casi la totalidad de los grupos hubo abandono de miembros.

3.3.1.2 Criterios evolutivos grupales

La integración grupal se consideró conseguida o moderadamente conseguida en cada uno de los grupos, tomándose en cuenta sentido de pertenencia y pertinencia al colectivo, así como compromiso con la terapia y el grupo. (99,08 %). Solo en un paciente (0,9 %) no se consiguió la integración grupal esperada, como se observa en la tabla 15. (Anexo 24)

La evolución de cada sujeto se siguió de cerca y a diario, y se patentizó en su historia clínica con frecuencia semanal. A través del método clínico ^{2, 117} se evaluó la mejoría o eliminación de los síntomas. En la tabla 16 (Anexo 25) se observa la satisfactoria evolución de la muestra: en el 99,08 % de los pacientes, esta fue evaluada de mejor (síntomas disminuidos) o bien (síntomas eliminados).

Los miembros del equipo como prestadores en su evaluación integral de los grupos según cohesión, interacciones y dinámicas, los consideraron muy satisfactorios o satisfactorios en casi la totalidad de la muestra (tabla 17, Anexo 26). Fue poco satisfactorio en uno de los sujetos.

Los objetivos al concluir la terapia según cambios propuestos, fueron conseguidos en casi la totalidad, conseguidos de forma moderada en una pequeña cantidad y no conseguidos en un caso. Esta evolución clínica fue seguida de cerca y recogida por escrito en cada historia clínica por el autor, el residente de Psiquiatría y el resto del equipo de salud mental.

Desde el principio se observó mejoría en las funciones de relación con los demás, puesto que los grupos constituyen excelentes laboratorios para conseguirlo. Las relaciones consigo mismo mejoraron un poco después, sobre

todo cuando se abordó de forma debida la autoestima y se propició adecuado dialogo interior.

En el transcurso de las semanas se constató diverso grado de disminución o eliminación de síntomas, sobre todo en aquellos pacientes más comprometidos con la terapia y el grupo. La voluntad de cada miembro se sobrepuso, aquellos con autoestima dañada la ubicaron mejor y se consiguieron afrontamientos más efectivos y saludables, lo que hizo más expedito el manejo de actitudes negativas presentes para su modificación, sobre todo a partir de la segunda mitad del tratamiento.

Se logró disminución o eliminación del tratamiento farmacológico indicado antes del ingreso. Por todo lo expuesto, los prestadores mostraron alto nivel de satisfacción con la consecución de objetivos individuales y grupales.

3.4 Evaluación de la estrategia según criterio de los pacientes

La opinión de los usuarios fue recogida y reflejada en las evoluciones semanales. Esto permitió comprobar que a su juicio, integración, pertenencia, pertinencia y compromiso con terapia y grupo fueron conseguidos o conseguidos de forma moderada en casi la totalidad, excepto en un caso. De manera unánime se expresó mejoría o eliminación de síntomas, con autoevaluaciones entre bien y mejor.

La gran mayoría mostró estar muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida. Solo un caso expresó estar poco satisfecho. Lo anterior se corroboró además en las crónicas escritas individuales y grupales, las que fueron leídas y entregadas en el último encuentro.

En cuanto a los instrumentos CSQ-8 y CRES-4, fueron respondidos de manera anónima e individual por 98 pacientes (89,9 % de la muestra). Al momento de aplicarlos, 11 no estuvieron presentes.

3.4.1 Resultados del Cuestionario de Satisfacción CSQ-8

La satisfacción está relacionada con el número de puntos obtenidos, con un máximo de 32. Se encontró predominio de las puntuaciones más elevadas (31 y 32) en el 61,22 % de los pacientes, seguidas de entre 27 y 30 (29,59 % de los pacientes). El 6,12 % puntuó entre 21 y 26, y el 3,06 % entre 19 y 20. (Figura 1, Anexo 27)

Fueron diversas las respuestas acerca de lo más gustado, el mayor número correspondió a las sesiones psicoterapéuticas. Entre las propuestas a mejorar, se planteó la posibilidad de prolongar por más tiempo el ingreso, de contar con un local fijo para todas las sesiones e incorporar otras actividades como ejercicios de tai chi y yoga.

3.4.2 Resultados de la Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido. CRES-4

El máximo a obtener por pregunta es 100. La primera de ellas evalúa la satisfacción con el tratamiento recibido. El 84,69 % de los pacientes otorgó puntuación de 100. El 10,2 % puntuó 80, 4,08 % otorgó 60 puntos y solo 1,02 % puntuó 40. (Figura 2, Anexo 28)

La segunda pregunta se refiere a la solución del problema por el cual se solicitó atención. El 79,59 % otorgó 100 puntos, el 19,38 % puntuó 80 y 1,02 % otorgó 40. (Figura 3, Anexo 29)

Tercera y cuarta preguntas evalúan la percepción del cambio emocional. El mayor número de pacientes, 32,65 %, puntuó 87.5, seguidos del 29,59 % que alcanzaron 75 puntos. El 22,44 % llegó a 100 puntos. El 12,24 % puntuó 62.5 y el 3,06 % puntuó 50. (Figura 4, Anexo 30)

La puntuación total de CRES-4 representa la suma de los componentes anteriores, con máximo posible de 300. A más alta puntuación total, mayor la efectividad del tratamiento. El 45,91 % estuvo entre 287 a 300 puntos. Le siguió el 30,61 % entre 262.5 y 275 puntos, el 18,36 % que puntuó entre 235 y 250, 4,08 % entre 202.5 a 222.5 y 1,02 % puntuó 130. (Figura 5, Anexo 31). Los elementos expuestos en el acápite dan fe del alto nivel de satisfacción de los pacientes con la consecución de objetivos individuales y grupales.

3.5 Evaluación de la estrategia según criterio de especialistas

Nueve especialistas de I Grado en Psiquiatría conocedores de la estrategia respondieron la encuesta. Como futuros prestadores, sus opiniones resultan de gran valor. La totalidad estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con el contenido y el orden de los temas incluidos. Respecto a las posibilidades de aprendizaje de la estrategia, su incorporación fue considerada muy fácil por dos, fácil por cinco y medianamente fácil por otros dos.

A continuación se exponen los criterios expresados:

- Es muy práctica, acorta el tiempo de trabajo con objetivos claros a vencer.
- El orden invita al paciente a superar sus barreras sistemáticamente.
- No es difícil de incorporar, sino casi una obligación para la superación de residentes y especialistas. Uno de los protocolos de intervención mejor creados,

muy educativo para los profesionales y docente para los residentes. Organiza el estudio y el enfoque terapéutico.

-Para los pacientes resulta fácil ir resolviendo lo que creen su problema para prepararlos para el cambio de sus actitudes.

-Muy bien diseñada. Permite sustituir medicamentos tan escasos en estos tiempos.

-El tiempo de duración es un elemento fundamental de valor.

-Vi llegar pacientes que no conseguían hablar de su angustia inicialmente y luego han sido ejemplo de vida y auto superación.

-Los pacientes me agradecen haberlos enviado a ingresar, se muestran satisfechos.

-En mis consultas hago gran parte de la psicoterapia de grupo pero la llevo a la individual, estudié cada tema y secuencia que hace con los pacientes y lo fui llevando a la individual y el resultado es maravilloso. Con esto le quiero decir que su trabajo en hospital de día es excepcional.

El autor ha sido presidente de tribunales en los exámenes de 3^{er} Año y estatales de varios de ellos, hoy especialistas, y comprobó de primera mano la manera en que fue incorporada su estrategia. En tales evaluaciones, uno de los ejercicios prácticos incluidos es asumir una sesión de psicoterapia grupal en hospitalización diurna.

3.6 Resultados cualitativos

Los resultados del análisis de los datos obtenidos condujeron a síntesis superiores, las que emergieron en forma de patrones. Se encontraron similitudes durante todo el proceso terapéutico: fueron reiterativos los patrones

iniciales con predominio de incertidumbre, inseguridad y abundante sintomatología (palabras como ansiedad, tristeza, depresión, desinterés, y pesimismo se repitieron mucho).

Tras los inicios, otro patrón redundante fue la presencia de esperanza ante la posibilidad de alivio, así como grados variables de mejoría desde el punto de vista sintomático. Encima, se reiteró el patrón culminante con expresiones de recuperación, optimismo y gratitud por lo compartido. Se repitieron palabras como mejoría, bienestar, gracias, agradecimiento. Estas fueron cuestiones relevantes en los datos obtenidos.

Las diferencias encontradas fueron mínimas, muy marcadas en solo un caso. El rango de mejoría evolutiva fue variable, pero presente en casi la totalidad de los pacientes. Lo anterior permitió determinar matrices, útiles para establecer vinculaciones entre categorías o temas. Las matrices iniciales fueron de dudas y malestar, las intermedias de mejoría progresiva y esperanza, en tanto las finales fueron de recuperación, optimismo y bienestar.

El que la esencia de los resultados del estudio cualitativo pueda aplicarse en otros contextos, garantiza su transferencia. Esta posibilidad se intensificó en el estudio puesto que la diversidad de la muestra estuvo garantizada en todos los grupos y los resultados fueron convalidados al emerger en muchos más casos.

Para establecer un paralelo con la confiabilidad, validez y objetividad del procesamiento cualitativo efectuado, se utilizó también el criterio de representatividad de voces. En la investigación fueron incluidos todos los grupos de interés, ambos sexos, rangos de edades variados, diversa escolaridad y actividad laboral, diagnósticos y situaciones desencadenantes y

evolución. Pese a semejante diversidad, los datos reiteraron el mismo patrón satisfactorio descrito antes.

3.7 Abandonos de la terapia

Aunque muy por debajo de lo descrito por Yalom y Leszcz del 35 %, ⁸ en el período estudiado hubo 22 deserciones (16,79 %). La cifra no es elevada, pero el hecho de no concluir tratamiento denota desinterés, insatisfacciones o deficiencias en el cribado al momento de seleccionar miembros.

Los abandonos se asumieron de manera que produjeran los mínimos efectos negativos en los grupos. De ellos, dos casos fueron dados de alta por requerir ingreso en servicio de agudos del hospital psiquiátrico, lo que refuerza que pacientes en crisis agudas no funcionan bien en terapia grupal.

Entre las razones expuestas se expresó necesidad de cuidar adultos mayores o niños pequeños, migración, lejanía del hogar (lo que no fue impedimento para otros provenientes de municipios diferentes) y no adaptarse a la terapia. Dos pacientes femeninas del mismo grupo desertaron al malinterpretar señalamientos, aliándose de manera negativa. Otros no dieron explicaciones.

Las deserciones ocurren por lo general a inicios de la terapia, por lo que fue llamativo que tres pacientes con manifestaciones hipocondríacas (trastorno de síntomas somáticos o de ansiedad por enfermedad) de grupos diferentes, renunciaran en etapa avanzada. Esto puede indicar que el tipo de paciente no es tributario de la estrategia, interrogante a ser respondida en futuros estudios.

En uno de los sujetos más jóvenes que concluyó el tratamiento no se alcanzaron los objetivos en cuanto a mejoría clínica. Aunque los instrumentos utilizados fueron aplicados de manera anónima, su evolución hace sospechar

que fue quien aportó las calificaciones más bajas. No hubo empeoramiento, considerado según el CRES-4 cuando las cifras están por debajo de 50.

En el Anexo 32 se exponen algunas reseñas sobre casos específicos y se hace referencia a esta paciente. En el Anexo 33 se reprodujeron algunas de las crónicas individuales y grupales escritas por los propios pacientes al concluir su ingreso, entregadas al equipo y que ponen de manifiesto criterios muy útiles para el procesamiento cualitativo de los datos.

3.8 Discusión de resultados

La alta demanda de atención psiquiátrica observada en la población femenina ha conducido a la creación de terapias exclusivas para ellas. Un estudio madrileño ofreció nueve sesiones de tratamiento en mujeres libres de enfermedad tras padecer cáncer de mama, según Narváez et al.¹³³ Su cuidadoso diseño estratégico por sesiones y temas, incluida la autoestima, son puntos en común con la presente investigación.

Bueno-Soriano et al.¹³⁴ atendieron mujeres portadoras de trastornos neuróticos, en especial depresivos de larga evolución, en siete sesiones de 90 minutos con concepción de grupo operativo. También Gutiérrez y Varela¹³⁵ trataron la depresión en mujeres chilenas, con un modelo de 10 sesiones de dos horas de terapia constructivista.

El tratamiento grupal de seis féminas de mediana edad portadoras de distimia, permitió que adquirieran mayor conciencia de cómo lidian con su sufrimiento, en sesiones semanales de 90 minutos durante un año, según Liste et al.¹³⁶ En la presente estrategia se ponderan los mecanismos de afrontamiento y se les dedica una sesión íntegra. Todos estos, además de homogéneos, fueron

grupos cerrados, mientras López y Polo ¹³⁷ trabajaron grupos abiertos de mujeres víctimas de violencia de género, con sesiones semanales de 90 minutos.

También la tercera edad ha sido objetivo exclusivo de algunos terapeutas grupales. Correa-Palacio ¹³⁸ atendió pacientes mayores de 65 años portadores de síntomas depresivos y ansiosos, trastornos de adaptación o duelo, en grupos abiertos semanales. Por su parte, Garrido Mera ¹³⁹ empleó seis sesiones de dos horas de psicoterapia grupal para mejorar el estado emocional de 20 jubilados ecuatorianos.

En extremo contrario de edades, González Ríos et al. ¹⁴⁰ atendieron adolescentes del ámbito rural español entre 14 y 18 años, con problemas emocionales y patrones disfuncionales de relación. Trabajaron grupos psicoeducativos cerrados de 12 miembros en sesiones semanales de 90 minutos durante nueve meses.

A nivel comunitario Singh y Samantaray ¹⁴¹ atendieron grupos homogéneos de estudiantes universitarios indios portadores de ansiedad social, seis sesiones de 120 minutos con programas basados en evidencia. Desde disímiles ámbitos se han descrito resultados con grupos homogéneos centrados en determinados diagnósticos o características. Se ha empleado en pacientes cardiópatas: De la Hoz y Espeso ¹⁴² trabajaron ocho sesiones una vez por semana, como en la estrategia propuesta, con evaluación psicométrica de ansiedad y depresión, así como entrenamiento en técnicas de relajación.

La necesidad de evaluación de cualquier proceder sanitario fue asumida por el autor. Vélchez et al., ¹⁴³ no utilizaron encuesta validada, sino diseñada por ellos

para valorar resultados. Composición grupal, diagnósticos, distribución por sexos, media de edad y favorables resultados son aspectos comunes.

Tampoco García-Bardón et al.¹⁴⁴ emplearon instrumentos validados sino encuesta propia, pero tiene analogías con la presente investigación al trabajar 12 sesiones de 90 minutos semanales, en grupos cerrados para pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno adaptativo, de conducta alimentaria y distimia, y reportar mayor autoconocimiento, autoestima y mejor manejo de síntomas. Estos y los previos investigadores mencionados utilizaron la psicoterapia grupal operativa psicoanalítica.

Calafat Siquier et al.¹⁴⁵ también aplicaron encuestas no validadas. Describieron buenos resultados tras aumentar seguridad y confianza, capacidad de escucha e *insight* de los miembros sobre su responsabilidad con el propio malestar, lo que concuerda con lo encontrado por el autor. Otra coincidencia fue planificar los temas tratados, aunque sus contenidos difieren.

García y Rodríguez¹⁴⁶ trabajaron hospital de día para adultos con grupos homogéneos, en los que pacientes y profesionales a cargo fueron del mismo género, para facilitar el abordaje de aspectos de la sexualidad. Utilizaron una encuesta diseñada por ellos para conocer la opinión de los miembros.

Hewitt et al.,¹⁴⁷ se centraron en el perfeccionismo y su negativa influencia en pacientes deprimidos. Esta y otras actitudes capaces de interferir en la adaptación e incidir en el malestar, se abordan por el autor con vistas a su modificación. También coinciden al trabajar 10 sesiones y frecuencia semanal, en grupos cerrados de entre ocho y 15 miembros, con predominio del sexo femenino y edad promedio de 41.5 años.

Es innegable el potencial docente del hospital de día en la formación de recursos humanos. Romero González ¹⁴⁸ concuerda con el autor al aseverar que además de asistencial, este servicio cumple una importante función formativa para residentes. Trabajó con grupos cerrados de seis a 12 miembros entre 17 y 35 años diagnosticados con trastornos de personalidad, durante nueve meses.

De igual manera, Belloso et al. ¹⁴⁹ expresaron la experiencia de aprendizaje de fungir como terapeuta grupal para un residente. Trabajaron grupos heterogéneos de pacientes psicóticos con vistas a disminuir la angustia del ingreso, fomentar esperanza y preparar para el alta con adhesión al tratamiento y prevención de recaídas.

La propuesta de Tajuelo et al. ¹⁵⁰ se asemeja a la presente al incluir individuos con heterogeneidad diagnóstica, predominio de trastornos ansiosos y depresivos y prever las temáticas a abordar. Difiere en su contenido, composición grupal - jóvenes entre 18 y 30 años - y extensión (ocho meses).

Con enfoque preventivo, un programa dirigido a parejas ofreció recursos de afrontamiento en el post parto y consolidó la estructura familiar, según Domínguez-Salonginos et al. ¹⁵¹ Realizaron seis sesiones grupales de 90 minutos semanales, en las que, como en la presente estrategia, previeron objetivos, actividades y tareas, con una sesión dedicada a autoestima.

Santos Casado et al. ¹⁵² describieron un programa de 15 sesiones para pacientes portadores de ansiedad, bajo estado anímico, insomnio y malestar emocional, excluidos los trastornos mentales graves. Trabajaron con grupos entre ocho y 15 miembros, y utilizaron técnicas de relajación y mejoría de la

autoestima, todo lo cual coincide con la propuesta del autor. A diferencia de este, se centraron en el uso de psicofármacos con vistas a disminuir su consumo y mejorar calidad de vida.

La presente estrategia persigue estos objetivos, pero no la discusión del tratamiento medicamentoso, al considerarla improductiva a nivel grupal; solo se aborda en sesiones individuales. La mayor parte de los pacientes remitidos está bajo tratamiento psicofarmacológico, y en el transcurso del ingreso se comprueba cómo es posible disminuirlo o incluso sustituirlo por las técnicas y herramientas suministradas.

El duelo fue una de las situaciones desencadenantes del ingreso en la presente investigación, pero no recibe un tratamiento diferenciado, como sí hizo Díaz Curiel ¹⁵³ con 24 españoles portadores de duelo complicado, distribuidos en cuatro grupos cerrados en 10 sesiones una vez por semana. Otro artículo español dedicado al asesoramiento de individuos con reacción de duelo entre 21 y 60 años, propuso seis sesiones de terapia cognitivo conductual una hora semanal, según Espinosa et al.¹⁵⁴ Este trabajo tiene similitudes con la estrategia del autor pues son descritas cada una de las sesiones y se persigue la reducción del tratamiento farmacológico.

Diversas situaciones laborales estuvieron entre las desencadenantes del ingreso en este estudio. Niedermoser et al.¹⁵⁵ emplearon ocho sesiones cuyo contenido fue previsto, al igual que en la presente estrategia, pero centrados en otros asuntos y dirigidos solo a pacientes portadores de trastorno depresivo mayor con media de edad de 43 años, para identificar la influencia del estrés laboral en los síntomas.

Otro aspecto atendido en el diseño estratégico es el aprovechamiento de los mecanismos terapéuticos, responsables de los beneficios del proceder grupal. Al describir cada sesión se mencionan los que entran en juego. Ribé et al.¹⁵⁶ evaluaron los mecanismos considerados más importantes por pacientes portadores de trastorno de adaptación, de ansiedad, de pánico, distimia y trastornos de personalidad, atendidos durante un año en sesiones semanales de 90 minutos. Los más votados fueron universalidad, altruismo y cohesión; los menos valorados, conducta imitativa y factores existenciales. En la presente estrategia, estos y los restantes mecanismos son tenidos en cuenta desde el inicio.

Como en el trabajo anterior, Hermida Barros et al.¹⁵⁷ estudiaron los factores terapéuticos en un grupo conformado por 15 adolescentes ingresados en hospital de día con patología grave. Coinciden en los factores más valorados – universalidad y altruismo - y en su caso infundir esperanza, en tanto fueron menos apreciados el desarrollo de técnicas de socialización, aprendizaje interpersonal y conducta imitativa. Es destacable que en este estudio los factores emocionales resultaran de más ayuda que el aprendizaje de habilidades sociales, lo que también ocurre en los grupos del autor, a pesar de las diferencias en edades.

Los dos últimos artículos asumen los factores terapéuticos desde la perspectiva del paciente que los pondera. La estrategia del autor los da por sentados pues son reconocidos por la literatura clásica y empleados con la certeza de su efectividad según objetivos propuestos, por lo que no se indaga en criterios de los miembros al respecto.

Desde el inicio se procura establecer una relación psicoterapéutica satisfactoria y conseguir cohesión grupal. El empleo de nuevas tecnologías, en este caso WhatsApp, mantiene al grupo en contacto fuera de las sesiones matinales. Esta modalidad consolida las relaciones a tal punto que los pacientes siguen vinculados de forma espontánea tras su alta. El autor ha sido testigo de reencuentros de grupos previos propiciados por los propios integrantes. Una década atrás era impensable su empleo, en cambio Medina Peralta ¹⁵⁸ utilizó el correo electrónico como recurso dentro de su estrategia terapéutica grupal.

La presente investigación está dirigida a pacientes de nivel neurótico, al contrario de otros terapeutas. En España, Arroyo y Del Palacio ¹⁵⁹ asumieron sesiones tres veces por semana para atender trastornos mentales graves: psicosis, personalidades límite, narcisistas, depresiones profundas, trastornos neuróticos relacionados con crisis vitales y dependencia a sustancias. Aunque el tipo de paciente es diferente, la importancia otorgada al clima afectivo propiciado por el equipo, su respeto e interés hacia los pacientes y las reuniones pre y post sesión constituyen puntos de contacto con esta estrategia. El refuerzo y utilización de las partes sanas del paciente, crucial en el establecimiento de la alianza terapéutica y una referencia continua en la estrategia del autor, también fue intencionado por Rufián Vargas et al. ¹⁶⁰ en grupos de pacientes psicóticos, con aprovechamiento de los procesos de identificación para favorecer integración, igual que en la propuesta diseñada.

Una estrategia breve descrita por Valverde y Arce ¹⁶¹ dirigida a pacientes costarricenses hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos afectivos asociados al consumo de drogas contó con cuatro sesiones. Las dos

primeras fueron dedicadas a psicoeducación, la tercera a procurar estrategias de afrontamiento útiles y la cuarta a prevención de recaídas. La edad de los miembros (18 a 64 años), el grupo cerrado heterogéneo y el orden de las sesiones, incluido el tema del afrontamiento, son similitudes con la presente propuesta, si bien es más corta y dirigida a otro tipo de pacientes.

Sánchez Morales et al.¹⁶² utilizaron intervenciones para pacientes psicóticos, tres veces a la semana durante una hora. Trabajaron una sesión psicoeducativa sobre uso de sustancias y su interacción con el trastorno mental, y dos psicoterapéuticas para fomentar expresión y manejo emocional.

En Cuba también se han utilizado técnicas breves institucionales en pacientes esquizofrénicos. Bestard y Cutiño¹⁶³ trabajaron grupos abiertos de cerca de treinta pacientes con edades entre 19 y 60 años, una hora semanal durante tres o cuatro semanas. Al igual que el autor, se trabajó con la parte sana de la personalidad a través de métodos didácticos inspirativos, recursos psicoeducativos y entrenamiento autógeno de Schultz, a los que se añadieron sesiones de psicoterapia individual e intervenciones familiares y de trabajo social, con la tónica del aquí y ahora.

Dirigida a pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad, Martín Vázquez et al.¹⁶⁴ como en la propuesta, utilizaron psicoterapia combinada y técnicas de relajación, pero en su caso el enfoque fue dialéctico conductual y las sesiones de una hora.

En un mundo globalizado, es de gran importancia la satisfacción de consumidores y usuarios con los servicios ofertados. En una consulta de salud mental infanto juvenil, Del Castillo¹⁶⁵ comparó pacientes que abandonaron el

tratamiento con aquellos que lo mantuvieron, y encontró que la variable de más peso para lograr permanencia fue el grado de satisfacción con el tratamiento, elemento de gran relevancia en la presente investigación.

A diferencia de la mayor parte de los trabajos revisados, la estrategia del autor está dirigida a grupos mixtos, de ambos sexos y composición diversa en cuanto a edad, escolaridad, diagnósticos y situaciones desencadenantes. Pese a la cuantía de referencias bibliográficas sobre grupos homogéneos, la mayor parte de los terapeutas considera que deben ser lo más heterogéneos posibles para asegurar máxima interacción. Así fueron conformados los grupos con los que se trabajó, lo que además amplía las posibilidades de atención de la población.

Un aspecto coincidente con los trabajos referidos es el tamaño grupal, por lo general pequeño, y también la duración de las sesiones, de una hora y media a dos, aunque algunas muy productivas estuvieron cercanas a las tres horas. Según experiencia del autor, mientras la sesión sea aprovechada, las discusiones provoquen entusiasmo e interés y el debate sea productivo, no debe haber límite rígido de tiempo.

Como en algunos de estos trabajos, un pivote importante de la estrategia consiste en ofrecer información y entrenamiento necesarios para estimular la capacidad de introspección y autoconocimiento del paciente, e incorporar elementos como la comunicación asertiva, las formas más atinadas para lidiar con el estrés, resiliencia, afrontamientos y actitudes. Estimula comprobar cómo los pacientes hacen suyo ese léxico técnico y su significación para la vida, lo cual se patentizó en las sesiones psicoterapéuticas y demás encuentros

semanales, en los que algunos incluso tomaron notas, y también en las crónicas escritas.

La actualizada revisión sistemática y metaanálisis de Barkowski et al.¹⁶⁶ demostró la eficacia de la terapia grupal en trastornos de ansiedad, por encima de los grupos control sin tratamiento, aun cuando no hubo diferencias significativas comparada con psicoterapia individual o farmacoterapia. Además, describen que revisiones cualitativas recientes y metaanálisis, y estudios primarios, sugirieron factores influyentes en los efectos de la terapia grupal, tales como características de los pacientes (estilo de apego, cohesión), del líder (coliderazgo, estilos terapéuticos) y las estructurales de la propia terapia (sesiones individuales preparatorias, composición grupal).¹⁶⁶ Es llamativo que las cifras de abandono que reportaron, 16.2%, coinciden con las encontradas por el autor.

Un cúmulo de investigaciones sugiere que la psicoterapia produce mejoras duraderas y cambios funcionales en el cerebro. Los avances en neurociencias han permitido mayor comprensión de cómo la psicoterapia actúa en su funcionamiento, y señalan el camino hacia una nueva era de la investigación que requerirá recursos y sofisticación.¹⁶⁷

Con la suya el autor aspira a hacer su aporte a la Red Latinoamericana de Investigación en Psicoterapia y Cambio. La propuesta estratégica fue centro de sendos cursos de post grado por él impartidos, uno provincial y otro nacional.

Su aporte teórico y práctico fue publicado en fecha reciente como libro de texto,¹⁶⁸ que obtuvo Gran Premio Provincial en la XLIX Edición Concurso Premio Anual de la Salud. Los favorables resultados obtenidos han sido expuestos en

eventos científicos provinciales, en el Congreso Nacional de Psiquiatría PSIQCUBA 2023 y en el I Simposio Internacional Tradición y Ciencia por la Salud, 2024.

Los resultados cuantificables y demostrables de la validez de su estrategia, con óptimo empleo del tiempo disponible, no utilización de psicofármacos y el centrarse en contenidos dispuestos en cada sesión para lograr mejoría, la distinguen y hacen impar. En los estudios revisados se utilizan enfoques psicoterapéuticos diferentes al del autor.

Su originalidad y profundidad la avalan los satisfactorios resultados obtenidos. Su soporte teórico tiene argumentación y novedad suficientes para ofrecer nuevas perspectivas y enfoques relativos al corpus teórico de la ciencia, y constituir tanto una contribución práctica como teórica de resultado investigativo.²⁸

La estrategia, desarrollada a partir de situaciones asistenciales concretas, da respuesta terapéutica a las necesidades de la población y a la organización de la hospitalización diurna de pacientes de nivel neurótico. Es factible de aprender y reproducir por terapeutas interesados, y garantiza buenos resultados desde el punto de vista asistencial y docente.

En resumen, sus características y aportes consisten en:

- Psicoterapia combinada asumida por el mismo terapeuta.
- Objetivos, tareas y temáticas grupales predeterminados por sesiones, ajustados a la duración del ingreso, interrelacionados, en orden ascendente, que conducen al cambio y la adaptación creadora. (Novedad)
- No prescripción de psicofármacos.

- Mayor compromiso individual con la recuperación debido a tareas personalizadas. (Novedad)
- Interacción familiar. Familiares incluidos en tareas y dinámicas individuales. Dinámicas de pareja cuando se necesita. (Novedad)
- Al aportar qué y cómo hacer, permite reproducción y ajuste según necesidades terapéuticas, incluso individuales. (Novedad)
- Aprovechamiento psicoterapéutico del enfoque intergeneracional para satisfacción de todos los miembros. (Novedad)
- Empleo de nuevas tecnologías (TIC). Contacto continuado entre grupo y equipo de salud mental fuera de las sesiones presenciales. (Novedad) Intercambio con expertos y especialistas a través de ellas.
- Método cualitativo personalizado con la producción de crónicas escritas, producto de la actividad individual y grupal. (Novedad)
- Viabilidad económica y efectividad clínica garantizadas.
- Constituye un aporte cubano a la Red Latinoamericana de Investigación en Psicoterapia y Cambio.
- Aprovecha espacios abiertos y propicia mayor conocimiento de la ciudad, museos, galerías y otros sitios emblemáticos, a lo que se añaden las sesiones de PSICOCINE, que difiere del Cinedebate Terapéutico creado por Acosta Nodal, por promover la salud mental.

Conclusiones del Capítulo 3

La estrategia psicoterapéutica grupal propuesta fue validada según criterio de expertos y aplicada a poco más de un centenar de adultos con amplio

predominio del sexo femenino, profesionales y portadores de síndromes ansiosos y depresivos, incluidos en 10 grupos cerrados mixtos. Su satisfactoria evolución y los cuestionarios validados mostraron su utilidad, avalada además por prestadores y especialistas.

4. CONCLUSIONES

- Sistematizados los pre existentes, se aportan nuevos presupuestos teóricos, prácticos y metodológicos respecto a psicoterapia grupal en hospitalización diurna para pacientes de nivel neurótico. Estos incluyen los correspondientes al enfoque histórico-cultural y categorías como las de mediación, comunicación, diálogo, vivencias, internalización y exteriorización, colaboración y otras, que permiten una comprensión más integradora del propósito y alcance de la estrategia propuesta.
- La hipótesis sobre la efectividad de la estrategia psicoterapéutica grupal para pacientes de nivel neurótico en hospitalización diurna quedó demostrada al perfeccionarse su atención y lograr su favorable evolución.
- La estrategia fue validada por criterio de expertos, quienes consideraron muy adecuados los aspectos evaluados.
- Fueron atendidos más de un centenar de adultos, en quienes el sexo femenino casi triplicó al masculino, con predominio de individuos casados, profesionales, portadores de síndromes ansiosos y depresivos y diagnósticos relacionados.
- Pacientes, prestadores y especialistas mostraron que la estrategia constituye una útil herramienta asistencial y docente.

5. RECOMENDACIONES

- La efectividad de la estrategia permite su empleo en otros servicios de salud mental, por lo que se propone que el hospital de día del mencionado hospital sea centro de entrenamiento en psicoterapia de grupo, donde además de residentes de Psiquiatría, acudan psicólogos y especialistas interesados en técnicas psicoterapéuticas grupales e individuales.
- Se precisa instaurar protocolos investigativos de resultados psicoterapéuticos en atención primaria y secundaria por parte de los equipos de salud mental y los departamentos docentes de la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Figaredo P, García Gutiérrez L. Ética médica, psiquiatría y salud mental. La Habana: Ciencias Médicas; 2022.1-112p.
2. González Menéndez R, Sandoval Ferrer J. Manual de Psiquiatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2019.1-333 p.
3. Herrera Huerta C.A. Las Psicoterapias. En: Comité Editorial de la Asociación Ibero Latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría. Compendio de Psiquiatría Clínica. México: AILANCYP; 2020. p.45-50.
4. Gougoulis N, Sallustrau JF, Toliou A. Tratamientos psicológicos. En: Kapsambelis V. Manual de Psiquiatría Clínica y Psicopatología del Adulto. México: Fondo de Cultura Económica; 2017. 1-1040p.
5. Palacios Ruiz AJ, Roldán del Cerro M, Soler Sánchez MM. El tratamiento de personas con trastorno mental en un hospital de día de adultos. Análisis de su efectividad 2008-2018. Clín Contemp [Internet]. 2023 [citado 1 Dic 2023];14(1): Artículo e2. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/cc2023a2>
6. Heekeren K, Antoniadis S, Habermeyer B, Obermann C, Kirschner M, Seifritz E, et al. Psychiatric Acute Day Hospital as an Alternative to Inpatient Treatment. Front Psychiatry [Internet]. 2020 May [cited 2023 Jan 17];11:471. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00471>
7. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Ed: Boland R, Verduin ML. 12th ed. Philadelphia: Walters Kluwer; 2022. 1-3767p.
8. Yalom ID, Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 6th ed. New York: Basic Books; 2020. 1-827p.
9. Juul S, Poulsen S, Lunn S, Sørensen P, Jakobsen JC, Simonsen S. Short-term versus long-term psychotherapy for adult psychiatric disorders: a protocol for a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Juul et al. Systematic Reviews [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 17];8:169. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1099-0>
10. Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2019 [citado 19 Ene 2023];39(136):117-142. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n136/2340-2733-raen-39-136-0117.pdf>
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría [Internet]. 11ª ed. Barcelona: Walters Kluwer;2015 [citado 17 Ene 2023].1-1470p. Disponible en: <https://booksmedicos.org/kaplan-sadock-sinopsis-de-psiquiatria-11a-edicion/>
12. Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 6ª ed. Barcelona: Walters Kluwer; 2019.1-793p.

13. American Psychological Association. [Internet]. Washington D.C.:APA. Psychotherapy: Understanding group therapy; 2019 Oct [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/group-therapy>
14. Montes Gámez M. Una aproximación al grupoanálisis. 2ª Parte. Cap 3. En: Romera Gutiérrez MI. Programa de Psicoterapia Psicodinámica Grupal. Manual. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A. [Internet]. 2023. [citado 23 Ene 2023].p.100-110. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media/pdf_publicacion/2023/piscoterapia_definitivo_20230613_isbn.pdf
15. Medical News Today. [Internet]. United States: MNT. What are the benefits of group therapy? Newsletter; 2020 Dec [cited 2023 Jan 18] Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/group-therapy>
16. Cuevas Corona P, Talallero P, Villarreal AM, Ayala M. Psicoterapia basada en la evidencia. Situación actual. Neurol Neurocir Psiquiatr [Internet]. 2017 [citado 20 Ene 2023];45(1):32-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp171g.pdf>
17. Botella L, Fernández-Puig V, Segura J, Gómez I, Jodar R. Criterios de la Asociación Americana de Psicología para la consideración de prácticas basadas en la evidencia en Psicología. INFOCOP Consejo General de la Psicología de España. [Internet]. 2020 Oct [citado 20 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.infocop.es/criterios-de-la-asociacion-americana-de-psicologia-para-la-consideracion-de-practicas-basadas-en-la-evidencia-en-psicologia/>
18. Gimeno Peón A, Mateu Hernández C. Hacia la evidencia basada en la práctica en psicoterapia. Rev Psicoter [Internet]. 2020 Nov [citado 20 Ene 2023];32(117):179-194. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7620847>
19. George Quintero RS, Gámez Toirac Y, Matos Laffita D, González Rodríguez I, Labori Ruiz R, Guevara Silveira SA. Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en relación con la calidad en los servicios de salud. Infodir. Información para directivos de la Salud ECIMED. [Internet].2021 May-Ago [citado 24 Ene 2023]; 35:e_974. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/974>
20. George Quintero RS, Laborí Ruiz R, Bermúdez Martínez LA, González Rodríguez I. Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. RIC. [Internet].2017 Nov-Dic [citado 24 Ene 2023];96(6). Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1795>
21. Calderón Pinzón MR. Los pilares de costo-efectividad: una guía práctica para tomar decisiones costo-efectivas sobre nuevas tecnologías de la salud. RCTS [Internet]. 2019 Jul-Sept [citado 25 Ene 2023];10(3). Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1594/1191>

22. Miot J, Thiede M. Adapting Pharmacoeconomics to Shape Efficient Health Systems en Route to UHC. Lessons from Two Continents. *Front Pharmacol* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 26];(8):715. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2017.00715/full>
23. Gil Escudero G, Rodríguez-Zafra M. Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Rev Psicoter* [Internet]. 2022 [citado 26 Ene 2023];33(121):139-148. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8323331>
24. Novotney A. Keys to great group therapy. *APA* [Internet]. 2019 Apr [cited 2023 Jan 27];50(4):66. Available from: <https://www.apa.org/monitor/2019/04/group-therapy>
25. Trujillo A, Paz C. Evidencia basada en la práctica en psicoterapia: el reto en Latinoamérica. *Rev.CESPico* [Internet]. 2020 [citado 27 Ene 2023];13(3):1-14. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802020000300002
26. Clavijo Portieles A. Crisis, familia y psicoterapia. Panamá: D'McPherson; 2023. 1-300p. Disponible en Amazon: <https://www.amazon.com/-/es/Alberto-Clavijo-Portieles/dp/B0BZF9RHCB>
27. Rodríguez, M.A. y Rodríguez, A. La estrategia como resultado científico de la investigación educativa, en: de Armas N, Valle A. Resultados científicos de la investigación educativa. La Habana: Pueblo y Educación; 2011.22-40p.
28. Colunga Santos S. Pautas para la delimitación y empleo de los resultados científicos en la investigación educativa. *Rev Hum Med* [Internet]. 2022 [citado 27 Ene 2023];22(2):207-232. Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2333>
29. Clarindo Monteiro J. Clínica Histórico-Cultural: Caracterizando um método de atuação em psicoterapia. 2020 [Tese doutorado]. Brasil: Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza; 2020.205 p.
30. Henrich J, Muthukrishna M. The Origins and Psychology of Human Cooperation. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2021[cited 2023 Jan 28];72:207-40. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-081920-042106>
31. Rodríguez-Zafra M, García L. La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. *Rev Psicoter* [Internet].2022 [citado 28 Ene 2023];33(121):71-84. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1122>
32. Ávila-Espada, A. La psicoterapia de grupo desde la perspectiva relacional del psicoanálisis. *Rev Psicoter* [Internet]. 2022 [citado 29 Ene 2023];33(121):65-69. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.112>

33. Grof S. Psychology for the future: lessons from modern consciousness research. Spirituality Studies [Internet]. 2016 spring [cited 2023 Jan 29];2(1): 3-36. Available from: <https://www.spirituality-studies.org/dp-volume2-issue1-spring2016/2/>
34. Le Bon G. Psicología de las Masas. Madrid: Ed. Morata; 2022.1-136 p.
35. Farfán HR. Sociología y filosofía en Durkheim. Revisión y reconstrucción de una relación teórica. Sociológica [Internet]. 2002 Sep-Dic [citado 30 Ene 2023];17(50):123-150. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026563006.pdf>
36. Verde Diego C. Jane Adams: origen del trabajo social antiopresivo y reformista. Eur J Pragmatism Am [Internet]. 2021 [citado 2 Feb 2023];13(2):1-16. Disponible en: <https://journals.openedition.org/ejpap/2602>
37. García L. Recensión de artículo: Terapia de grupo o Terapia en grupo por L. E. López Yarto. Rev Psicoter [Internet]. 2022 [citado 3 Feb 2023];33(121): 273-280. Disponible en: <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1132>
38. Ezhumalai S, Muralidhar D, Dhanasekarapandian R, Shanti Nikketha B. Group Interventions. Indian J. Psychiatry.[Internet]. 2018 Feb [cited 2023 Feb 3]; 60(14):514–521. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844165/#:~:text=Joseph%20Hersey%20Pratt%20is%20known,be%20found%20in%20the%20sanatoria>
39. Joseph Hersey Pratt. Pioneers in Group Psychotherapy. Int J. Group Psychother.[Internet]. 2015 Oct [cited 2022 Feb 5];1(2) 95-99p. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207284.1951.11507845?journalCode=uijgp20>
40. Gamo Medina E. Un espacio para la escucha en los dispositivos de salud mental. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 3 Feb 2023].p. 43-51. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
41. Giacomucci S. History of Sociometry, Psychodrama, Group Psychotherapy, and Jacob L. Moreno. In: Social Work, Sociometry, and Psychodrama. Psychodrama in Counselling, Coaching and Education [Internet]. Vol.1.Singapore: Springer; 2021 [cited 2022 Feb 5]. p.1-435. Available from: https://doi.org/10.1007/978-981-33-6342-7_3
42. Drury N, Tudor K. Trigrant Burrow and the social world. Int J Appl Psychoanal Stud [Internet]. 2022 Mar [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/aps.1743>
43. Soler Sánchez MM. Los grupos multifamiliares en España. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. [Internet]. Madrid: Asociación Española de

- Neuropsiquiatría; 2018 [citado 3 Feb 2023].p.173-186. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
44. Group psychotherapy. The Columbia Electronic Encyclopedia, 6th ed. [Internet]. Columbia University Press. 2023. [cited 2023 Feb 4]. Available from: <https://www.infoplease.com/encyclopedia/medicine/psychology/discipline/group-psychotherapy/origins-of-group-therapy>
45. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. El comienzo y crecimiento de A.A. [Internet]. 2021 [citado 5 Feb 2023]. Disponible en: <https://www.aa.org/es/the-start-and-growth-of-aa#:~:text=a%20su%20desarrollo.-,Los%20comienzos%20de%20A.A.,Ambos%20hab%C3%ADan%20sido%20alcoh%C3%B3licos%20desahuciados>
46. Lorenzo López L, Vallejo Jiménez F. Introducción a la psicoterapia grupal psicodinámica: de lo intrasubjetivo a lo intersubjetivo. En: Romera Gutiérrez MI. Programa de Psicoterapia Psicodinámica Grupal. Manual. Capítulo 1. [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A; 2023 [citado 6 Nov 2023].p80-88. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2023/piscoterapia_definitivo_20230613_isbn.pdf
47. Treadwell T, Diederich LT. Historical Sketch of Group Organizations. Sharing group therapy history. Society of Group Psychology and Group Psychotherapy. The Group Psychologist. [Internet]. 2022 Mar [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://www.apadivisions.org/division-49/publications/newsletter/group-psychologist/2022/03/group-origins>
48. Scheidlinger S, Schamess G. Fifty Years of AGPA 1942-1992: An Overview. American Group Psychotherapy Association AGPA Organization. [Internet]. 1992 [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.agpa.org/home/about-us/agpa/50-year-history>
49. Gil Escudero G, Rodríguez Zafra M. Historia de la psicoterapia de grupo: antecedentes, inicio y desarrollo. Rev Psicoter. [Internet]. 2022 Mar [citado 6 Feb 2023];33(121):7-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8323322>
50. Paquin JD, Abegunde C, Hahn A, Fassinger RE. A Brief History of Group Therapy as a Field and the Representation of Women in Its Development. Int J Group Psychother [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 6];71(1):13-80. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207284.2020.1798176?scroll=top&needAccess=true>
51. Navarro Góngora J. Terapia de Grupos: Modalidades, Dinámica y Evaluación. Terapia de Grupo Research. [Internet]. 1995 Salamanca [citado 6

- Feb 2023]; [aprox.33p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282360001_Terapia_de_Grupo/link/560e75c608ae48337515fad4/download
52. Terapia gestáltica de Friedrich Solomon Perls. Fundamentación fenomenológica-existencial.bvsalud.org Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. [Internet]. 2001 [citado 9 Feb 2023];7:130-137. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300711.pdf>
53. Pereira M. Eric Berne y el análisis transaccional. ISEP [Internet]. 2020 Ene [citado 6 Feb 2023]. Disponible en: <https://www.isep.es/actualidad/eric-berne-y-el-analisis-transaccional/>
54. Boris Georges DJB. Elementos para uma história da psicoterapia de grupo. Rev abordagem Gestalt [Internet]. 2014 Jul-Dez [accesos em 9 Feb 2023];20(2):206-212. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v20n2/v20n2a08.pdf>
55. Díaz Portillo I. Bases de la terapia de grupo [Internet] México: Pax; 2000 [citado 9 Feb 2023].202p. Disponible en: <https://ayudacontextos.files.wordpress.com/2018/04/bases-de-terapia-de-grupo.pdf>
56. Sadock, B.J. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11 ed. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Porto Alegre:Artmed; 2017.1490p
57. The American Group Psychotherapy Association [Internet]. United States: AGPA. Practice Guidelines for Group Psychotherapy. 2007 [cited 2023 Feb 9]; 85p. Available from: https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources/download-full-guidelines-%28pdf-format%29-group-works!-evidence-on-the-effectiveness-of-group-therapy.pdf?sfvrsn=ce6385a9_2
58. Salvendy J.T. Selección y preparación de pacientes. Organización del grupo. En: Kaplan HI, Sadock BJ. Terapia de Grupo.3ª Edición. Vol.I. La Habana: Ciencias Médicas;2006.p.78-90
59. De Andrea NG, Soria Purés N, Lucero F, López Cortez PD, Kosmach M. Secreto profesional y consentimiento informado en dinámicas grupales desde la perspectiva de la psicoterapia de bonding: análisis éticos [Internet] Acta Académica. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 2022 [citado 9 Feb 2023]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-084/143>
60. The American Group Psychotherapy Association [Internet]. United States: AGPA. Practice Guidelines for Group Psychotherapy. 2007. [cited 2023 Feb 9]; 85p Available from: https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources/download-full-guidelines-%28pdf-format%29-group-works!-evidence-on-the-effectiveness-of-group-therapy.pdf?sfvrsn=ce6385a9_2

61. Montagud Rubio N. Alianza terapéutica: qué es, cómo influye en la terapia y cómo se crea. *Psicología y Mente* [Internet]. 2021 Dic [citado 9 Feb 2023]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/alianza-terapeutica>
62. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers JH. The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 10];15:207-31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550721/>
63. Bernard H, Burlingame G, Flores P, Greene L, Joyce A, Kobos J.C., et al. Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *Int J Group Psychother* [Internet]. 2008 Oct [cited 2023 Feb 25];58(4):455-542. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18837662/>
64. Ribé Buitrón J. Técnica en Psicoterapia Analítica Grupal. Experiencia desde la asistencia pública. Barcelona: Herder; 2021.1-280p.
65. Bernard H, Burlingame G, Flores P, Greene L, Joyce A, Kobos J.C., et al. Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *Int J Group Psychother* [Internet]. 2008 Oct [cited 2023 Feb 25];58(4):455-542. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18837662/>
66. Shay JJ. Terrified of Group Therapy: Investigating Obstacles to Entering or Leading Groups. *Am J Psychother* [Internet]. 2021 Jun [cited 2023 Mar 7];74(2):71-75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33525915/>
67. Felipe VD, Vázquez E, Vílchez F. La Relación Terapéutica en Psicoterapia Grupal Operativa Psicoanalítica en una Unidad de Salud Mental. *Clín Contemp* [Internet]. 2020 [citado 11 Mar 2023];11(2):1-19. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2020a10>
68. Maaß U, Kühne F, Hahn D, Weck F. Group cohesion in group-based personal practice. *Behav Cogn Psychother* [Internet]. 2022 Jan [cited 2023 Mar 17];50(1):28-39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34569462/>
69. Weinberg H. Obstacles, Challenges, and Benefits of Online Group Psychotherapy. *Am J Psychother* [Internet]. 2021 Jun [cited 2023 Mar 23];74(2):83-88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33525914/>
70. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work III. Psychotherapy [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 12];55(4):303-315. Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2018-51673-001.html>
71. Jarne EA, Cabré Segarra V. Tratamientos psicológicos en psicopatología. En: Jarne EA, Talam CA. *Manual de Psicopatología Clínica*. [Internet]. 2ª ed. Barcelona: Herder; 2023 [citado 22 Ene 2023].669p. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/v0xv1s0>
72. Rosenberg P.P. Cualidades del psicoterapeuta de grupo. En: Kaplan HI, Sadock BJ. *Terapia de Grupo*.3ª Edición. Vol.II. La Habana: Ciencias Médicas;2006.p.708-717
73. Ribeiro M. Examining Social Identities and Diversity Issues in Group: Knocking at the Boundaries. New York:Routledge Press; 2020. 280p.

74. Bennet-Levy J. Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2019 Mar [cited 2023 Apr 17]; 62:133-145. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30391704/>
75. Day M. Formación y supervisión el psicoterapia de grupo. En: Kaplan HI, Sadock BJ. *Terapia de Grupo*. 3ª Edición. Vol.II. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.p.717-730.
76. Weiner M.F. Papel del líder en la terapia de grupo. En: Kaplan HI, Sadock BJ. *Terapia de Grupo*. 3ª Edición. Vol.I. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.p.91-106.
77. Fernández, A. y Rodríguez, B. Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. La óptica de las narrativas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2020 [citado 2 May 2023];39(136):175-188. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352019000200009
78. Shay JJ. Contemporary Models of Group Therapy: Where Are We Today? *Int J Group Psychother* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 6];67(1):7-12. Available from: <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1238749>
79. Rosendahl J, Cameron T, Alldredge MS, Burlingame GM, Strauss B. Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *Am J Psychother* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 10];74:52-59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33745284/>
80. Colli Alonso M, Lorenzo M. Psicoterapia de grupo en Cuba: antecedentes y actualidad. *Rev Hosp Psiquiatr La Habana* [Internet]. 2004 [citado 12 Jul 2023]; 1(2/3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0204/hph021004.htm>
81. Rodríguez Mesa RC. Recorrido histórico de los modelos de psicoterapia utilizadas en Cuba. *Bibliopsiquis. Psiquiatria.com* [Internet]. 2008 Mar [citado 14 Jul 2023];9. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/recorrido-historico-de-los-modelos-de-psicoterapia-utilizadas-en-cuba/>
82. Rodríguez Mesa R. *Psicoterapia de grandes grupos, origen y desarrollo en Cuba*. La Habana, Ed. Científico-Técnica; 2016. p-1-183.
83. Bosques-Padilla FJ, Corral-Guerrero LC. Efectividad vs. eficacia: ¿es tiempo de cambiar nuestra forma de pensar? *Medicina Universitaria*. Elsevier. [Internet]. 2013 Jul [citado 22 Ene 2023];15(60):99-100. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-efectividad-vs-eficacia-es-tiempo-X1665579613496082#:~:text=Los%20estudios%20de%20efe>
84. Leyva Serrano MM, Bravo Acosta T. Impacto de los Servicios de Rehabilitación Integral en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cub Med Fís Reh* [Internet]. 2017 [citado 24 Ene 2023];1(2):[aprox. 7 p]. Disponible en: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/123>

85. Contreras F, Esguerra G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. Universidad de Santo Tomás. Bogotá [Internet]. 2006 Jul-Dic[citado 2 Feb 2024];2(2):311-319. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v2n2/v2n2a11.pdf>
86. Ramos Linares V, Rivero Burón R, Piqueras Rodríguez JA, García López LJ, Oblitas Guadalupe LA. Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica* [Internet]. 2008 Mar [citado 2 Feb 2024];15(1):115-141. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604005.pdf>
87. Tomás A. La conciencia del sistema inmune. *Fundamentos científico-técnicos de la Medicina Integrativa*. Revista Ulises [Internet] 2009 [citado 3 Enero 2024];11. Disponible en: https://www.esi.academy/wp-content/uploads/SIES1_La-consciencia-del-sistema-inmune.pdf
88. Orlandini A. El estrés, qué es y cómo evitarlo. México: FCE; 1999.
89. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
90. Martínez-Heredia N. Attitude and fear regarding death in older adult people. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. [Internet]. 2021 [citado 7 Feb 2024];51:45-62. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/EMPIRIA.51.2021.30807>
91. Pacheco Ruiz F. Actitudes. *Eúphoros* [Internet]. 2002 [citado 30 Ene 2023];5:173-184. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181505>
92. Sánchez Hernández A. Relación entre criterios de normalidad de la personalidad, trastornos neuróticos y valores ético-morales. *Rev Hum Med* [Internet]. 2013 [citado 30 Ene 2023];13(1):5-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2013/hm131b.pdf>
93. Branden N. *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós; 1995. p.21-22
94. Corrales Pérez A, Quijano León NK, Góngora Coronado EA. Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2017 Ene-Abr [citado 7 Feb 2024];22(1):58-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161005.pdf>
95. Prieto Bascon M. Empatía, asertividad y comunicación. *Innovación y Experiencias Educativas* [Internet]. 2011 Abr [citado 7 Feb 2024];41:1-8. Disponible en: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_41/MIGUEL_ANGEL_PRIETO_BASCON_02.pdf
96. Mantilla Castellanos L. Habilidades para la vida. Una propuesta para convivir mejor. *Investigación educativa* [Internet]. 2005 [citado 7 Feb 2024];

- 9(16). Disponible en:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/view/5637>
97. Manciaux M. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa S.A.; 2003. p.22
98. Zarandoja de Juan E. Aportaciones de la psicoterapia integrativa al estudio y comprensión del desarrollo humano. Revista de Psicoterapia [Internet]. 2021 Mar [citado 7 Feb 2024];32(118):7-24. Disponible en:
<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35111>
99. Pichot P, Goodwing GM. The History of Psychiatry as a Medical Specialty. In: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwing GM. New Oxford Textbook of Psychiatry. 3rd ed United Kingdom: Oxford University Press [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 5]. 1535p. Available from:
https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=hY_UDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=New+Oxford+textbook+of+psychiatry&ots=xvBAnbb7p_&sig=qnhQddoGBT7ME_e8tUIrvCQ8QvE&redir_esc=y#v=onepage&q=New%20Oxford%20textbook%20of%20psychiatry&f=false
100. Lorenzo L, Mantrana L, Carrión N. Notas sobre psicoterapia de grupo operativa y clínica institucional en el hospital de día de salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2022 [citado 2 Jul 2023];42(142):235-252. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352022000200013
101. Palacios Ruiz AJ. Hospital de día de salud mental: construyendo el ambiente terapéutico. Norte de salud mental [Internet]. 2022 [citado 2 Jul 2023];18(67):22-29. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8562230>
102. Stagnaro JC. El Hospital de Día: historia y conceptualización. Vertex Rev Argent Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado 5 Jul 2023];23:107-118. Disponible en:
<https://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf>
103. Duarte D, Ramos L, Trindade AC, Gonçalves E. Psychiatric Day Hospital and Its Impact on Patients Clinical Stability: The Reality of Faro Portugal Unit. Open J Psychiatry Allied Sci [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 8];9:15-22. Available from: <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2019.91002>
104. Chijiwa T, Ishimura K. Experiences of Psychiatric Day-Care Patients during the Introductory Period in Japan. Open j ther rehabil [Internet]. 2020 [citado 9 Jul 2023];8:29-41. Disponible en:
<https://doi.org/10.4236/ojtr.2020.83003>
105. Alazraqui HF. Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. Revista Científica [Internet]. 2017 Jul-Dic [citado 9 Jul 2023];22(2). Disponible en:
<https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/494>

106. García Huerta L, de Córdoba A. Labor realizada en el hospital diurno del Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Cmdte. M. Fajardo. Rev Cub Med [Internet]. 1967 Jul-Ago [citado 9 Jul 2023];6(4):465-168. Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/777>
107. Hernández Figaredo P, García Gutiérrez L. Aproximación a la historia de la Psiquiatría en Camagüey, Cuba. Rev Hum Med [Internet]. 2021 [citado 3 Abr 2023];21(2):615-636. Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2027/pdf>
108. Mauresco P. Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios. Vertex Rev Argent Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado 10 Jul 2023];23:137-149. Disponible en: <https://www.editorialpoemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf>
109. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.; 2018
110. Hernández Figaredo P. La Entrevista Psicoterapéutica. Panamá: D'McPherson; 2021.2-176p.
111. H-T-P. (Casa-Árbol-Persona) Manual y Guía de Interpretación de la Técnica Proyectiva de Dibujo. Hogrefe. TEA Ediciones [Internet]. 2024 [citado 3 May 2024]; Disponible en: [https://web.teaediciones.com/h-t-p-\(casa-arbol-persona\)-manual-y-guia-de-interpretacion-de-la-tecnica-proyectiva-de-dibujo.aspx](https://web.teaediciones.com/h-t-p-(casa-arbol-persona)-manual-y-guia-de-interpretacion-de-la-tecnica-proyectiva-de-dibujo.aspx)
112. Bender. Test Gestáltico Visomotor. Hogrefe. TEA Ediciones [Internet]. 2024 [citado 3 May 2024]; Disponible en: <https://web.teaediciones.com/BENDER--TEST-GUESTALTICO-VISOMOTOR.aspx>
113. Test de frases incompletas de Rotter. [Internet]. Studocu [citado 3 May 2024]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/centro-de-ensenanza-tecnica-y-superior/psicologia-cognitiva/test-de-frases-incompletas-de-rotter/51311246>
114. De la Iglesia G, Castro Solano A. El inventario de Rasgos de Personalidad Positivos (IRP-5): Construcción y análisis psicométricos básicos preliminares. Rev Psicol Cienc Afines [Internet]. 2018 [citado 3 May 2024];15(1):57-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4835/483555971005/html/>
115. Inventario de la ansiedad rasgo-estado. IDARE, versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory) [Internet]. Universidad de Lima. Gabinete psicométrico. [citado 3 May 2024]. Disponible en: <https://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/inventario-de-la-ansiedad-rasgo-estado-idare-version-en>

116. Escala de Zung. PsicoActiva.com. Tests [Internet]. 2023 [citado 3 May 2024]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/test/depresion-test-confiable-escala-de-zung.htm>
117. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. Método clínico. En: Práctica Clínica. Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva HM, Moreno Rodríguez MA. La Habana: Ciencias Médicas;2017p.15-28
118. Hernández Figaredo P. PSICOCINE: un espacio para la promoción de salud mental en Camagüey, Cuba. Etica y Cine Journal [Internet]. 2024 Jul [citado 30 Jul 2024];14(2):111-118. Disponible en: <https://journal.eticaycine.org/PSICOCINE-un-espacio-para-la-promocion-de-salud-mental-en-Camaguey-Cuba>
119. Muñoz García El enfoque intergeneracional: del contexto global al contexto local de Alcobendas. Revista de Educación Social [Internet]. 2017 Jul [citado 2 Feb 2023];25:113-133. Disponible en: https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/enfoqueintergeneracional_res_25.pdf
120. Martínez Heredia N, Rodríguez García AM. Educación intergeneracional: un nuevo reto para la formación del profesorado. Revista de Estudios y Experiencias en Educación [Internet]. 2018 [citado 4 Feb 2023];17(33):113-124. Disponible en: <http://www.rexe.cl/ojournal/index.php/rexe/article/view/516/0>
121. Márquez Velásquez JR. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2020 [citado 20 Feb 2023];35(1):5-16. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/543>
122. Los fundamentos de la telesalud. Telehealth.HHS.gov HRSA. Health Resources & Services Administration [Internet] [cited 2024 Jul 5]. Available from: https://telehealth.hhs.gov/documents/Los_fundamentos_de_la_telesalud_04-15-24.pdf
123. Telepsychiatry Information Sheet-Spanish. pdf WMC Health [Internet]. [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://www.wmchealth.org/Uploads/Public/Documents/WMC/ForPatients/Patient%20Registration/Telepsychiatry%20Information%20Sheet%20-%20Spanish.pdf>
124. Cuestionario de Satisfacción. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) Anexo3.3. Servicio Andaluz de Salud. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco [Internet]. 2010 [citado 28 Ene 2023]:50-51. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Anexo_3-3_CSQ.pdf
125. Feixas G, Pucurull O, Roca C, Paz C, García-Grau E, Bados A. Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. Rev Psicoter [Internet]. 2012 [citado 28 Ene 2023];23(89):51-58. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65891/1/637379.pdf>

126. Crespo Borges T. Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica [Internet]. 2018 Lima: San Marcos. [Citado 10 May 2024]. 118p. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324823013_RESPUESTAS_A_16_PREGUNTAS SOBRE EL EMPLEO DE EXPERTOS EN LA INVESTIGACION PEDAGOGICA
127. Pérez Iribar G, Beleño Fuentes M, Núñez Peña R, Orquera Cadena M. Valoración del resultado científico de la investigación. Una experiencia desde la aplicación del criterio de experto. OLIMPIA [Internet]. 2017 Dic [citado 10 May 2024];14,(46):163-166. Disponible en: https://www.google.com/search?q=+Valoraci%C3%B3n+del+resultado+cient%C3%ADfico+de+la+investigaci%C3%B3n.+Una+experiencia+desde+la+aplicaci%C3%B3n+del+criterio+de+experto.+&sca_esv=71de3cbd3c0c6ec4&rlz=1C1SQJL_esCU985CU985&sxsrf=ADLYWIL_V99knrl6SOqiNcY-PXJcAbwCwA%3A1720885683168&ei=s6GSZob9Ce2WwbkP5tSSoA0&ved=0ahUKEwjGouDergSHAxVtSzABHWagBNOQ4dUDCA8&og=+Valoraci%C3%B3n+del+resultado+cient%C3%ADfico+de+la+investigaci%C3%B3n.+Una+experiencia+desde+la+aplicaci%C3%B3n+del+criterio+de+experto.+&gs_l=Eqxnd3Mtd2l6LXNlcnAieyBWYwXvcmFjacOzbiBkZWwgcwVzdWx0YWRvIGNpZW50w61maWNvIGRIIGxhIGludmVzdGlnYWNPw7NuLiBVbmEqZXhwZXJpZW5jaWEgZGVzZGUgbGEgYXBsaWNhY2nDs24qZGVsIGNyaXRlcmVlIGRIIGV4cGVydG8ulDIJEAAySAMYBRqeMgkQABiwAqxGFB4yCRAAGLADGAUYHjIJEAAySAMYBRqeMgkQABiwAqxIGB4yCRAAGLADGAyHjIJEAAyqAOYsAMYogQyCxAAGIAEGLADGKIEMqSQAIBiABBiwAxiBDILEAAyqAOYsAMYogRI2LSBULWpAVi1qQFwAXgAkAEAmAEAoAEAgEAuAEMyAEA-AEC-AEBmAIBoAJVmAMAIAYBkAYKkqCBMAAHAA&scient=gws-wiz-serp
128. Fuentes Morales IG, Toledano Prieto Y, Capote Pérez AA. Valoración del producto científico por criterios de usuarios: necesidad apremiante para su perfeccionamiento. EDUMECENTRO [Internet]. 2018 Jul-Sep [citado 2 nov 2023];10(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300019
129. Klein RH. Terapia de grupo breve. En: Kaplan HI, Sadock BJ. Terapia de Grupo. 3ª Edición. Vol.I. La Habana: CienciasMédicas;2006.p.281-296.
130. Hernández Figaredo P. Estrés, ¿qué hago con él? Panamá: D'McPherson; 2020.124p.
131. Organización Mundial de la Salud OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. Undécima versión (CIE-11) [Internet]. 2021 [citado 30 Jul 2023]; Disponible en: <https://icd.who.int/es>
132. Asociación Estadounidense de Psiquiatría APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Edición. Texto Revisado. DSM-5-TR. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A; 2023.1150p.
133. Narváez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. Psicooncología [Internet]. 2008 [citado 27 Jul 2023];5(1):93-102. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130093A/15516>

134. Bueno Soriano MI, Antón Monllor C, Revenga Monteján S, González Bixquert L, Moreno Rubio CC. El grupo operativo como instrumento del cambio: experiencia en una unidad de salud mental En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 27 Jul 2023].p.189-191. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
135. Gutiérrez Cid SA, Varela Moreno VL. Propuesta de un Modelo de Psicoterapia Grupal Estratégica en Depresión Severa: Cómo pasar de víctima de la depresión a protagonista de la recuperación. Terapia Psicológica [Internet].2009 Jul [citado 4 Ago 2023];27,(1):41-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78511885004.pdf>
136. Liste Caparrini M, Costa Ferreira da Silva ML, Feito Fernández P, Amaya Lega L, Cabrera Ortega C. Todas a una con el dolor: una experiencia grupal. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 9 Ago 2023].p.233-236. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
137. López Gironés M, Polo Usaola C. Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de psicoterapia grupal en un centro de salud mental. Clínica Contemporánea [Internet]. 2014 [citado 13 Ago 2023];5(1):29-39. Disponible en: https://focusmadrid.com/files/2020/01/2014_C_POLO_Terapia_grupal_violencia_genero.pdf
138. Correa-Palacio AF. Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. Psicogeriatría [Internet]. 2016 [citado 11 Nov 2022];6(2):51-59. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf
139. Garrido Mera, CB. Psicoterapia breve de grupo y sus efectos en el estado emocional de las personas jubiladas. [tesis de Psicólogo Clínico en Internet]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2017 [citado 28 Jul 2023]. 80p. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13352/1/T-UCE-0007-PC024-2017.pdf>
140. González Ríos E, Pérez Portas LP, García Calero A. Psicoterapia de grupo en población infantojuvenil en un servicio de salud mental comunitario en el ámbito rural. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 25 Sept 2023].p.225-227. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>

141. Singh P, Samantaray N N. Brief Cognitive Behavioral Group Social Anxiety Disorder in University Students: A Randomized Controlled Feasibility Therapy and Verbal-Exposure-Augmented Cognitive Behavioral Therapy for Trial. Indian J Psychol Med [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 25];44(6):552-557. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/02537176211026250>
142. De la Hoz Martínez A, Espeso González R. Psicoterapia de grupo en los programas de rehabilitación cardíaca. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 25 Ago 2023].p.209-211. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
143. Vílchez Trigueros F, Larrosa Chacón A, Erdocia Remacha A, Trevijano Frago I, García-Bardón VF. Análisis cualitativo de una encuesta de satisfacción tras la psicoterapia de grupo: factores terapéuticos y experiencia emocional correctiva. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 15 Jul 2023].p 267-269. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
144. García-Bardón V, Vílchez Trigueros F, Larrosa Chacón A. Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en psicoterapia grupal. En: II Asamblea Internacional sobre Investigación en torno a la Concepción Operativa de Grupo, Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, Madrid [Internet]. 2018 Abr [citado 23 Jul 2023].p.1-20. Disponible en: <http://ascane.org/wp-content/uploads/2020/04/analiscualitativovectorespsicoterapia-vvaa.pdf>
145. Calafat Siquier C, Piñeiro Sanz L, Torralbo Muñoz C. Experiencia práctica: grupos de psicoterapia comunitarios Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 25 Jul 2023].p.193-195. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
146. García González P, Rodríguez Muro E. Terapia de grupo enfocada en el género en hospital de día de adultos. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 28 Sept 2023].p.221-223. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
147. Hewitt PL, Smith MM, Deng X, Chen Ch, Ko A, Flett GL et al. The Perniciousness of Perfectionism in Group Therapy for Depression: A Test of the

Perfectionism Social Disconnection Model. Psychotherapy (Chic) [Internet]. 2020 Jun [cited 2023 Jul 15];57(2):206-2108. Available from: <https://doi.org/10.1037/pst0000281>

148. Romero González S. La construcción de un espacio terapéutico en Hospital de Día. Intervenciones para pacientes con trastornos de la personalidad. Cap 10. En: Romera Gutiérrez MI. Programa de Psicoterapia Psicodinámica Grupal. Manual. Granada:Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A. [Internet]. 2023. [citado 17 Jul 2023].p.171-180. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2023/piscoterapia_definitivo_20230613_isbn.pdf)

[pdf_publicacion/2023/piscoterapia_definitivo_20230613_isbn.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2023/piscoterapia_definitivo_20230613_isbn.pdf)

149. Belloso RJ, Díaz Medina M, López Moreno T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2015 [citado 9 Oct 2023];35(128):759-774. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n128/original4.pdf>

150. Tajuelo Epitie M, Granell Ninot L, Balagué Puxan A, Marco Padín F, Rodríguez Soria E. Experiencia de psicoterapia grupal con adultos jóvenes en crisis: análisis del discurso. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 20 Jul 2023].p.263-265. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>

151. Domínguez-Salonginos O, López-Escriche M, Knecht Armengod C. Psicoterapia grupal: un enfoque integrado para abordar la salud sexual y la relación de pareja tras el parto. Información psicológica [Internet]. 2018 [citado 24 Jul 2023];115:138-153. Disponible en: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/860/804>

152. Santos Casado JA, Gallardo Becerra A, Reviriego Rolo R, Muñoz Godoy E, Bermejo Rivero MJ. Programa para el buen uso de psicofármacos. Grupos de terapia para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 25 Jul 2023].p.259-262. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>

153. Díaz Curiel J. Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. Rev Asoc Es. Neuropsiq [Internet]. 2011 [citado 22 Ago 2023];31(109):93-107. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/07.pdf>

154. Espinosa Gil RM, Campillo Cascales MJ, Garriga Puerto A, Martín García-Sancho JC. Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en

- atención primaria. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2015 [citado 19 Ago 2023];35(126):383-386. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265038752011.pdf>
155. Niedermoser DW, Kalak N, Kiyhankhadiv A, Brand S, Walter C, Schweinfurth N et al. Workplace-Related Interpersonal Group Psychotherapy to Improve Life at Work in Individuals With Major Depressive Disorders: A Randomized Interventional Pilot Study. Front Psychiatry [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 25];11:168. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00168/full>
156. Ribé JM, Mercadal J, Carrió A, Sánchez J, Ramilans C, Alberich C. Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2018 Jul-Dic [citado 6 Sep 2023];38(134):473-489. Disponible en: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17056/16927>
157. Hermida Barros L, Santamarina Pérez P, Romero González M. Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: experiencia en un hospital de día de adolescentes. Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 2022 [citado 6 Sep 2023];39(4):23–32. Disponible en: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n4a3>
158. Medina Peralta M. Psicoterapia breve en grupo: una modalidad práctica con enfoque constructivista y ecosistémico para la solución de problemas. Divers Perspect Psicol [Internet]. 2014 [citado 30 Sep 2023];10(2):247-260. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67940023004.pdf>
159. Arroyo Guillamón R, Del Palacio Tamarit S. Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. [Internet]. 2011 Otoño-Invierno [citado 1 Oct 2023];15:1-18. Disponible en: <https://www.aacademica.org/rafael.arroyo.guillamon/2.pdf?view>
160. Rufián Vargas S, Rodríguez López B, García de Sola Márquez A. Grupos de intervención sobre los estados de conciencia: encuadre, objetivos terapéuticos, métodos de intervención. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 5 Oct 2023].p.243-245. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
161. Valverde Alfaro E, Arce von Herold A. Propuesta de terapia grupal de 4 sesiones en el manejo de consumo de drogas en pacientes que además padecen esquizofrenia o trastornos afectivos que estén hospitalizados. Cúpula [Internet]. 2014 [citado 9 Oct 2023];28(1):8-18. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v28n1/art02.pdf>
162. Sánchez Morales L, Bassolas Esteban L, Esterich Costa N, Eiroa-Orosa FJ. Desingularizar y cohesionar. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet].

- Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 14 Oct 2023].p.247-249. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
163. Bestard Ricoy J, Cutiño Segura MB. Psicoterapia de grupo para tratar pacientes con esquizofrenia hospitalizados en servicios de salud pública. Medisan [Internet]. 2019 Ene-Feb [citado 22 Oct 2023];23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100165&lng=pt&nrm=iso
164. Martín Vázquez MJ, Sekade Gutiérrez N, Fernández Garcimartín H, Ballesteros Sanz D. Terapia dialéctica conductual adaptada a la práctica habitual de un centro de salud mental. Aspectos cualitativos, experiencia vivencial. En: Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018 [citado 25 Oct 2023].p.237-239. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/12/La-psicoterapia-de-grupo-2018.pdf>
165. Del Castillo E. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de una consulta de un Centro de Salud Mental del Niño y el Adolescente [Tesis de Grado de Medicina en Internet]. Universidad de Valladolid, España; 2018 [citado 28 Oct 2023]. 20p. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31017/TFG-M-M1261.pdf?sequence=1>
166. Barkowski S, Schwartz D, Strauss B, Burlingame GM, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychother Res [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 15];30(8):965-982. Available from: <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
167. Argudín Depestre SG, De la Osa O'Reilly M. Evidencia Científica y Psicoterapia En: Onofrio GB. Manual de Psicoterapias [Internet]. Asociación Psiquiátrica de América Latina. (APSA-APAL); 2017 [citado 28 Oct 2023].p.13-18. Disponible en: <https://www.webapal.org/assets/files/Manual-depsicoterapias.pdf>
168. Hernández Figaredo P. Psicoterapia de Grupo. Estrategia para cambio actitudinal 9 semanas en Hospital de Día. Panamá: D'McPherson; 2023. 1-244p.

ANEXOS

Anexo 1

Contrato terapéutico

Por este medio yo, _____ doy constancia de haber sido informado de las características del ingreso en hospital de día y las condiciones bajo las que seré atendido, las cuales acepto. Me comprometo con mantener la asistencia, puntualidad y disciplina requeridas en aras de mi mejoría, y garantizar la confidencialidad sobre los asuntos tratados.

Estoy de acuerdo en hacer una evaluación del servicio recibido al ser dado de alta, para que esta información sea utilizada con fines investigativos sin poner en riesgo mi anonimato.

Firma del paciente

Firma del terapeuta

Anexo 2

Hospital de Día Corta Estadía

Nombre y apellidos _____ H.C. _____

CUESTIONARIO Historia Social Psiquiátrica

Estimado usuario, este cuestionario explora una serie de aspectos y esferas que su terapeuta debe conocer en el afán de ayudarlo mejor. Piense cada pregunta con detenimiento y responda con la mayor sinceridad.

1. Su nacimiento, ¿fue normal o hubo complicaciones en el parto? ¿Cuáles?
2. ¿Qué enfermedades padeció en la infancia?
3. ¿Considera fue un niño deseado? En caso negativo, ¿por qué?
4. Respecto a sus padres, ¿permanecieron juntos o se separaron? En caso de divorcio, ¿qué edad tenía UD?
5. ¿Cómo recuerda a su madre? ¿Qué características suyas admira, cuáles hubiera preferido diferentes?
6. ¿Cómo recuerda a su padre? ¿Qué características suyas admira, cuáles hubiera preferido diferentes?
7. ¿Tiene hermanos? ¿Cuántos? ¿Hubo diferencias en la crianza? ¿Cómo se relacionan actualmente?
8. Describa otra persona que haya sido importante, cómo recuerda esa relación y lo que significó para Ud.
9. ¿Tiene algún familiar con alteraciones nerviosas? En caso afirmativo,
 - a) Diga parentesco
 - b) Síntomas que presenta (intento suicida, alcoholismo, “locura”, etc)

10. Con respecto a sus estudios, exprese:
 - a) ¿Repitió grados? ¿Cuáles? Posibles causas
 - b) Relaciones con los compañeros, cambios de escuela
 - c) Asimilación, resultados académicos, último grado aprobado
 11. Ocupaciones que ha tenido en orden cronológico, motivo de cambio de trabajo. Situación laboral actual.
 12. Respecto a sus primeras alteraciones nerviosas:
 - a) ¿Cuándo aparecieron?
 - b) ¿Qué síntomas presentó?
 - c) Coincidencia con algún problema o preocupación
 13. ¿Cómo ha transcurrido su estado psíquico desde entonces hasta el presente?
 14. ¿Qué estado anímico ha predominado en el curso de su vida?
 15. ¿Qué le gustaría ocurriera para sentirse una persona plena y feliz?
 16. Si volviera a nacer, ¿qué cosas desearía hacer de manera diferente?
 17. Respecto a la esfera sexual
 - a) ¿A qué edad comenzó a masturbarse? ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
 - b) ¿Ha tenido algún fracaso sexual? ¿Por qué?
 - c) Califique su actividad sexual en el presente
 18. ¿Tiene hijos? En caso afirmativo:
 - a) ¿Con quién los tuvo? ¿Fueron deseados?
 - b) ¿Viven con Ud.? ¿Qué atención le brinda?
 19. ¿Cómo son sus relaciones con las demás personas? ¿Con su pareja?
 20. ¿Existen tensiones en su medio familiar? Descríbalas.
 21. ¿Y en su medio laboral (estudiantil)? Descríbalas.
 22. ¿Cómo actúa Ud. en su ambiente habitual?
 23. ¿Qué actitud adopta cuando tiene que solicitar algo que le resulta difícil?
 24. ¿Qué le gustaría que los demás pensarán de Ud.?
 25. ¿Qué impresión le gusta causar en los demás?
 26. ¿Está Ud. satisfecho siendo como es, o quisiera ser de otro modo? En caso afirmativo, ¿cómo?
 27. ¿Tiene alguna creencia religiosa? ¿Cuál?
 28. ¿Se siente capaz de acometer su actividad laboral (estudiantil) y hogareña en el presente? En caso negativo, ¿por qué?
- Hasta aquí el cuestionario, pero siéntase libre de abordar cualquier otro aspecto que considere de interés. GRACIAS**

Anexo 3

Tarjetas que se comparten en el grupo de WhatsApp. Observación: se describen los textos de las imágenes tal como fueron concebidos.

1ª Semana

- No eres responsable de la programación recibida en tu infancia. Sin embargo, como un adulto, eres cien por ciento responsable de arreglarla.
- En la vida no hay premios ni castigos, sino consecuencias. Robert Green Ingersoll

- Tu herida posiblemente no es culpa tuya, pero tu sanación es tu responsabilidad. Denice Frohman
- Ni tu peor enemigo puede dañarte tanto como tus pensamientos, ni el ser más querido puede ayudarte tanto como tu mente disciplinada. Buda
- No hay almohada más cómoda que una conciencia tranquila.
- Nada genera más enfermedad que la preocupación de lo que todavía no ha pasado y la memoria de lo que ya ocurrió.
- Si caminas solo irás más rápido, si caminas acompañado llegarás más lejos. Proverbio chino
- Tienes que aprender a elegir tus pensamientos tal como escoges la ropa de cada día.
- Pasas la mayor parte de tu vida dentro de tu cabeza. Haz que sea un lugar sano para estar.
- La solidaridad no es un sentimiento superficial, es la determinación firme de empeñarse por el bien común.

2ª Semana

- El aburrimiento, el enfado, la tristeza o el miedo no son “tuyos”, no son personales. Son estados de la mente humana. Nada de lo que viene y va eres tú. Eckhart Tolle
- Eres demasiado inteligente como para ser el único obstáculo en tu camino.
- Es dentro y no fuera de nosotros... donde hace buen o mal tiempo.
- La paz interior también es una forma de éxito.
- “Puedes” porque crees que puedes. Sé tu mejor influencia. Piensa positivo. ¡Confía!
- Un océano entero no puede hundir un barco, a menos que el agua entre dentro de él. Así mismo, la negatividad del mundo nunca podrá hundirte a menos que dejes que entre a ti.
- Si la mente está ocupada con pensamientos positivos, es más difícil que el cuerpo enferme. Dalai Lama
- Cuando hay calma en tu interior, la adversidad solo es parte del paisaje.
- Ser positivo no es estar feliz todo el tiempo. Es entender que a pesar de los días difíciles, vendrán mejores.
- Tu espacio interior es tan importante como tu espacio exterior. Mantenlo limpio.

3ª Semana

- El único auto que te lleva a todos los lugares que sueñas es auto-estima.
- La felicidad no es algo que sucede a tu alrededor, es algo que pasa dentro de ti.
- Si quieres fungir como el juez de tu propia vida, absuélvete en lugar de condenarte. Alex Mercado
- Un pájaro posado en un árbol nunca tiene miedo de que la rama se rompa, porque su confianza no está en la rama, sino en sus propias alas.
- Autoestima no es creerse superior a los demás. Autoestima es no necesitar compararse con nadie.
- Te has criticado a ti mismo durante años y no ha funcionado. Prueba a halagarte y observa qué ocurre. Louise L. Hay
- Si no ves tu propio valor, elegirás a personas que tampoco lo ven.

- Siempre habrá alguien que dude de ti. Sólo asegúrate que esa persona no seas tú.
- Amarse a uno mismo es el comienzo de un romance de por vida. Oscar Wilde
- Quiérete. Te vas a necesitar.
- La persona más influenciable con la que hablarás todo el día eres tú. Ten cuidado entonces acerca de lo que te dices a ti mismo.
- A veces estamos tan ocupados que nos olvidamos de cuidar a la única persona que nos acompañará toda la vida: uno mismo.
- Háblate a ti mismo como harías con la persona que más quieres.
- No hay amor suficiente en este mundo, para llenar el vacío de una persona que no se ama a sí misma. Irene Orce
- Y esa maravillosa habilidad que tienes para amar profundo, úsala en ti primero.
- Dedícate a sentirte bien contigo mismo, es con quien pasarás el resto de tu vida.

4ª Semana

- No busco ser mejor que los demás, busco ser mejor de lo que he sido.
- No hay nada noble en ser superior a tu prójimo; la verdadera nobleza es ser superior a tu yo anterior. Ernest Hemingway
- No te molestes con el pozo porque no te da agua. Mejor pregúntate por qué sigues insistiendo en sacar agua en donde ya ha quedado claro que no puedes encontrarla.
- Saber vivir es hacer lo mejor que podemos con lo que tenemos en el momento en que estamos. A. Jodorowsky
- Tenemos que aceptar que no siempre tomaremos las decisiones correctas, que lo arruinaremos realmente de vez en cuando. Entendiendo que el fracaso no es lo opuesto al éxito, sino que es parte del mismo. A. Huffington
- La distancia entre un sueño y la realidad se llama disciplina.
- Los errores de la vida tienen tres pasos: aceptarlos, superarlos y no volverlos a cometer.
- Usted no puede evitar que los problemas golpeen a su puerta. Pero no hay necesidad de ofrecerle una silla. Joseph Joubert
- No aceptar tus errores es el primer paso para cometer muchos más.

5ª Semana

- Creo firmemente que casi todo es cuestión de actitud. No se trata de lo que ocurre, sino de cómo lo afrontas.
- No es la aptitud, sino la actitud la que determina tu altitud.
- El problema no es el problema. El problema es tu actitud frente al problema.
- Una mala actitud es como una llanta pinchada, no llegarás muy lejos a menos que la cambies.
- Si no te gusta algo, cámbialo. Si no puedes cambiarlo, cambia de actitud.
- Tener problemas es inevitable...ser derrotados por ellos es opcional.
- No te daña lo que te falta, sino la creencia de que lo necesitas. Rafael Vidac
- No es malo equivocarse, lo malo es no reconocerlo...sé humilde.
- Si algo malo te sucede, tienes tres opciones: dejar que te marque, dejar que te destruya o dejar que te fortalezca.

-Ser positivo no significa que no tengas pensamientos negativos, significa que no permites que estos controlen tu vida.

6ª Semana

-Sé positivo. Una actitud positiva causa una reacción en cadena de pensamientos, sucesos y resultados positivos.

-No hay distancia más larga que la falta de interés.

-La acción más pequeña es mejor que la intención más grande.

-La persona que mueve una montaña comienza cargando piedras pequeñas.
Proverbio chino

-Cuando las prioridades están claras, las decisiones se hacen más fáciles.

-Cuando la situación es buena, disfrútala. Cuando la situación es mala, transfórmala. Cuando la situación no puede ser transformada, transfórmate.
Viktor Frankl

-Toda situación que no puedes cambiar te indica que eres tú quien debe iniciar el cambio.

-No te quejes de cosas que no estás dispuesto a cambiar.

-La única diferencia entre un día bueno y un día malo es la actitud con la que asumes la situación.

-Da tu primer paso ahora. No importa que no veas el camino completo, solo da el primer paso y el resto del camino irá apareciendo a medida que camines.

-El puente más difícil de cruzar, es el puente que separa las palabras de los actos... ¡Sé congruente!

-No importa qué tan despacio vayas, en tanto no pares. Confucio

-A veces la vida no es cuestión de aptitud, sino de actitud.

-Ningún ser humano puede controlar todas las circunstancias y eventos de la vida, pero sí puede aprender a controlar su actitud ante ellos. R. Calle

-Si no te reta no te cambia.

7ª, 8ª y 9ª Semanas

-Una mente positiva encuentra oportunidades en todo. Una mente negativa encuentra dificultades en todo. Buda

-Si un huevo se rompe por una fuerza externa, la vida termina. Si se rompe por una fuerza interna, la vida comienza. Las cosas buenas siempre comienzan desde el interior. Jim Kwik

-Estar preparado es importante, saber esperar lo es aún más, pero aprovechar el momento adecuado es la clave de la vida.

-Procura siempre ponerte algo que combine. Por ejemplo: tus palabras con tus pensamientos y tus acciones con tus valores.

-Ser feliz no significa que todo sea perfecto, sino que hemos decidido mirar más allá de las imperfecciones.

-La felicidad no es el destino, es la actitud con la que viajas por la vida.

-Donde único aparece el éxito antes que el trabajo es en el diccionario. Vidal Sasson

-Deja que tu actitud cambie tu entorno, pero nunca dejes que tu entorno cambie tu actitud.

-Recuerda que cada día tienes dos superpoderes: tu mente y tu actitud.

-De todas las cosas que llevas puestas, tu actitud es la más importante.

- Los cambios no vienen con el año nuevo. El cambio viene cuando tú decides que quieres cambiar.
- No tengas miedo de los cambios lentos, solo ten miedo de permanecer inmóvil. Proverbio chino
- Existe mucha diferencia entre “hacer lo posible” y “hacerlo posible”.
- Cuando quieres puedes, el resto son excusas.
- Si cambias tus pensamientos, cambias tus emociones. Si cambias tus emociones, cambias tu actitud. Si cambias tu actitud...cambias tu vida.
- Si eres persistente lo obtendrás. Si eres constante lo mantendrás.

Anexo 4

Examen Psiquiátrico

1. Descripción general
2. Esfera cognoscitiva
 - 2.1 Sensopercepciones
 - 2.2 Pensamiento
 - 2.2.1 Curso
 - 2.2.2 Contenido
3. Esfera afectiva
4. Esfera conativa
 - 4.1 Facies
 - 4.2 Actitud
 - 4.3 Psicomotricidad
5. Necesidades
 - 5.1 Vitales
 - 5.2 Alimenticias
 - 5.3 Sueño
 - 5.4 Sexuales
6. Hábitos higiénicos
7. Lenguaje
8. Escritura
9. Funciones de síntesis
 - 9.1 Conciencia
 - 9.2 Atención
 - 9.3 Memoria
 - 9.4 Orientación
 - 9.5 Comprensión
 - 9.6 Inteligencia
 - 9.7 Juicio crítico
10. Funciones de relación
 - 10.1 Consigo mismo
 - 10.2 Con los demás
 - 10.3 Con las cosas
11. Personalidad pre mórbida

Anexo 5

Cuestionario de Satisfacción - Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

Para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención recibida.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Sí, en general	Sí definitivamente

3.- ¿Hasta qué punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No, creo que no	Sí, creo que sí	Sí definitivamente

5.- ¿Cuán satisfecho/a está usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Sí, me ayudaron mucho	Sí, me ayudaron algo	No, realmente no me ayudaron	No, parecían poner las cosas peor

7.- En general, ¿cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente	Algo	Muy

	satisfecho/a	insatisfecho/a	insatisfecho/a
--	--------------	----------------	----------------

8.- Si necesitara ayuda otra vez ¿volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Sí, creo que sí	Sí, con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 6

Escala de satisfacción con el tratamiento recibido – Consumer Reports Effectiveness Scale (CRES-4)

I-En general, ¿cuán satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a

1. Muy insatisfecho/a

2. Algo insatisfecho/a

3. Bastante satisfecho/a

4. Muy satisfecho/a

5. Completamente satisfecho/a

II- ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a

1. Hizo que las cosas empeorasen bastante

2. Hizo que las cosas empeorasen un poco

3. No ha habido cambios

4. Hizo que las cosas mejorasen algo

5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

III-¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas

1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura

2. Regular, tenía mis altibajos

3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves

4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

IV- ¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas

1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí

2. Regular, tengo mis altibajos

3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves

4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

Anexo 7

Criterio de expertos

Muy estimado colega, por su calificación profesional y experiencia, le agradecería mucho su opinión como experto respecto a la estrategia que a continuación pongo a su disposición. Se necesita su evaluación en cuanto a:

- Planificación y ejecución de las sesiones grupales
- Contenido de los temas propuestos por sesión
- Factibilidad de ser reproducida en su propio contexto
- Forma en que se evalúan los resultados
- Utilidad como herramienta asistencial
- Utilidad como herramienta docente

Para evaluar cada aspecto le sugiero utilizar las siguientes opciones:

- Muy adecuado
- Bastante adecuado
- Adecuado
- Poco adecuado
- Inadecuado

Siéntase libre de emitir opiniones, críticas y sugerencias. Serán muy útiles y bien recibidas, por formar parte de una investigación.

Muy agradecido, lo saluda,
Pablo Hernández Figaredo

Anexo 8

Criterio de especialistas

Estimado colega:

Como psiquiatra conocedor de la estrategia psicoterapéutica diseñada para hospital de día, le agradecería expresara de forma breve su opinión sobre los temas incluidos y el orden de los mismos. Asimismo, las facilidades o dificultades para incorporarla a su quehacer profesional y cualquier otra opinión que pueda ofrecer.

Respecto al contenido y orden de temas, puede considerarlos:

Muy de acuerdo__ De acuerdo__ Poco de acuerdo__ En desacuerdo__

En cuanto a las posibilidades de aprendizaje de la estrategia:

Muy fácil de incorporar__ Fácil de incorporar__ Medianamente fácil de incorporar__ Difícil de incorporar__ Muy difícil de incorporar__

Su opinión será utilizada en una investigación, por lo que resulta de gran utilidad. Muy agradecido, lo saluda,

Pablo Hernández Figaredo

Anexo 9

Historia para relatar en reunión preparatoria

Un cuento jasídico relata que un rabino preguntó al Señor acerca de la gloria y el infierno. Este le dijo: “Voy a mostrarte el infierno”, y lo condujo a una habitación donde un grupo de personas famélicas y desesperadas estaban sentadas alrededor de una gran mesa circular, en cuyo centro se encontraba una enorme cacerola llena de estofado, más que suficiente para alimentar a todos los presentes.

El delicioso olor hizo que al rabino se le hiciera la boca agua. Aun así ninguno comía, a pesar de que cada uno sostenía una larguísima cuchara que le permitía alcanzar la olla y llenarla del estofado, pero a la vez demasiado larga como para llevarse el alimento a la boca. El rabino comprobó cuán terrible era su sufrimiento y reclinó su cabeza compasivamente.

“Ahora te enseñaré la gloria”, dijo el Señor mientras lo conducía a otra habitación idéntica a la primera, con la misma mesa grande y redonda, el enorme caldero repleto de estofado y las larguísimas cucharas. Aun así había alegría en el ambiente y cada uno de los presentes se veía bien nutrido y exuberante. El rabino miró al Señor extrañado. “Es simple –dijo este- pero requiere ciertas habilidades. Verás, las personas en esta habitación han aprendido a alimentarse unas a las otras”.

Anexo 10

Tabla 1 Caracterización de los expertos

Provincia	Dr.Cs.	Dr.C.	M.Sc.	Especialista		Profesor		Consultante	Años experiencia
				I grado	II grado	Titular	Auxiliar		
La Habana	X		X	X	X	X		X	41
S. de Cuba		X	X	X	X	X		X	49
S. Spíritus			X	X	X		X		24
La Habana			X	X	X		X		36
La Habana			X	X	X		X	X	49
Artemisa			X	X	X		X		25
Camagüey			X	X	X		X		40
Guantánamo			X	X	X		X	X	54
La Habana			X	X	X		X		34
La Habana			X	X	X		X		45
La Habana			X	X	X		X		42
La Habana		X		X	X	X		X	48

La Habana	X		X	X	X		X	52
Matanzas		X	X	X		X	X	46
La Habana	X		X	X	X			33
La Habana		X	X	X		X		48
C. de Ávila			X	X		X	X	37
Pinar del Río		X	X	X		X		44
Villa Clara		X	X	X		X	X	54

Fuente: Encuesta e expertos

Anexo 11

Tabla 2 Evaluación de los seis aspectos

Expertos	Aspectos					
	1	2	3	4	5	6
1	5	4	3	5	4	4
2	5	5	4	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5
4	4	4	3	5	4	4
5	5	4	4	4	4	4
6	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5
8	5	4	2	5	4	4
9	5	5	4	5	5	5
10	4	4	2	5	4	4
11	5	4	4	5	4	5
12	5	5	5	5	5	5
13	4	4	2	4	4	4
14	5	4	4	5	5	5
15	5	5	5	5	5	5
16	5	4	3	5	4	4
17	5	5	5	5	5	5
18	5	4	3	5	5	5

19	5	5	5	5	5	5
----	---	---	---	---	---	---

Fuente: Encuesta a expertos

Anexo 12

Tabla 3 Tabulación de los resultados de los aspectos de la estrategia

Categorías	A1	A2	A3	A4	A5	A6
5	16	9	7	17	11	12
4	3	10	5	2	8	7
3	0	0	4	0	0	0
2	0	0	3	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0
Total	19	19	19	19	19	19

Fuente: Encuesta a expertos

Anexo 13

Tabla 4 Distribución de frecuencias absolutas (f_i)

Aspectos	MA	BA	A	PA	I	Total N
A1	16	3	0	0	0	19
A2	9	10	0	0	0	19
A3	7	5	4	3	0	19
A4	17	2	0	0	0	19
A5	11	8	0	0	0	19
A6	12	7	0	0	0	19

Fuente: Encuesta a expertos

Anexo 14

Tabla 5 Distribución de frecuencias relativas (h_i)

Aspectos	MA	BA	A	PA	I	
A1	0,8421	0,1578	0	0	0	1
A2	0,4736	0,5263	0	0	0	1
A3	0,3684	0,2631	0,2105	0,1578	0	1
A4	0,8947	0,1052	0	0	0	1

A5	0,5789	0,4210	0	0	0	1
A6	0,6315	0,3684	0	0	0	1

Fuente: Encuesta a expertos

Anexo 15

Tabla 6 Distribución de frecuencias acumulativas (F_i)

Aspectos	MA	BA	A	PA	I	Total
A1	16	19	19	19	19	19
A2	9	19	19	19	19	19
A3	7	12	16	19	19	19
A4	17	19	19	19	19	19
A5	11	19	19	19	19	19
A6	12	19	19	19	19	19

Fuente: Encuesta a expertos

Anexo 16

Tabla 7 Distribución de frecuencias relativas acumulativas (H_i)

Aspectos	MA	BA	A	PA	I
A1	0,8421	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
A2	0,4285	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
A3	0,3684	0,6315	0,8421	1,0000	1,0000
A4	0,8947	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
A5	0,5789	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
A6	0,6315	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

Fuente: Encuesta a expertos

Anexo 17

Tabla 8 Análisis estadístico final

Aspectos	MA	BA	A	PA	I	Suma	Promedio (P)	N-P
A1	0.8421	1	1	1	1	4.8421	0.96842	-0.06116
A2	0.4285	1	1	1	1	4.4285	0.8857	0.02155

A3	0.3684	0.6315	0.8421	1	1	3.842	0.7684	0.13885
A4	0.8947	1	1	1	1	4.8947	0.97894	-0.07168
A5	0.5789	1	1	1	1	4.5789	0.91578	-0.00852
A6	0.6315	1	1	1	1	4.6315	0.9263	-0.01904
Suma	3.7441	5.6315	5.8421	6	6			
Puntos de corte	0.6240	0.9385	0.9736	1	1		N=0,90725	

Fuente: Encuesta a expertos

Anexo 18

Tabla 9 Distribución por grupos de edades y sexos

Grupos de edades	Sexo				No.	%
	F	%	M	%		
19	2	2.53	-	-	2	1.83
20 a 29	22	27.84	5	16.66	27	24.77
30 a 39	15	18.98	9	30	24	22.01
40 a 49	13	16.45	5	16.66	18	16.51
50 a 59	24	30.37	8	26.66	32	29.35
60 y más	3	3.79	3	10	6	5.5
TOTAL	79	72.47	30	27.52	109	100

Fuente: Historias clínicas

Anexo 19

Tabla 10 Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casado (a), unión consensual	67	61,5
Soltero (a), divorciado (a) o viudo (a)	42	38,5
Total	109	100,0

Fuente: Historias clínicas

Anexo 20

Tabla 11 Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	7	6,4
Preuniversitario	28	25,7
Técnico Medio	15	13,8
Universitario	59	54,1
Total	109	100

Fuente: Historias clínicas

Anexo 21

Tabla 12 Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	42	38,5
Cuenta Propia	18	16,5
Ama de casa	12	11,0
Maestro	3	2,8
Otros	25	22,9
Estudiante	4	3,7
Jubilado	4	3,7
Desocupado	1	0,9
Total	109	100

Fuente: Historias clínicas

Anexo 22

Tabla 13 Diagnóstico Sindrómico

	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome Ansioso	45	41,3
Síndrome Depresivo	7	6,4
Síndrome Ansioso Depresivo	40	36,7
Síndrome Caracteropático	7	6,4
Síndrome Hipocondríaco	4	3,7

Otros	6	5,5
Total	109	100

Fuente: Historias clínicas

Anexo 23

Tabla 14 Diagnóstico Nosológico

	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Ansioso Depresivo	29	26,6
Trastorno de Adaptación	24	22
Trastorno Ansiedad Generalizada	30	27,5
Trastorno de Personalidad	9	8,3
Trastorno Obsesivo Compulsivo	2	1,8
Otros	15	13,8
Total	109	100

Fuente: Historias clínicas

Anexo 24

Tabla 15 Integración grupal

	Frecuencia	Porcentaje
No conseguida	1	0,9
Moderadamente conseguida	31	28,4
Conseguida	77	70,6
Total	109	100

Fuente: Historias clínicas

Anexo 25

Tabla 16 Evolución clínica

	Frecuencia	Porcentaje
Igual	1	0,9
Mejor	47	43,1
Bien	61	56

Total	109	100
--------------	-----	-----

Fuente: Historias clínicas

Anexo 26

Tabla 17 Evaluación integral del grupo

	Frecuencia	Porcentaje
Poco Satisfactorio	1	0,9
Satisfactorio	24	22
Muy Satisfactorio	84	77,1
Total	109	100

Fuente: Historias clínicas

Anexo 27

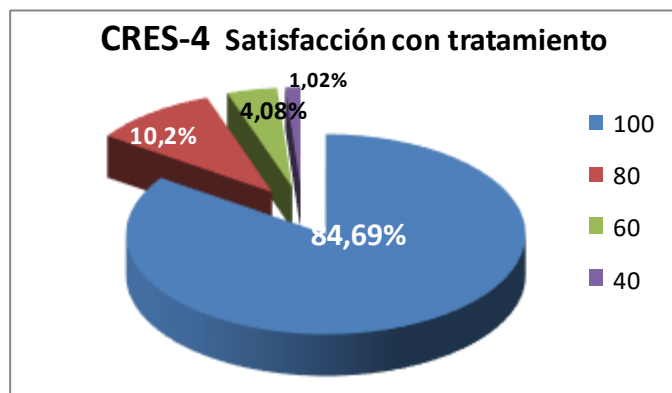
Figura 1



Fuente: Cuestionario

Anexo 28

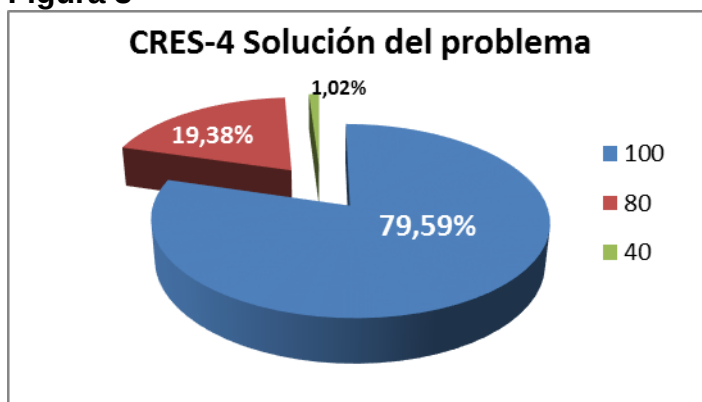
Figura 2



Fuente: Cuestionario

Anexo 29

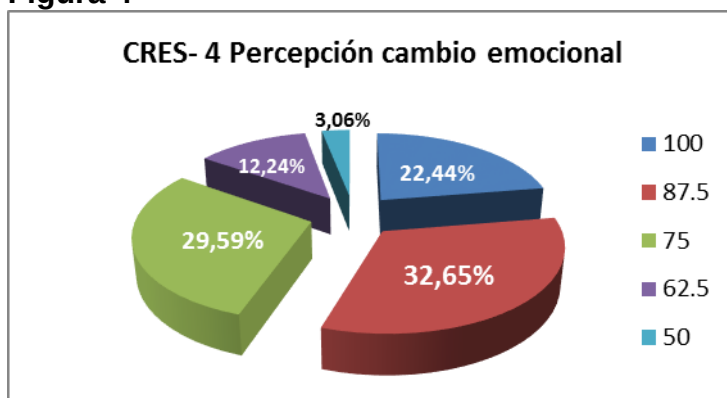
Figura 3



Fuente: Cuestionario

Anexo 30

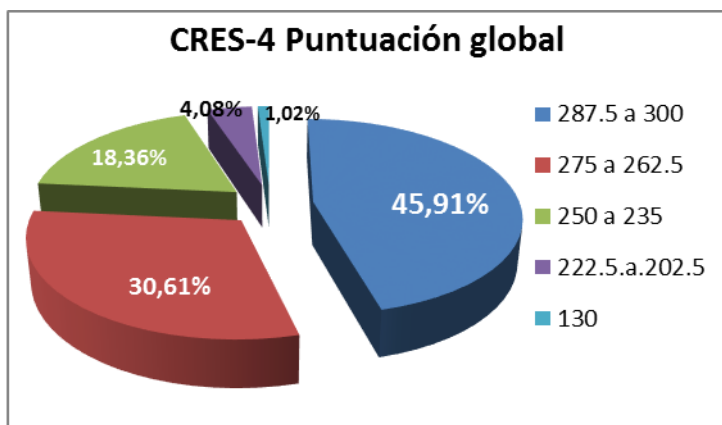
Figura 4



Fuente: Cuestionario

Anexo 31

Figura 5



Fuente: Cuestionario

Anexo 32

Reseñas breves sobre algunos casos y situaciones específicas

De manera habitual, en su organización interna cada grupo elige un nombre que los identifica. Entre los utilizados están Los Guerrilleros, Los Triunfadores, Escuela para la vida, La salud mental importa, Los Vencedores, Renacer, Los inquebrantables, Volver a empezar.

La psicoterapia combinada permite al terapeuta atender en sesiones individuales, situaciones que podrían ser difíciles de tratar en grupo, aunque en la reunión preparatoria se insiste en que mayor apertura grupal propicia mejores resultados personales. A continuación se exponen dos experiencias en las que asuntos mantenidos en secreto, nunca hechos públicos, fueron abordados por pacientes primero en terapia individual y luego en sesiones grupales.

Una paciente de 36 años, casada, ama de casa con escolaridad secundaria, ingresa en hospital de día por un psicotrauma sufrido algunos meses atrás, cuando un familiar de su esposo aprovechó circunstancias propicias y la violó. Ella había mantenido la situación en riguroso secreto; no denunció el hecho delictivo ni lo comentó con nadie por temor a que el esposo perpetrara un hecho violento, en cambio fue capaz de ventilar el asunto en su grupo.

Un paciente de 53 años, médico, soltero, ingresa por marcadas manifestaciones ansiosas, relacionadas sobre todo con su homosexualidad egodistónica. A pesar de haber mantenido relaciones de este tipo, nunca había asumido su orientación sexual de manera pública, y mucho menos la había reconocido en un colectivo, lo que sí hizo en su grupo.

En ambos casos, el sano y propicio ambiente terapéutico de sus respectivos grupos, favorecieron catarsis, aprendizaje interpersonal, desarrollo de técnicas de socialización y universalidad.

Tres situaciones de duelo complicado ilustran la importancia de ofrecer información, de los factores existenciales y del aprendizaje interpersonal.

Una paciente de 51 años, casada, universitaria, trabajadora por cuenta propia, muy apegada a su padre de quien fue cuidadora durante años, no se perdonaba el hecho de que este hubiera fallecido en su ausencia, cuando ella

se encontraba de visita en el extranjero. Su luto la limitaba y la mantenía deprimida, por la dinámica de los sentimientos de culpa y la multa contra sí misma. Las sesiones grupales coincidieron con el fin de año, y pese a que se había propuesto mantener el luto, la fuerza grupal la hizo cambiar, celebró la Navidad y el Año Nuevo, y pudo incluso hacer un brindis a la memoria del difunto.

Una paciente de 54 años, casada, técnico medio, trabajadora por cuenta propia que sufría de duelo complicado, no se recuperaba del fallecimiento de su madre ocurrido casi dos años antes, mantenía síntomas depresivos y ansiosos, y no podía hablar de la pérdida sin tener crisis de llanto. Con el paso de las semanas se modificó su percepción y aceptación del evento, y fue capaz de asumir de manera personal la exhumación a pesar de creer antes que no podría.

Una paciente de 31 años, casada, ama de casa, con escolaridad preuniversitaria, guardaba luto por su hijo pequeño. A pesar de los meses transcurridos evitaba hablar del asunto y las circunstancias en que este había enfermado y fallecido. Además, no había vuelto a tocar las pertenencias de la criatura. El manejo grupal modificó su afrontamiento y actitudes al respecto, asumió de manera más sana el duelo, donó pertenencias del niño y se volcó a la atención de su otra hija y esposo.

Un paciente de 49 años, diagnosticado con Trastorno de ansiedad fóbica, incapaz de tolerar espacios cerrados, estaba muy preocupado pues tenía planificado migrar en el futuro próximo. Tenía muchas limitaciones al respecto, no utilizaba ascensores ni soportaba la idea de tener que viajar por vía aérea. Tras el tratamiento grupal, que además incluyó terapia conductual de desensibilización sistemática individual, pudo viajar al país de destino en avión y envió al equipo dos fotos dentro de un ascensor, utilizándolo él solo.

Solo en un caso no fue posible conseguir los objetivos propuestos. La paciente de 19 años, soltera, de escolaridad preuniversitaria, maestra de inglés en primaria, ingresó por aparentes síntomas obsesivos y ansiosos, los que enmascaraban un trastorno psicótico incipiente, de modo que tras el alta de hospital de día tuvo que ser ingresada en el hospital psiquiátrico y tratada con neurolépticos. La paciente se mostraba muy insegura cuando le correspondía participar, y a pesar del apoyo de su grupo y las muestras de afecto, no logró integrarse ni obtener grandes mejorías, puesto que no era tributaria de este tipo de atención.

Anexo 33

Observación: El estilo de redacción de los pacientes fue conservado.

Crónica del grupo Los Triunfadores.

AGRADECIMIENTO

Al espectacular equipo profesional que nos ha atendido en estas 9 semanas queremos brindar nuestro infinito agradecimiento por ayudarnos a crecer cada día más, por enseñarnos las herramientas necesarias para enfrentar los problemas y mantener el control de cada situación, por permitirnos ser mejores personas y encontrar lo lindo de cada momento, por recordarnos que tenemos

derecho a ser felices, y por demostrarnos que la vida es una escuela que nunca termina y que nuestro aprendizaje es eterno.

Gracias a este maravilloso grupo por el apoyo incondicional, los consejos, las risas, la ayuda y por nutrirnos diariamente con cada experiencia.

Grupo Los Triunfadores

Tristeza, desánimo, confusión, temblores, dolores, desesperanza, depresión, ansiedad, estrés...así llegamos a este grupo diverso y en busca de bienestar. El llanto a flor de piel y la sensibilidad afectada nos acompañaban en nuestro día a día. Personas buenas atravesando momentos difíciles, con actitudes negativas ante la vida y sus conflictos. Un amasijo de sensaciones y emociones que salían en cada charla, en cada actividad “improvisada” por el equipo de trabajo. Asertividad, afrontamiento, autoestima, actitud...palabras con la que aprendimos a conocer y manejar en nuestro vocabulario y para nuestro bienestar. Las tres galletas que nos debíamos dar funcionaban más rápido en unos que en otros, pero siempre fueron eficientes. Eso y la sinceridad del Dr. Pablo en las terapias de grupo y los pases de visita fue de las cosas más difíciles de este tiempo. Y como buenos pedagogos, utilizaban una cal y otra de arena. Así llegaron las relajaciones maravillosas de Tere, la digitupuntura con la seño Yulexis y los ejercicios con Marilín. Disfrutamos de espacios fantásticos como la frutoterapia en el Casino, película con apagón incluido, el amigo secreto, la novela en la casa de Leticia, los pensamientos positivos y las charlas animadas por Aliria, Rosa María, Leticia, Reinaldo y Aleida.

Con la elocuencia de algunos y la escucha atenta de otros, la entrega de todos; vimos como íbamos mejorando pasito a pasito. Así fueron acallándose los llantos y calmando la ansiedad. Vimos como cada uno iba siendo parte del grupo: la sonrisa pícara y los mangos de Tamara, las palabras de la cuasipsiquiatra Alicia, el animado grupo de WhatsApp al que Aleida le gusta calentar con galanes de revista, las ocurrencias de Reinaldo...todos íbamos creando fuertes lazos de fraternidad.

Esperamos que a Kelvin y Eduardo nuestro grupo le haya servido de mucho para sus aprendizajes como profesionales de la psiquiatría. Sus aportes fueron muy valiosos para cada uno de nosotros. Queremos verlos como terapeutas y quizá algún día puedan llevar un grupo como este.

Nos queda a todos un sentimiento muy grande de agradecimiento hacia el equipo de trabajo y también a la cercanía de cada uno de los compañeros del grupo. Gracias por hacernos ver que necesitábamos cambiar de actitud ante las distintas situaciones de la vida, gracias por ayudarnos a encontrar nuestro valor como personas, gracias por la escucha y el consejo oportuno.

Crónica del grupo Los Vencedores

Hace ocho semanas atrás comenzó la batalla de este grupo de superhéroes que desde diferentes aristas defendían su salud de esos villanos pensamientos, así como de sus síntomas diversos como eran la ansiedad, depresión, miedo, tristeza, dolor por el sentir ajeno así como los suyos propios. Este grupo peculiar estaba formado por 12 corazones como lo llamó también cariñosamente el tan respetado jefe de grupo, Armando, que con su personalidad alegre y sus sacudidas mentales nos sacaba adelante en tan

duras batallas, como todo jefe necesitaba tener una mano derecha que nos guiara si el flaqueaba, nunca sucedió, pero en ese puesto estaba Niuvis que con su experiencia de vida nos demostró que somos capaz de liberar cualquier batalla, que si se puede luchar por vivir feliz junto a nuestros seres amados. El resto del equipo estaba conformado por Adrián uno de los mejores guerreros del grupo que a pesar de ser negativo luchaba por ser más positivo y llegar a ser feliz así como salir adelante por él, por su esposa e hijas, quiero decir que admiro su valentía por no dejarse vencer. Además está Michel (...) que a pesar de ser de apariencia muy seria es blanda de corazón, está llena de luz y energía, toda una verdadera guerrera. Le sigue Misladi de personalidad callada pero muy receptiva, con mucha inteligencia y dedicación por su mejoría. No se queda atrás Daisy que en un inicio creía que no podía ganar la batalla hasta que un día se vistió de esa valentía explosiva que la caracteriza y pudo darse cuenta que todo si estaba en ella, y así fue como salía adelante y nos llenaba de su energía positiva. Para que decir de Rachel que a pesar de su juventud demostró ser grande, llena de madurez y valentía, quiero decirle que todos estamos muy orgullosos de lo que se ha convertido., en una guerrera capaz de dar lucha por tener paz, amor y alegría en su vida. También está Nora una guerrera muy ecuaníme, silenciosa pero bien valiosa para nuestro grupo que se dio cuenta que si se puede luchar por lo que se quiere. No puede faltar nuestra guerrera Yanelis que con su fe nos hacía reflexionar a todo el grupo cuando lo necesitábamos, así como su infinita preocupación cuando presentábamos alguna herida de batalla. Por otro lado está Gretellis, no Gretel, esta chica con una enorme responsabilidad en sus hombros porque es madre y esposa en un municipio alejada de su familia y con un trabajo que solo los valientes pueden realizar sin flaquear, demostró que no importa la lejanía cuando se quiere mejorar, que nos hacía reflexionar y nos daba al grupo frases de aliento. Tenemos a Raquel que a pesar de ser callada a veces era muy asertiva y nos daba aliento para seguir en nuestra batalla contra nuestros pensamientos, nos hacía levantarnos con los te que preparaba, que déjenme decirles quedaban para chuparse los dedos. La última integrante del grupo es Lianabel, que aunque a veces un poco callada apoyaba desde su frente a sus compañeros en la batalla, de más está decir que ella no sabía cómo decir no cuando era necesario pero que con el apoyo del resto de los 11 corazones hoy puede decir que lo logró.

Crónica del grupo The Champions

INTRODUCCIÓN

Hay que reconocer que hoy tenemos mejor salud mental, que no nos parecemos al primer día que comenzamos acá con la primera entrevista, pues a pesar de no conocernos teníamos algo en común, los SINTOMAS: insomnio, cambios de carácter, irritabilidad, saltos en el estómago, somnolencia, llanto, decaimiento, angustia, tristeza, falta de concentración, lenguaje incoherente, baja autoestima. Fue el hospital de día con el equipo de salud mental que nos dio las herramientas para disminuir y eliminar algunos de estos síntomas.

CRÓNICA GRUPAL

Y hubo un primer día donde llegamos todos asustados, escépticos, nerviosos ya que nos íbamos a enfrentar a algo nuevo y desconocido que solo habíamos escuchado hablar bien, éramos un grupo pequeño pero heterogéneo sin conocernos, como muchos deseos de sanar hasta que el doctor Pablo rompió el hielo y ahí comenzó todo, empezamos a levantar una pared fuerte donde aprendimos sobre autoestima, que no estábamos tan enfermo como pensábamos, a afrontar los problemas ya que estos están fuera de nosotros y no dentro, aceptarnos como somos, vivir el día a día, la capacidad de resiliencia y una correcta asertividad, conocimos como sustituir las malas actitudes por las positivas.

Gracias al equipo que nos acompañó desde el comienzo aprendimos técnicas de relajación, digitopuntura, respiración, y trazarnos pequeñas metas alcanzables, biblioterapia, frutoterapia, musicoterapia, pensamientos positivos, a interactuar en grupo, por lo que nos percatamos que los problemas de uno pueden ser los del otro y que escuchándonos nos ayudábamos mutuamente, visitamos lugares históricos –culturales que no habíamos ido jamás estando en nuestra ciudad y el amigo secreto que día a día nos levantan el ánimo.

No podemos dejar de destacar la gran importancia de la terapia individual y grupal por las galletas sin manos dados por todos, desde el equipo de salud mental hasta nosotros mismos.

Al concluir esta terapia nos soltarán las riendas, con mucho dolor para nosotros por los ratos tan agradables que pasamos juntos, pues nos vamos a extrañar mucho, pero pondremos en práctica todo lo aprendido.

Crónicas individuales

28 años, ingeniera geóloga, casada

A NADA EN LA VIDA SE LE DEBE TEMER, SOLO SE LE DEBE COMPRENDER. MARIE CURIE.

Aquí comparto un poco de mi historia, la cual me ubica en el hospital de día el día 4 de enero de 2022, día en que mi vida cambió definitivamente.

Todo comenzó un día cualquiera, no recuerdo exactamente, en el cual comenzaron a aparecer los primeros síntomas: repetidos dolores de cabeza, cervical y lumbar, vista nublada y alopecia areata. Luego continuaron otros síntomas: acné grado 2, adenopatías en el cuello y finalmente mi corazón comenzó a comportarse de una manera extraña y diferente, latía demasiado fuerte y daba vuelcos en mi pecho, no entendía que sucedía, pensaba lo peor, algo malo sucede conmigo, tengo un problema del corazón, en cualquier momento dejará de funcionar. Google se convirtió en mi mejor amigo y yo en mi propio médico, definitivamente había caído en la hipocondría sin darme cuenta, mientras más información más preocupación, hasta me olvidé de respirar, era entrecortada y superficial la mayoría de las veces, realmente tenía mucho miedo. Ante todos estos síntomas visité muchos hospitales y especialistas buscando respuestas. Eso es estrés y ansiedad me decían, te preocupas mucho por todo, debes poner de tu parte. Estrés? Imposible, no me negaba a aceptarlo. Aquello no me caía nada bien, yo conocía el estrés, todos escuchamos esa palabra cientos de veces, pero no podía ser posible que algo tan simple como el estrés pudiera ocasionarme todo aquello que me hacía sufrir

tanto, no daba crédito a esos criterios, lo mío debía ser algo de más peso. Bajó mucho mi autoestima, yo pensaba que era alta, en aquel entonces me conocía muy poco en verdad. Sufría mucho y entonces es cuando ante la dificultad, no nos queda más remedio que pedir ayuda, intentando encontrar una luz que nos devuelva algo de claridad a lo que nos está sucediendo. Hasta que un día decidí que ya no quería seguir viviendo así, esta vez busqué información sobre el estrés, la ansiedad y sus síntomas, desesperada en busca de respuestas, para mi sorpresa me topé con mucha información interesante e historias de personas que resumían todas mis dolencias en una sola palabra. Algo despertó dentro de mí, decidí aceptar que esta era la causa de mi sufrimiento, que tenía un problema que tenía nombre y ese nombre era Ansiedad, por primera vez sentí que iba en el camino correcto y que una vez en él nada me detendría, comenzaba a vislumbrar la que sería mi mejor medicina, sentía que estaba en riesgo mi supervivencia y por ello una actitud luchadora estaba naciendo dentro de mí. Acepté mi problema y salí en busca de ayuda, fuimos con la Dra. Radiné, su diagnóstico fue el mismo, era justo lo que imaginaba. Me recetó unos ansiolíticos para que durmiera mejor, pues todas estas preocupaciones me habían quitado el sueño por muchos días y me sentía completamente desequilibrada. Pero lo que estaba por venir no tenía ni idea, me comentó de un curso (fue de esa forma que me lo describió) que comenzaría pronto y que me ayudaría a combatir la ansiedad y vivir con el estrés. Esta idea me emocionó muchísimo, era lo que necesitaba, esta era mi oportunidad, ahora sí tenía esperanzas de mejorar. Antes de comenzar el curso, me pasé mucho tiempo informándome sobre el tema y cuáles eran los pasos a seguir para combatir la ansiedad, solo que no pasaba de allí, me llenaba de conocimientos, pero no me animaba a realizar ninguna acción, me concentraba en el largo camino que debía recorrer sin darme cuenta que es el primer paso el que nos saca del lugar donde estamos y que lo realmente importante es valorar cada paso que damos. Decidí que al comenzar el curso todo iba a ser diferente. Para cualquier cambio se necesitaba acción.

Yo soy el responsable de mi vida, yo puedo cambiar mi realidad, yo tengo la fuerza para hacer de mi existencia una vida mejor y sé que pronto lo habré conseguido, mientras procesaba ese mensaje se activaría la fuerza interior que todos llevamos dentro. Precisamente este mensaje fue lo que recibí desde el primer día en hospital de día, ese era el nombre del curso, el doctor Pablo en la entrevista inicial me dio los detalles, esto no es un curso, es una terapia de grupo y debes hablar bastante. Todo esto me sacudió, ¿terapia? Dónde me había metido?, hablar en público? Con lo tímida que soy, pero ya no había marcha atrás, me mantuve nerviosa esperando por el comienzo y con temor de que las personas que me conocen supieran que me encontraba enferma psicológicamente. Al fin el día. Un equipo de profesionales maravillosos, pero sobre todo excelentes seres humanos, capaces de ponerse en otras pieles, de esos que vale la pena coincidir con ellos durante el viaje de la vida, personas que nos tocan desde adentro y a los cuales es imposible olvidar. Durante el primer día supe que estaba en el lugar correcto y con las personas idóneas, se sentía la vibra, el positivismo, me inspiraba confianza y muchos deseos de realizar esa transformación que necesitaba, era hora de convertirme en la mejor

versión de mí, comencé en un viaje hacia mi interior que permitiría conocerme mejor, quererme más y volverme más fuerte ante las dificultades. Me enseñaron que mi vida no solo no estaba en peligro, sino que, realizando estos cambios que mi ansiedad quería para mí, podía convertirla en una vida más maravillosa de cuanto jamás hubiera imaginado. Tenemos la responsabilidad ante nuestra vida y felicidad, no siempre fácil pero sí es posible.

¿Y qué decir de mi grupo de compañeros de terapia? Personas maravillosas con los que la vida me dio la oportunidad de compartir tantos momentos y experiencias, personas que como yo estaban desesperados buscando la ayuda que les hiciera recuperar el control de sus vidas, todos estábamos temerosos con miedo al cambio, otros con dudas sobre la veracidad de esta terapia, otros quizá no estaban tan comprometidos con el cambio, pero todos teníamos en común los síntomas de la ansiedad y su diagnóstico y los deseos de volver a ser quienes éramos antes aunque terminamos siendo, puedo asegurar, mejor de lo que pudimos ser. Esta terapia marcó un antes y un después en nuestras vidas. El grupo se convirtió en mi familia, encontré una madre, una tía, una hermana y buenos amigos, me ayudaron mucho en mi proceso, fueron una gran fuente de apoyo e inspiración, al mismo tiempo les brindé lo mejor de mí. Estoy simplemente feliz de que hayamos coincidido.

Fueron 9 semanas que pasaron volando. Tantas lecciones aprendidas en tan poco tiempo. Nos brindaron todo el conocimiento y todas las herramientas necesarias para vencer nuestros miedos, darle el frente a la ansiedad y cambiar nuestra actitud ante la vida. El libro del doctor Pablo Estrés ¿qué hago con él? Excelente libro de autoayuda, me ayudó a comprender mucho sobre el tema, a conocerme mejor, a manejar mejor el estrés y darme más confianza para seguir en mi proceso de realización personal. Los martes de psicoterapia simplemente maravillosos, martes que me ayudaron a vencer la timidez y la inseguridad de hablar en público, demostrándome que, aunque la timidez sea un rasgo de mi personalidad puede tener una vida normal y no dejarme vencer por ella, aprendí a ponerla en su lugar sin que me limite. La asertividad fue otro término sobre el cual aprendí muchísimo, esa habilidad de expresar nuestros deseos de una manera franca, amable, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás, lo cual puede hacernos la vida más fácil y llevadera, y que sin embargo muchos desconocíamos. Hablamos mucho sobre la autoestima, la importancia de trabajar con ella y fortalecer nuestro amor propio cada día. Los diferentes tipos de afrontamientos ante los problemas de la vida y la actitud que tomamos ante esta, nos enseñaron que no puedes elegir que te va a deparar la vida, pero sí la manera de responder ante ello. La felicidad es una actitud, o nos hacemos miserables o nos hacemos felices y fuertes. La cantidad de trabajo es el mismo. Frases como: tú no eres el síntoma, apuesta siempre por tu parte sana, la única puerta de salida es la puerta de la salud, recuerda que eres como la batidora y una de mis preferidas “que el vaso está o medio lleno o medio vacío, y cómo esté hoy es algo que depende de ti”, se mantuvieron durante toda la terapia arraigándose cada vez más a nuestra forma de pensar.

A parte de la psicoterapia nos enseñaron herramientas muy útiles que aplicábamos día a día para convertirlas en hábitos, herramientas que nos

ayudaban a controlar la ansiedad, a relajarnos e incluso evitar enfermedades. Aprendimos digitopuntura, técnicas de relajación y respiración, musicoterapia, frutoterapia, lecturas que disfrutamos y debatimos, viernes de museos, galerías de arte, de cine, que nos sacaban un poco de la rutina y nos demostraban cuanto divertido e interesante teníamos a nuestro alcance y pasábamos por alto. Nos enseñaron a pensar en positivo y a ver la importancia que tiene esto en nuestras vidas, para lo cual antes de comenzar el día debíamos primero pensar en algo positivo y llevarlo por escrito, ya que la repetición de estas afirmaciones es lo que lleva a la creencia y una vez que la creencia se convierte en una convicción profunda las cosas comienzan a suceder. El amigo secreto fue otra bendición que nos regalaron, aprendimos a querernos más dando amor a otros, el tiempo que dedicamos a los amigos nos hace más humanos, realmente mejores personas.

Mi terapia no era solo en hospital de día, no me limité solo a este tiempo, sino que aproveché al máximo todo lo que iba aprendiendo. La ansiedad me hizo comprender que debía cuidarme para evitar más falsas alarmas o al menos estar preparada y así cree hábitos saludables que todavía mantengo en mi vida, hábitos que me alinearan con mis prioridades: salud y autocuidado. Algunos de ellos fueron por ejemplo practicar ejercicios, comer sano, ejercicios de meditación y lectura, la creación de un diario de gratitud ya que nuestra situación en la vida puede no ser siempre ideal ante nuestros ojos, pero en cualquier punto del camino podemos parar y ser conscientes de lo que apreciamos. Comencé a practicar yoga, un ejercicio completo de conexión mente-cuerpo, donde se incluye respiración consciente, estiramientos y relajación. Comencé a controlar y cambiar mi actitud, miles de cosas en nuestra vida están fuera de nuestro control. No puedes controlar tu pasado, qué hace otra gente, o cómo funciona el mundo, pero lo que sí podemos controlar y decidir es nuestra actitud al respecto. Tener una actitud positiva en los buenos momentos es algo fácil, sin embargo, tener una actitud positiva cuando las cosas van mal es algo que dice mucho de tu carácter y tu persona.

Hospital de día me enseñó que puedo controlar mi actitud, aprender de mis fracasos, estar comprometida con mis objetivos y resultados, me enseñó que tengo el poder de hacer que las cosas sucedan, que la persona no se forma por sus circunstancias, sino por la decisión o actitud que ha tomado ante esas circunstancias y sobre todo que siempre puedo encontrar una manera de que las cosas funcionen. Responsabilizándote actuarás y te convertirás en alguien más fuerte y seguro, alguien que dirige su vida y controla sus miedos. Hemos comprendido qué es realmente la ansiedad y cuál era su mensaje. De este modo, aunque un día aparezca ya nunca condicionará tu vida ni le tendrás miedo a sus síntomas, sino que se convertirán en una brújula que nos guiarán el camino a seguir, el camino del cambio.

Cuando me di cuenta de que al superar de este modo este difícil reto, me había hecho más fuerte y segura y había interiorizado nuevas actitudes en forma de herramientas para la vida, comencé a vivir como realmente quería vivir, afrontando dificultades y cambios por libre elección; entendí que mirar de frente al problema me hacía vivir con menos miedos, tomar el control y comprender que los límites, si así lo decides, los pones tú. Una vez cambie la forma de

entender el problema empezará a transformarse la realidad en torno a ti, te darás cuenta que cuando cambias el modo de ver las cosas, las cosas que ves también cambian.

Esta terapia llega a nuestras manos para redirigir nuestras vidas, no solo superas la ansiedad para siempre, sino que consigues sentirte capaz de hacer realidad muchos de esos sueños que tal vez un día decidiste considerar imposible. Más que una terapia, un ingreso o un hospital de día, para mí esta experiencia fue EL curso que me salvó la vida.

42 años de edad, Lic en Enfermería, divorciada

Acudí al servicio de Hospital de día neurótico el 7 de noviembre de 2022, llena de tristeza, ansiedad, depresión e incluso un poco de agresividad que fue acumulada después de pasar por varias situaciones tanto laborales como familiares. No lograba concentrarme en mi trabajo y sentía hasta miedo; llegué a negarme a trabajar luego de haber vivido un terrible suceso con un paciente el cual vi morir y me dejó muy frustrada.

Se me descompensó mi mamá y también me ocasionó mucho miedo y tuve múltiples cambios de actitudes y comportamientos inadecuados los cuales se pueden identificar como violencia.

En algunos momentos sentí temor de actitudes y comportamientos que tuve con mi hija. En medio de todas estas situaciones percibí que me descompensé de mi enfermedad respiratoria y cardiovascular, el cual en ningún momento de la vida había sido un impedimento. Sentí muchos deseos de renunciar a mi profesión lo cual es algo que amo.

En el transcurso de las semanas y del trabajo y apoyo del equipo de salud me di cuenta que no estaba enferma, que tenía mi autoestima en su lugar y así pude realizar muchos cambios de actitudes con los que he llegado a la decisión de volver a mi trabajo, continuar salvando vidas.

Comprendí que mi mamá no por estar enferma yo debía cortarles sus alas, que yo no debo anteponerme al futuro, aprendí que la vida es un regalo y que el futuro es algo incierto.

Hoy terminé este Curso para la vida muy contenta porque llevo el convencimiento de que todo tiene ventajas, que la asertividad no ofende si no defiende y se que yo y solamente yo soy la conductora de este tren.

Agradezco al equipo de salud por todo lo aprendido en estas 9 semanas y creo que he aprobado este examen.

A mis compañeros por su paciencia y le agradezco su sincera amistad y les deseo muchos éxitos y que no permitan que nada ni nadie perturbe su salud mental.

Tengan presente esta estrofa de Arjona:

“Hoy es un buen día para empezar
Somos el timonel de nuestra propia barca
Por eso solo hay que vivir”

65 años, médico, casado

Comencé con ataques de pánico, el insomnio, la ansiedad, la depresión, no comía, cefalea, sensación de miedo a la muerte y una gran labilidad emocional.

Busqué ayuda de dos psicólogos y me traté con el doctor Laureano quien me impuso tratamiento con psicofármacos. Hubo mejoría discreta, pero apareció un síntoma que realmente me preocupó: era la idea fija de que no valía la pena una vida en esas condiciones y se incrementaron los ataques de pánico y el llanto inmotivado.

Un día amanecí verdaderamente mal, en el trayecto para el trabajo comenzó un ataque de pánico con llanto y la idea fija en su apogeo. Días antes hablando con una compañera me había recomendado que contactara con el doctor Pablo que ella pensaba que yo debía ser atendido con seguimiento continuo. Esto también me lo recomendó una gran amiga común del profe y mía. Habíamos hablado incluso de que los martes él estaba en San Juan de Dios. Regresé a la casa me lavé la cara y salí para San Juan de Dios.

Ese fue mi primer contacto con el Hospital de Día. Seguro estoy que el profe Pablo se enterará al leer esta crónica que esa conversación con él ese día me reabrió la puerta a la vida. Sin temor a equivocarme ese día fue el peor y el mejor día de mi vida. Peor por lo que pensaba y mejor porque esa medicina que es la palabra en voz de nuestro terapeuta hizo el milagro de reabrir la puerta. Esa es la causa de mi confianza y mi compromiso con el trabajo que desarrolla el equipo y con el grupo.

Luego vinieron los encuentros ya con el grupo. En esto no quiero extenderme. Solo les diré que de todos y de todo se aprende y que cada día uno se da cuenta de cuanto nos falta por aprender. En nuestra escuela nos enseñan lo que realmente nos ayudará a resolver nuestros problemas, pero hay que estar claro: el equipo nos muestra la herramienta y nos enseña las habilidades básicas para su uso. Nosotros somos los responsables de alcanzar el dominio pleno de las mismas.

Decimos todos que hemos aprendido muchas cosas nuevas lo cual es cierto, pero en lo personal destaco las siguientes:

1. Es más fácil y rápido morir de miedo a las enfermedades que de las enfermedades mismas.
2. Que a pesar que el problema propio es el más grande pues se sufre en carne propia, hay otras personas cuyos problemas son más graves que los propios.
3. Que el grupo y la amistad son dos medicinas sin patentes y a las cuales es imposible ponerle costo.
4. Que los amantes de la guerra no saben al parecer que la profesionalidad y el amor son las armas más potentes que existe: Si, porque ese equipo que nos atendió con tanta profesionalidad son humanos que enfrentan la vida con problemas (que de hecho los tienen) pero siempre están ahí presto a ayudarnos con una frase alentadora una mano en el hombro o una “un bofetón psicoterapéutico” y con esas armas ganaron las batallas de cada uno de nosotros

No puedo concluir si no hago mención al resto de los componentes del equipo. No se me vayan a poner bravas por el orden en que las mencione pues las tres para mí están en el mismo escalón del pedestal de la medalla de oro: la eléctrica Marilin, La telecomunicadora Tere y la exigente Tania. La primera porque no hay cosa que no resuelva, la segunda por la potencia de su wifi en

las relajaciones y la tercera por su espíritu de puntualita (me refiero a la puntualidad y organización). Tampoco olvido a Marypili la abnegada residente ni a los muchachos que se examinaron con nosotros.

Para mis amigos del grupo, seamos conscientes nos entrenaron para subir al ring a pelear con un adversario fuerte: la vida. No olviden seguir entrenando pues esta es una pelea de gigantes y no la gana el más grande o fuerte sino el que aplique correctamente lo que aprendió en nuestro Curso para la vida. No defraudemos a nuestros entrenadores.

42 años, Licenciada de Español y Literatura. Supervisora Caja Bandec, casada

“Lo que ahoga a alguien no es caerse en el río sino mantenerse sumergido en él”

Paulo Coello.

Sienta las manecillas del reloj, aun en los sonidos más ensordecedores, el tiempo no se detiene, en cambio el ser humano sí.

Llevo detenida en mi tiempo frustraciones, rencor, amargura, baja autoestima, inseguridades, en fin, un umbral de pensamientos negativos que asfixiaban mi existencia. El 2015 marca una pauta inolvidable en mi camino por la vida; comencé a sufrir taquicardia, mareos, problemas estomacales que se acrecentaron a partir de diciembre de 2016. Me diagnosticaron una gastritis erosiva con estigmas de sangrado, así como una duodenitis crónica con aplanamiento parcial de las vellosidades. A su vez incrementan las cefaleas, en este caso avalado por una neuróloga quien determina que sufría una cefalea mixta: la fusión de una cefalea tensional con la cefalea vascular. Me remitieron a una psiquiatra después de tantos estudios clínicos.

Luego me diagnostican un trastorno de ataque de pánico, no sabía de que me hablaban, yo no padecía eso a mi modo de ver. Me recetaron la amitriptilina con trifluoperazina y alprazolam. Mejore mucho y hasta aumente 18 kg. Inmediatamente desaparecieron las náuseas y los problemas estomacales, así como las cefaleas, pero una parte de mi se había perdido y nada llenaba esta ausencia. Aquellos ataques de pánico volvieron, mis noches interminables, terrorífica, con asfixia, miedo a morir. Ahora va la pregunta del milenio: ¿Qué suscita mi ansiedad y depresión?

La respuesta ya está dada. Viví atrapada durante 7 años en un trastorno ansioso depresivo, del cual no podía escabullirme; el deseo de evasión, el desandar, la desidia, el miedo inminente a la muerte, aunque contraproducente con las ganas de vivir me arrastraban hacia un camino sin retorno y no deseaba una vida así, sin el privilegio de disfrutarla al máximo, más en el suelo que en las nubes.

Comencé asistiendo a la consulta de Psiquiatría. Fue entonces cuando la psiquiatra Ananka me recomendó una terapia que iba a cambiar mi vida. Acepte con la cabeza y con el corazón. Me llama la atención un hecho extraordinario: el número de teléfono de salud mental coincidía 100% con una de mis claves en mi trabajo representada por números bíblicos. Comprendí que Dios me quería allí pues esa terapia revolucionaria mi vida y así fue.

Este equipo de trabajo me ofrecía herramientas para afrontar todos mis miedos, sanar mis heridas, cambiar mis actitudes tan arraigadas en mi interior. Me devolvieron el aliento. Me llevaron a una catarsis que vislumbra mi falta de humildad por el cruel convencimiento de que el perdón es para unos pocos, cuando debe ser para todos, porque nadie es mejor que tu ni están por encima de los demás porque seas más bondadoso.

aprendí que el amor viene desde dentro y es nuestra obligación irradiarlo a los demás, que a veces duele, duele mucho, pero también es el responsable, el sentimiento infalible para sanar las más hondas heridas y que brota en el terreno más pedregoso y árido.

Hoy he perdido mi matrimonio de casi 10 años, me enfrento a otra adversidad, pero sé que, con la ayuda de Dios, de mi familia, mis amigos y la mía, voy a seguir adelante. Hoy no tengo miedo y sigo con el firme propósito de que nada es imposible si tu convicción es fuerte, si eres leal a tus principios, si eres constante y persistes en tus sueños.

Comprendí que no me hace falta el viento para hacer batir mis alas; no necesito aferrarme a personas, recuerdos para poder respirar y la añoranza por recuperar mi vida o emprender un nuevo viaje hacia mi felicidad me abrieron las puertas.

Todo se concentraba en esa gran fuerza interior que había enriquecido con mis demonios internos; mi fe, la que había depositado en el creador del Universo por sobre todo lo que yacía dentro de mí.

Aprendí a amarme con mis imperfecciones, a fin de cuenta estamos hecho de barro, pero con ingredientes de polvo de estrella. Amo mi delgadez extrema, amo la que soy y la que seré. Como dijo el Apóstol de la nación cubana: "Quien siente su belleza, la belleza interior, no busca afuera belleza prestadas".

Hace poco encontré una frase de Dulce María Loinaz escondida entre otras, me parecía tan sencilla pero tan contundente y con un mensaje alentador: "En cada grano de arena hay un derrumbe de montaña".
