



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Título: “AGRUPA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN
PSICOTERAPIA GRUPAL PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN
UN HOSPITAL DE DÍA”

Alumna: **Berta Maté Calvo**

NIA: **725173**

Director: **Angel Barrasa Notario**

AÑO ACADÉMICO 2020 - 2021



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen/Abstract	3
Palabras clave	3
1. Introducción	4
2. Objetivos	8
3. Beneficiarios	9
4. Material y método	10
5. Resultados esperados.....	17
6. Conclusiones.....	18
7. Referencias.....	20
8. Anexos.....	23

Resumen

“AGRUPA” es una propuesta de intervención psicológica grupal para población clínica adolescente de un Hospital de Día. Desde que se instauró la hospitalización diurna, han emergido programas de intervención que ofrecen un servicio más intensivo que el brindado en tratamiento ambulatorio. El objetivo principal consistió en plantear si los resultados mejoraban cuando al contenido psicoterapéutico de corte cognitivo - conductual, común a otras intervenciones ya establecidas, se le añadían sesiones destinadas a enriquecer el ambiente grupal. Los resultados esperados apuntan que, tanto el grupo experimental como el grupo control 1, podrían beneficiarse de mejoras en la sintomatología ansiosa y depresiva de los usuarios. Además, se espera que solamente en el grupo experimental los beneficios también incluyan un mayor apoyo social percibido. Sin duda, son necesarios espacios que brinden a los pacientes un abordaje psicológico grupal, sin olvidar que el grupo potenciará su efecto siempre que exista un vínculo sólido entre los usuarios.

Palabras clave

Adolescentes, psicopatología, psicoterapia grupal, hospital de día, cohesión grupal.

Abstract

"AGRUPA" is a group psychological intervention for adolescents with different psychopathologies in a day hospital. Since the introduction of day hospitalisation, intervention programmes have emerged to offer a more intensive treatment. The main objective was to determine if the results improved with the addition of sessions aimed to fortify the group atmosphere. The expected results suggest that both, the experimental group and control group 1, could benefit with improvements in the anxious and depressive symptomatology. In addition, it is expected that only in the experimental group the benefits also include greater perceived social support. Certainly, there is a need of places that provide patients a psychological group approach, without forgetting that the group will enhance its effect as long as there is a strong bond between users.

Key words

Adolescents, psychopathology, group psychotherapy, day hospital, group cohesion.

1. Introducción

A lo largo del siglo XIX en Europa, las personas afectadas por algún trastorno mental fueron aisladas de la sociedad e internadas en manicomios estatales, grandes instituciones que posteriormente se denominaron hospitales psiquiátricos (Stagnaro, 2012). En ellos se cometieron errores como el corte radical del paciente con su entorno social, la ineficaz gestión y administración, la deficiente asignación de los recursos económicos, los repetidos casos de maltrato a pacientes, la falta de formación del personal y los defectuosos procedimientos de inspección y de control de la calidad, entre otros (OMS, 2001; Weber y Juruena, 2018).

Tras la segunda guerra mundial, se produjo el cierre de los manicomios mientras aparecían, paralelamente, las comunidades terapéuticas como alternativa. Este proceso pasó a ser conocido como desinstitucionalización (Moral, 2000). Es importante remarcar que la desinstitucionalización, como parte de la reforma de la atención a la salud mental, no equivale a deshospitalización. Cerrar los hospitales psiquiátricos sin crear alternativas comunitarias hubiese sido un gran fracaso, por ello, debía hacerse de forma coordinada. Uno de los aspectos clave fue mantener en la comunidad las funciones positivas de las instituciones anteriores, sin perpetuar los aspectos negativos (OMS, 2001).

Durante los años 60, fruto del cambio de paradigma, se introdujo el concepto de hospitalización parcial, lo que conllevó una variación en el tratamiento de la patología mental grave. La hospitalización parcial es un servicio ambulatorio que pretende ser más intensivo y estructurado que el ambulatorio normal y que trata de evitar, en aquellos pacientes que sea posible, la hospitalización completa (Moral, 2000).

Hospital de Día

El Hospital de Día (en adelante HD) surge como una medida de hospitalización parcial. Se define como “un dispositivo asistencial de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día” (INSALUD, 1999). Por lo tanto, se considera un recurso de prevención secundaria cuyo objetivo es que el diagnóstico y tratamiento precoz mejoren el pronóstico de la patología.

Existen diversas razones que explican por qué un HD puede ser más eficaz y rentable frente a la hospitalización completa (Díaz-Sibaja, Trujillo, *et al.*, 2007; Kotsopoulos *et al.*, 1996). En primer lugar, este dispositivo permite a los usuarios

mantener las relaciones interpersonales con familiares, amigos, etc., haciendo que la reintegración social, una vez finalice la estancia, sea favorable (Morandé, 2001; Sayegh y Grizenko, 1991). Además, se consigue una mayor implicación por parte de la familia y de los centros educativos (Milin *et al.*, 2000). Por último, el coste sanitario disminuye, pues el usuario regresa a su domicilio al finalizar la jornada y se previenen futuros ingresos en otros dispositivos sanitarios (McDermott *et al.*, 2002; Sayegh y Grizenko, 1991).

Los criterios de inclusión compartidos por varios autores especifican qué pacientes pueden beneficiarse del tratamiento en un HD (Díaz-Atienza, 2005; Díaz-Sibaja, Carmona, *et al.*, 2007; INSALUD, 1999; Pedreira, 2001): (1) existencia de patología activa, que no responde al tratamiento ambulatorio y con riesgo de cronificación; (2) severo deterioro del ambiente académico, social y familiar del paciente y (3) personas cuyo diagnóstico diferencial sea complicado, ya que el HD permite una apreciación clínica más detallada y extensa. A su vez, las patologías según el DSM 5 (APA, 2013) más reconocidas para la admisión en un HD son: (a) trastornos generalizados del desarrollo; (b) trastornos psicóticos que no se encuentren en fase aguda; (c) trastornos de personalidad; (d) trastornos del estado de ánimo y (e) trastornos de alimentación.

No obstante, se ha comprobado que simplemente el diagnóstico de un trastorno psicológico no es un indicador suficiente para recibir tratamiento intensivo y que presentar problemas en varias esferas de la vida es un motivo más común en la búsqueda de tratamiento (McDermott *et al.*, 2002). Por ello, presentar un deterioro considerable en numerosos ámbitos de la vida debería tenerse presente a la hora de acoger pacientes en un HD.

Por otro lado, los criterios de exclusión eliminan a personas (1) sin las capacidades cognitivas mínimas que permitan atender, adaptarse y colaborar en el proceso terapéutico; (2) con problemas de socialización o comunicación sin patología subyacente; (3) con necesidad de asistencia no sanitaria debida a la falta de cobertura familiar; (4) que presenten conductas que pudieran poner en peligro la integridad física del propio paciente o la del resto de personas y (5) con tentativas de suicidio (Díaz-Sibaja, Carmona, *et al.*, 2007; INSALUD, 1999).

Cada paciente tiene un Programa Individual de Tratamiento (PIT), es decir, el conjunto de objetivos terapéuticos cuya consecución permitiría al usuario tener un nivel de funcionamiento normalizado. El PIT detalla los objetivos y actividades que se van a realizar y el tiempo previsto de tratamiento. Conviene saber que éste debe ser revisado periódicamente.

Comúnmente, dentro del PIT de un HD se agrupan las siguientes modalidades: (1) abordaje individual, que incluiría la posibilidad de entrevistas individuales, psicoterapia individual y tratamiento farmacológico; (2) abordaje grupal, que englobaría psicoterapia grupal y actividades grupales y (3) abordaje familiar, con la opción de llevar a cabo entrevistas familiares, psicoterapia familiar y grupo terapéutico multifamiliar. Este último, el plano familiar, se ha considerado uno de los mayores predictores del éxito en el tratamiento (Balvardi, 2020).

Es cierto que existe consenso respecto a la eficacia del tratamiento de diferentes psicopatologías a través de la hospitalización diurna (Grizenko *et al.*, 1993; Jerrott *et al.*, 2010; Martin *et al.*, 2013), sin embargo, existen pocas publicaciones que analicen cuál es la estructura más adecuada para los programas que se llevan a cabo en un HD. Algunas limitaciones que se han considerado en la literatura previa incluyen la ausencia de cuestionarios estandarizados y de datos comparativos o grupos de control (Kotsopoulos *et al.*, 1996). Por este motivo, se describen a continuación algunos programas de tratamiento que se llevan a cabo en estas unidades y los aspectos teóricos que fundamentan dichas propuestas, junto con sus respectivas limitaciones.

Algunas intervenciones actuales

Los programas que se presentan a continuación están dirigidos a población infantojuvenil. Intervenir a una edad temprana tiene ciertas ventajas, por un lado, la sintomatología no está excesivamente arraigada (Owens *et al.*, 2018), además, existe una mayor plasticidad cerebral (Johnston, 2004) y ambas favorecen que la conducta sea más maleable.

Jerrott y colaboradores (2010) encontraron evidencia de una mejora significativa en el comportamiento de niños diagnosticados de trastornos disruptivos del control de impulsos y de la conducta (APA, 2013) a través de un programa de tratamiento diurno de corta duración. En este se empleó un enfoque cognitivo - conductual, utilizando economía de fichas y grupos basados en el entrenamiento de habilidades sociales,

control de la ira, procesamiento de las dificultades escolares, higiene y entrenamiento en relajación, entre otros. El grupo de padres también siguió un modelo cognitivo - conductual centrado en psicoeducación y en pautas de modificación de conducta, por ejemplo, reforzamiento de los comportamientos positivos, aplicación de consecuencias adecuadas o dar instrucciones. Sin embargo, la eficacia de los resultados no se examinó a lo largo del tiempo.

El programa “Vive el teatro”, desarrollado en la unidad de salud mental infantojuvenil (HD) de Algeciras (Díaz-Sibaja, Trujillo *et al.*, 2007), se fundamenta en 2 factores de protección bien establecidos: la autoestima y las habilidades sociales. En él participan jóvenes con diferentes psicopatologías. Tomando como referencia el programa “Avancemos” (Magaz *et al.*, 2001), en “Vive el teatro” se entrena las aptitudes de un buen actor, es decir, habilidades sociales y, posteriormente, se realizan dinámicas destinadas a poner en práctica lo aprendido, consiguiendo un aumento de la cohesión grupal, la cooperación entre usuarios y la autoestima. A su vez, este programa se complementa con un tiempo de estudio (apoyo pedagógico), actividades deportivas, actividades de la vida diaria (dirigidas por un terapeuta ocupacional), psicomotricidad, juegos, educación para la salud y muchos otros talleres.

En lo que respecta al abordaje de los trastornos de personalidad, cabe destacar el programa de intervención “ATrPA” que surgió en el servicio de psiquiatría del niño y el adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) en el año 2009. Se trata de una adaptación de la terapia dialéctico - conductual original de la Dr. Marsha Linehan y revisada para población adolescente norteamericana por el Dr. Alec Miller. Dicho programa está destinado a trabajar la inestabilidad emocional con adolescentes y sus familias mediante psicoterapia individual, un grupo de habilidades y un grupo para las familias de los pacientes (Torres *et al.*, 2009).

Psicoterapia grupal

La importancia de la dimensión grupal en el desarrollo del individuo es expuesta desde los años 30 por autores como George H. Mead (Crim, 2011). Compartir un espacio social permite al ser humano conocer, observar y aprender nuevas conductas. El sistema grupal, a través de la interacción y la comunicación, genera nuevas respuestas para afrontar el mundo (Serebrinsky, 2012).

Especialmente en la adolescencia y primera juventud es clave recibir la aprobación de los pares, pues su poder de influencia crece de forma exponencial en esta etapa vital (Guimón, 2003).

La psicoterapia grupal es una herramienta útil que favorece la implicación, la focalización en el “aquí y ahora” y el apoyo entre los usuarios. Asimismo, se ha considerado que facilita una expresión de la ira más controlada (Guimón *et al.*, 2006), se crean escenarios de socialización más reales, disminuye la dependencia al terapeuta, el grupo termina actuando como modelo de referencia, comparten estrategias de afrontamiento, apoyan y reciben apoyo, mejoran sus habilidades para relacionarse y disminuyen su aislamiento (Trojaola y Catalán, 2010). A su vez, los usuarios observan, exploran, reflexionan y conocen tanto a los otros, como a sí mismos a través de los otros (Crim, 2011).

¿Cómo optimizar la eficacia de la psicoterapia grupal?

El presente estudio se centra en la hospitalización diurna de población adolescente debido a que esta etapa vital es un periodo significativo para la aparición de trastornos psicológicos (Copelan *et al.*, 2009). En la intervención que se desarrolla a continuación, se hace hincapié exclusivamente en el abordaje grupal de los PIT. Esto quiere decir que cada usuario recibe una intervención mayor, más exhaustiva, en la que se abordan diferentes ámbitos de funcionamiento (individual, familiar, académico, etc). Sin embargo, en el estudio que se presenta, solamente se pretende incidir sobre el abordaje grupal. Para ello, se elaborarán grupos heterogéneos con respecto a la psicopatología de cada paciente. Esto significa que, en un mismo grupo, cada persona puede presentar una psicopatología diferente. Se ha demostrado que, de esta manera, se potencia el efecto del modelado, pues al no presentar las mismas dificultades la conducta que se pretende alcanzar puede ser modelada por la de los otros (Díaz-Sibaja, Trujillo *et al.*, 2007; Pedreira, 2001).

2. Objetivos

El propósito que se persigue con el programa “AGRUPA” es elaborar una intervención que englobe sesiones grupales para el tratamiento de jóvenes con diferentes psicopatologías ingresados en un HD. Debido a que dentro del grupo pueden surgir fenómenos que interfieran en la terapia, como la búsqueda de un “chivo expiatorio”, la ilusión grupal o la formación de subgrupos (Crim, 2011), se pretende

observar si una mejora de los índices grupales (cohesión y coherencia con el grupo) influye en el resultado del tratamiento.

Para ello, los objetivos específicos que se establecen son los siguientes: En primer lugar, a nivel individual, se perseguirá una adecuada adherencia al tratamiento, evitando así el abandono del programa. A su vez, se pretende disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa y elevar la competencia social percibida de cada uno de los participantes.

En segundo lugar, a nivel grupal, se plantea aumentar los índices de cohesión y coherencia entre los propios usuarios. Además, se busca fomentar el vínculo social entre los usuarios, el impacto de la terapia grupal y promover la toma de decisiones grupales.

3. Beneficiarios

“AGRUPA” está dirigido a adolescentes y jóvenes comprendidos entre los 13 y los 25 años que presenten en la actualidad psicopatología que no responde al tratamiento ambulatorio habitual. Los trastornos mentales que se contemplan dentro de los criterios de inclusión son: trastornos generalizados del desarrollo, trastornos psicóticos (no en fase aguda), trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de alimentación. Asimismo, para el ingreso del paciente, se requiere un ambiente académico, social y familiar deteriorado.

De manera indirecta, los familiares de dichos pacientes también se beneficiarán de los avances. Además, al ser una parte fundamental del proceso terapéutico, se convertirán en factores de protección muy importantes para la evolución y mantenimiento de los logros de los usuarios.

A su vez, se producirán beneficios a nivel comunitario, pues las personas más allegadas (amigos, compañeros de clase, conocidos, etc.) podrán disfrutar de las mejoras en la salud mental de estas personas.

En último lugar, profesionales clínicos e investigadores de este ámbito podrán enriquecerse de esta intervención ya que obtendrán información y evidencia sobre los componentes eficaces del tratamiento, así como la apertura a nuevas propuestas en las que trabajar.

4. Material y método

a) Participantes

La muestra está compuesta por un total de 60 personas que acuden a la unidad de HD periódicamente.

Cada uno de los 60 pacientes quedará asignado, de manera equitativa, a alguno de los tres grupos siguientes: grupo experimental (GE), grupo control 1 (GC1) o grupo control 2 (GC2). Así, cada grupo contará con 20 participantes. Dicha asignación se llevará a cabo a través de un proceso de aleatorización, en el que cada paciente quedará ubicado en un grupo mediante el azar. Además, mediante la herramienta del doble ciego, tanto el terapeuta como el paciente desconocerán el grupo al que pertenece este último, con el objetivo de no influir en los resultados.

El GE recibirá la totalidad de la intervención de este programa, es decir, 8 módulos. Sin embargo, el GC1 se limitará a recibir aquellos módulos de intervención psicoterapéutica (módulos 2, 4, 6 y 8) eliminando aquellos que se destinan a mejorar la dinámica grupal. Por el contrario, el GC2, solamente recibirá los módulos que pretendan conseguir una mejora del funcionamiento grupal (módulos 1, 3, 5 y 7), pero no aquellos de intervención psicológica. El número de sesiones asignadas a cada grupo queda gráficamente representado en el Anexo 1.

“AGRUPA” se implementará en la unidad de Hospital de Día de Centro de Especialidades Creciendo (Alicante), donde se ofrece, actualmente, tratamiento psicoterapéutico y farmacológico a adolescentes y jóvenes con diversas dificultades.

b) Instrumentos

Existen dos documentos que deberán ser cumplimentados de manera previa al tratamiento:

Consentimiento informado (Anexo 2). En él, los pacientes recibieron información sobre los objetivos del estudio, sobre la voluntariedad de su participación y se comprometieron a guardar la confidencialidad de los temas tratados en el grupo.

Cuestionario sociodemográfico (Anexo 3). Este cuestionario de elaboración propia se utilizó para recoger información sobre el género, la edad, estado civil, nacionalidad, nivel educativo, consumo de sustancias tóxicas (desde cuándo y con qué frecuencia), diagnóstico actual según DSM 5 (APA, 2013) y tiempo de estancia en el HD.

El resto de instrumentos seleccionados para valorar la evolución de los pacientes y poder establecer la eficacia del tratamiento son los siguientes:

- Con respecto a los objetivos individuales:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI: Beck *et al.*, 1988) (Anexo 4). Se utilizó la versión traducida al español del Beck Anxiety Inventory, el cual consta de 21 ítems que evalúan la gravedad de la sintomatología de ansiedad clínica. Los participantes calificaron el grado en que fueron afectados por cada ítem durante la última semana en una escala tipo Likert de 4 puntos.

Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II: Beck *et al.*, 1996) (Anexo 5). Se usó la traducción española de dicho instrumento. Está diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en población a partir de 13 años. Cuenta con 21 ítems y cada uno de ellos se valora con 4 opciones de respuesta.

Batería de Socialización (BAS-3: Silva y Martorell, 1989). Contiene 5 subescalas: (1) Consideración hacia los demás: detecta sensibilidad social, especialmente ante aquellos que tienen problemas y son rechazados. (2) Autocontrol en las relaciones sociales: recoge desde el acatamiento de normas y reglas sociales, que facilitan la convivencia y el respeto, hasta conductas agresivas. (3) Retraimiento social. (4) Ansiedad social/timidez: evalúa manifestaciones de ansiedad unidas a reacciones de timidez. (5) Liderazgo: valora popularidad y confianza en sí mismo.

- Con respecto a los objetivos grupales:

Test sociométrico (Barrasa y Gil, 2004) (Anexo 6). Se pretende conocer las características de la red social que conforma el grupo. Los datos se obtienen a través de 4 preguntas que informan sobre las elecciones y rechazos emitidos y sobre la percepción de elección y de rechazo de cada individuo. Con este instrumento se analizan los índices de cohesión y coherencia grupal, así como otros datos relevantes (liderazgo, disociación grupal, etc).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMSA: Zimet *et al.*, 1988). Se utilizó la adaptación al castellano (Landeta y Calvete, 2002). Esta escala evalúa a través de 12 ítems la valoración que cada uno hace sobre quiénes le pueden brindar ayuda cuando lo necesite, lo que proporciona una sensación de seguridad de cara a situaciones estresantes.

- Por último, se dedicó un espacio al cuestionario de evaluación del programa con el fin de recoger las barreras y aspectos de mejora que encontraron los participantes:

Cuestionario de satisfacción con el programa (Anexo 7). El propósito de este cuestionario de elaboración propia es conocer la satisfacción de los participantes y valorar aspectos de mejora. Consta de 8 preguntas que abordan la organización y contenido del programa. Se responde a través de diferentes medidas: a nivel cuantitativo, con escala Likert que engloba desde 1 “nada de acuerdo” a 4 “totalmente de acuerdo” y, a nivel cualitativo, con preguntas de respuesta libre. Este cuestionario únicamente se administró en la última sesión del grupo experimental.

Cabe mencionar que todos los instrumentos citados se completan de manera anónima y la información en ellos recogida se rige bajo las normas del Código Deontológico.

Todos los cuestionarios que hacen referencia a los objetivos individuales serán administrados en dos momentos temporales: en la primera y en la última sesión (a excepción del consentimiento informado y el cuestionario sociodemográfico que solo se llenarán al inicio). De esta forma, se estaría llevando a cabo una evaluación pre-test post-test de la efectividad del programa. Por otra parte, los cuestionarios referentes a los objetivos grupales se cumplimentarán únicamente al finalizar el tratamiento para, posteriormente, realizar una comparación de medias entre los tres diferentes grupos de intervención (GE, GC1 y GC2). No obstante, también se realizará una evaluación mixta, según la procedencia de los evaluadores. Se hará una evaluación interna (puesto que los profesionales forman parte del equipo que diseñó y/o implementó el programa) y una evaluación externa (en la que profesionales ajenos a dicha intervención podrán estudiar cómo se llevó a cabo este programa, consiguiendo un punto de vista más objetivo en cuanto a los resultados obtenidos).

c) Procedimiento: captación de los participantes, ley de protección de datos

Los destinatarios del proyecto ingresan en el HD a través de diferentes vías de derivación. Aquellas personas incluidas dentro del protocolo de derivación para esta unidad son: Profesionales del ámbito sanitario (psicólogos y psiquiatras), del ámbito educativo (profesores, psicopedagogos y responsables de centros educativos) y del ámbito social (trabajadores y educadores sociales).

En primer lugar, el profesional que va a tramitar la derivación contacta por vía telefónica o email con los responsables del HD, concertando una entrevista de evaluación. Se solicita la asistencia del posible futuro paciente y también de sus responsables legales (generalmente, padre y madre). Se realiza la acogida emocional, se plantea la demanda (petición, condiciones, impedimentos, etc.) y se proporciona información sobre el funcionamiento del HD, por ejemplo, se enseñan las instalaciones y se presenta al equipo de trabajo. Días después, tras la valoración del caso, se lleva a cabo la devolución, informando de la admisión o exclusión. Para finalizar, si la persona es admitida, deberá formalizar el contrato terapéutico junto con la familia y el equipo de profesionales, donde se recogen las normas de convivencia y los compromisos que se solicitan. De ser así, se inicia de inmediato el tratamiento en la unidad.

Dada la importancia de la confidencialidad en lo relativo a la salud de los pacientes, el marco legal que se establece corresponde a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la importancia de la protección de datos de carácter personal.

d) Componentes:

La duración de “AGRUPA” es de 12 sesiones, agrupadas en 8 módulos, repartidos a lo largo de 3 meses, con frecuencia semanal en horario de 12:00 a 14:00. Se pretende que a lo largo de este trimestre se creen las alianzas grupales necesarias para que la terapia grupal pueda resultar más efectiva. La cronología del abordaje grupal de cada paciente es flexible y puede ampliarse a un mayor número de sesiones, si así lo requieren las necesidades del caso. Esto quiere decir que en ningún caso el alta terapéutica de los pacientes tiene por qué coincidir con la finalización de “AGRUPA”, si no que dependerá de criterios diferentes, como la consecución de los objetivos de tratamiento previstos, cuando se valore que otro dispositivo asistencial puede reportar mayores beneficios a la persona o cuando voluntariamente las figuras parentales o de tutela lo consideren.

El programa es impartido por un psicólogo con formación especializada en Psicología Clínica (PEPC) y, además, se propone la coterapia con un psicólogo general sanitario (PGS) por la utilidad que puede tener en las situaciones de alta intensidad emocional y en la posterior reflexión y puesta en común de los casos clínicos (Crim, 2011).

La distribución del espacio es en forma de semicírculo, lo cual favorece el contacto visual directo y, por ende, el debate dentro del grupo, manteniendo cierta distancia física entre los miembros.

Módulo 1: Acogida, bienvenida y presentación.

Objetivo principal: Hacer que el ingreso sea lo más distendido posible, reduciendo el impacto emocional que puede experimentar el adolescente al introducirse en un grupo nuevo. Realizar un buen encuadre, mitigar la sensación de juicio, crear un clima agradable, delimitar roles y establecer las normas de funcionamiento grupal.

Módulo 2: Psicoeducación.

Objetivo principal: Establecer las bases teóricas sobre las que girará el resto del tratamiento. Diferenciar entre pensamiento, emoción y conducta, aclarar a qué nos referimos con regulación emocional, explicar el papel de los pensamientos en la respuesta emocional, identificar creencias irracionales y distorsiones cognitivas y despejar otras dudas que puedan surgir en el transcurso de las sesiones.

Módulo 3: Explorando qué nos trae hasta aquí.

Objetivo principal: Aumentar la confianza entre los usuarios a través de expresar qué dificultades presenta cada uno de ellos, las cuales les han llevado a ingresar en un HD. Siempre respetando los tiempos personales que se necesiten para hablar sobre la propia patología pues, posiblemente, aquellas personas que comienzan su estancia en el centro puedan presentar más barreras que los usuarios más veteranos.

Módulo 4: Lo primero, la conducta.

Objetivo principal: Analizar las conductas de cada participante que están interfiriendo en su calidad de vida y prolongando el malestar (p.e: autolesiones no suicidas, consumo de sustancias tóxicas, etc). Entender por qué son tan difíciles de modificar, es decir, el refuerzo positivo y negativo que producen al instante. Por último, proponer conductas nuevas que no se hayan puesto en marcha hasta el momento que permitan reducir aquellas más disfuncionales.

Módulo 5: Cómo me muevo a través de los demás.

Objetivo principal: Aumentar la identidad de grupo (endogrupo) a través de la puesta en común de gustos (gastronómicos, musicales, videojuegos, etc.) y fomentar la aceptación y el respeto de lo diferente.

Módulo 6: Pensamientos y creencias limitantes.

Objetivo principal: Identificar, analizar y cuestionar, a través de reestructuración cognitiva, pensamientos superficiales y creencias nucleares que mantienen el malestar de los pacientes.

Módulo 7: Agrupa.

Objetivo principal: Empatizar con las realidades de otros miembros del grupo mediante dinámicas de exposición de conflictos, ayuda mutua y búsqueda de soluciones. Extrapolar qué herramientas beneficiosas para los compañeros podrían serlo para mí.

Módulo 8: Saltando vallas: análisis de las dificultades encontradas.

Objetivo principal: Se trata de recoger aquellas limitaciones que hayan encontrado los usuarios en el transcurso del programa, poniendo en común soluciones que mitiguen el impacto de las recaídas.

Características de las sesiones y procedimiento para las mismas

El desarrollo de las sesiones queda detallado a lo largo del Anexo 8.

e) Recursos (humanos y materiales)

Recursos humanos

Se prioriza contar con un equipo multidisciplinar, haciendo énfasis en relaciones transversales y flexibles que favorezcan las diferentes aptitudes de cada profesional. Además, el trabajo en equipo previene la manipulación o extorsión de las prescripciones terapéuticas, tanto por los pacientes, como por las familias (Pedreira, 2001). Dado el volumen de participantes, se considera oportuno el siguiente encuadre:

Tabla 1*Presupuesto estimado para recursos humanos*

Cantidad			
Especialista	(Un profesional para cada grupo: GE, GC1 o GC2)	Función	Presupuesto estimado
Psicólogo		Terapeuta encargado de	
Especialista en Psicología Clínica (PEPC)	3	implementar el programa en el grupo al que haya sido asignado.	1000€
Psicólogo con habilidad sanitaria	3	Comparte, junto con el PEPC, la responsabilidad de guiar la dinámica grupal. Actúa como coterapeuta y permite la supervisión de los acontecimientos que suceden en el grupo.	1000€
Psiquiatra	3	Responsable de la evaluación del caso (junto con el PEPC) y de la prescripción y supervisión de la medicación.	1000€
Enfermero	3	Manejo de la medicación, intervención en caso de crisis y, en los casos de TCA, comprobación de la ausencia de purgas.	800€
Terapeuta ocupacional	3	Encargado de todas aquellas actividades relacionadas con las Actividades de la Vida Diaria (AVD): planificación, higiene,	800€

hábitos saludables, alimentación,
actividad física, etc.

Total	4600€
-------	-------

Tabla 2

Presupuesto estimado para recursos materiales

Tipo de material	Cantidad	Presupuesto estimado		
Instalaciones /Mobiliario	3 aulas	1 aula de audiovisuales	1 despacho para reuniones de equipo	1500€
Material informático/ audiovisual	1 ordenador	1 proyector	1 fotocopiadora	2000€
Material fungible	Bolígrafos	Folios	Pizarra con tizas	100€
Total				3600€

Resultados esperados

Una vez realizada la intervención, se espera obtener una disminución en la puntuación de sintomatología ansiosa, a través del BAI (Beck *et al.*, 1988) y depresiva, mediante el BDI-II (Beck *et al.*, 1996), especialmente en el GE, que mezcla la parte más clínica de la intervención con la más social, pero también en el GC1, que vendría a ser un equivalente a los programas que se han puesto en marcha hasta el momento. Por el contrario, no se espera una disminución de dichos síntomas en el GC2, el cual solamente ofrece la parte de apoyo y sustento social.

Por otro lado, se espera que aumenten los índices de cohesión y coherencia grupal, lo cual se traduciría en una mayor cooperación entre usuarios y, en definitiva, un aumento de la red social de los participantes. Teniendo en cuenta la relevancia del apoyo social percibido en la adolescencia se buscará fomentar la vinculación entre los

miembros del grupo. En concreto, será el GC1, limitado únicamente a la parte clínica del programa, del que no se espere dicha mejora.

Para asegurar que los logros terapéuticos se mantienen a largo plazo se deberán realizar sesiones de seguimiento uno y tres meses mas tarde de finalizar la intervención.

Conclusiones

El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España entre personas de 15 y 29 años. Antes de la pandemia provocada por la Covid-19 era la segunda causa de muerte entre los adolescentes, sin embargo, ahora ha pasado a ser la primera (Anula, 2021). La relevancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la psicopatología ha quedado bien reflejada a lo largo de la historia en la literatura (Alcamí, 2002). Es cierto que las mejoras individuales son inminentes, sin embargo, desde hace décadas, autores como Hersov y Bentovim (1985), afirman que los pacientes que ingresan en algún momento de su vida en un Hospital de Día, suelen presentar dificultades en la relación con los pares y en su futura integración social.

Además, la psicoterapia en grupo surge de la creciente demanda por ofrecer asistencia psicológica de calidad a un número cada vez mayor de personas (Guimón, 2003).

Por todo ello, es necesario crear y llevar a cabo programas de intervención eficaces que protejan la salud mental de los más jóvenes. La aportación más relevante del programa “AGRUPA” se encuentra en el énfasis que hace en el clima grupal. Es decir, otorga importancia, no solo a los elementos más clínicos de la psicoterapia, como pueden ser la modificación de conducta, la reestructuración cognitiva o la mejora de la autoestima, que aparecen en programas anteriormente citados (ATraPA (Torres *et al.*, 2009), “Vive el teatro” (Díaz-Sibaja, Trujillo *et al.*, 2007) etc.) si no que también dedica sesiones completas al establecimiento de un buen vínculo grupal.

Los resultados esperados que se pretenden encontrar tras la implementación del programa son (1) una reducción de los síntomas depresivos y ansiosos en cada uno de los participantes, (2) un aumento de la cohesión y la coherencia grupal y (3) una mayor puntuación en el apoyo social percibido. Para conseguirlo, se propone una sesión de bienvenida agradable, que marcará el inicio del resto del tratamiento; una base de psicoeducación, que será imprescindible para dar sentido a la intervención; técnicas de regulación emocional, modificación de conducta y reestructuración cognitiva; sesiones

dedicadas a cultivar la confianza, el respeto, la lealtad y el apoyo mutuo entre usuarios y, por último, una sesión de prevención de recaídas y cierre del grupo.

El principal punto a favor que se encuentra en un programa de estas características es que permite disminuir el coste de la terapia, así como optimizar otras habilidades que en terapia individual serían más complejas de trabajar, como por ejemplo, las habilidades sociales.

Algunas limitaciones que se han encontrado incluyen, por un lado, el desconocimiento sobre la eficacia del programa, pues este no ha sido implementado. Por otro lado, es posible que el método del doble ciego no funcione, debido a que algunos de los profesionales o pacientes podrían intuir a qué grupo experimental pertenecen y sesgar su participación. La cantidad de cuestionarios administrados es elevada puesto que se pretenden medir numerosas variables, por ello, es importante hacer una buena estimación del tiempo que implicará responder a todos ellos y hacérselo saber a los participantes. Por último, al tratarse de grupos numerosos formados por 20 personas cada uno, puede que la heterogeneidad de psicopatologías que se contemplaba como una ventaja en otros estudios (Díaz-Sibaja, Trujillo *et al.*, 2007; Pedreira, 2001), acabe convirtiéndose en un inconveniente.

Una propuesta de mejora que sería interesante contemplar en futuras revisiones del programa “AGRUPA” sería dividir a los usuarios en función del diagnóstico psicológico que han recibido. También se considera importante realizar sesiones de seguimiento para observar si los efectos del programa se mantienen de cara a la reinserción en la vida cotidiana. Para acabar, se debería contemplar la creación de módulos destinados a las familias y al profesorado, que son una pieza fundamental de cara a extrapolar lo aprendido durante el tratamiento a otros contextos.

Tras haber analizado la literatura existente sobre las intervenciones disponibles hasta el momento para población infantojuvenil en Hospital de Día, se concluye que la atención en esta etapa vital es de suma importancia para el bienestar de los jóvenes y, por ende, de sus familiares y del resto de la sociedad. Únicamente creando espacios en los que se explique cómo deben relacionarse de manera más adaptativa con el malestar emocional y dándoles la oportunidad de sentirse comprendidos y validados por otros jóvenes que se encuentran en situaciones similares a las suyas, se conseguirá una mejora notable en su salud mental actual y futura.

Referencias

Alcami Pertejo, M. (2002). *Eficacia del hospital de día psiquiátrico infantil*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Anula Morales, I. (2021). Pongamos que hablo de suicidio. *Conocimiento Enfermero*, 4, 3-5.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Panamericana.

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., Cassiello-Robbins, C., (2019) Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (2.aed.): Manual del terapeuta (Jorge Osma y Elena Crespo, trad., 2019). Alianza Editorial.

Balvardi, S. (2020). *Effectiveness and Predictors of Outcomes in a Psychiatric Day Treatment Program for Elementary Age Children*. McGill University.

Barrasa, A y Gil, F. (2004). Un programa informático para el cálculo y la representación de índices y valores sociométricos. *Psicothema*, 16, 329-335.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual*. The Psychological Corporation.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66, 764-772.

Crim, E. (2011). De la consulta a la psicoterapia de grupo. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51, 84-102.

Díaz Atienza, J. (2005). El hospital de día en el tratamiento de los trastornos alimentarios. www.paidopsiquiatria.com/asistencia/hd.pdf

Díaz-Sibaja, M. A., Carmona, R., Aguilar, C. y Pozo, C. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: organización y funcionamiento. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 10, 71-79.

Díaz-Sibaja, M. A., Trujillo, A. y Peris-Mencheta, L. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Child and adolescent day hospital: treatment programs*. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7, 80-99.

Grizenko, N., Papineau, D. y Sayegh, L. (1993). Effectiveness of a Multimodal Day Treatment Program for Children with Disruptive Behavior Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 127-134.

Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo*. Biblioteca.

Guimón, J., Boyra, A., Maruottolo, C., Bilbao, J. y Mascaró, A. (2006). The outcome of patients with Borderline Personality Disorder in a dynamically oriented day hospital program. *Advances in Relational Mental Health*, 5.

Hersov, L. y Bentovim, A. (1985) *In-patient and day-hospitals units*. En Rutter y Hersov (eds.). *Child and Adolescent Psychiatry: modern approaches*.

INSALUD (1999). Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Recuperado de: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatrico.htm>

Jerrott, S., Clark, S. E. y Fearon, I. (2010). Day treatment for disruptive behaviour disorders: can a short-term program be effective? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 88.

Johnston, P. H. (2004). *Choice words: How our language affects children's learning*. Stenhouse Publishers.

Kotsopoulos, S., Walker, S., Beggs, K. y Jones, B. (1996). *A Clinical and Academic Outcome Study of Children Attending a Day Treatment Program. The Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 371-379.

Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 8, 173-182.

Magaz, A., Gandarias, A., García-Pérez, E. M. y López Martínez, M. A. (2001). Avancemos: Enseñanza de habilidades sociales para adolescentes (12-18 años). *Grupo ALBOR-COHS*.

Martin, S. E., McConville, D. W., Williamson, L. R., Feldman, G. y Boekamp, J. R. (2013). Partial hospitalization treatment for preschoolers with severe behavior problems: child age and maternal functioning as predictors of outcome. *Child and adolescent mental health*, 18, 24-32.

McDermott, B. M., McKelvey, R., Roberts, L. y Davies, L. (2002). Severity of children's psychopathology and impairment and its relationship to treatment setting. *Psychiatric Services*, 53, 57-62.

Milin, R., Coupland, K., Walker, S. y Fisher-Bloom, E. (2000). Outcome and follow-up study of an adolescent psychiatric day treatment school program. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 39.

Moral, L. (2000). Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico. Recuperado de: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatrico.htm>

Morandé, G. (2001). Tratamiento en hospitales de día de los trastornos de la conducta alimentaria. En García-Camba, E. (Coor.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Masson.

Owens, E., Hinshaw, S., McBurnett, K. y Pfiffner, L. (2018). Predictors of response to behavioral treatments among children with ADHD-inattentive type. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47, S219-S232.

Pedreira, J. L. (2001). Los hospitales de día en la atención de los trastornos mentales de la adolescencia: orientación terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2, 68-92.

Sayegh, L. y Grizenko, N. (1991). Studies of the Effectiveness of Day Treatment Programs for Children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 246-253.

Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCSP*, 10, 132-155.

Serra, J. L. (2014). Hospital de Día. Servicio de salud mental. <https://es.slideshare.net/jlserra/hospital-de-dia>

Silva, F. y Martorell, M. C. (1989). *BAS-3, Batería de socialización* (Autoinforme). Madrid: TEA.

Stagnaro, J. C. (2012). El Hospital de Día: historia y conceptualización. *Volumen XXIII-No 102-MARZO-ABRIL*, 107.

Torres, L., Rodríguez, E., Mayoral, M. y Delgado, C. (2009) El lugar de la familia en la terapia dialéctico-conductual (TDC) y en el programa ATRAPA. *ATRAPA*, 143.

Trojaola, B. y Catalán, A. (2010). Basurto-PGIP. Un abordaje manualizado de psicoterapia grupal integradora en psicosis. *Actas Esp Psiquiatr*, 38, 72-86.

Weber, C. y Juruena, M. (2018). Contribuciones de un hospital día para redes de apoyo social para personas con trastornos mentales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8, 124-138.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. y Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52, 30-41.

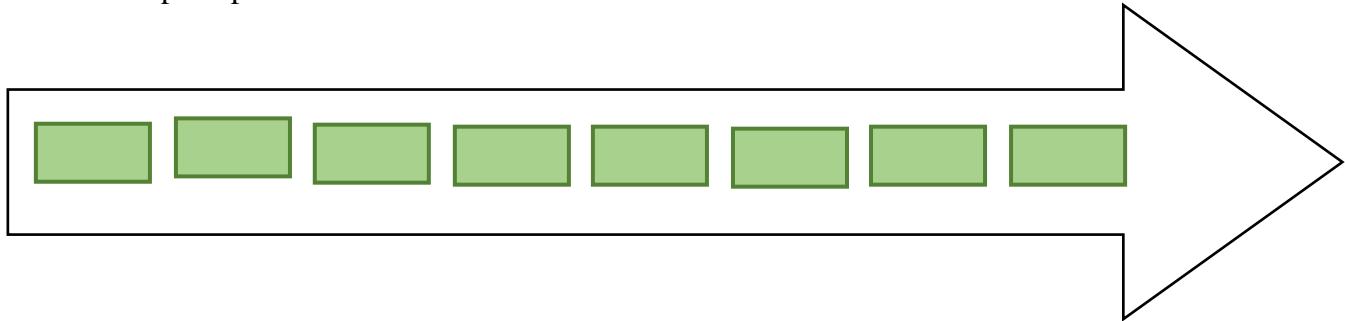
Anexo 1

A continuación, se representa gráficamente el reparto de los módulos en los diferentes grupos de tratamiento. Los rectángulos de color verde representan que el módulo es impartido en ese grupo, en cambio, los rojos indican que ese módulo se omite.

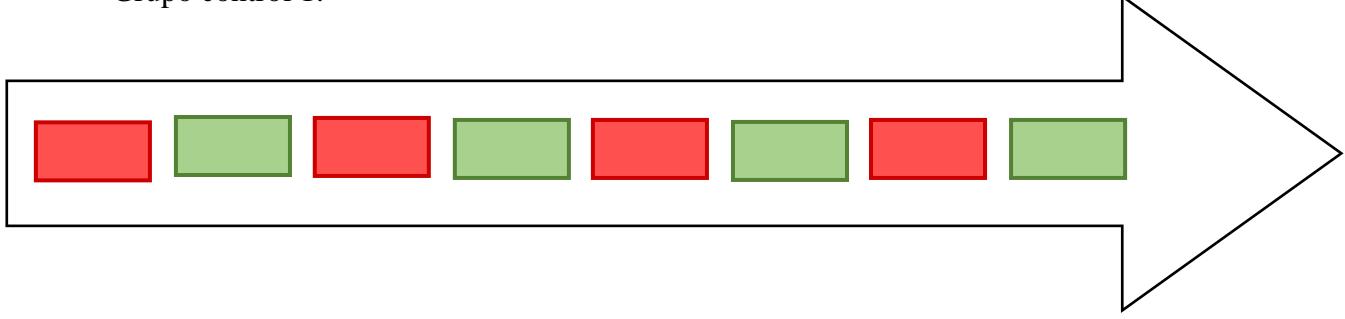
Gráfico 1

Reparto de los módulos de intervención en función del grupo de tratamiento

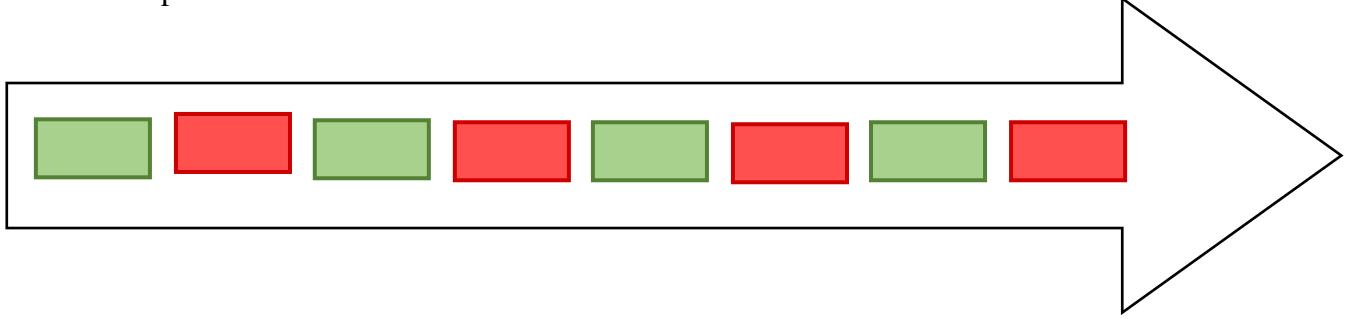
Grupo experimental:



Grupo control 1:



Grupo control 2:



*Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La/s persona/s responsable/s de la aplicación y el tratamiento de los datos de este programa es _____. La finalidad del estudio es mejorar la eficacia de la psicoterapia grupal con los usuarios del Hospital de Día de Centro de Especialidades Creciendo en Alicante.

De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril del 2016, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de este estudio y, especialmente los de índole personal, serán confidenciales y empleados únicamente a efectos de investigación. Asimismo, usted puede ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, dentro del ámbito de la citada ley.

La participación en este proyecto es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial.

Si tiene alguna duda sobre este programa, puede formular preguntas en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse del mismo si lo estima oportuno.

Acepto participar voluntariamente en este proyecto y declaro que he sido informado de la finalidad del mismo de sus objetivos y de su metodología. Así mismo, he tenido la posibilidad de resolver cualquier duda al respecto y he recibido una copia de este documento leyéndolo antes de firmar.

En _____, a ____ de ____ de 2 ____.

Firma del participante:

Firma del profesional que ha dado la información:

*Fuente: *Elaboración propia.*

Anexo 3.**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Nombre: Fecha:

Género: Masculino Femenino Otro

Edad: _____

Estado civil: Casado En pareja Soltero Viudo

Nacionalidad: _____

Nivel educativo:

- Estudios primarios incompletos
- Estudios primarios completos
- Estudios secundarios
- Estudios universitarios

Diagnóstico actual: _____

¿Consumes sustancias tóxicas? Sí No

¿Cuáles? _____

¿Desde cuándo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tiempo de estancia en el Hospital de Día: _____

*Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)***(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)*

Nombre: Fecha:

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea, por favor, cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado cada síntoma durante los últimos siete días, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

0: Ninguno 1: Ligero 2: Moderado 3: Grave

1. Insensibilidad física o cosquilleo	—
2. Acaloramiento	—
3. Debilidad en las piernas	—
4. Incapacidad para relajarme	—
5. Temor a que suceda lo peor	—
6. Mareos o vértigos	—
7. Aceleración del ritmo cardíaco	—
8. Sensación de inestabilidad	—
9. Sensación de estar aterrorizado	—
10. Nerviosismo	—
11. Sensación de ahogo	—
12. Temblor de manos	—
13. Temblor generalizado o estremecimiento	—
14. Miedo a perder el control	—
15. Dificultad para respirar	—
16. Miedo a morir	—
17. Estar asustado	—
18. Indigestión o malestar en el abdomen	—
19. Sensación de irme a desmayar	—
20. Rubor facial	—
21. Sudor (no debido al calor)	—

Anexo 5**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)**

Nombre: Fecha:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me ciento más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 6

TEST SOCIOCÍTRICO

1. ¿Con cuáles de tus compañeros te llevas mejor o tienes una mejor relación?

2. ¿Con cuáles de tus compañeros te llevas peor o tienes una peor relación?

3. ¿Quiénes de tus compañeros crees que te elegirán como uno con los que mejor relación tiene?

4. ¿Quiénes de tus compañeros crees que te elegirán como uno con los que peor relación tiene?

Anexo 7**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA**

Nos gustaría conocer cómo ha sido tu experiencia como participante del programa “AGRUPA”. Para ello, tendrás que contestar a las preguntas que se presentan a continuación. Si tienes alguna duda o hay algún ítem que no comprendes, pide ayuda al responsable encargado del grupo, él o ella te lo solucionará. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, se trata de saber tu opinión para poder evaluar el trabajo realizado.

1.- A día de hoy, ¿te ves capaz de poner en práctica las habilidades aprendidas en el programa?

- 1) Nada de acuerdo
- 2) Algo en desacuerdo
- 3) Algo de acuerdo
- 4) Totalmente de acuerdo

2.- El material recibido en el grupo fue útil y fácil de comprender.

- 1) Nada de acuerdo
- 2) Algo en desacuerdo
- 3) Algo de acuerdo
- 4) Totalmente de acuerdo

3.- ¿Qué actividades fueron tus favoritas? ¿Por qué?

4.- ¿Has disfrutado con tus compañeros en las sesiones grupales?

- 1) Nada de acuerdo
- 2) Algo en desacuerdo
- 3) Algo de acuerdo
- 4) Totalmente de acuerdo

5.- ¿Qué dinámicas modificarías o eliminarías? ¿Por qué?

6.- En una escala de 0 a 10, ¿con qué número puntúas tu evolución?

7.- ¿Qué aspectos identificas que te quedan por mejorar?

8.- En una escala de 0 a 10, tu satisfacción global con el programa “AGRUPA” es de:

*Fuente: *Elaboración propia.*

Anexo 8**DESARROLLO DE LOS MÓDULOS DE TRATAMIENTO Y DESCRIPCIÓN
DETALLADA DE LAS SESIONES****Módulo 1: Acogida, bienvenida y presentación.****Sesión 1**Objetivos específicos:

- Favorecer un ingreso distendido y agradable para los usuarios.
- Elaborar una adecuada alianza terapéutica entre los profesionales y los participantes.
- Realizar un buen encuadre e informar a los adolescentes del contenido del programa.
- Delimitar roles y establecer las normas de funcionamiento grupal.
- Rellenar los cuestionarios que corresponden a la fase de evaluación pre-test.

Desarrollo de la sesión:

- Al comienzo de la sesión se creará un clima acogedor. Situados en forma de semicírculo, sentados sobre cojines en el suelo, cada uno de los usuarios hará una breve presentación de sí mismo, incluyendo el nombre, la edad, el instituto al que acude y algunas de sus aficiones. También se presentarán los profesionales que estén al cargo del grupo. (*tiempo aproximado: 20 mins*).
- A continuación, se hará una lluvia de ideas sobre lo que ellos piensan del programa (qué les sugiere el nombre, qué se trabajará, cuál es la finalidad, etc). De esta forma, conseguiremos que se involucren desde el inicio en AGRUPA. El psicólogo completará la información que no haya sido dicha y corregirá los errores, siempre sin especificar en qué grupo de tratamiento se encuentran, puesto que ni él mismo lo sabrá (debido a la herramienta del doble ciego).

Debido a la heterogeneidad de diagnósticos que pueden confluir en un Hospital de Día y los distintos niveles de gravedad que esto conlleva, será importante remarcar la idea de que cada usuario es un individuo diferente de los demás. **AGRUPA ayudará a algunos a salir de sus dificultades; a otros, a hacerlas más llevaderas y, en otros casos, a los más graves, les preparará para cuando lleguen mayores inestabilidades** (Torres et al., 2009) (*20 mins*).

- Un parte fundamental de la primera sesión, en la que se pedirá la colaboración de los adolescentes, es la explicación del funcionamiento del grupo. En ella, se les animará a que sugieran o modifiquen las normas establecidas, siempre que el responsable considere que las propuestas son adecuadas (20 mins).

Tabla 3*Normas de funcionamiento grupal*

- 1.- Permanencia y puntualidad con el grupo. En caso de no poder acudir, deberá comunicárselo al responsable. Si se alcanzan tres ausencias, el participante quedará excluido del estudio.
- 2.- Libre discusión entre los miembros del grupo, con normas básicas de respeto entre las personas presentes.
- 3.- Quedan vetados intercambios de dinero, agresiones físicas y/o verbales a otras personas, autolesiones, intentos de suicidio, aislamiento en las infraestructuras del centro y hurtos o robos.
- 4.- Discreción y absoluta confidencialidad sobre los temas abordados en terapia.

- En la evaluación inicial se llenarán los cuestionarios que hacen referencia a los objetivos individuales: consentimiento informado (Anexo 2), cuestionario sociodemográfico (Anexo 3), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI: Beck et al., 1988) (Anexo 4), Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II: Beck et al., 1996) (Anexo 5) y Batería de Socialización (BAS-3: Silva y Martorell, 1989) (45 mins).

Nota: Estos cuestionarios se analizarán con medidas pre-test post-test, sin embargo, los cuestionarios referentes a los objetivos grupales se llenarán solamente al final del tratamiento y se analizarán con una comparación de medias entre los diferentes grupos (GE, GC1 y GC2).

- Despedida y cierre del grupo (15 mins).

Módulo 2: Psicoeducación.Objetivos específicos:

- Diferenciar pensamiento, emoción y conducta.

- Explicar qué es una emoción y cuál es su función.
- Conocer qué es la desregulación emocional.
- Averiguar cómo afectan los pensamientos en nuestras emociones.
- Conocer qué es un pensamiento intrusivo y cómo manejarlo.
- Identificar creencias irrationales y distorsiones cognitivas.

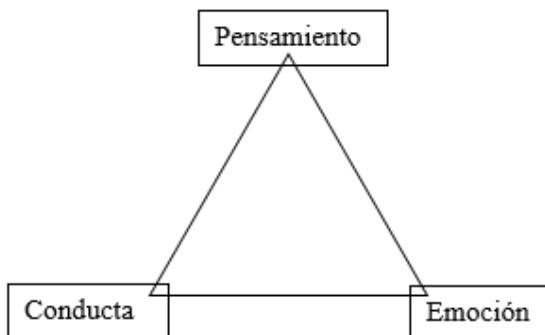
Sesión 2

Desarrollo de la sesión:

- Saber distinguir entre pensamiento, emoción y conducta, poniendo en común situaciones reales de elevada intensidad emocional, ayudará a desgranar momentos o experiencias desagradables. De esta forma, la situación deja de concebirse como abrumadora y pasa a convertirse en un hecho abordable. Observar cómo determinados pensamientos provocan emociones puede facilitar la anticipación de estas y la posterior acción llevada a cabo (50 mins).

Gráfico 2

Triángulo PEC



- Descanso (10 mins).
- Las emociones, como reacciones psicofisiológicas del ser humano que son, representan formas de adaptación de las personas al medio. Por tanto, concebirlas como algo natural que hay que experimentar, ya sea agradable o desgradable, es la base sobre la que se sustentará el módulo 2 de psicoeducación. Delimitar cuáles son las emociones primarias y cuáles son las reacciones secundarias (formas en que respondemos a las emociones primarias y que, generalmente, dan lugar a emociones alteradas) (Barlow et al., 2019) también será clave en este espacio.

Por último, se explicará qué es la desregulación emocional, siempre con un enfoque abierto y participativo que otorgue a los usuarios el papel protagonista de la sesión (supervisado siempre por los facultativos) (45 mins).

Gráfico 3

Componentes de la desregulación emocional



- Despedida y cierre del grupo (15 mins).

Sesión 3

Desarrollo de la sesión:

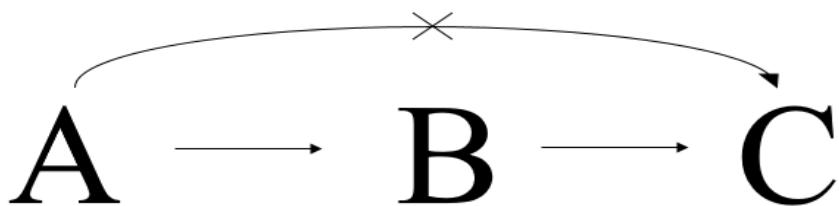
- Explicación de la influencia de los pensamientos en las emociones a través del siguiente ejercicio:

Terapeuta (T): *Chicas y chicos, me gustaría que respondierais mentalmente a la siguiente pregunta: ¿Qué tal fue el día de ayer? ¿Fue un día bueno, regular o malo?*

T: *Muy bien, ahora que habéis decidido cómo fue el día de ayer, si os preguntase “¿por qué?” probablemente me hablaríais de aquello que os pasó ayer. Tendemos a asociar nuestro estado emocional con aquello que ha pasado. Sin embargo, esta tendencia es errónea, pues entre lo que sucedió (A) y cómo me sentí (C) aparece la interpretación que yo hago de lo sucedido, es decir, mis pensamientos (B).*

Gráfico 4

Esquema ABC de Terapia Cognitiva



(50 mins).

- Descanso (10 mins).
- Normalizar la presencia de pensamientos intrusivos puede disminuir la sensación de malestar. Comprender que no es algo negativo, si no natural, y que todos, no solo yo, en algún momento nos hemos visto obligados a lidiar con ellos, puede aliviar la sintomatología ansiosa. A su vez, identificar distorsiones cognitivas (pensamiento dicotómico, lectura del pensamiento, abstracción selectiva, visión en túnel o generalización, entre otras) puede favorecer que la respuesta emocional sea más ajustada y adaptativa (45 mins).
- Despedida y cierre del grupo (15 mins).

Módulo 3: Explorando qué nos trae hasta aquí.

Sesión 4

Objetivos específicos:

- Desarrollo de habilidades sociales como la escucha activa, el respeto, la empatía y, en definitiva, el apoyo social.

- Aprender y potenciar las habilidades de comunicación verbal y no verbal mediante la técnica de modelaje.
- Fomentar la expresión emocional entre los miembros del grupo.
- Reducir el estigma entre usuarios.

Desarrollo de la sesión:

- Cuando el grupo tiene una mayor conciencia del sufrimiento psicológico existente, puede integrar de una manera más ágil el modelo terapéutico y los objetivos a conseguir en el tratamiento. Todo esto se traduce en una mayor madurez grupal (Crim, 2011).

Por lo tanto, presentar las dificultades que tiene cada uno ante el resto de compañeros pretende que el discurso “problemático” o distorsionado individual del paciente pueda transitar hacia otro discurso más fluido grupal (Serebrinsky, 2012).

- La forma de transmitírselo al resto será la siguiente:

1º) En primer lugar, se les pedirá que plasmen en un dibujo sus dificultades de manera libre (40 mins).

2º) Posteriormente, con el apoyo del dibujo (o sin él, en el caso de que el paciente se sintiese más cómodo), harán una breve explicación de por qué han dibujado eso y por qué creen que está relacionado con su problema (50 – 60 mins).

- *NOTA: Este ejercicio puede dar lugar a la transferencia grupal, un fenómeno en el que los individuos se pueden sentir agitados emocionalmente por las historias que otros pares relatan, dando lugar a que aparezcan proyecciones, deseos o defensas personales (aún cuando la persona no está siendo protagonista en ese momento). La presencia de los otros reactiva las experiencias vividas por los demás anteriormente (Crim, 2011).

- Despedida y cierre del grupo (15 mins).

Módulo 4: Lo primero, la conducta.

Objetivos específicos:

- Introducir el concepto de conducta.
- Analizar qué tipos de conductas aparecen en el momento de máxima intensidad emocional.
- Aprender a diferenciar entre conductas adaptativas y desadaptativas.

- Explicar el efecto paradójico de las conductas desadaptativas, haciendo énfasis en la distinción entre corto y largo plazo.
- Inhibir conductas desadaptativas.
- Ayudar a generar conductas alternativas a las llevadas a cabo hasta el momento.
- Incrementar conductas adecuadas y promover el uso de las habilidades trabajadas en el grupo.

Sesión 5

Desarrollo de la sesión:

- Pensamiento, emoción y por último... conducta. Se explicará cómo las personas buscamos la calma emocional a través de nuestro comportamiento y cómo éste puede convertirse en una “falsa ayuda” que, más que ayudar, esté favoreciendo el mantenimiento del trastorno emocional (*15 mins*).
- Se pedirá a los pacientes que hagan un listado con las conductas que ponen en marcha en diferentes situaciones. Algunos de los momentos que se pueden trabajar son: recibir una buena noticia, la ruptura con una pareja del pasado o la discusión que tuvieron con algún amigo en la infancia (*35 mins*).
- Descanso (*10 mins*).
- Del listado elaborado, tendrán que hacer una clasificación a modo de *ranking*. En el primer puesto situarán la que consideren su “estrategia estrella”, la conducta que identifican como la más recurrente. Por debajo de ésta, tendrán que posicionar (segundo puesto, tercero, cuarto, etc.) el resto de conductas que utilizan (*15 mins*).

RANKING DE CONDUCTAS TRAS LA EMOCIÓN

1.º

2.º

3.^o

- Se pondrá en común el “top tres” de las estrategias de cada miembro y entre todos se decidirá si es adaptativa y saludable o si, por el contrario, es desadaptativa y atenta contra mí, los demás o el mundo. Es interesante observar cómo en la mayoría de los pacientes, en este punto del programa, predominan las estrategias desadaptativas y perjudiciales, muchas compartidas entre ellos (*30 mins*).
- Despedida y cierre del grupo (*15 mins*).

Sesión 6

Desarrollo de la sesión:

- Una vez que cada miembro del grupo ha identificado cuál es su conducta “resorte”, es decir, la conducta que aparece de manera casi automática cuando está experimentando una emoción desagradable (por ejemplo, mantener relaciones sexuales con muchas personas), se trabajará en la distinción entre las consecuencias a corto y largo plazo.
- De esta forma, se pretende explicar el refuerzo, ya sea (1) positivo: obtengo algo, por ejemplo, reconocimiento social o (2) negativo: porque me desprendo de algo, por ejemplo, de tensión muscular acumulada. Estas conductas reforzantes evocan de manera instantánea alivio, sin embargo, normalmente van acompañadas de un posterior malestar que incrementa y perpetúa en el tiempo la problemática (por ejemplo, después de las autolesiones, quedan marcas en la piel que pueden provocar vergüenza o culpabilidad cuando son vistas por los adultos) (*50 mins*).
- Descanso (*10 mins*).
- A través de una lluvia de ideas, se apuntarán en una pizarra estrategias de actuación alternativas a las comentadas en la primera parte de la sesión, para que después, de forma individual, puedan puntuarlas en función de cuánto de afines creen que son a dichas opciones nuevas. Se mandará como tarea para la siguiente semana la sustitución de, al menos, una estrategia desadaptativa antigua por otra novedosa, buscando ampliar el repertorio de conducta de los pacientes (*45 mins*).
- Despedida y cierre del grupo (*15 mins*).

Módulo 5: Cómo me muevo a través de los demás.

Sesión 7

Objetivos específicos:

- Consolidar la identidad grupal.
- Fomentar el vínculo entre los usuarios.
- Educar en la aceptación y el respeto de lo diferente.

Desarrollo de la sesión:

- Algunos autores afirman que el sentido del yo o del *self* se forma mediante la observación de las reacciones de uno mismo y de las reacciones de los demás ante las propias acciones (Torres et al., 2009). Esto quiere decir que el trabajo en grupo, la puesta en común de las aficiones de cada uno, compartir gustos, preferencias, descubrir nuevos hobbies y demás puede ser un factor protector para adolescentes con una sentido de identidad débil.

Además, las relaciones sociales se asientan sobre una estructura de la identidad estable, una capacidad de regulación de las emociones, de expresión y de reconocimiento emocional tanto propio como ajeno. Por tanto, no sorprende que adolescentes con un perfil similar al que se encuentra en un Hospital de Día, por lo general, desarrollen relaciones sociales tan deficitarias.

- En esta sesión, más distendida que otras, los participantes compartirán con el resto un plato de comida que ellos mismos hayan elaborado. Este podrá ser típico de su zona o que decidan traer por ser uno de sus favoritos. En subgrupos más pequeños, explicarán los ingredientes y la elaboración. Posteriormente, los usuarios rotarán de manera que todos consigan pasar por los platos de los demás. Debido a la complejidad que existe para que todos los subgrupos finalicen a la vez, cuando hayan acabado con la temática de la comida podrán continuar con sus aficiones (45 mins).

- Descanso (10 mins).

- Es hora de probar los platos elaborados. Como si fuesen jueces de un concurso, valorarán los platos de sus compañeros y los puntuarán de manera que queden 3 ganadores (45 mins).

- La sala deberá quedar recogida y limpia después del almuerzo (5 mins).

- Despedida y cierre del grupo (15 mins).

Módulo 6: Pensamientos y creencias limitantes.

Objetivos específicos:

- Conocer cuáles son los errores de pensamiento e identificar cuáles de ellos cometemos con más frecuencia.

- Trabajar la técnica terapéutica de discusión cognitiva.
- Ayudar en la elaboración e integración de pensamientos alternativos.

Sesión 8

Desarrollo de la sesión:

- En la sesión 3, perteneciente al módulo 2, se resaltó el papel que tienen los pensamientos o interpretaciones que hacemos en las emociones que experimentamos ante una situación dada (ver **Gráfico 4. Esquema ABC de Terapia Cognitiva**).
- El propósito de la primera parte de la sesión es ayudar a reconocer a los adolescentes qué tipo de distorsiones cognitivas cometan. Para ello, primero deberán conocer todas las existentes. Se pedirá que al lado de cada tipo de distorsión anoten un ejemplo real que les haya ocurrido (50 mins).

Tabla 4

Distorsiones cognitivas

Tipo de distorsión	En qué consiste	Ejemplo
Sobregeneralización	Hago algo mal y lo generalizo a todas las situaciones que me pasan en la vida.	“Todo me sale mal”
Pensamiento dicotómico	Tendencia a evaluar en función de los extremos (todo – nada, siempre – nunca, blanco – negro).	“Nunca me quieras”
Inferencia arbitraria	Se llega a una conclusión sin que existan datos que la apoyen.	“Suspenderé el examen independientemente de lo que estudie”.
Catastrofización	Exageración de los defectos y errores de uno mismo.	“Es horrible! No puedo aguantarlo”.
Minimización	Consiste en quitarle valor a las fuerzas, aptitudes y logros personales.	“No valgo para nada”.
Abstracción selectiva (filtraje)	Se ignoran los aspectos positivos.	“La fiesta fue una mierda”

Personalización	Responsabilizarse de un acontecimiento negativo cuando no existen bases para hacerlo.
Adivinación	Hacer una predicción y luego convencerse de que es un hecho ya establecido. “No voy a poder con este nuevo trabajo”.
Lectura del pensamiento	Asumir lo que las demás personas están pensando o sintiendo (con poca o ninguna evidencia para sustentarlo). Leer la mente. “Seguro que lo hiciste para reírte de mí”.

- Descanso (*10 mins*).

- A continuación, se dotará a los participantes de la técnica de discusión cognitiva. A través de los cuatro criterios de racionalidad, se les guiará por un debate en el que ellos mismos decidirán si desean mantener ese pensamiento o si por el contrario prefieren ignorarlo (*25 mins*).

Las 4 preguntas que deberán formularse son:

- Criterio de objetividad: “*¿Qué pruebas o evidencias tengo de que lo que pienso es cierto?*”
- Criterio de intensidad: “*¿Estoy considerando mi perspectiva como la única posible?*”
- Criterio de utilidad: “*¿Este pensamiento es útil? ¿Me ayuda?*”
- Criterio de formalidad: “*¿Estoy cometiendo algún error de pensamiento? Por ejemplo, ¿estoy pensando en términos de todo o nada?*”

- Los psicólogos encargados de la sesión pondrán varios ejemplos de pensamientos negativos automáticos y se creará un debate en el que ensayar la herramienta adquirida (*20 mins*).

- Despedida y cierre del grupo (*15 mins*).

Sesión 9

Desarrollo de la sesión:

- Al inicio de esta sesión se pedirá a los pacientes que voluntariamente hagan una síntesis del contenido trabajado en la sesión 8. Debido a la novedad de los términos utilizados y a la posible falta de hábito en su uso, los compañeros que se presten harán un resumen y pondrán ejemplos de lo visto en la sesión anterior. El propósito es consolidar el aprendizaje (*30 mins*).
- La finalidad de generar pensamientos alternativos no estaría relacionada con la búsqueda de un positivismo irreal y utópico, si no con el entrenamiento de una habilidad llamada flexibilidad cognitiva. En este caso, la persona dejaría de tratar sus pensamientos negativos automáticos como verdades absolutas y se daría la oportunidad de ponerlos en duda. Solo cuando una persona se cuestiona sus pensamientos puede distanciarse de ellos y, por lo tanto, no ser arrastrado por la emoción a la que éstos le lleven (*15 mins*).
- Descanso (*10 mins*).
- Diseño de viñetas con el fin de dibujar un cómic en el que uno de los personajes le ayude a elaborar a otro, por medio de la discusión cognitiva, pensamientos alternativos que sean más adaptativos (*50 mins*).
- Despedida y cierre del grupo (*15 mins*).

Módulo 7: Agrupa.

Sesión 10

Objetivos específicos:

- Exponer conflictos del día a día.
- Fomentar el compañerismo a través de la propuesta de soluciones en grupo.
- Disminuir las interpretaciones amenazantes.
- Ofrecer herramientas grupales que puedan servir a nivel individual.
- Ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento.

Desarrollo de la sesión:

- Se deberá hacer una jerarquía de USAs (unidades subjetivas de ansiedad), donde 0 representa ausencia de ansiedad y 100 ansiedad extrema. Cualquier situación que esté por debajo de 60 USAs podrá ser expuesta ante los compañeros (*15 mins*).

- De manera individual, los adolescentes expondrán en el grupo una situación conflictiva o traumática. Dicha situación o recuerdo no deberá suponer unos niveles muy elevados de ansiedad para quien lo relata, pues correría el riesgo de sufrir un ataque de pánico en presencia de los demás y que esto desregulase emocionalmente al resto (35 mins. - *descanso 10 mins.* - 45 mins.)
- En esta actividad los mecanismos de defensa de cada individuo se verán alterados con cada una de las interacciones que se den entre los pares. El espacio terapéutico dará lugar a una representación social diferente a la conocida (el espacio familiar). Las creencias y estrategias de afrontamiento que mantienen los pacientes forman parte de su realidad y la realidad se mantiene a través de la interacción social, por ello, ésta última confirmará determinadas creencias y cuestionará tantas otras (Serebrinsky, 2012).

Enseñar otras construcciones de lo que nos pasa, especialmente a alguien que no se encuentra cómodo en algún aspecto de su vida, le permitirá absorber otras opiniones para adecuarse a ellas, reforzarse en las propias o preguntarse cuál es la más adecuada para adaptarse al ambiente (Serebrinsky, 2012).

Por tanto, se proporciona a los usuarios un amplio escenario de socialización donde, a parte de interactuar entre sí, con los líderes del grupo, con personas de diferentes estratos sociales, con miembros del sexo opuesto y del mismo, etc., también deberán encargarse de sus reacciones, aversiones, similitudes, envidias, miedos, atracciones o competitividad, entre muchas otras.

- Despedida y cierre del grupo (15 mins).

Módulo 8: Saltando vallas: análisis de las dificultades encontradas.

Objetivos específicos:

- Recoger el conjunto de barreras que los pacientes hayan identificado a lo largo del tratamiento.
- Poner en común posibles soluciones que beneficien a los afectados por dichas limitaciones.
- Imaginar dificultades que pueden encontrarse una vez que el grupo terapéutico se disuelva.

- Prevenir futuras recaídas reafirmando los conocimientos adquiridos a lo largo del programa de intervención.
- Rellenar los cuestionarios que corresponden a la fase de evaluación post-test.
- Despedir y cerrar el grupo de manera individual.

Sesión 11

Desarrollo de la sesión:

- Se hará una puesta en común con todos los “peros” que hayan encontrado en el transcurso de los 3 meses, con el fin de mejorar el programa de cara a posteriores intervenciones (20 mins).
- Hacer *brainstorming* con propuestas que permitan subsanar estas barreras es necesario para que el efecto de recencia sea positivo y no agridulce. Es importante poner sobre la mesa que los contactos hechos en el grupo y los vínculos creados podrán ayudar en el futuro cuando los pacientes abandonen el centro. Además, hacer un barrido rápido por las técnicas aprendidas favorecerá, tanto la consolidación de las mismas, como la capacidad de extrapolar su uso a otros contextos fuera del escenario grupal (20 mins).
- Descanso (10 mins).
- Compartir y crear un espacio donde puedan darse *feedback* los unos a los otros supondrá varias ventajas: (1) Por un lado, reforzará los avances y la evolución de cada paciente, con el peso añadido de que son los propios pares quienes lo comunican. (2) Por otra parte, también se identificarán mediante la crítica constructiva aquellas dificultades que cada uno sigue arrastrando pues, el fin de la intervención, no implica el fin de todas las dificultades. Probablemente, en la mayoría de casos se deberá seguir trabajando a nivel terapéutico. (3) Dirigirse a los compañeros supone un ejercicio de asertividad en el que entrenarán como expresar una opinión y cómo encajar una crítica constructiva (45 mins).
- Despedida y cierre del grupo (15 mins).

Sesión 12

Desarrollo de la sesión:

- En la evaluación final se llenarán los cuestionarios que hacen referencia a:

(1) Los objetivos individuales: consentimiento informado (Anexo 2), cuestionario sociodemográfico (Anexo 3), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI: Beck *et al.*, 1988) (Anexo 4), Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II: Beck *et al.*, 1996) (Anexo 5) y Batería de Socialización (BAS-3: Silva y Martorell, 1989).

Estos cuestionarios serán completados en los 3 grupos experimentales, tanto al inicio como en la clausura del programa.

(2) Los objetivos grupales: Test sociométrico (Barrasa y Gil, 2004) (Anexo 6) y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMSA: Zimet *et al.*, 1988).

(3) El cuestionario de satisfacción con el programa (Anexo 7) solo lo llenarán al finalizar la intervención los miembros del GE.

(50 mins).

- Descanso *(10 mins)*.

- En la última sesión, se pretende que cada miembro hable en primera persona sobre cómo se ha sentido en estos meses de tratamiento, expresando lo que le nazca al concluir esta etapa. Hacer un ejercicio de gratitud será importante para cerrar de una manera adecuada el grupo *(hasta finalizar)*.