

EFFECTIVIDAD DE UN GRUPO OPERATIVO EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL PÚBLICO

Este trabajo es un proyecto de investigación que se ha desarrollado en el CSM de Leganés, en colaboración con la universidad Rey Juan Carlos, entre abril de 2023 y abril de 2025. El objeto de estudio son los pacientes que participan en los grupos para trastorno mental común del CSM de Leganés. Son pacientes con clínica en la esfera neurótica, rasgos de personalidad desadaptativos, conflictos cronificados, ... El encuadre es en formato de corredor terapéutico, que implica un espacio grupal instaurado de forma estable, en el que cada integrante puede participar durante un tiempo delimitado (6 ciclos de 12 sesiones) y que periódicamente realiza sesiones de evaluación en las que algunos integrantes pueden irse de alta, e incorporarse otros nuevos.

OBJETIVO

Evaluar las modificaciones en variables clínicas, rasgos de personalidad y mecanismos de defensa en las integrantes del grupo

METODO

Estudio observacional prospectivo con recogida de variables sociodemográficas (edad, sexo), clínicas (seguimiento previo o llegada reciente al CSM, tratamiento farmacológico) y pasaje de escalas, antes de incorporarse al grupo (línea basal), y al terminar cada ciclo de 12 sesiones

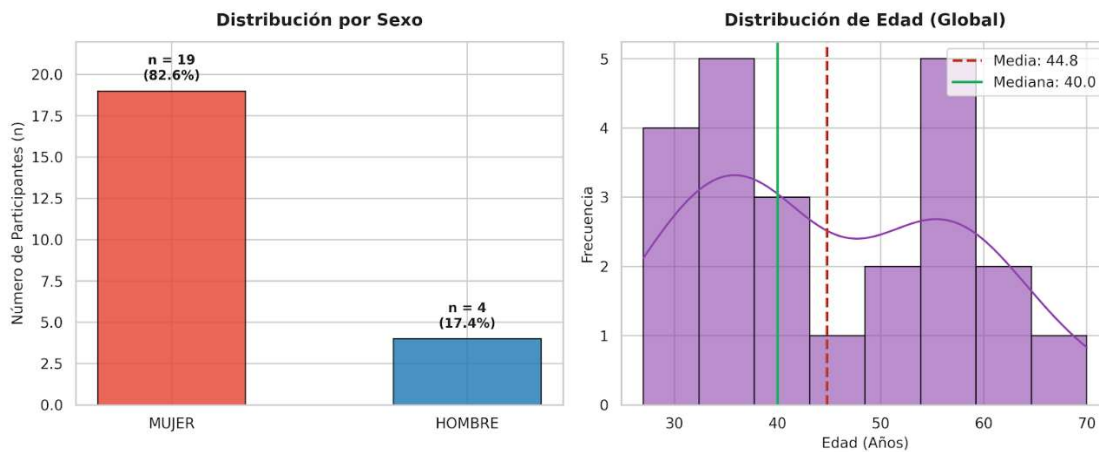
- Inventario de depresión de Beck
- STAI: escala de ansiedad estado/ rasgo.
- Inventario clínico multiaxial de Millon.
- Cuestionario de estilos defensivos de Bond: intento de aproximarse a una medición de los estilos defensivos mediante una auto evaluación de los derivados conscientes de los distintos mecanismos de defensa. Hay varias versiones, y distintas maneras de agrupar los estilos defensivos en función de análisis factoriales (defensas maduras/ neuróticas e inmaduras; patrones de acción desadaptada/ distorsión de imágenes/ autosacrificio/ patrón adaptativo)

RESULTADOS

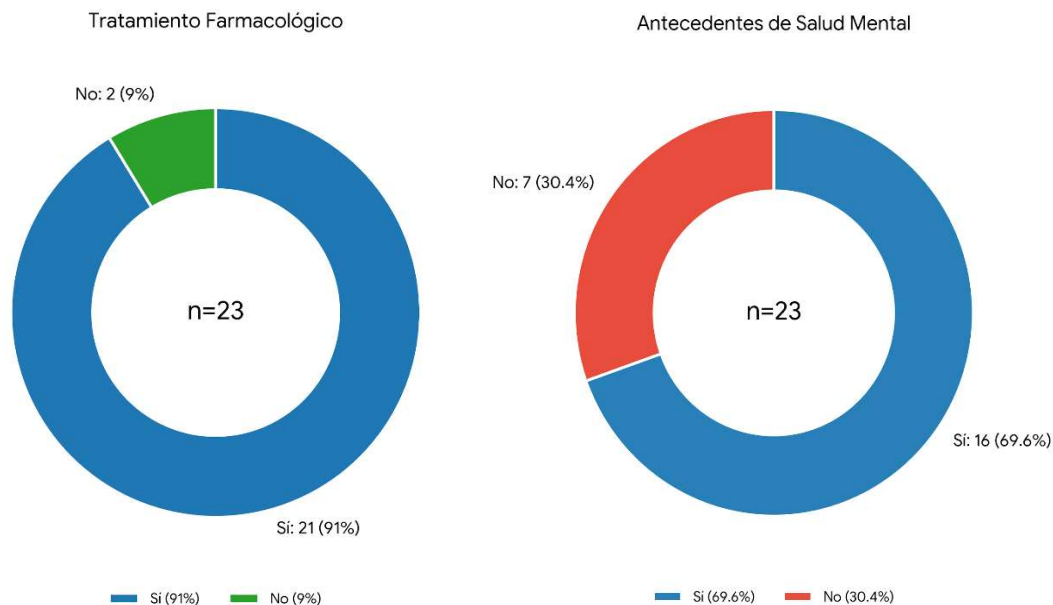
Descripción de la muestra

Esta dispositiva (ver PPT) ilustra cómo se recoge la muestra: la medida pre se toma en el momento en que un integrante se incorpora al grupo, independientemente del ciclo en el que entre.

Se exponen los datos de los 23 integrantes de los que tenemos medidas pre, post 1 y post 2.



La gran mayoría son mujeres, y aunque la media de edad es de 44,8 años, se observa una distribución bimodal con dos concentraciones de edad: un grupo joven/adulto joven (alrededor de los 30–38 años) y un grupo de adultos mayores (alrededor de los 55–62 años).

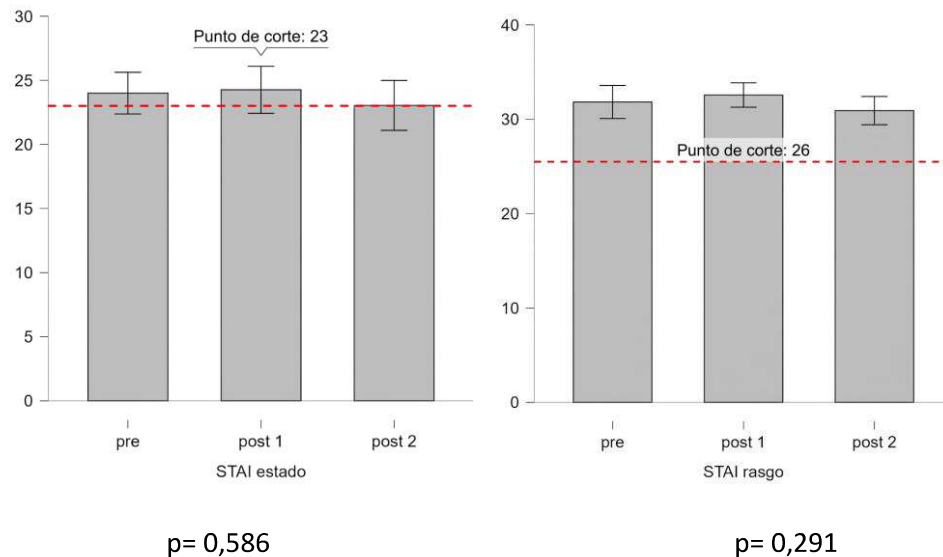


Prácticamente todas las pacientes recibían tratamiento farmacológico, un tercio entraron recientemente en el CSM y dos tercios llevaban un tiempo considerable en seguimiento individual, habiéndose atascado en su mejoría.

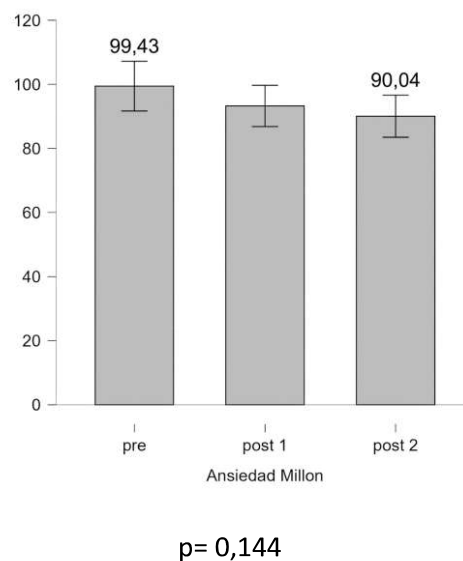
Resultados

VARIABLES CLINICAS: Ansiedad

STAI: El STAI mide dos aspectos: la ansiedad- estado, que es una condición transitoria y relacionada con un contexto. La ansiedad-rasgo, más relacionada con rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento. No aparecen variaciones relevantes en la variable “estado” ni “rasgo”.



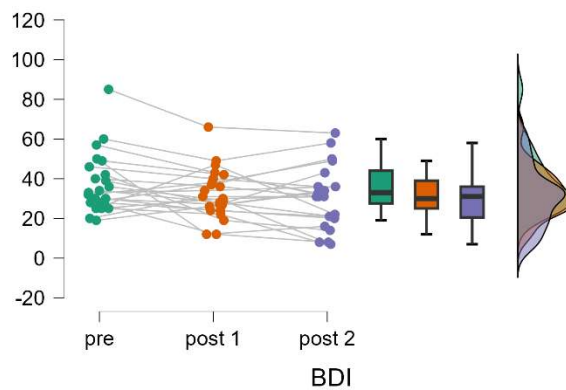
Item de Ansiedad Millon: entre la medición pre y post 2 se observa un descenso de 9,39 puntos, pero sin alcanzar significación estadística, lo que puede explicarse por el reducido tamaño muestral.



Aparecen discrepancias en las puntuaciones del STAI y del item de Ansiedad del Millon. Que el STAI solo muestre niveles "sobre el promedio" mientras el Millon alcanza TB = 100 suele indicar que el Millon está captando **sufrimiento subjetivo severo, comorbilidad con la personalidad o un sesgo de respuesta de desesperación/petición de ayuda**, más que una elevada activación neurovegetativa pura (que es lo que mejor pondera el STAI).

VARIABLES CLINICAS: Depresión

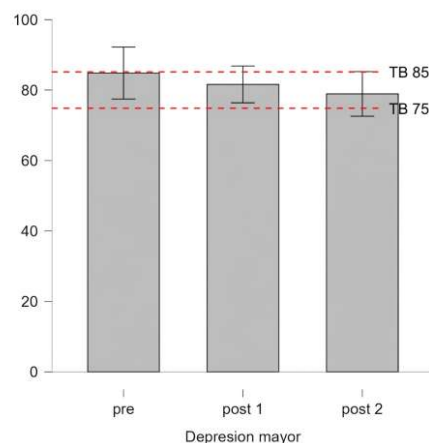
Inventario de depresión de Beck



$p = 0,034$

Se observa una disminución estadísticamente significativa de las puntuaciones del BDI, pasando de estar por encima del punto de corte de depresión grave, a rozar el umbral del rango de depresión moderada.

Depresión mayor Millon



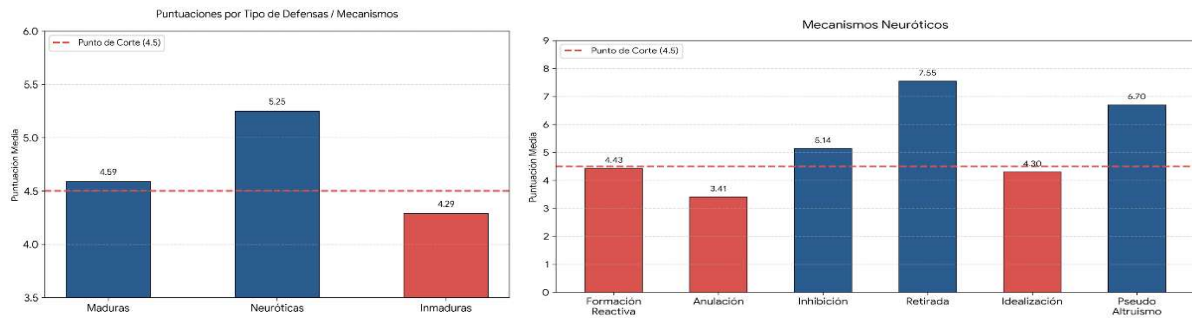
$p = 0,404$

En el ítem de depresión mayor del Millon se observa una reducción sostenida de las puntuaciones. En el Millon, una tasa de base de 75 implica que el atributo está presente, o que señala el nivel “tipo o rasgo de personalidad”, y una tasa de base de 85 implica un atributo prominente o un trastorno de personalidad. En el ítem de depresión mayor, pasamos de una tasa de base casi de 85 a una de 78,9. Es decir, las pacientes de esta muestra presentan clínica depresiva grave, en la que se aprecian reducciones progresivas, pero todavía en rangos de sufrimiento considerable.

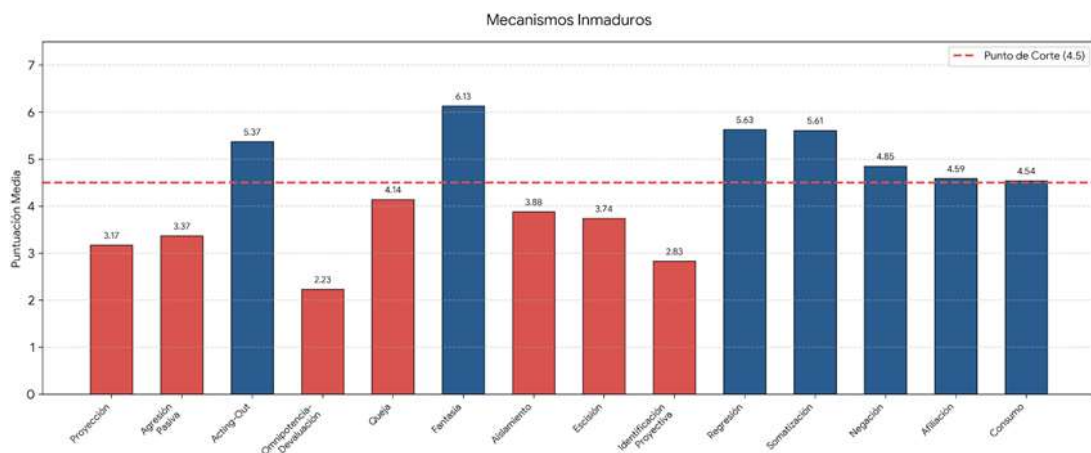
MECANISMOS DE DEFENSA

Dos cuestiones relevantes

1. Puntuaciones más prominentes: para valorar las puntuaciones del BDSQ, se considera que un mecanismo de defensa está presente si puntúa por encima de 4,5. La interpretación del resultado depende de a qué clúster pertenezca ese mecanismo de defensa. Es decir, las puntuaciones altas en proyección o escisión indicarán gravedad de la patología, pero en humor o sublimación, indicarán salud.

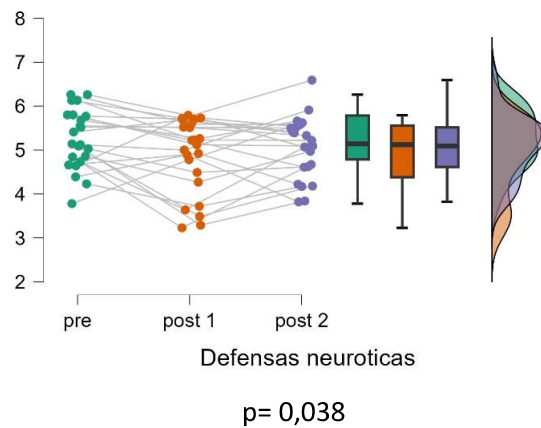


En nuestra muestra vemos predominio de defensas neuróticas, aunque hay una cierta preservación de mecanismos adaptativos.

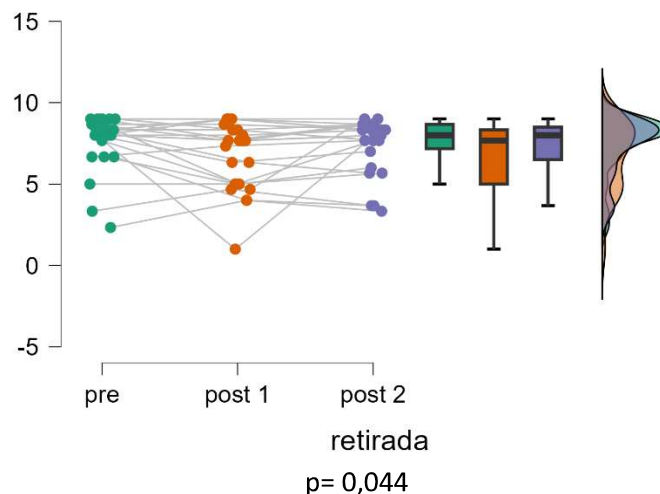


2. Variaciones relevantes

a. Se produce una disminución estadísticamente significativa en la categoría de **defensas neuróticas**, fundamentalmente entre el inicio y el primer corte (primeras 12 sesiones), que se estabiliza en el segundo ciclo

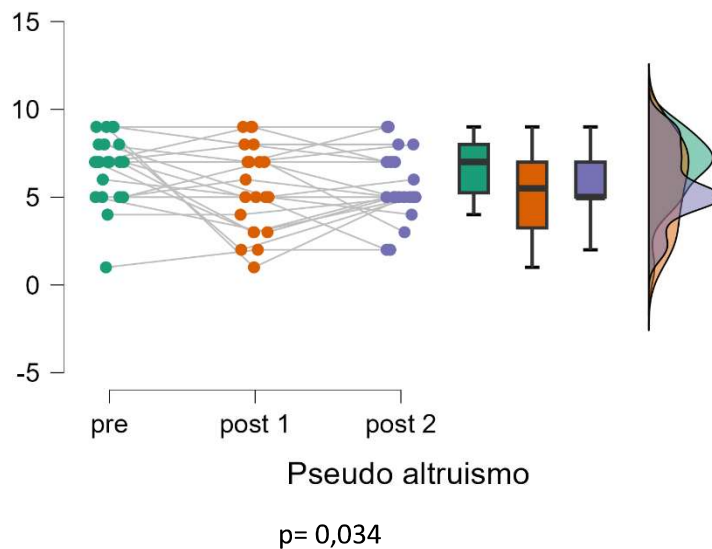


- En el ítem de *retirada* hay una disminución durante el primer ciclo y un pequeño repunte en el segundo ciclo, sin alcanzar significación estadística. Este mecanismo pertenece al clúster de “patrón de acción desadaptativa” y es uno de los componentes del mecanismo de negación. En su forma más primitiva, correspondería a una retirada de la atención del estímulo angustiante, parecido a una alucinación negativa. En las formas más elaboradas, y la manera en la que aparece en nuestros pacientes, se manifestaría como una retirada de las situaciones conflictivas. Dado que el patrón de acción desadaptativa responde a la incapacidad de los sujetos de manejarse con sus impulsos, lo interpretamos como una dificultad de nuestras pacientes de manejarse con su propia agresividad.



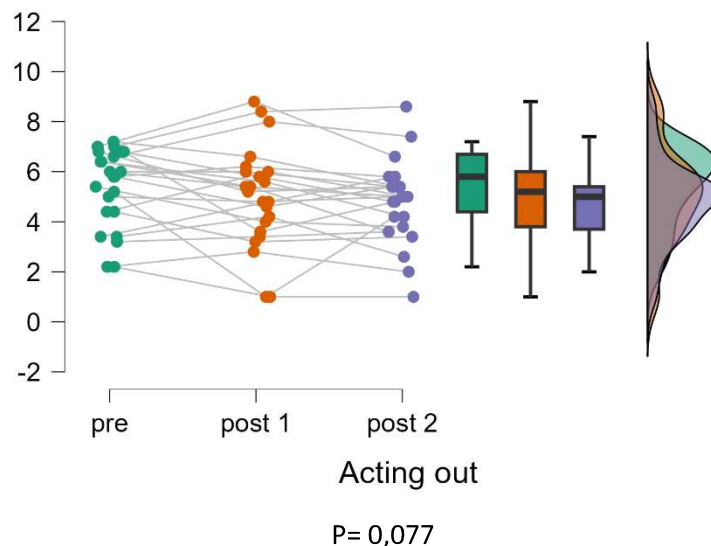
- El ítem de *pseudo altruismo* es el que revela las modificaciones más consistentes, con una disminución de casi un punto entre el pre y el post 2. Este mecanismo pertenece al clúster de “auto sacrificio”. Las personas que puntúan alto son personas con relaciones estables, aunque no necesariamente sanas (habitualmente con rasgos masoquistas), pero que son capaces de mantener un funcionamiento adecuado. Consultan en salud mental cuando sufren una pérdida y su patrón defensivo característico ya no puede contener su rabia

y su agresividad, entonces se deprimen. Las mujeres suelen recurrir más a este mecanismo de defensa que los hombres (Watson y Sinna, 1998).



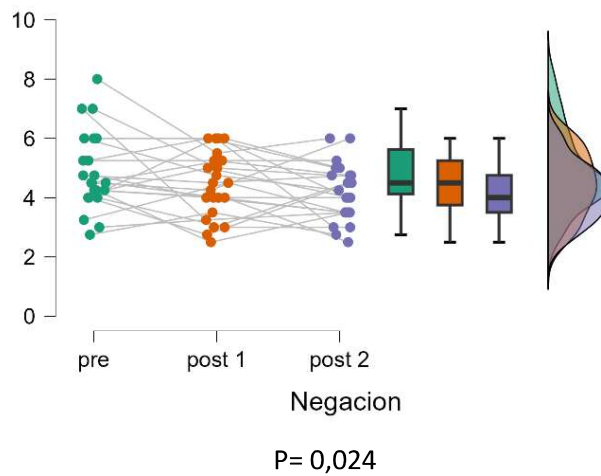
b. No aparecen diferencias significativas en el grupo de **defensas inmaduras** analizándolo como categoría global, pero sí vemos resultados relevantes en dos de los ítems:

- *Acting- out*, que, sin llegar a diferencias estadísticamente significativas, se observa una reducción progresiva de las puntuaciones que hablaría de la capacidad de contención del espacio grupal



- El mecanismo de *negación* muestra una reducción estadísticamente significativa, sobre todo durante el segundo ciclo, pasando además a estar por debajo del umbral de 4,5,

es decir, deja de estar presente como mecanismo de defensa relevante, lo que tiene que ver con el proceso de toma de conciencia e insight



CONCLUSIONES

1. Cambios clínicos: leve descenso de las puntuaciones en ansiedad, algo más llamativo en depresión, hablan de un efecto terapéutico relevante. La escasa significación estadística puede deberse al corto recorrido del grupo o al reducido tamaño muestral

2. Cambios en mecanismos de defensa: las integrantes se identifican en torno a lo que les hace iguales, se está construyendo la ilusión grupal. Este mecanismo de conexión con los otros permite ir flexibilizando el mecanismo de *negación*, así como reconocerse como necesitadas, en lugar de estar al servicio de las necesidades del otro, lo que se refleja en la disminución de las puntuaciones del ítem de *pseudo altruismo*. Sin embargo, todavía no se puede dar cabida al conflicto: los mecanismos que tienen que ver con el mal control de impulsos (*retirada, fantasía*) siguen estando en puntuaciones muy altas, lo que se interpreta como la existencia de una gran dificultad para poner la agresividad y el conflicto en juego.

3. Esto es relevante porque hay literatura que habla de las variaciones en los mecanismos de defensa como mediadores del cambio en psicoterapia.