

Satisfacción con el tratamiento y funcionamiento grupal en un Hospital de Día de Salud Mental durante el período post COVID- 19

Treatment Satisfaction and Group Efficacy in the Guadalajara Mental Health Day Hospital during the post-COVID-19 period

Antonio Javier Palacios Ruiz¹, Juan Arosa Penín², Adriana Gutiérrez Fernández de Velasco¹, Beatriz Mateos Pintado¹ y Esther Arjona Jiménez¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara

²CSM Luarca, Servicio Salud Principado Asturias

Resumen: Los Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM) son dispositivos diversos que mantienen en común la hospitalización parcial y el ambiente terapéutico como elemento clave. Este artículo supone un estudio preliminar, que abarca un año de tratamiento en un HDSM durante el período post COVID-19 para conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes con el tratamiento, el clima de grupo, la relevancia asignada a los factores terapéuticos grupales y si estos varían. Los resultados de nuestros análisis muestran un ambiente terapéutico en el HDSM estable en el tiempo y que se caracteriza por un clima grupal con pocas dinámicas conflictivas, en el que la percepción de ayuda y eficacia grupal es terapéutica y en el que la satisfacción tanto con el tratamiento implementado como con el grupo conjunto de pacientes y equipo de tratamiento es alta.

Antonio Javier Palacios Ruiz trabaja como Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en el Hospital de Día de Adultos del Hospital Universitario de Guadalajara del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, del que es coordinador.

Juan Arosa Penín es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Trabaja como F.E.A. de Psicología Clínica en el CSM de Luarca, Área 1 del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Adriana Gutiérrez Fernández de Velasco es Psicóloga Especialista en Psicología clínica. Trabaja como Psicóloga Clínica en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario de Guadalajara.

Beatriz Mateos Pintado es Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Guadalajara.

Esther Arjona Jiménez es Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Guadalajara.

Para citar este artículo: Palacios Ruiz, A. J., Arosa Penín, J., Gutiérrez Fernández de Velasco, A., Mateos Pintado, B. y Arjona Jiménez, E. (2024). Satisfacción con el tratamiento y funcionamiento grupal en un Hospital de Día de Salud Mental durante el período post COVID- 19. *Clínica Contemporánea*, 15(3), Artículo e19. <https://doi.org/10.5093/cc2024a15>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Antonio Javier Palacios Ruiz, e-mail: apalacios@sescam.jccm.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Palabras clave: hospital de día, salud mental, COVID-19, factores terapéuticos grupales, satisfacción, clima grupal

Abstract: Mental Health Day Hospitals (MHDHs) are diverse resources that have in common partial hospitalization and a therapeutic environment as their main characteristics. This article is a preliminary study, covering one year of treatment in the HDSM of Guadalajara (HDSMG) post-COVID-19 to determine the degree of satisfaction of our patients with the treatment, the group climate, the relevance assigned to group therapeutic factors and if these factors change. The results of our analysis show a therapeutic environment in the HDSM that is stable over time and characterized by a group climate with low conflictive dynamics, in which the perception of help and efficacy of the group is therapeutic and in which satisfaction with both the treatment implemented and with the group of patients and therapeutic team as a whole is high.

Keywords: day hospital, mental health, COVID-19, therapeutic group factors, satisfaction, group climate

El Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) desde su mismo inicio en los años 30 y 40 del pasado siglo, añadió a su configuración como alternativa a la hospitalización en unidades de agudos, el interés por la vuelta efectiva a la comunidad de las personas con trastornos mentales y la necesidad de tratamientos intensivos y de amplio espectro (Facal, 2011; Stagnaro, 2012). Con el nombre de HDSM se denominan diferentes dispositivos con funcionamientos diversos según las condiciones en que fueron creados, su estructura, objetivos, programas de tratamiento y población atendida. Lo que tienen en común es la hospitalización parcial definida como el programa de tratamiento ambulatorio, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable, en el que se emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques reconocidos de tratamientos psicológicos y psiquiátricos (Block y Lefkowitz, 1991). El ambiente terapéutico se considera el elemento clave del HDSM y hace referencia a la construcción de un medio seguro en el que a partir de la experiencia interpersonal, se pueda reconocer y analizar la influencia que los comportamientos funcionales/disfuncionales tienen sobre los demás, buscando qué situaciones o emociones las desencadenan y permitiendo y potenciando el ensayo de nuevas formas de relación que lleven a la recuperación de las personas con trastorno mental (Mas Hesse, 2019; Palacios Ruiz, 2022).

El grupo de trabajo de Hospitales de Día de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) publicó un documento de consenso sobre las características estructurales y funcionales necesarias del HDSM, que quedó definido como un recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Se caracteriza por el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de llevar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía (Mas Hesse, 2009).

Los datos de investigación en relación con los HDSM, no fácilmente generalizables por las diferencias entre los mismos, indican que son una alternativa terapéutica efectiva y que los orientados al tratamiento de pacientes agudos disponen de mayor evidencia que los diseñados como una alternativa a la atención ambulatoria (Bateman y Fonagy, 1999; Marshall, 2003; Marshall et al., 2001; Marshall et al., 2011; Shek et al., 2009; Vázquez-Bourgon et al., 2021). Las valoraciones del impacto terapéutico de los HDSM en términos de reducción de ingresos psiquiátricos y recaídas o disminución de sintomatología no son los únicos resultados asociados a la recuperación efectiva de las personas tratadas. La calidad de vida, la satisfacción con el tratamiento, la participación en la comunidad, la ocupación laboral, el funcionamiento psicosocial o la creación de sentido positivo de la propia identidad son también indicadores relevantes de la recuperación de las personas con trastorno mental (Gaynes et al., 2015; Marshall et al., 2001; Vázquez et al., 2010). La satisfacción de los usuarios

con la atención recibida en los dispositivos de salud mental es un indicador clave de efectividad y de calidad de los mismos. Recoger información sobre el efecto percibido de la intervención ofrece un feedback indispensable sobre la praxis clínica-asistencial a la vez que constituye un elemento de desarrollo del empoderamiento de los pacientes en la medida en que sirve para mejorar y modificar el propio funcionamiento del dispositivo (Fernández-Martín et al., 2016). Utilizando metodologías cualitativas basadas en entrevistas semiestructuradas y grupos focales que implicaban a los pacientes y a los equipos de tratamiento, se han estudiado diversos aspectos del tratamiento recibido en HDSM como el tipo de cambio o los factores terapéuticos que fomentaron dicho cambio. Estos estudios ponen de relieve la importancia que tiene en el HDSM el ambiente terapéutico, el clima grupal, las relaciones interpersonales, el apoyo mutuo y el trabajo conjunto entre pacientes y equipo (Hoge et al., 1988; Martínez García de Castro et al., 2013).

El HDSM debe entenderse en un contexto social más amplio y dinámico donde múltiples factores concurren para determinar su funcionamiento y organización. En nuestro caso, en el Hospital de Día de Salud Mental de Guadalajara (HDSMG) durante el período estudiado, desde febrero del 2022 hasta febrero del 2023, se atendieron a 29 personas, cantidad sensiblemente inferior a las 44 de media anual que fueron atendidas desde 2008 hasta 2019 incluido. Esto se explica por el importante impacto ocasionado por la pandemia del COVID-19. En España, tras decretarse el 14 de marzo de 2020 el estado de alarma, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto tuvo que modificar de manera sustancial su organización para hacer frente a la situación de emergencia sanitaria (Real Decreto 463/2020, 2020; Baldaqui et al., 2021). Las medidas decretadas afectaron particularmente a los HDSM por ser dispositivos de tratamiento grupal, por ejemplo, los pacientes derivados al HDSMG durante 2020 y 2021 fueron 19 y 3 respectivamente, cuando la media anual desde 2008 a 2019 es de 30.6. Es precisamente a partir del año 2022, en consonancia con la mejora de la situación epidemiológica, el momento en que el HDSMG empezó a recuperar su funcionamiento y organización previa al inicio de la pandemia.

El modelo de tratamiento del HDSMG se sustenta en los valores y actitudes del modelo de Recuperación (autonomía, esperanza, empoderamiento y eliminación del diagnóstico clínico como un factor organizador de actividad asistencial). Las intervenciones terapéuticas se basan en las personas y sus vivencias tal y como son experimentadas y expresadas (Johnstone et al., 2018). Se proporciona a grupos de pacientes en distintas situaciones vitales, con diagnósticos y perfiles sociodemográficos diversos, un tratamiento intensivo, prolongado en el tiempo y organizado en un ambiente terapéutico. La actividad asistencial semanal se organiza para que haya 3 días de tratamiento en común para todos los pacientes que estén acudiendo al dispositivo en ese momento y un día para cada uno de los subgrupos en que se divide el grupo total de pacientes, de manera que cada paciente acude 3 ó 4 días a la semana según sus necesidades. El equipo de tratamiento está constituido por un psicólogo clínico con funciones de coordinador, un psiquiatra, una terapeuta ocupacional, una enfermera, una auxiliar de clínica y una trabajadora social compartida con otros dispositivos. La construcción y mantenimiento del ambiente terapéutico es uno de los objetivos principales del equipo tanto porque se considera un tratamiento en sí mismo como porque es el medio en el que se implementan las distintas actividades y procedimientos individuales y grupales que permiten la consecución de los objetivos de cada paciente (Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico, 2010). Todas las actividades que conforman el programa terapéutico suceden en grupo, el cual a su vez está incluido en un grupo mayor, que incluye a los profesionales y los pacientes. Estos últimos están inmersos en una experiencia grupal cuyos elementos centrales son la cohesión relacionada con la pertenencia al grupo, el clima grupal que se refiere a las percepciones respecto del ambiente terapéutico grupal y la alianza de trabajo referida al acuerdo entre el equipo terapéutico y el paciente sobre los objetivos de tratamiento (Burlingame et al., 2004). En cualquier actividad del programa de tratamiento, sea la psicoterapia de grupo o la terapia ocupacional, el clima grupal es esencial, por lo que programa terapéutico y clima grupal se articulan e integran de manera sinérgica.

McKenzie Roy define los factores terapéuticos grupales (FTG) como aquellos procesos que ocurren en una terapia de grupo a través de las acciones del terapeuta, de un paciente o del grupo como un todo y que contribuyen a la mejoría del paciente. Yalom, autor clásico en la literatura sobre FTG, explica que se dan en los grupos terapéuticos, pero también en otros grupos (Tarí, 2015). Zuckerman (1999) agrupa los 11 factores terapéuticos grupales descritos por Yalom en tres principios generales (semejanza, modelización y confrontación) que dan cuenta de la efectividad terapéutica en los grupos, no necesariamente en los grupos de psicoterapia. Esta con-

cepción amplia de los FTG permite entender el HDSM como un espacio relacional en el que se lleva a cabo un programa de tratamiento multimodal y multicomponente implementado por un equipo terapéutico para un grupo de pacientes.

El presente estudio responde a nuestro interés por mejorar la calidad asistencial del HDSM, toda vez que en un trabajo anterior se constató que en las personas atendidas se mantuvo al alta la reducción conseguida tanto del número como de la duración de ingresos psiquiátricos, las visitas a urgencias en los primeros meses tras el alta y la recuperación de la capacidad laboral estimada para las personas con trastorno mental severo (Palacios et al., 2023). Con este fin, nos planteamos realizar un estudio preliminar, que abarca un año de tratamiento en el HDSM, para conocer el clima de grupo, la relevancia asignada a los factores terapéuticos grupales y el grado de satisfacción de nuestros pacientes con el tratamiento recibido y con el grupo; y si durante el proceso de tratamiento las valoraciones se van modificando.

Método

Diseño y muestra

Se trata de un estudio prospectivo en el que se evaluó, en cuatro momentos a lo largo de un año, el clima y funcionamiento grupal del HDSMG junto con el grado de satisfacción de los pacientes con su grupo y con el tratamiento recibido. Las variables evaluadas en este trabajo no se refieren a ninguna actividad específica del dispositivo si no al HDSMG tomado en su conjunto, es decir al todo integrado de programa terapéutico, grupo de pacientes y equipo de tratamiento. La muestra está constituida por todas las personas que desde febrero de 2022 a febrero de 2023 fueron atendidas en el dispositivo excepto una que declinó participar, en total 28 pacientes que no han sido evaluados el mismo número de veces, bien porque en el momento de la evaluación no habían ingresado todavía en el dispositivo, bien porque se fueron de alta (o abandonaron) durante el año del estudio y ya no estaban en el momento de la evaluación (véase Tabla 1). Por tanto, en cada momento temporal el grupo de pacientes evaluado varía respecto del anterior, tanto en el número de miembros como en las variables sociodemográficas y clínicas.

Medidas de evaluación

Cuestionario de Clima Grupal – Breve (GCQ-S) (MacKenzie, 1983): Diseñado como un autoinforme de 12 ítems, escala Likert del 0 a 6, para evaluar las percepciones de los miembros del grupo sobre el entorno terapéutico grupal. Está compuesto por tres dimensiones: compromiso, evitación y conflicto.

Escala de Funcionamiento Grupal (EFG-25) (Zuckerfeld, 1999): Evalúa la percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal de acuerdo con los factores terapéuticos de Yalom agrupados en tres principios generales: semejanza, identificación con el modelo y confrontación. Es una escala Likert de 0 a 4 de 25 ítems. Tiene una puntuación máxima de 100 y una puntuación superior a 60 indica una percepción del grupo como terapéutico.

Cuestionario de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) (Barraca Mairal y López Yarto, 1999): Evalúa la percepción global que una persona tiene de su situación familiar mediante 27 adjetivos bipolares dispuestos en una escala Likert del 1 al 6. La puntuación máxima es de 162. En este caso se ha modificado la consigna para que fuera una medida de la satisfacción con el grupo de HDSMG, que incluye a la suma de pacientes y equipo de tratamiento.

Cuestionario de Satisfacción del cliente (CSQ-8-S), versión adaptada de Echeburúa Odriozola y de Corral (1998) de la original de Larsen et al. (1979): Evalúa de forma genérica la satisfacción del paciente con los servicios recibidos. Consta de 8 ítems en una escala Likert del 1 al 4, que preguntan sobre la calidad del programa, la atención y ayuda recibida y en última instancia la satisfacción con el tratamiento. La puntuación máxima es de 32.

Análisis estadístico

La muestra se ha distribuido en 4 grupos según el momento de la evaluación, los cuales hemos considerado como independientes porque a lo largo del tiempo en los distintos grupos se han ido ganando y perdiendo miembros a la vez que otros permanecían. Así, del grupo de febrero de 2022, de 16 miembros, a los 4 meses quedan 13, a los 8 meses 11 y a los 12 meses son 7 miembros los que quedan de ese primer grupo. Se ha realizado un estudio descriptivo, concretamente se han calculado las medias y desviaciones típicas para las distintas variables estudiadas en cuatro momentos temporales distintos (febrero, junio y octubre de 2022 y febrero de 2023). Las variables se han analizado mediante estadística inferencial, como estadísticos de contraste hemos utilizado pruebas no paramétricas (PNP) por el pequeño tamaño de la muestra, concretamente hemos elegido la prueba de Kruskal-Wallis dado que esta prueba se basa en el rango y puede utilizarse para corroborar si existen diferencias relevantes a nivel estadístico entre dos o más grupos independientes. Además, se ha añadido al análisis estadístico la prueba de Jonckheere-Terpstra, porque en nuestro estudio, existe una ordenación natural a priori (ascendente, en nuestro caso de paso del tiempo) de las poblaciones k , siendo esta prueba entonces mucho más potente que un Kruskal-Wallis. Dado el pequeño tamaño de la muestra no hemos realizado análisis que nos permitieran relacionar las variables clínicas y sociodemográficas con las de clima, funcionamiento grupal y satisfacción con el grupo de HDSM y con el tratamiento recibido.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

La muestra está constituida por 28 pacientes, de los cuales el 71,4% son mujeres, la media de edad es de 33.9 años. El 60.7% están solteros y el 64,3% tienen estudios medios. Al inicio del ingreso en HDSMG el 42.9 % se encontraba en situación de paro y el 78,6 % no tenía concedida la discapacidad. La Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA) constituye la principal puerta de entrada tanto a la red de salud mental como al HDSMG. El perfil clínico de la mayoría (57.2%) corresponde según la CIE-10 a las categorías F20-29 (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes) y F60-69 (trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto), y 51.9 % no tiene antecedentes de trastorno mental en su familia. El alta en HDSMG la hemos clasificado en programada (acordada mutuamente por el paciente y el equipo de profesionales), voluntaria (pedida por el paciente) y abandono (el paciente deja de acudir), siendo el 30.8% el porcentaje de pacientes que abandona el tratamiento. La muestra se caracteriza por su variabilidad sociodemográfica y clínica, congruente con la dinámica de funcionamiento del HDSM, propia de los grupos abiertos, en los que al tiempo que se despiden a los pacientes que finalizan el tratamiento se acoge a los que vienen a recibirlo (véase Tabla 2).

Satisfacción con el tratamiento y variables de funcionamiento grupal

En relación con el clima grupal los resultados obtenidos en el GCQ-S muestran puntuaciones ligeramente por encima de la media en compromiso, con escasa variación a lo largo del tiempo lo que refleja una moderada cohesión grupal y clima de trabajo positivo. Las puntuaciones en la dimensión de evitación, que se mantienen también estables, evidencian una moderada resistencia de los miembros del grupo a asumir responsabilidades en el proceso de cambio. El conflicto, que involucra tensión interpersonal y desconfianza tampoco varía y se mantiene en niveles bajos. La dimensión con peores resultados a nivel terapéutico es la de evitación, ya que son necesarios valores bajos de evitación para obtener un clima grupal adecuado. Las tres dimensiones del clima grupal se mantienen estables a lo largo del tiempo estudiado, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellas ni con la prueba Jonckheere-Terpstra ni con la Kruskal-Wallis (véanse tablas 3, 4 y 5).

Los resultados obtenidos en el EFG-25 en los cuatro momentos evaluados considerando las puntuaciones globales superan la puntuación de 60 lo que significa que el grupo siempre ha sido percibido como terapéutico (figura 1), si bien con el paso del tiempo se observa una disminución de dicha percepción, diferencia estadísticamente significativa únicamente con la prueba de Jonckheere-Terpstran ($p = 0.02$). Los resultados por principios generales muestran que la percepción de ayuda por semejanza, que favorece que un individuo se identifique con un grupo porque operan la cohesión, el altruismo, la universalidad, la esperanza y la imitación disminuye con el paso del tiempo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa solo con la prueba de Jonckheere-Terpstran ($p = 0.01$). De los tres principios, es semejanza el que mayor deterioro sufre a lo largo de los distintos momentos temporales del estudio, situándose muy levemente por debajo del nivel considerado terapéutico. El principio de identificación, que permite que los pacientes puedan construir una explicación de lo que les ocurre en consonancia con el desarrollo de los factores que Yalom llamó información, resocialización y factores existenciales se mantiene estable y en niveles terapéuticos no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los momentos evaluados en ninguno de los estadísticos utilizados. Lo mismo ocurre con el principio de confrontación que posibilita que el miembro del grupo haga esfuerzos por transformar su realidad y conseguir cambios deseados, incluye los factores de catarsis, experiencia emocional correctiva y aprendizaje interpersonal. Las puntuaciones obtenidas por el principio de semejanza son siempre menores a lo largo del tiempo que las obtenidas por los otros dos principios (véanse tablas 4 y 5).

La satisfacción con el grupo de HDSMG, medida con el ESFA, se mantiene muy estable, sin diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo y se orienta hacia aspectos afectivos positivos (véanse Tablas 4, 5 y 6). Los valores medios de los ítems están en torno a 4.5 de un rango del 1 al 6. Así pues, las interacciones que cada paciente mantiene con el resto de los miembros del HDSMG pueden considerarse moderadamente satisfactorias y gratificantes. La satisfacción evaluada mediante el CSQ-8-S está orientada a los servicios recibidos en el HDSMG, a su programa de tratamiento, no al grupo de HDSMG. En este caso, las puntuaciones indican un nivel medio-alto de satisfacción que se mantiene durante el tiempo sin diferencias estadísticamente significativas (véanse Tablas 4, 5 y 6).

Discusión

En nuestro estudio el clima grupal se mantiene durante un año sin apenas variaciones. La entrada o salida de los miembros del grupo parece no tener incidencia sobre ninguna de las dimensiones que componen el clima grupal. Este resultado difiere de lo teorizado por MacKenzie sobre el clima grupal que señalaba que con el paso del tiempo se espera que el compromiso aumente en un patrón alto-bajo-alto, el conflicto disminuya en un patrón bajo-alto-bajo y la evitación disminuya en un patrón bajo-alto-bajo. A diferencia de otros estudios en los que las puntuaciones en la dimensión de compromiso se sitúan en la mitad superior de la escala y en evitación en la mitad inferior o baja, las puntuaciones medias de nuestro estudio en compromiso y evitación están en zonas medias (3.87 y 3.22 respectivamente), sin embargo, la puntuación de conflicto se sitúa en zonas bajas, coincidiendo con los estudios anteriores (Bakali et al., 2013; Bonsaksen et al., 2011; Sousa Barro, 2018; Vázquez Ramo et al., 2018). El clima grupal en el HDSMG se caracteriza por un escaso nivel de conflictividad entre sus miembros, por un moderado compromiso con el grupo que se refleja en la asistencia al mismo, la participación activa y el deseo de pertenencia, y por un nivel moderado de asunción de la propia responsabilidad en los procesos de cambio.

La media de las cuatro evaluaciones sobre la percepción global de ayuda y eficacia del grupo de HDSMG, se sitúa en un rango que se considera terapéutico. A diferencia de lo que ocurre con el clima grupal, tanto la percepción de ayuda y eficacia del grupo global como la diferenciada por principios no se mantienen estables a lo largo del tiempo, sino que disminuyen sin llegar a alcanzar niveles no terapéuticos. Los elementos del grupo que más influyen en la mejoría de los pacientes son los relacionados con los principios de identificación y confrontación sin que haya diferencias entre ambos. Los factores más relacionados con el principio de semejanza, en el que la cohesión es un factor fundamental, son los de menor incidencia y los que más

disminuyen según va pasando el tiempo, hasta situarse las puntuaciones en semejanza a los 12 meses en su nivel más bajo. Una posible explicación puede ser que los grupos de HD son por definición abiertos, lo que supone una constante adaptación para las personas que se quedan, que tienen que despedirse de las que se van de alta o abandonan el grupo y acoger a las que se incorporan. Estas situaciones, sobre todo los abandonos que son un cuestionamiento al tratamiento de HDSM, suponen un desafío a la cohesión del grupo que perdiendo y ganando miembros tiene que mantener las tareas terapéuticas encaminadas a la recuperación, razón de ser de todo grupo terapéutico. Además de tener la conciencia de que “somos un grupo” es necesario el componente instrumental “hacemos algo”, que se sustancia mediante el desarrollo de actividades coordinadas que vinculen a cada miembro con sus necesidades y con las del grupo, debe existir una finalidad y la posibilidad de llevarla a cabo (Morales y Huici, 1994). Es posible entonces que para mantener activa la percepción de ayuda y eficacia, los miembros del grupo fomenten un nivel de cohesión suficiente, pero no alto porque en algún momento personas con las que se establecen relaciones significativas se despedirán del grupo, en tanto se priman los componentes instrumentales de los factores terapéuticos, representados por los principios de identificación y confrontación. Resultados similares a los nuestros han sido encontrados en otros trabajos donde los pacientes habían completado procesos psicoterapéuticos de un año de duración (de Felipe García-Bardón et al., 2019).

Si bien la satisfacción es un constructo complejo, puede entenderse como el resultado del diferencial existente entre expectativas y experiencia (Hernando Robles et al., 2003). En nuestro estudio la satisfacción evaluada, lo es tanto con el grupo del HDSMG, en este caso la suma de pacientes y profesionales, como con el tratamiento implementado. La satisfacción de los pacientes con el grupo del HDSMG, evaluada por medio del ESFA, es el resultado de las continuas interacciones (verbales y/o físicas) que mantiene un paciente con los integrantes del grupo. Es una valoración del estado de ánimo respecto del grupo del HDSMG basada en el número de experiencias positivas y negativas vividas dentro del propio grupo. La satisfacción con el grupo permanece en valores medios-altos sin cambios significativos a lo largo del tiempo, prácticamente todos los adjetivos están en el polo positivo. Los adjetivos que han obtenido una puntuación mayor o igual a 5, esto es una satisfacción muy alta, y que se repiten en al menos tres de las cuatro evaluaciones son apoyado, entendido, respetado e integrado. Se pone de relieve para nuestros pacientes, en muchos casos en situaciones de aislamiento social, evitación y/o pérdida de relaciones significativas, la importancia otorgada a estar con otras personas con las que sentirse unido y vinculado en un contexto comunitario. La satisfacción con el programa tratamiento implementado en el HDSMG es alta y también se mantiene estable, sin diferencias estadísticamente significativas, a lo largo del año evaluado. Es interesante destacar que en todos los momentos evaluados, las puntuaciones más elevadas corresponden a las respuestas sobre volver a recibir tratamiento en el HDSMG en caso de necesitarlo y en la recomendación a un amigo para que reciba tratamiento en el HDSMG, en cambio las respuestas sobre la eficacia del tratamiento recibido son las más bajas en las evaluaciones de febrero y junio de 2022, momento a partir del cual las respuestas obtienen una valoración alta en consonancia con el resto de aspectos evaluados. En la mayoría de los estudios, la satisfacción con aspectos relacionales y de tratamiento es más alta que la percepción de cambio. No es descartable que la alta valoración del trato personal y profesional recibido esté relacionada con el temor en los pacientes a ver comprometido su tratamiento si las valoraciones son negativas (Beitia Fernández y Martínez Azumendi, 2000; Castrillo Ramírez y Mateos Agut, 2021; Fernández-Carbonell et al., 2012).

El diseño del trabajo permite evaluar de manera continuada a lo largo de un año, elementos del ambiente terapéutico del HDSMG y la satisfacción de los pacientes, lo que además de ser una monitorización del estado del grupo de pacientes, contribuye a la toma de decisiones por parte del equipo de tratamiento. Tanto la cualidad como la estabilidad de clima grupal y FTG contribuyen a crear un ambiente terapéutico suficientemente seguro y contenedor en el que las personas que acuden a tratamiento pueden sentirse miembros de un grupo, explorar nuevos patrones de conducta, experimentar las consecuencias de tales intentos, recibir retroalimentación de los otros, aprender de esa experiencia y vivir su proyecto vital con sentido y significado. Esta estabilidad resalta la importancia de mantener en los HD una estructura que les aporte rutina, dirección, guía, actividad y propósito, junto con un contacto interpersonal que les facilite aceptación, pertenencia, coparticipación, compañerismo y apoyo (Hoge et al., 2009).

No obstante, la paulatina pérdida de eficacia de los FTG, sobre todo los relacionados con la cohesión grupal, elemento imprescindible para que un grupo pueda llegar a ser terapéutico (Rodríguez-Zafra y García Galeán, 2022), unido al hecho de que desde octubre de 2022 a febrero de 2023 se concentran el 54% de las altas de todo el año, entre las que se incluyen el 75% de abandonos de la muestra total, indica dificultades y problemas en la dinámica grupal que deben ser comprendidos y abordados para que el propio grupo pueda mantenerse y ser útil en el proceso de recuperación de cada miembro. Para mejorar el clima grupal sería necesario aumentar el nivel de compromiso con el grupo y disminuir la evitación de la responsabilidad personal en el propio cambio. En la vivencia de satisfacción con el grupo y con el tratamiento, que permanece también muy estable, se valoran más los aspectos afectivos de las relaciones entre los pacientes y con los profesionales, que los relacionados con el cambio. Así pues, la valoración otorgada a lo que implica estar con otros, sintiéndose un miembro valioso y reconocido en un contexto social donde se potencia la cooperación y la ayuda mutua, pone de manifiesto la necesidad de revertir las situaciones de aislamiento y carencias relacionales que tienen muchas de las personas tratadas.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio cabe destacar las dificultades de generalización de nuestros resultados por la propia idiosincrasia de los HDSM, dispositivos flexibles con funcionamientos diversos en función de diferentes variables que hemos mencionado al inicio de este artículo. Por otra parte, el tamaño reducido y variabilidad de nuestra muestra dificulta realizar análisis estadísticos que nos permitan relacionar las variables clínicas y sociodemográficas con las de clima, funcionamiento grupal y satisfacción con el grupo de HDSM y con el tratamiento recibido. Sin embargo, se evalúa varias veces a casi la totalidad de las personas tratadas en el HDSMG durante 12 meses. Dado que este estudio se enmarca en una primera etapa de una investigación longitudinal, esperamos poder seguir tomando medidas en los diferentes momentos temporales establecidos para así aumentar el tamaño muestral y poder realizar análisis estadísticos más potentes.

En conclusión, el mantenimiento de un ambiente terapéutico estable, esencial para la recuperación de los pacientes, tiene especial valor por el momento social en que se produce, la etapa post COVID-19, marcada profundamente por las secuelas en la salud mental de la población (Sandín et al., 2020), en julio de 2023 se decretó el fin de la emergencia sanitaria (Orden SND/726/2023, 2023). Hasta ese momento el equipo de tratamiento del HDSMG con grandes dosis de flexibilidad y rigor estuvo haciendo modificaciones en su modo de proceder y adaptando el dispositivo para dar respuestas adecuadas a las necesidades de salud mental de la población atendida. Los resultados de nuestro análisis muestran que el HDSMG integra a pacientes con perfiles clínicos y sociodemográficos diversos y distintas situaciones vitales en un grupo cuyo ambiente terapéutico permanece estable a lo largo del tiempo. La estabilidad se mantiene aunque haya cambios en la composición del grupo por los ingresos y las altas de sus miembros. El ambiente del HDSMG se caracteriza por el mantenimiento de un clima grupal con pocas dinámicas conflictivas, en el que la percepción de ayuda y eficacia grupal es terapéutica y en el que la satisfacción tanto con el tratamiento implementado como con el grupo conjunto de pacientes y equipo de tratamiento es alta.

Referencias

- Bakali, J. V., Wilberg, T., Klungsøyr, O. y Lorentzen, S. (2013). Development of group climate in short- and long-term psychodynamic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(3), 366-393. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2013.63.3.366>
- Baldaqui, N., Morer, A., Calvo-Escalona, R., Plana, M. T., Lázaro, L. y Baeza, I. (2021). Efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental infantil y juvenil de un hospital general. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 31-39. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a5>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Beitia Fernández, M. y Martínez Azumendi, Ó. (2000). Satisfacción, cumplimiento de expectativas y valoración de la ayuda percibida, en primeras consultas en un centro de salud mental. *Psiquis*, 21(2), 57-74.

- Block, B. M. y Lefkowitz, P. M. (1991). American association for partial hospitalization standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 7(1), 3-11.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Borge, F-M., Sexton, H. y Hoffart, A. (2011). Group climate development in cognitive and interpersonal group therapy for social phobia. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15(1), 32-48. <https://doi.org/10.1037/a0020257>
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. y Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. En M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5 (pp. 647-696). Wiley.
- Castrillo Ramírez, P. y Mateos Agut, M. (2021). Adherencia y satisfacción en psicoterapia de grupo online vs presencial en tiempos de COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 157-174. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.597>
- de Felipe García-Bardón, V., Vázquez Ramo, E. y Simón Martínez, V. (2019). La psicoterapia grupal operativa psicoanalítica como tratamiento de elección en la unidad de salud mental. Evaluación del proceso a través de los factores terapéuticos grupales. *Área 3. Cuadernos De Temas Grupales e Institucionales*, 1(23), 1-15.
- Echeburúa Odriozola, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI.
- Facal, C. (2011). El hospital de día psiquiátrico en el contexto del hospital general. *Revista De Psicopatología y Salud Mental del Niño y Adolescente*, M3, 15-17.
- Fernández-Carbonell, M. J., Dasí, C., García-Merita, M. L. y Fuentes, I. (2012). Satisfacción de pacientes y familiares con una unidad de hospitalización psiquiátrica. *Anales De Psicología*, 28(2), 378-386. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.148831>
- Fernández-Martín, L. C., Iglesias-de-Sena, H., Fombellida-Velasco, C., Vicente-Torres, I., Alonso-Sardón, M. y Mirón Canelo, J. A. (2016). Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.006>
- Gaynes, B. N., Brown, C., Lux, L. J., Ashok, M., Coker-Schwimmer, E., Hoffman, V., Sheitman, B. y Viswanathan, M. (2015). *Management strategies to reduce psychiatric readmissions*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. (2010). *Ambiente terapéutico en salud mental. programa de salud mental*. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Ambiente_Terapeutico_SM_SAS_2010_0.pdf
- Hernando Robles, P., Lechuga Pérez, F. J. y Moya Ollé, J. (2003). La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(85), 137-152.
- Hoge, M. A., Farrell, S. P., Munchel, M. E. y Strauss, J. S. (1988). Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry*, 51(2), 199-210. <https://doi.org/10.1080/00332747.1988.11024392>
- Hoge, M., Paris, M., Añez, L. M. y Corominas, A. (2009). Las múltiples caras de la hospitalización parcial. *Diversitas*, 5(1), 13-26.
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The power threat meaning framework: Overview*. British Psychological Society.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a group climate measure. En R. R. Dies, y K. R. MacKenzie (Eds.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 159-170). International Universities Press.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiter, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D., Bond, G. R., Huxley, P. y Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for

- people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5(21), 1-75. <https://doi.org/10.3310/hta5210>
- Marshall, M. (2003). Acute psychiatric day hospitals. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7407), 116-117.
- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J. y Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Artículo CD004026 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2>
- Martínez García de Castro, M., Bergero Miguel, T., Perles Roselló, F., Fernández Gil, J. A., Sánchez Castejón, F. y Asiain Vierge, S. (2013). Ambiente y factores terapéuticos de un hospital de día de salud mental. un estudio cualitativo. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 17, 1-19.
- Mas Hesse, J. (2019). Hospital de día de Alcalá de Henares. un hospital de día orientado a fomentar la mentalización. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 259-280. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000200014>
- Morales, F. J. y Huici, C. (1994). Grupos. En F. J. Morales (Ed.), *Psicología social* (pp. 685-700). McGraw-Hill.
- Orden SND/726/2023. de 4 de julio, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de julio de 2023, por el que se declara la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, n.o 159, Ministerio de Sanidad, (pp. 93379-93387). <https://www.boe.es/eli/es/o/2023/07/04/snd726>
- Palacios Ruiz, A. J. (2022). Hospital de día de salud mental: Construyendo el ambiente terapéutico. *Norte de Salud Mental*, 18(67), 22-29.
- Palacios Ruiz, A. J., Roldán del Cerro, M. y Soler Sánchez, M. d. M. (2023). El tratamiento de personas con trastorno mental en un hospital de día de adultos. análisis de su efectividad 2008-2018. *Clínica Contemporánea*, 14(1), Artículo e2. <https://doi.org/10.5093/cc2023a2>
- Real Decreto 463/2020 (2020). de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, n.o 67, Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, España, pp. 25390-25400. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Rodríguez-Zafra, M. y García Galeán, L. (2022). La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 71-84. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1122>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Shek, E., Stein, A. T., Shansis, F. M., Marshall, M., Crowther, R. y Tyrer, P. (2009). Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(4), CD003240. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003240.pub2>
- Sousa Barro, A. R. (2018). *Fenómenos de grupo em psicoterapia: O estudo do clima grupal através do group climate questionnaire* [Tesis de maestría, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Stagnaro, J. C. (2012). El hospital de día: Historia y conceptualización. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(102), 107-118.
- Tarí, A. (2015). Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 1(19), 1-14.
- Vázquez Ramo, E., Tejero Berzosa, C. y Trevijano Fragoso, I. (2018, 26-28 de abril). *Reflexiones sobre el clima grupal en psicoterapia de grupo desde la concepción operativa*. [Comunicación] II Asamblea Internacional sobre Investigación en torno a la Concepción Operativa de Grupo, Madrid.

- Vázquez, C., Valiente, C. y Smith, S. P. (2010). Marco teórico de la evaluación: Desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. In A. Fernández, R. Tourino, N. Benitez y C. Aelleira (Eds.), *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. (pp. 15-31). FEARP.
- Vázquez-Bourgon, J., Gómez Ruiz, E., Hoyuela Zatón, F., Salvador Carulla, L., Ayesa Arriola, R., Tordesillas Gutiérrez, D. y Crespo Facorro, B. (2021). Diferencias en la efectividad clínica y funcional, entre trastornos psiquiátricos, de un hospital de día psiquiátrico de agudos para pacientes con enfermedad mental aguda. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(1), 40-49. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.04.001>
- Zukerfeld, R. (1999). Salud mental y enfermedad crónica: Dispositivos grupales y autogestión. *Vertex, Revista Argentina De Psiquiatría.*, 10(36), 91-99.

Artículo recibido: 05/09/2023

Artículo aceptado: 11/07/2024

Tabla 1. *Composición de la muestra (porcentaje y número) en cada período de evaluación en función del número de evaluaciones ya realizadas.*

	1 evaluación	2 evaluaciones	3 evaluaciones	4 evaluaciones
Febrero 2022	100% (16)			
Junio 2022	23.6 % (4)	76.4 % (13)		
Octubre 2022	25% (5)	20% (4)	55% (11)	
Febrero 2023	12.5% (2)	18.7% (3)	25% (4)	43.5% (7)

Tabla 2 *Variables sociodemográficas y clínicas.*

Variables	Valores	Muestra total N= 28	Feb 22 N=16	Jun 22 N= 17	Oct 22 N=20	Feb 23 N=16
Sexo	Mujer	71.4%	75%	70.6%	70%	62.5%
	Hombre	28.6%	25%	29.4%	30%	37.5%
Estado civil	Soltero	60.7%	56.3%	58.8%	60%	62.5%
	Casado	21.4%	18.8%	23.5%	20%	18.8%
	Separado	17.9%	25%	17.6%	20%	18.8%
Divorcio padres	No	75%	56.3%	64.7%	70%	87.5%
	Sí	25%	43.8%	35.3%	30%	12.5%
Estudios	Sin ESO	17.9%	25%	17.6%	20%	18.8%
	ESO	21.4%	25%	29.4%	25%	12.5%
	Grado medio-grado superior/ FP	25%	12.5%	17.6%	25%	37.5%
	Bachillerato	21.4%	18.8%	17.6%	20%	25%
	Estudios universitarios	14.3%	18.8%	17.6%	10%	6.3%
Situación laboral al inicio de HD	Activo	7.1%	6.3%	5.9%	0%	0%
	Incapacidad laboral transitoria	14.3%	25%	11.8%	10%	6.3%
	Incapacidad laboral permanente	21.4%	12.5%	23.5%	25%	31.3%
	Paro	42.9%	37.5%	41.2%	45%	43.8%
	Estudiante	14.8%	18.8%	17.6%	20%	18.8%

Tabla 2 Variables sociodemográficas y clínicas. (Continuación)

Variables	Valores	Muestra total N= 28	Feb 22 N=16	Jun 22 N= 17	Oct 22 N=20	Feb 23 N=16
Discapacidad antes de HD	Sí	21.4%	18.8%	17.6%	20%	12.5%
	No	78.6%	81.3%	82.4%	80%	87.5%
Antecedentes psicopatológicos familiares	Ninguno	51.9%	33.3%	41.2%	45%	62.5%
	Madre	14.8%	20%	17.6%	20%	18.8%
	Padre	11.1%	20%	17.6%	15%	6.3%
	Hermanos	14.8%	13.3%	11.8%	15%	12.5%
	Ambos padres	7.4%	13.3%	11.8%	5%	0%
Grupo diagnóstico CIE-10	F20-29	28.6% (8)	25% (4)	29.4% (5)	35% (7)	44.7% (7)
	F30-39	21.5% (6)	31.2% (5)	23.5% (4)	20% (4)	6.2% (1)
	F40-49	17.9% (5)	18.8% (3)	17.7% (3)	15% (3)	18.75% (3)
	F50-59	3.6% (1)	6.2% (1)	5.9% (1)	1% (5)	6.2% (1)
	F60-69	28.6% (8)	18.8% (3)	23.5% (4)	25% (5)	25% (4)
Dispositivo de primer contacto en SM	CEDT ¹	7.1%	6.3%	0%	5%	6.3%
	URG ²	14.3%	18.8%	17.6%	15%	12.5%
	USMA ³	50%	56.3%	58.8%	50%	43.8%
	UCA ⁴	3.6%	0%	0%	5%	0%
	USMIJ ⁵	25%	18.8%	23.5%	25%	37.5%

Tabla 2 Variables sociodemográficas y clínicas. (Continuación)

Variables	Valores	Muestra total N= 28	Feb 22 N=16	Jun 22 N= 17	Oct 22 N=20	Feb 23 N=16
Dispositivo de derivación	CEDT ¹	10.7%	12.5%	11.8%	15%	12.5%
	UCA ⁴	3.6%	0%	0%	5%	0%
	USMA ³	85.7%	87.5%	88.2%	80%	87.5%
Tipo de alta	Programada	46.2% (6)	50% (2)	50% (1)	0% (0)	42.8% (3)
	Voluntaria	23.1% (3)	25% (1)	50% (1)	0% (0)	14.3% (1)
	Abandono	30.8 % (4)	25% (1)	0% (0)	0% (0)	42.8% (3)
Edad	M (DT)	33.9 (12.4)	33.4 (12.8)	32.7 (12.9)	31 (11.7)	30.56 (11.4)
Años en Salud Mental	M (DT)	8.8 (7.7)	10.1 (8.8)	7.6 (6.9)	6.85 (6.9)	7.4 (6.8)
Días tratamiento en HD hasta evaluación	M (DT)	227 (232)	212 (218)	182 (229)	169 (234)	346 (250)

Nota: ¹= Centro de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento de Azuqueca de Henares, ²= Urgencias, ³= Unidad de Salud Mental de Adultos, ⁴= Unidad de Conductas Adictivas, ⁵= Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Tabla 3. Puntuaciones medias (*M*) y desviaciones típicas (*DT*) de las tres dimensiones de la GCQ-S en los diferentes períodos de evaluación.

	COMPROMISO		EVITACIÓN		CONFLICTO	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Febrero 2022 (<i>N</i> =16)	3.88	0.53	3.08	1.43	1.11	0.87
Junio 2022 (<i>N</i> =17)	4.03	0.66	3.35	0.93	1.29	0.84
Octubre 2022 (<i>N</i> =20)	3.61	1.05	3.23	0.74	1.06	0.65
Febrero 2023 (<i>N</i> =16)	3.96	1.42	3.22	0.76	1.19	0.90

Tabla 4. *Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis.*

	χ^2	gl	Sig. asintótica
Compromiso (GCQ-S)	2.371	3	0.499
Evitación (GCQ-S)	0.774	3	0.856
Conflicto (GCQ-S)	0.753	3	0.861
Semejanza (EFG)	6.511	3	0.089
Identificación (EFG)	3.187	3	0.364
Confrontación (EFG)	4.501	3	0.321
EFG Total	5.734	3	0.125
ESFA	0.799	3	0.850
CSQ-8-S	2.479	3	0.479

Tabla 5. Resultados de la prueba de Jonckheere-Terpstra.

	Número de niveles (meses)	<i>N</i>	J-T observado	<i>M</i> de J-T	<i>DT</i> de J-T	J-T Tipificado	Sig. Asintótica (bilateral)
Compromiso (GCQ-S)	4	69	774	890	92.888	-1.249	0.212
Evitación (GCQ-S)	4	69	934.5	890	92.280	0.482	0.63
Conflicto (GCQ-S)	4	69	854.5	890	92.489	-0.384	0.701
Semejanza (EFG)	4	69	660.5	890	93.11	-2.465	0.014
Identificación (EFG)	4	69	724.5	890	92.874	-1.782	0.075
Confrontación (EFG)	4	69	731	890	92.975	-1.71	0.087
EFG Total	4	69	679	890	93.204	-2.264	0.024
ESFA	4	68	857	864	91.142	-0.077	0.939
CSQ-8-S	4	69	899	890	96.662	0.097	0.923

Tabla 6. Puntuaciones medias (*M*) y desviaciones típicas (*DT*) de la ESFA y el CSQ-8-S en los diferentes períodos de evaluación.

	ESFA		CSQ-8-S	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Febrero 2022 (<i>N</i> =16)	123.56	17.71	26.5	3.81
Junio 2022 (<i>N</i> =17)	124.19	12.53	25.43	3.05
Octubre 2022 (<i>N</i> =20)	119.85	15.62	26.35	4.17
Febrero 2023 (<i>N</i> =16)	124.88	21.57	26.54	3.43

Figura 1. Puntuaciones medias de la EFG-25 total y de los tres principios generales que la componen en los diferentes períodos de evaluación.

