

EXPERIENCIA GRUPAL CON ESQUIZOFRENICOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Estibaliz Aldama,¹ Concha Bolado,²

RESUMEN: Se describe el funcionamiento y evolución de un grupo de esquizofrénicos crónicos en un centro de salud mental. Se concluye que este tipo de actividad puede ser un complemento útil y factible del tratamiento psicofarmacológico de estos pacientes.

Palabras clave: Esquizofrenia. Terapia de Grupo. Ambulatorio.

ABSTRACT: This paper describes the characteristics and evolution of a group therapy with chronic schizophrenic patients in an outpatient setting. The conclusion is that this activity is useful and feasible when treating these patients together with psychopharmacologic treatment.

Key words: Schizophrenia. Group Therapy. Outpatient.

El tratamiento psicofarmacológico del paciente esquizofrénico, aunque útil e imprescindible para el control de los síntomas psicóticos y para la reducción de la vulnerabilidad a las recaídas, no parece, por el momento, tan eficaz a la hora de reducir los síntomas residuales cognitivos y los déficits sociales. Además, no supone un remedio eficaz para afrontar los conflictos y problemas de la vida diaria, ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Todo ello conduce a la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palíen las limitaciones de un abordaje exclusivamente psicofarmacológico.

Las intervenciones psicosociales son una serie de medidas dirigidas a minimizar la vulnerabilidad del paciente a las situaciones de estrés y a reforzar su adaptación y funcionamiento social. Estas intervenciones pueden, por tanto, aportar beneficios adicionales en áreas como la prevención de recaídas, adquisición de habilidades sociales y adecuado funcionamiento social y ocupacional.

Hasta los años 80 se contaba con poca evidencia que sostuviera que los tratamientos psicosociales incidían en el curso de la esqui-

zofrenia. Hoy contamos con estudios que pueden informarnos sobre su eficacia y orientarnos a la hora de integrar las intervenciones psicosociales en los cuidados globales del paciente esquizofrénico. La elección de un abordaje u otro va a estar determinada tanto por el paciente, su condición clínica, sus necesidades, capacidades y preferencias, como por los recursos existentes en un momento dado (Consenso Español sobre evaluación y tratamiento de la Esquizofrenia, 1998).

La revisión de la literatura sugiere que la psicoterapia de grupo es tan efectiva o más que la psicoterapia individual para muchos pacientes esquizofrénicos crónicos (Lamberti, 1995; Kanas, 1996).

Como en la psicoterapia individual, una variedad de modelos pueden desarrollarse bajo el formato grupal, incluyendo abordajes psicoanalíticos, interpersonales y educativos, así como también terapias de entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de autoayuda.

Una clasificación operativa simple de las psicoterapias grupales más clásicas, clasifica las intervenciones en tres grandes grupos. El pri-

mero, los “orientados a la interacción”, tiene como principal objetivo mejorar la capacidad de los pacientes para relacionarse con los otros, a través del aquí y ahora de la interacción de los miembros del grupo y la discusión de sus problemas personales y sus posibles soluciones.

En el segundo grupo, “orientado al insight”, el principal objetivo es mejorar el autoconocimiento del paciente a través de la exploración de los aspectos evolutivos y dinámicos mediante técnicas de desvelamiento e interpretación de la transferencia.

Los datos sugieren que los grupos “orientados a la interacción” se muestran más efectivos que los “orientados al insight” en la psicoterapia de grupo de pacientes esquizofrénicos (Kanas, 1996; Consenso Español sobre evaluación y tratamiento de la Esquizofrenia, 1998). La terapia de grupo parece particularmente apropiada para enseñar habilidades en relaciones interpersonales y de afrontamiento y para aportar una red social de apoyo de la que los pacientes esquizofrénicos con frecuencia carecen. Además de esto, muchos pacientes pueden aceptar con más facilidad las observaciones sobre su conducta y sus síntomas procedentes de otros miembros del grupo que de los terapeutas. La terapia de grupo es también una manera rentable de vigilar la aparición de síntomas prodrómicos en los pacientes (Lamberti, 1995; Atkinson, 1996; Kanas, 1996).

Al dirigirse a los déficits sociales e interpersonales en la esquizofrenia, la terapia grupal debería focalizarse en la resolución de problemas, planificación de objetivos, interacciones sociales y manejo de la medicación y de los efectos secundarios, más que en alcanzar el insight (Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, 1997). En contraste con las reglas que se aplican a los grupos de orientación psicoanalítica, al dirigir grupos de psicoterapia con pacientes esquizofrénicos se requiere flexibilidad. Por ejemplo, la individualización en los pactos de asistencia, permiso para el contacto entre los miembros del grupo fuera de las sesiones, y

un menor uso de la confrontación. Por otra parte, la terapia grupal que pretenda ser efectiva con estos pacientes requiere un elevado grado de actividad y estructuración por parte del terapeuta (Lamberti, 1995; Kanas, 1996). Aunque no existe un consenso claro con respecto a cual sería el formato óptimo de la psicoterapia de grupo para los pacientes esquizofrénicos, Malm en 1990 propuso algunas directrices útiles:

- Los métodos y los objetivos del grupo deberían ser claramente explicados a los participantes antes de su entrada en el grupo.
- El grupo debería estar formado por un número de hasta ocho pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, incluyendo al menos dos de cada sexo.
- Se debería permitir a los pacientes integrarse en el grupo durante su progreso o tras una recaída.
- Se debería promover que todos los pacientes notificaran al grupo, con antelación, si no pueden asistir a una sesión, y siempre se debería informar al grupo del motivo por el que alguien se encuentra ausente.
- Los pacientes deberían sentarse en círculo, en una habitación sin mesa en el medio y, si es posible, debería usarse siempre la misma habitación.
- Los grupos se reunirían en sesiones de 60 minutos una vez por semana.

Al igual que ocurre con la psicoterapia individual, los pacientes en psicoterapia de grupo también deberían recibir una farmacoterapia adecuada para conseguir unos resultados óptimos. En un estudio de 2 años bien controlado llevado a cabo por Malm, los esquizofrénicos que recibían una combinación de terapia de grupo orientada hacia la comunicación, neurolépticos depot y adiestramiento en habilidades sociales demostraron una mejoría significativamente mayor en la sintomatología y en el funcionamiento social que aquellos que recibieron solamente neurolépticos depot y adiestramiento. Los resultados del estudio de

Malm también plantearon cuestiones sobre la duración más adecuada de la psicoterapia grupal. Ya que el propósito fundamental de la psicoterapia grupal en la esquizofrenia es el de dirigirse a los déficits sociales e interpersonales, un tratamiento continuado, sin límite en el tiempo, puede ser el más beneficioso. Se puede disminuir la frecuencia de las sesiones (por ejemplo, ser quincenal, mensual) en las etapas posteriores del tratamiento.

Aunque los grupos de psicoterapia sean la modalidad básica de tratamiento, puede hacerse uso de sesiones individuales cuando sea necesario. Para muchos pacientes, la terapia de grupo es, al menos, igual de eficaz clínicamente que el tratamiento individual; más aún, la terapia de grupo es más rentable. Como ocurre con la individual, la terapia de grupo debería de estar incluida en un abordaje terapéutico general, lo que implica un sistema de asistencia integrado (Lamberti, 1995). En nuestro medio, es bien conocida la experiencia del equipo del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto en grupos psicoeducativos en los que se implica a pacientes y familiares (Eguíluz, 1987; 1998). En el ámbito ambulatorio, tenemos constancia de experiencias similares a la nuestra llevadas a cabo en Centros de Salud Mental de Osakidetza, aunque su práctica no está generalizada.

Con estas evidencias en la mano, nos planteamos iniciar un grupo, de los llamados “orientados a la interacción”, de esquizofrénicos crónicos, con los mayores déficits de interacción social, laboral y educacional del conjunto de psicóticos en tratamiento en el Centro de Salud Mental de Ercilla en Bilbao. Eran pacientes que no se había conseguido que participaran en otras actividades encaminadas a su rehabilitación psicosocial en la red.

Nos fijamos unos objetivos limitados dadas las características de los pacientes:

- aumentar, aunque fuese mínimamente, sus posibilidades de interacción social,
- mejorar sus conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento,
- ampliar sus hábitos de higiene y cuidado

personal,

- movilizarlos, si fuese posible, hacia otros recursos de rehabilitación psicosocial con objetivos más ambiciosos.

En el presente trabajo pretendemos describir el tipo de pacientes que incluimos en el grupo así como el funcionamiento y evolución del mismo. Intentamos transmitir una experiencia de trabajo grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos en el ámbito de un centro de salud mental de la red pública de Osakidetza.

Material y métodos

Los pacientes fueron remitidos por los psiquiatras referentes para valoración tras haberles planteado la posibilidad de participar en el grupo. La valoración de los casos se hizo conjuntamente entre los referentes y las dos conductoras del grupo, una psiquiatra y una DUE especialista en Salud Mental.

En la entrevista previa a la entrada se realizó una recogida de datos sobre su historia clínica, situación familiar, laboral y social. Se les administraron los siguientes cuestionarios: PANSS (Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia, de Andreasen), según el manual de Cuesta y Peralta (Cuesta), y la Escala de Calidad de Vida, de Heinrich, Hanlon y Carpenter (1984), versión española de A. Rodríguez Fornells y cols., de 1992 (Bobes, 1995). Además, se tuvo una entrevista con algún miembro de la familia que nos ayudó a completar la valoración.

En la valoración de enfermería se tuvieron en cuenta las peculiaridades de la evaluación del paciente crónico. Esta tiene como objetivo elaborar un plan individual de rehabilitación. Para ello, la evaluación se debe centrar en los aspectos funcionales del paciente.

A la hora de evaluar el nivel funcional hay que valorar adecuadamente el grado de deterioro producido por la enfermedad. Ningún paciente psiquiátrico crónico sufre un deterioro uniforme en su funcionamiento.

El objetivo de todo plan de rehabilitación no es curar sino paliar en lo posible el efecto

negativo del deterioro funcional sufrido, con el fin de conseguir la mayor adaptación posible al medio social donde el individuo se desenvuelve.

Hay una serie de características generales que toda evaluación de un paciente crónico debe cumplir. En primer lugar, la evaluación debe ser multidisciplinar. La rehabilitación de un individuo abarca un espectro tan amplio de áreas que es imposible que un sólo profesional pueda evaluar a un paciente. Así, por ejemplo, el psiquiatra puede contribuir con una valoración del estado físico y mental del sujeto y la enfermera con la recogida de datos, diagnóstico de enfermería, planificación de objetivos y ejecución de objetivos.

Principales áreas que toda evaluación de un paciente crónico debe cubrir:

1. Situación general:

1.a.- Cuidado personal, alojamiento, habilidades domésticas, actividades de la vida diaria

1.b.- Nivel de estudios, actividad financiera de la persona.

1.c.- Habilidades que se deben poseer en un entorno urbano para poder sobrevivir.

2. Grado de integración social, funcionamiento social y apoyo familiar:

2.a.- Conocer la capacidad de funcionamiento a nivel social, uno de los aspectos más afectados en los pacientes psiquiátricos crónicos.

2.b.- Analizar el funcionamiento de la familia, los roles de cada miembro, la relación del paciente con los mismos, conflictos familiares, el grado de comunicación verbal y emocional, disposición de la familia a colaborar en el plan de rehabilitación. Es necesaria una relación fluida entre la familia y el equipo evaluador para poder acceder a información muy detallada sobre los hábitos y recursos del paciente, además de conseguir unos aliados inestimables en el proceso rehabilitador.

3. Trabajo, ocupación y tiempo libre.

Para dotar al paciente de habilidades de búsqueda de empleo y de emprendimiento es

necesaria una evaluación correcta que evite fracasos en el trabajo.

En cuanto al tiempo libre, debemos considerar que el acceso a este tipo de actividades en estos pacientes suele estar limitado por condiciones de orden económico y por hábitos. No hay que infantilizar el ocio, como a veces ocurre.

Hay que valorar los gastos del paciente junto con las posibilidades del entorno.

4. Motivación y actitudes.

Se trata de valorar la actitud del paciente frente a su enfermedad y dificultades que experimenta. Hay que delimitar el grado de conocimiento por parte del paciente de sus limitaciones, el deseo del mismo de modificar su situación, la actitud hacia la medicación u otros tratamientos, etc.

También es importante valorar el trasfondo cultural del paciente, su historia pasada, concepciones morales y religiosas que puedan afectar al desarrollo del programa.

En resumen, una correcta evaluación del paciente crónico debe ser multidisciplinar, meticulosa y rigurosa en los planteamientos y, sobre todo, debe abarcar la globalidad de la vida del paciente para incrementar su calidad de vida con el fin de integrarlo, en la medida de lo posible, al entorno social que mejor cubra sus necesidades (Aldaz, 1994).

Resultados

Se trata de un grupo formado por nueve pacientes esquizofrénicos crónicos, seis mujeres y tres hombres, con una edad media de 39 años (el más joven de 27 y la mayor de 68 años), tres casadas y el resto solteros. Todos menos dos cobran una pensión de incapacidad (ninguno trabaja) y tienen un nivel socioeconómico medio-bajo.

El tiempo medio de evolución de su enfermedad es de 15 años, con una media de dos ingresos psiquiátricos previos y 10 años de tratamiento en el centro de salud mental de Ercilla.

En la evaluación previa a la inclusión en el grupo, obtuvieron una puntuación media en la PANSS de 81 (desviación estándar de 12), con un predominio de puntuación en la subescala de síntomas negativos. En cuanto a la escala de calidad de vida, puntuaron una media de 50 (desviación estándar de 22), lo cual nos habla de una gran variabilidad dentro de los miembros del grupo en este aspecto.

Los pacientes continuaban manteniendo contacto con sus psiquiatras de referencia, recibían todos tratamiento antipsicótico y estaban compensados en el momento de su inclusión en el grupo.

La frecuencia de las sesiones era quincenal, de una hora de duración, y conducido por una DUE especialista en salud mental y una psiquiatra. Esta tuvo que dejar el grupo en Febrero de 1997, por lo que el grupo fué conducido desde entonces por la enfermera.

Las sesiones se iniciaron en Noviembre de 1996 y terminaron en Junio de 1998. Durante ese tiempo sólo un paciente tuvo que abandonar el grupo por descompensación que precisó ingreso psiquiátrico, no volviendo a reincorporarse al grupo. El resto de pacientes tuvieron una media de cuatro sesiones a las que no asistieron, avisando previamente la mayoría de las veces, como se habían comprometido al inicio.

Las sesiones se realizaban en la sala de grupos del centro, sentados en círculo. El último cuarto de hora de cada sesión se dedicaba a tomar café que los propios pacientes, por turnos, preparaban. En ese rato, se celebraban además los cumpleaños.

Dentro de las actividades del grupo se realizaron también salidas fuera del centro, tanto sociales como culturales (visita a museos, al metro para conocer su manejo, etc.).

Hubo en la mayoría de las sesiones un espacio dedicado a hablar de la enfermedad y su tratamiento y, paulatinamente, eran los propios pacientes quienes planteaban cuestiones al respecto y reforzaban al resto sobre la importancia del cumplimiento terapéutico.

Se reforzaban los hábitos de higiene, tanto por

parte de los conductores como de algunos pacientes, y se apreció una notable mejoría en el cuidado y aspecto personal.

Cuatro pacientes han podido integrarse en actividades y talleres encaminados a la inserción laboral (Fundación Eragintza y Bizitegi). Todos siguen en contacto con la enfermera conductora del grupo y continúan en tratamiento psiquiátrico en el centro.

Discusión

Pensamos que los objetivos que nos fijamos al inicio del grupo se han cumplido. Además de conseguirse una buena cohesión del grupo, algunos de los pacientes organizaban sus propias salidas entre ellos (cine, paseos, visitas culturales) a medida que avanzaron las sesiones y que todavía hoy mantienen.

El grado de satisfacción de los pacientes ha sido elevado, lo cual queda demostrado por el alto nivel de participación así como por los comentarios recibidos de pacientes y familiares.

A pesar de las limitaciones del presente trabajo, que sólo pretende ser descriptivo de una de las actividades que se realizan con pacientes psicóticos crónicos en el centro de salud mental de Ercilla, pensamos que se puede concluir que es factible y útil desde el punto de vista terapéutico una actividad grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos con unos objetivos limitados. Dada la sobrecarga asistencial que hay en los centros de salud mental de la red pública, éste puede ser un complemento al seguimiento individual de estos pacientes favoreciendo además su interacción social y sirviendo como detector de posibles recaídas. En unos dispositivos de salud mental ambulatorios donde, cada vez más, es la patología leve la que demanda más atención, no debemos olvidar las necesidades, muchas veces no expresadas ni reivindicadas, de los pacientes más graves. Todo esto nos debe obligar a pensar en actividades que se adapten a este tipo de pacientes y no pretender que sean ellos los que se amolden a los dispositivos existentes.



Agradecemos al equipo de salud mental de Ercilla su colaboración, al Dr. Iñaki Eguíluz sus comentarios y, a Fabiola, del CSM de Arambizkarra de Vitoria-Gasteiz, su orientación y apoyo cuando iniciamos esta experiencia.



¹ Hospital de cruces.

² CSM Ercilla. C/ Ercilla, 4. 48009 BILBAO.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldaz, J.A.; Sánchez, M. Rehabilitación Psiquiátrica. En: *Manual de entrevista psiquiátrica*. Quemada Ubis J.I. 1994. Editorial Libro del Año S. L.
2. Atkinson, J.M.; Coia, D.A.; Gilmour, H.; Harper, J.P. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Brit. J. of Psychiatry* 1996; 168: 199-204.
3. Bobes, J.; Gonzalez, G.; Portilla, M.P.; Bousoño, M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. J.R. Prous Editores. 1995.
4. Consenso Español sobre evaluación y tratamiento de la Esquizofrenia. Sociedad Española de Psiquiatría. 1998.
5. Cuesta, M.; Peralta, V. *Manual de puntuación de la PANSS*. Versión española.
6. Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. American Psychiatric Association, 1997.
7. Eguíluz, I. *Evolución actitudinal y clínica de pacientes esquizofrénicos a través de su participación en grupos de medicación*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco, 1987.
8. Eguíluz, I.; González Torres, M.A.; Muñoz, P.; Guadilla, M.; González, G. Evaluación de la eficacia de los grupos psicoeducativos en pacientes esquizofrénicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1998; 26(1): 1-6.
9. Eguíluz, I.; González Torres, M.A.; Muñoz, P.; Anguiano, J.B.; Fernández Rivas, A. Grupos psicoeducativos en esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría* 1998; 14: 42-49.
10. Heinrichs, D.W.; Hanlon, T.E.; Carpenter, W.T. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 1982; 10: 388-398.
11. Kanas, N. Group therapy for schizophrenic patients. 1996. *American Psychiatric Press*, Inc.
12. Lambert, J.S.; Herz, M.I. Psicoterapia, adiestramiento en habilidades sociales y rehabilitación profesional en la esquizofrenia. En: *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*, 1995. Eds. Shriqui C.L. y Nasrallah H.A. EDIMSA SA.