



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 17 – Invierno 2013

AMBIENTE Y FACTORES TERAPÉUTICOS DE UN HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL. UN ESTUDIO CUALITATIVO

Manuel Martínez García de Castro¹, Trinidad Bergero Miguel², Francisca Perles Roselló³,
Juan Antonio Fernández Gil⁴, Francisco Sánchez Castejón⁵ y Susana Asiain Vierge⁶

RESUMEN Se analizan los factores terapéuticos y su integración en el ambiente de un hospital de día. La metodología es básicamente cualitativa estudiando la perspectiva de los pacientes (grupos focales, entrevistas semiestructuradas). Se obtienen diversas categorías y subcategorías de cuyo estudio se desprenden las siguientes conclusiones principales. El ambiente terapéutico se percibe constituido por tres grandes bloques de factores: clima relacional entre pacientes, clima relacional entre pacientes y profesionales, dinámica de funcionamiento-terapias. Los elementos percibidos como de mayor ayuda han sido: disponibilidad y amabilidad de los facultativos, apoyo del personal no facultativo, las terapias grupales y el “sentido de grupo”. La confianza entre pacientes y la ayuda mutua son elementos esenciales en la mejoría. Ésta se expresa, sobre todo, en términos de “cambio” en la forma de reaccionar y relacionarse.

PALABRAS CLAVE: Hospital de día, ambiente terapéutico, factores terapéuticos, metodología cualitativa.

SUMMARY Therapeutic factors and its integration in the environment of a day hospital are analyzed. The methodology is basically qualitative, studying the patients' perspective (focus groups, semi-structured interviews). Different categories and subcategories are obtained, of which study the following main conclusions are gathered. The therapeutic environment is perceived constituted by three big blocks of factors: relational atmosphere between patients, relational atmosphere between patients and professionals, dynamic of functioning-therapies. The elements perceived as the biggest help have been: availability and kindness of the doctors, support of the non-medical staff, the group therapies and the “sense of group”. The confidence between patients and the mutual support are essential elements in the improvement. This is expressed, mainly, in terms of “change” in the way of reacting and mixing with.

KEY WORDS: Day hospital, therapeutic environment, therapeutic factors, qualitative methodology.

¹ Psiquiatra, HD UGC SM Vélez Málaga

² Psicóloga, UGC SM Carlos Haya Málaga

³ Psiquiatra, HD UGC SM Vélez Málaga

⁴ Psicólogo HD UGC SM Vélez Málaga

⁵ Psicólogo Interno Residente del HRU Carlos Haya Málaga

⁶ Enfermera, Hospital de Navarra. Antropóloga

INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la hospitalización parcial es un programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable. (AEN, 2009). La tradición de los hospitales de día y de las comunidades terapéuticas contempla actividades psicoterapéuticas, ocupacionales, rehabilitadoras, todas ellas incluidas en el llamado tratamiento por el medio o ambiente terapéutico.

Hemos elegido este concepto de ambiente para organizar la pregunta fundamental de nuestro trabajo: en qué consiste el ambiente terapéutico, qué factores lo constituyen y cómo puede mejorarse. El concepto de ambiente nos pareció que, por su globalidad, recogía la totalidad de los factores terapéuticos y su articulación. Se plantean como objetivos específicos:

- ☐ Analizar la estimación de los pacientes sobre qué factores le han ayudado durante su ingreso en el hospital de día y cómo se priorizan y articulan.
- ☐ Cuantificar preferencias de los pacientes sobre las actividades.
- ☐ Evaluar satisfacción global sobre el Hospital de Día.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó en el Hospital de Día de Vélez Málaga y pretende ser precursor de otro estudio más amplio que incluya varios hospitales de día de Andalucía. Se utilizó fundamentalmente metodología cualitativa cuyo *objeto es el desarrollo de conceptos que nos ayuden a comprender fenómenos sociales en medios naturales, dando la importancia necesaria a las intenciones, experiencia y opiniones de todos los participantes* (Pope, C., y Mays, N., 1995.)

La naturaleza de muchos de los elementos descritos por la bibliografía como integrantes del ambiente terapéutico, implica un gran componente subjetivo y emocional para los que las técnicas cualitativas parecen mucho más útiles que las cuantitativas. Por otra parte, la medición de la eficacia de las distintas actividades presentaba la dificultad metodológica de que éstas se realizan combinadas lo que impide discriminar entre la eficacia de unas y otras por métodos cuantitativos que sólo nos llevarían a medir la mejoría global.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La población total es de 34 pacientes estudiados, todos ellos han estado ingresados en el hospital de día en la totalidad o en un periodo del año 2010. Tienen edades comprendidas entre 62 y 27 años. La media de edad es de 40,14 años. Las mujeres son el 58,3%. Los diagnósticos según la CIE se reparten como sigue: Trastornos de Personalidad (F60-F69): 45,8%, Esquizofrenia y diagnósticos cercanos (F20-F29): 33,3 %, Trastornos Afectivos (F30-F39): 20,9%.

El equipo de profesionales es multidisciplinar y está formado por 11 personas.

RECOGIDA DE DATOS

Los instrumentos metodológicos son los siguientes:

□ *La entrevista semiestructurada.* Se pasa a todos los pacientes al ser dados de alta, consta de ocho preguntas dirigidas a obtener una información lo más completa y espontánea posible sobre el grado y la cualidad de la satisfacción del paciente. En la elaboración de la entrevista nos hemos basado en el documento “Ambiente terapéutico en Salud Mental” (Programa de Salud Mental de Andalucía, 2010) que identifica 4 dimensiones: el espacio físico, la dinámica de funcionamiento, el ambiente relacional y el trabajo en equipo y clima laboral. La entrevista se pasó a los 24 pacientes que fueron dados de alta en 2010.

□ La entrevista incluye una *escala de percepción de ayuda y preferencias* inspirado en el modelo de Yalom, (Yalom, Id.: “*Impatient Group Psychotherapy*”. Basic books, USA, 1983), en la cual se miden las preferencias de los pacientes en relación a diversas actividades. Se puntúan las 10 actividades que el paciente cree que más le han ayudado dando a la primera 10 puntos, a la segunda 9 y así sucesivamente hasta la décima que se puntúa con 1 punto.

□ *Grupos focales de pacientes.* Se trata de una *entrevista grupal cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesible en la entrevista individual* (García, M.M. y Mateo, I., 2000). Se hicieron dos grupos focales con los pacientes que, en la fecha en que se llevaron a cabo, llevaban al menos dos meses en el dispositivo o habían sido dados de alta en un plazo no superior a dos meses. Ambos grupos fueron heterogéneos en diagnóstico, edad y género, y homogéneos en cuanto al grado de capacidad cognitiva para elaborar las preguntas. Obviamente los pacientes se conocían por lo que no se trataría de grupos focales sensu estricto, pero pensamos que en el contexto que nos ocupa esta circunstancia no invalida en absoluto la interacción de los individuos en el grupo ni, por tanto, la función de éste como método cualitativo. El guión se elaboró en base a los factores terapéuticos descritos por Yalom (1995) y a los elementos que, según la literatura, constituyen el ambiente terapéutico (Timko y Moos 1998).

Estos grupos fueron llevados a cabo por una profesional ajena al hospital de día, con formación y experiencia en investigación cualitativa y en concreto en grupos focales.

ANÁLISIS DE DATOS

El material de las transcripciones de los grupos focales y de las entrevistas fue categorizado según la técnica de la metodología cualitativa. Dos de los investigadores realizaron esta categorización por separado y luego fue comparada y discutida para construir un conjunto definitivo de categorías y subcategorías a las que se les asignaba los fragmentos del material de transcripción. De esta forma se llegó a la saturación en el sentido de que nuevos contenidos podrían ser asimilados a alguna de las categorías.

Sobre el material ya categorizado los cuatro investigadores fueron añadiendo comentarios a partir de su experiencia y de la bibliografía, y el material resultante fue objeto de nuevo

análisis y de discusión. Por último una quinta investigadora realizó un trabajo de triangulación que sirvió para confrontar y corroborar conclusiones.

Los criterios de *validez interna* para establecer que el proceso de análisis que hemos efectuado refleja con precisión lo que sucede en el hospital de día, nos parecen suficientes de forma que se refleja con fidelidad la realidad de este dispositivo. En cambio, la *validez externa*, es decir la transferibilidad a otros dispositivos es más limitada en este estudio. Para explicar la realidad de otros hospitales de día creemos que son necesarios nuevos estudios sobre el tema en los que la construcción de los grupos focales esté constituida por pacientes de varios dispositivos similares pero incluyendo factores de heterogeneidad (multiplicación de evaluaciones).

RESULTADOS

CATEGORIZACIÓN GRUPOS DE PACIENTES Y ENTREVISTA

Del análisis del material de los grupos focales de pacientes y las preguntas de la entrevista semiestructurada resultaron 7 categorías con subcategorías que se exponen a continuación.

- ☐ 1. Espacio físico y Ubicación
- ☐ 2. Dinámica de funcionamiento
 - Acogida
 - Normas de funcionamiento y trato cuando por incumplimiento
 - Oferta y Planificación de actividades
 - Preferencia de actividades
 - Terapia de grupo, sentido de grupo
- ☐ 3. Ambiente relacional entre pacientes
 - Confianza
 - Ayuda Mutua
 - Sentido de grupo, amistad, apoyo
 - Metáfora de la familia
- ☐ 4. Ambiente relacional entre pacientes y profesionales
 - Accesibilidad y amabilidad de profesionales
 - Confidencialidad
 - Reconocimiento-valoración de los facultativos

- Información a pacientes y participación
- Percepción de trabajo en equipo
- ☐ 5. Percepción de mejoría
 - Deseo de mejorar
- ☐ 6. Lo mejorable
- ☐ 7. Lo que más ha ayudado

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. ESPACIO FÍSICO

Los aspectos de espacio físico y ubicación son percibidos como adecuados aunque no se enfatiza demasiado la importancia de este elemento en el ambiente terapéutico. Este HD es un espacio nuevo y bien dotado. Quizá la importancia del espacio físico se ponga más de manifiesto en el caso de un dispositivo con carencias, donde éstas revelen las necesidades en esta materia.

2. DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO

FASE DE ACOGIDA

Las opiniones son bastante homogéneas en cuanto a haberse sentido bien acogidos en su inicio en el dispositivo. Se menciona especialmente la acogida por parte de otros pacientes. Es lo que ocurre también en un grupo terapéutico cuando entra un nuevo miembro, es importante cómo lo admite el resto del grupo. Quizá desde el comienzo el ambiente del centro se construye con los vínculos entre personas lo que incluye de manera directa la relación entre pacientes. *En el inicio hay que remontar sentimientos de desconfianza, de persecución, de tristeza, de enfado. Es el momento en que se decide si se quiere o no formar parte del grupo y donde el grupo define si los acepta o no. Implica el hecho de tomar contacto con los demás y de lograr hacerse un lugar (Campuzano, M., 2004)*

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO Y HORARIOS

Sobre las normas, las palabras “flexibles” y “seguras” son las que más se repiten en la encuesta, también se repiten “adecuadas” y “bien”. Hay una clara unanimidad en lo positivo, flexibilidad y hacer sentir seguro. Los contenidos algo disonantes hacen referencia las grabaciones de sesiones de psicoterapia que se toleran pero no gustan, alguno lo viven como un ataque a la intimidad aunque se asume.

El contenido de los grupos va en la misma línea. Se aceptan las normas, se entiende que son “llevaderas” necesarias e incluso se consideran buenas para disciplinarse, para el orden. No

las viven, por tanto, como una imposición sino como algo necesario para la convivencia y para cuidarse. Se está hablando de la estructuración en tiempo y espacio, tan necesaria para estructurar espacios internos.

Respecto al trato recibido cuando se incumplen las normas, se valora positivamente el estilo tolerante del HD: *“sin castigar el incumplimiento, solo pidiendo la reparación pero siendo resolutivos”*. Se menciona como justa la intervención profesional cuando un paciente está en crisis.

OFERTA Y PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

Del análisis de las entrevistas se desprende una valoración positiva del orden y la planificación que les parece adecuado. Nuevamente el valor del orden. También les gusta que haya dos actividades simultáneas. La ocupación les beneficia y el hecho de que la planificación sea individualizada, les parece adecuado. Se acepta que los facultativos indiquen a donde va cada uno. Sentirse guiado, confiar, supone una actitud de aceptación de la autoridad de buen grado, quizá algo pasiva. Pero se pone de manifiesto, aunque sin crítica, que no se da a elegir.

En el contenido de lo hablado en los grupos focales destaca el elogio a la diversidad de las actividades y la ayuda que éstas le han proporcionado. Las terapias de grupo aparecen muy prestigiadas, y se compara con otros dispositivos en los que no hay tantas actividades grupales.

Las terapias de grupo pueden jugar un papel clave en los programas asistenciales del Trastorno Mental Grave: *ofrecen un contexto realista y específico de referencia, promueven la alianza y relación terapéutica y proporcionan un mejor conocimiento y autoconocimiento de los miembros del grupo* (González de Chavez, M., 1992).

Un aspecto emergente tras las terapias de grupo es la integración de éstas en el clima relacional. De hecho en el proceso de fragmentación de los textos era difícil separar la “organización de actividades” del “clima relacional”. Una paciente dice:

“Las terapias para mi han sido fundamentales, porque yo las he necesitado, pero el contacto de la gente desde el primer día...te ves aquí y es como una guardería ¿no? Y te encuentras como con compañeros”.

La guardería es una buena imagen de contención materna, pero lo pone en el ambiente (terapias más “contacto con la gente”) no en los terapeutas en este caso. Utilizar el concepto “guardería” podría tener relación con la percepción por parte del paciente del HD como un contexto nuevo formado por un grupo de personas con las que va a relacionarse y donde va a realizar un aprendizaje. El paciente se identifica con la figura de un niño que necesita de la presencia de una figura adulta que haga de guía representado por el profesional de salud mental.

Otro paciente afirma:

“Es que si faltara algo, ya se quedaría cojo. Si viniéramos a las terapias independientemente y formáramos grupos y nos fuéramos a nuestras casas no funcionaría porque no hay interacción entre nosotros. Entonces, la conjunción de todo es lo que puede ayudar más”.

Este paciente, a nuestro juicio, da la clave de la dificultad de separar el ambiente relacional de las actividades. Un componente esencial en las terapias de grupo es el clima relacional, y cuando las terapias grupales se hacen en un grupo mayor, que es el propio hospital de día, ambos elementos no sólo se articulan sino que muchas veces se integran en una misma cosa. Las terapias de grupo se combinan y se mezclan con la interacción en el ambiente, cada terapia está atravesada por el clima relacional sin el cual no hay efecto terapéutico

PREFERENCIA DE ACTIVIDADES

Hemos incluido como una subcategoría más los resultados de la pregunta de la entrevista sobre preferencia de actividades. Hemos de diferenciar si la actividad es común (todos los pacientes la realizan y todos pueden puntuarla) o alternativa (sólo algunos).

De las actividades comunes destacan en un primer grupo:

- La Consulta con Facultativo (4,5), el Grupo de Habilidades Sociales (4,2) y el Paseo o Tai-chi (4,3); estas dos últimas actividades son alternativas y simultáneas pero al haberse asociado en una, las consideramos comunes.
- En un segundo grupo de destacados: la Relajación (3,5), el Grupo Psicodinámico (3,4) y el Grupo Multifamiliar (3,4).

De las actividades alternativas destacan:

- La Terapia Corporal en primer lugar (5,5).
- En segundo grupo lugar: la Terapia para trastornos de personalidad (TTP) según el modelo Dialéctico comportamental de Linenham (4,6).
- Por último, dentro de las destacadas, las Artes plásticas (3,45)

Hay que señalar que las destacadas de las actividades optativas son tan o más puntuadas que las destacadas de las comunes, lo que implica que son las actividades más valoradas por los pacientes.

De estos resultados se desprende que son mejor valoradas las actividades de psicoterapia de grupo que las tipo taller, incluso por encima de la asistencia individual. Y, dentro de estas, se prefieren Terapia para trastornos de Personalidad y Terapia Corporal, enfoques de terapia poco tradicionales.

De las actividades no psicoterapéuticas destacan el Paseo o Tai-chi, la Relajación y las Artes

Plásticas.

Entre las actividades propias de facultativo que pudiéramos considerar clásicas, aparecen destacadas la Consulta con Facultativo y el Grupo de Habilidades Sociales, y en un lugar intermedio el Grupo Psicodinámico.

EL SENTIDO DE GRUPO Y LAS TERAPIAS GRUPALES

De las manifestaciones con que se responde a la pregunta “Qué es lo que más te ha ayudado” un elemento fundamental son las terapias de grupo, la interacción en grupo y la conjunción de ambas. Como se comentó más arriba, ambos aspectos aparecen entrelazados en los comentarios de los pacientes en los grupos y en la entrevista, a tal punto que nos parece un solo núcleo temático con dos aspectos.

“Entonces, la conjunción de todo, es lo que puede ayudar más”. “El sentido de grupo y por lo tanto de solidaridad, de comprensión...”

En este apartado estamos hablando de dos espacios: el que tiene un encuadre psicoterapéutico formal (la psicoterapia de grupo) y el resto de actividades que tienen lugar en el espacio comunitario del hospital de día y que también se hace en convivencia. ¿Cómo se articulan las terapias grupales con el resto de actividades terapéuticas, de rehabilitación y de convivencia? Pensamos que a través del ambiente o clima terapéutico, de cuyos factores integrantes, el clima relacional nos parece el fundamental.

3. AMBIENTE RELACIONAL ENTRE PACIENTES

De los resultados de la entrevista en la pregunta sobre las relaciones personales, la generalidad afirman que han sido buenas o muy buenas, un porcentaje pequeño (20%) refieren roces o dificultades con personas en concreto pero en todos los casos se presentan como asunto superado.

COMPARTIR LOS PROBLEMAS CON LOS DEMÁS

En los grupos focales los pacientes se manifestaban a menudo con términos como: “ayuda”, “compartir”, *“identificarnos aunque seamos distintos en muchos aspectos y eso sirve de apoyo y de relativizar la importancia de los problemas propios”*.

Están hablando de la sensación de alivio que experimentan al darse cuenta de que no se encuentran solos con sus problemas. *El grupo les permite la observación, exploración, reflexión y conocimiento sobre los otros, y sobre sí mismo a través de los otros (reacción especular). El paciente puede ver las semejanzas y las diferencias, lo que es común y lo que individualiza* (González de Chavez, 2008).

CONFIANZA

La posibilidad de encontrar puntos comunes entre las diversas experiencias, muchas de ellas traumáticas y que producen gran sufrimiento, hace ganar en confianza y fomenta la capacidad

de ayuda y, probablemente, esto forma parte de la matriz grupal que se ha ido generando en el dispositivo.

“Aquí se puede confiar”. “La confianza mutua yo creo que es lo que nos hace avanzar más también, porque la confianza que tenemos aquí no la vamos a tener con nuestros amigos que no tienen este tipo de problema”.

La confianza se ve como elemento terapéutico pero se confía más que en otros sitios. El hospital de día puede idealizarse, nos sentimos protegidos y confiados aquí pero fuera es distinto. Este tipo de contenidos aparecen muchas veces en los grupos terapéuticos, hay que trabajarlo: la confianza aquí debe ser un aprendizaje para fuera, no una defensa.

AYUDA MUTUA

De forma espontánea los pacientes en los grupos focales van hablando de muchos de los clásicos factores terapéuticos de Yalom: apoyo, inspirar esperanza, información a través de consejos, recibir cuidados de los otros, altruismo, hacer insight a partir de la interacción con los demás.

“Un compañero que me dijo que aceptara la realidad y no me cegara tanto con las pastillas, que las pastillas no lo hacían todo”.

Otro aspecto del aprendizaje es el ejemplo de otros. La coincidencia de personas en distintos estadios de su proceso terapéutico supone una fuente inestimable de modelos de recuperación. A riesgo de que surja la envidia destructiva, el sentimiento de “si otro peor ha salido yo podré también”, es una herramienta potente.

“Teníamos una compañera que tenía depresión desde hace muchos años y yo la vi cuando entró muy mal... y se ha recuperado... ¡antes que yo!”.

El contexto grupal ha sido descrito como *más realista, ofrece experiencias de socialización reales y estímulo para las mismas; la ayuda puede provenir del resto de los miembros y no sólo del terapeuta, e incluso él mismo puede ayudar a otros pacientes* (García Cabeza, I., 2008).

Otro elemento a destacar es el cuidado recíproco, la preocupación por los otros que es vivida por el paciente cuidado con gratitud y conciencia de ser reconocido y querido. La conducta altruista significa el desarrollo de un proceso de dar al otro aquello que uno cree que el otro necesita, sin una finalidad estratégica. Sin embargo, en el seno de los grupos, cuando uno da algo está recibiendo también algo. Uno de los elementos más importantes del ambiente terapéutico es que el hospital de día *les permite desarrollar historias que incorporen esperanza, que generen un feed back de autoría, que subrayen las capacidades y la eficiencia potencial de cada uno de los miembros del grupo* (Sluzki, C., 1996).

Algunos, en el grupo focal, llegan a comentar la ayuda percibida a nivel de insight, darme cuenta de algo que antes ignoraba sobre mí. Pero no a través de la intervención del profesional sino de otros pacientes, de la dinámica grupal.

“Si a mí me irritaba algo de alguien, yo veía qué había dentro de mí que también tenía que ver con esa irritación. Aprendemos de los demás como si fuésemos espejos”.

SENTIDO DE GRUPO, AMISTAD, APOYO

La pregunta final del guión de los grupos focales *“qué te llevas del HD”*, se responde de forma bastante homogénea. Aparte de las manifestaciones de gratitud y elogios al hospital de día en general, se hace referencia sobre todo a las relaciones que han establecido en el centro: amistad, sentimiento de pertenencia al grupo, compañerismo, amor, comprensión, solidaridad, infusión de esperanza, el deseo de que continúen las amistades. No surgen personas o actividades concretas sino el clima relacional, en el que se sustenta nuestra actividad. *Sin la percepción de este “nosotros grupal” las personas se retraen, no arriesgan, se defienden de las autoimágenes distorsionadas y se mueven en la superficialidad de sus situaciones problema* (Corey, G., 1994).

“La comprensión”. “Yo me he llevado muchos amigos”. “A mí, es todo. Venir al hospital de día es todo”. “el grupo humano que hay aquí y la amistad que nos une a todos”. “El compañerismo, por ejemplo”. “Socializarse mucho más”.

Es curioso que no haya ninguna intervención explícita sobre los objetivos conseguidos, los síntomas superados, los cambios en sus vidas, la adquisición de mejores mecanismos de defensa. Quizá todo esto se dice en clave afectiva como de “ser capaz de recibir amor (por utilizar la palabra de una paciente), la gratitud por recibirlo y la satisfacción de darlo”.

METÁFORA DE LA FAMILIA

Los pacientes saben diferenciar entre el grupo de pacientes y el de profesionales pero no como grupos separados sino como interconectados. Esta es una subcategoría mixta: con elementos relacionales entre pacientes y entre estos y los profesionales.

La primera idea que aparece en este campo es la metáfora de la familia, la imagen del hospital de día como familia, abundante en la literatura psicodinámica, aparece de forma explícita:

“Es como una familia... Mejor que una familia, porque la familia muchas veces no te comprende... Además la familia no es con la que tú naces, sino con la que tú haces”.

Es interesante esta metáfora de la familia porque en la emergencia de lo transferencial no se produce la repetición exacta de una relación pasada, sino una situación total que los pacientes vuelven a escribir muchas veces a lo largo de sus vidas, en situaciones diferentes, conformando su grupo interno en un conjunto de hechos, imágenes, escenas que van remodelando el modelo infantil. *Un grupo es en sí mismo un microcosmos social, éste posee reglas de funcionamiento y relación que mantienen analogías con el sistema familiar de referencia de cada uno de los miembros del mismo* (Yalom, I. y Vinogradov, S., 1996).

En un hospital de día, en el mismo sentido, *el equipo terapéutico, va a funcionar, en un nivel inconsciente, como una familia sustitutiva que favorecerá en los pacientes una serie de experiencias vivenciales que harán posible contrarrestar el daño psicológico producido por vínculos pasados* (Mascaró, N., 1993).

4. AMBIENTE RELACIONAL ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES

Lo referente a los profesionales surge en clave de la relación: la ayuda recibida, el apoyo, la accesibilidad.

APOYO Y DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL

Esta subcategoría y la siguiente (accesibilidad de los facultativos) son dos de los elementos valorados como lo que más ha ayudado a la mejoría. Parece que hay consenso en que una de las claves del éxito en el proceso terapéutico es la *“naturalidad en el trato, la cercanía, el cariño y el sentido del humor”*.

Se nombran más al personal de enfermería y terapia ocupacional que a los facultativos para estas funciones de cercanía, y se les otorga con insistencia el papel de verdaderos psicoterapeutas. Los facultativos aparecen, más bien, como profesionales accesibles, disponibles cuando se les necesita. Habría que concluir que la función de los profesionales facultativos y los no facultativos queda relativizada.

“Lo que más me ha gustado es el trato personal con los profesionales, el tú a tú”. “Yo no quería estar aquí, quería salirme, y una monitora me dijo: “date una oportunidad que te la mereces”. “Un enfermera me dijo: <No es empezar de cero, es seguir con lo que te has dejado atrás>, y eso es una cosa que no se me va a olvidar nunca”.

ACCESIBILIDAD DE LOS FACULTATIVOS

Es curioso que en los grupos focales al ser interrogados acerca de los facultativos, entendidos como consulta individual, lo que más se valora es la disponibilidad y el trato, así como intervenciones de apoyo concretas, clarificadoras; no se habla de aspectos más técnicos, la eficacia de los tratamientos o la cualificación profesional que si aparece algo más claramente en la entrevista.

Desde una visión psicodinámica cabría decir que se resalta la función materna (contención, disponibilidad) de los que, por su papel de facultativos, tienen una función más paterna (los técnicos), y viceversa: se les otorga una capacidad terapéutica a la palabra del personal subalterno. Aunque seguramente esto esté determinado por las personas concretas que componen este equipo, nuestra opinión es que para los pacientes del hospital de día (psicóticos y trastornos de personalidad), el papel terapéutico protagonista es el de la función materna ya que son patologías de déficit.

Los autores nos planteamos si este acento en la accesibilidad tiene que ver con un estilo

particular de nuestro equipo de terapeutas o es propio de los dispositivos de tratamiento intensivo como el hospital de día. También dudamos de que sea demasiado positiva esta preferencia por lo que puede implicar de dependencia y de contraste con la realidad asistencial tras el alta del dispositivo.

CONFIDENCIALIDAD

“Además ellos nos permiten hablar con ellos o hablar en grupo. Si es una cosa muy delicada puedes hablarla con ellos solos”.

Parece diferenciarse un espacio más confidencial que es individual de otro más público, más relacional que es el grupo. Probablemente sea esa la dinámica que opera en el hospital de día sin menoscabo de que se sinceren también en grupo, pero quizá en un dispositivo con tantos recursos terapéuticos se tienda a ese distingo que en algunos casos puede ser restrictivo de un mayor aprovechamiento de la terapia grupal.

RECONOCIMIENTO DE LOS TERAPEUTAS

Se valora, quizá con demasiada efusión, el trabajo de los terapeutas refiriéndose ahora a los facultativos. Se les reconoce su función de sostén más que por su calidad profesional (de saber) por su calidad de persona (comprometerse, hacerse cargo, estar disponible).

“Yo creo que se sobreesfuerzan incluso y aparte, pues te dan mucho cariño y vamos, lo dicen con sus actos, dicen, estamos aquí..., siempre ponen buena cara, al mal tiempo”.

Diversos estudios sobre eficacia de la psicoterapia concluyen en la importancia de la relación terapéutica y no tanto de las distintas técnicas. *Investigadores y clínicos no deberían estar demasiado preocupados con las técnicas; las condiciones interpersonales favorables son esenciales para el cambio terapéutico* (Bennun, I., y Schindler, L., 1988).

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

Ante la pregunta sobre la información recibida por parte de los profesionales, los pacientes responden con el nombre de su enfermedad que casi todos saben pero con consciencia de estar hablando de algo técnico que no les incumbe realmente a ellos sino a los médicos, lo que les importa es la vivencia de su enfermedad y cómo abordarla. Se pone de manifiesto la orientación psicoterapéutica del dispositivo en cuanto a diferenciar lo que es la información biomédica de la enfermedad de la que sirve para cambiar y modificar cosas del paciente que es el objetivo del clima terapéutico y de toda psicoterapia. Incluso la información técnica sin la propuesta de cambio psicológico puede llevar a que los diagnósticos actúen como etiquetas al servicio de la resistencia al cambio.

“Yo tengo trastorno de la personalidad, y algunos que me conozco pues tienen lo mismo. Lo que pasa es que ¿Qué es el trastorno de la personalidad? Yo creo que ni los médicos lo saben”. “Ellos en cierta manera nos lo hacen saber, “bueno, tú tienes esto pero eso es lo técnico, pero tú que sientes”... Ellos nos lo quieren hacer saber desde dentro, lo que nosotros

sentimos”.

INFORMACIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS Y PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES

Esta categoría se extrae casi por completo del material obtenido en la entrevista de satisfacción. Es homogénea la respuesta en cuanto a la participación de los pacientes en las actividades y tratamiento, igualmente en la información sobre estos. La gran mayoría valora positivamente el hecho de contar con su opinión en el tratamiento y de pedirles participación en todas las actividades y un “papel activo”.

PERCEPCIÓN DE TRABAJO EN EQUIPO

La percepción de los pacientes es de ser tratado por un grupo de personas aunque haya un referente particular de cada paciente. Se identifica de forma explícita el ambiente relacional entre profesionales como un componente clave del ambiente terapéutico.

“Si no se llevaran bien entre ellos no funcionaría de la manera que funciona, creo yo”. “Están coordinados”. “Se gastan bromas, incluso. Eso es parte del ambiente del que yo hablaba”. “Y si se llevan mal por lo que sea ya lo dirán fuera”.

Parece que se da la imagen de buen clima entre el equipo de profesionales que sirve de referencia para generar un buen clima relacional en el centro. Es interesante que en ninguno de los dos grupos de pacientes se hace referencia a que en el equipo de profesionales esté representada ninguna jerarquía, se distingue entre grupos de profesionales pero no se hace alusión a distinción de rango en cuanto a poder o liderazgo. Suponemos que la flexibilidad en los roles y la multiplicidad de espacios (individuales y grupales) favorece esta apreciación.

Otro aspecto señalado es el de suponer que el equipo terapéutico hablará fuera los problemas que existan entre ellos. Efectivamente, hay *otro proceso grupal paralelo al de los pacientes que es el del equipo de profesionales que tiene sus propias vicisitudes y que aumenta en complejidad conforme aumenta el número de miembros del equipo terapéutico* (Campuzano, M., 2004). Por lo que creemos necesario un espacio diario de coordinación en torno a lo sucedido con los pacientes pero también lo sucedido con nosotros.

5. PERCEPCIÓN DE MEJORÍA

Resulta en los grupos focales de pacientes un abundante material sobre la mejoría que han experimentado en el hospital de día. Se comenta esta mejoría de forma objetiva y concreta en cuanto a síntomas en general y con frecuencia se nombra la mayor capacidad de comunicarse, relacionarse mejor. Pero, sobre todo, se hace hincapié en el cambio. Más allá de lo sintomático, la mejoría se percibe en cambios en la forma de *reaccionar y relacionarse*.

“Yo ahora tengo una relación con mi madre, pacífica, mi madre ahora me comprende, bueno, si no me comprende, por lo menos me apoya”. “Las claves de esa actitud de por qué reacciono de tal manera, tan mal, y me relaciono tan mal”. “Yo he mejorado con mi pareja y con mis hijos”. “...le dije a mi hijo “te quiero”, la primera vez que se lo digo, y fue para mí

muy especial porque me salió del alma...”

Y parece que este cambio se asocia a ser consciente de aspectos personales de la relación con otros o con uno mismo, descubrir cosas de uno, darse cuenta, aprender, conocerse mejor a través de uno mismo y de su interrelación con los demás.

“Ya he dado un paso adelante en darme cuenta también de lo mío”. “No sabía ni la clase de problema que tenía. Aquí lo descubrí.”. “Que tú te crees que hacen las cosas por una razón y en realidad es por otra totalmente diferente”. “Darte cuenta de las cosas como son”.

Toda mejoría debe ser considerada fundamentalmente un cambio que es el objetivo de toda actividad psicoterapéutica. Pero no vale cualquier cambio, sino solamente los que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento, promuevan y faciliten una adecuada adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar (Ávila Espada, A., 2003).

IMPORTANCIA DEL DESEO DE MEJORAR

Contrasta lo expresado por los pacientes sobre el proceso de cambio como mejoría con la escasez de material aportado en lo que respecta al deseo de cambiar, a la motivación. Es este un tema muy importante que sale con frecuencia en los grupos terapéuticos del dispositivo. Algunos comentarios denotan insight de la resistencia al cambio:

“Yo creo que mi problema es que no quiero estar bien, porque si estoy bien tengo que ser persona, entonces es preferible estar mal”. “Algunos buscamos, intentamos indagar y buscar. Pero otros... buscan la pastilla...”. “y para cambiar tienes que reconocer eso...que aquí no estamos para estar cómodos tampoco, estamos para trabajar...”

Sin embargo, este tipo de comentarios está poco generalizado, más bien predomina la parquedad de las respuestas cuando se les pregunta por el deseo de mejorar. El hecho mayoritario de dar por supuesta la motivación en este apartado nos hace pensar que los tenemos demasiado “amamantados”. Nos planteamos trabajar en este sentido. Si bien los pacientes hablan de cambio parece que valoran poco la necesidad de su motivación.

6. LO MEJORABLE

En el lado de lo mejorable, las respuestas de la entrevista son muy variadas y poco significativas. Los elementos de hostelería son los más abundantes en las quejas.

En cuanto a la planificación de las actividades, descartando los comentarios menos realistas, son aspectos a pensar la petición de más artes plásticas y dos pacientes que critican la falta de puntualidad en las actividades y el excesivo tiempo entre una actividad y otra. Anotamos estas críticas como cuestiones a mejorar.

En los grupos focales los aspectos mejorables se proyectan fuera: se critican otros dispositivos por tener medios escasos, y se alude a problemas de recursos sociales en la comunidad. Se considera deficitaria e insuficiente, la atención ambulatoria lo que quizá acentúe su temor en relación a irse de alta del HD.

Consideramos muchas de estas críticas poco realistas, pero el problema es que se idealiza el hospital de día y se descalifica lo demás. Lejos de ser satisfactorio este aspecto, nuestra impresión es que un riesgo de un dispositivo como este, con muchos recursos en tiempo y en profesionales, es que se entienda como un espacio especial fuera del cual nada es tan bueno. Estamos hablando de dependencia, de dificultades para el alta.

LO QUE MÁS HA AYUDADO EN LA MEJORÍA

Las respuestas de la entrevista a la pregunta sobre lo más importante para la recuperación se reparten casi por igual entre las que hacen referencia a aspectos individuales (consejos del facultativo, consulta del psiquiatra... sólo una señala la medicación) y las que nombran cuestiones grupales: compañía, convivencia, relaciones, terapias de grupo. Algunas respuestas concretan otras actividades y una curiosamente se refiere a la libertad que se le ha dado.

La misma pregunta formulada en el grupo focal suministra más información pero los bloques temáticos básicos son los mismos, de menos material a más obtenemos: 1) Accesibilidad y apoyo de los facultativos; 2) El papel de apoyo del personal no facultativo y 3) El sentido de grupo y las psicoterapias grupales: la conjunción de todo. El material obtenido sobre estos contenidos ha sido incluido en las categorías y subcategorías correspondientes.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A tenor de los resultados expuestos podemos inducir las siguientes conclusiones que esquemáticamente se representan en el gráfico que les sigue:

1. La valoración global de los pacientes del hospital de día es muy satisfactoria.
2. La mejoría se expresa fundamentalmente en términos de cambio, sobre todo en la forma de reaccionar y relacionarse.
3. El ambiente terapéutico, entendido como la globalidad del potencial terapéutico, está constituido, según los pacientes, por tres grandes elementos que se mezclan y se articulan:
 - a. Clima relacional entre pacientes
 - b. Clima relacional entre pacientes y profesionales
 - c. Dinámica de funcionamiento-Terapias.
4. En la relación con los profesionales se destacan dos elementos calificados como de los que más les han ayudado a la mejoría en el hospital de día: disponibilidad y amabilidad de los facultativos y apoyo de los profesionales no facultativos.
5. Las terapias grupales se combinan con el “sentido de grupo”, para ser otro elemento considerado como de máxima importancia en la ayuda.
6. La confianza entre pacientes y la ayuda mutua son elementos esenciales en la mejoría.
7. De las actividades grupales son más valoradas las psicoterapias que los talleres.

8. Algunas terapias de grupo poco convencionales (psicoterapia corporal, terapia dialéctico comportamental) son las actividades del hospital de día mejor valoradas.
9. Los pacientes han tenido una percepción de que los profesionales trabajan en equipo lo que valoran positivamente.
10. “Lo que se llevan del hospital de día” es también el sentido de grupo, amistad y apoyo.

Al margen de muchos otros aspectos sugerentes en los resultados obtenidos, consideramos que el contenido central gira en torno a la importancia terapéutica de los factores relacionales en todas sus dimensiones. Y creemos que esta conclusión debe leerse en clave de los llamados factores comunes de las psicoterapias y en la potencialidad del ambiente terapéutico.

Los factores terapéuticos comunes que son aquellos que comparten la mayoría de los tipos de psicoterapia y todos son factores relacionales: los propios del paciente (expectativas, fe), del terapeuta (empatía, capacidad de escucha) y especialmente la alianza terapéutica. Las investigaciones en las últimas décadas vienen confirmando que estos factores *tienen mayor importancia en la consecución de resultados que los factores terapéuticos específicos relacionados con el enfoque y las técnicas de un determinado tipo de terapia* (Romero, AF, 2008). Otros autores *otorgan a los factores técnicos la responsabilidad de sólo el 15 % de la mejoría, mientras los factores comunes influirían en un 45 % concluyendo en la necesidad de priorizar el aprendizaje de estos factores terapéuticos respecto a los más técnicos o específicos* (Mirapeix, C., de Rivera, L., 2010).

En los resultados de este trabajo es llamativo el hecho de que los profesionales son valorados principalmente por la disponibilidad y amabilidad de los facultativos mucho más que por sus aspectos técnicos o científicos. Igualmente se califica muy positivamente el apoyo recibido por el personal no facultativo, y estos dos aspectos relacionales son elementos que se destacan como máximos productores de mejoría.

Por otra parte, cuando el encuadre es grupal y concretamente un hospital de día, lo intersubjetivo y lo social cobra una dimensión más clara y directa. Y la alianza terapéutica grupal es un pilar fundamental en el ambiente terapéutico. De ahí que en los grupos focales se insista en el sentido de grupo, la ayuda mutua, la amistad. Y también, en ese contexto consideramos muy importante la percepción de trabajo de equipo que manifestaron los pacientes sobre los profesionales. Demos reivindicar, por tanto, la importancia de cuidar y mejorar el ambiente como una herramienta básica de tratamiento.

Nos ha resultado muy interesante la mezcla de estos dos elementos (los comunes y los técnicos) en las manifestaciones de los pacientes, incluso llegaban a aparecer las terapias como incompletas si no estuvieran en el contexto relacional del hospital de día. Como si lo verdaderamente importante fuera la relación y las actividades terapéuticas fueran fundamentalmente medios para favorecer aquella. Creemos que la capacidad terapéutica de las actividades depende en gran medida del fomento de la relación y de su aprovechamiento

técnico, aunque no totalmente. Hay otros aspectos intrapsíquicos sobre los que actúan las actividades (y en particular las psicoterapias) que no afectan directamente a la relación. Pero todo está interconectado y el contexto último de toda intervención terapéutica del hospital de día es el propio dispositivo que actúa como un gran grupo de psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Grupo de Trabajo de la AEN sobre hospitales de día (2009). Cuaderno Técnico No 12.
- Ávila Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.87* jul.-sep.
- Bennun, I., Schindler, L. (1988): Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 145-51.
- Campuzano, Mario. (2004) *La admisión grupal: determinantes de su surgimiento y técnica de realización*. En Psicoterapia de grupo en las instituciones. México. Ed. Plaza y Valdés.
- COREY, G. (1996): *Teoría y práctica de la Terapia de Grupo*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- García Cabeza I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 28(1): 9–25.
- García Calvente, M.M., Mateo Rodríguez, I. (2000): El grupo focal como técnica de investigación cualitativa. *Atención Primaria*. 28, Febrero. 25 (3): 181-186.
- González de Chávez, M.; García Ordás, A. (1992). Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 12, pp. 203-207.
- González de Chávez, M. (2008). *Psicoterapia de grupo y esquizofrenia*. En: Alanen YO, González de Chávez M, Silver AS, Martindale B (Eds.). Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Historia, desarrollo y perspectivas. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis.
- Grupo de trabajo sobre la mejora del ambiente terapéutico (2010). *Ambiente terapéutico en Salud Mental*. Programa de Salud Mental, Servicio Andaluz de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Mascaró Masri, N.(1993). *El trabajo en equipo*. Ponencia a las V Jornadas regionales de Sociodrogalcohol Castilla y León, Burgos, 1993
- Mirapeix, C., de Rivera, L. (2010). *Revisión Histórica de los modelos integradores en Psicoterapia*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Pope, C. y Mays, N. (1995): Cómo llegar a donde otros métodos no llegan: una introducción a los métodos cualitativos en la investigación de la sanidad y de los servicios sanitarios. *BMJ*, 311: 42-5.
- Romero Moreno, A.F. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica.

Anales de Psicología, vol 24, no 1, 88-99.

- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Ed. Gedisa. Colección Terapia familiar. Barcelona, 1996.
- Timko C., Moos, RH. (1998). Determinants of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. Implications for improving patient outcomes. *J Nerv Ment Dis.* 186:96–103.
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- Yalom, I. D.(1995). *The theory and practice of group psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 3.a ed.
- Yalom, I.; Vinogradov, S. (1996): Guía breve de psicoterapia de grupo. Paidós, Barcelona.