

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PACIENTES PSICÓTICOS Y NO PSICÓTICOS EN UNA U.S.M.

Carmen López León¹ y Silvia Vilar Amorós²

RESUMEN Nos planteamos organizar una actividad grupal, con pacientes crónicos, con más de dos años de evolución de su patología, de edades comprendidas entre los 25 y los 35 años, aproximadamente, con la circunstancia de que los criterios diagnósticos fueran heterogéneos. La idea de constituir un grupo heterogéneo en cuanto a diagnóstico, nos viene dada por la constatación de que los trastornos de personalidad graves son tan incapacitantes como los trastornos psicóticos y, sin embargo, no están contemplados, en cuanto a recursos en el ámbito de la comunidad como estos últimos.

INTRODUCCIÓN

En el año 1997 realizamos en la U.S.M. del área 12 del Servei Valencià de Salut una primera experiencia de Terapia de Grupo para pacientes psicóticos jóvenes, cuyos resultados fueron positivos, tanto en lo que se refiere a la integración laboral de varios de aquellos participantes, como al grado de satisfacción expresada por los propios pacientes y sus familias, en relación a dicha actividad.

*Este trabajo fue publicado, en su día, en la revista *Psiquiatría Pública* (vol. 10, 1.- 1998).*

A partir de aquel trabajo, nos planteamos, en esta ocasión, organizar un nuevo grupo, igualmente con pacientes crónicos, con más de dos años de evolución de su patología, de edades comprendidas entre los 25 y los 35 años aproximadamente, pero con la circunstancia de que los criterios diagnósticos fueran más heterogéneos.

La idea de constituir un grupo heterogéneo en cuanto a diagnóstico, nos viene dada por la constatación de que los Trastornos de Personalidad graves son tan incapacitantes como los trastornos psicóticos, y, sin embargo, no están contemplados, en cuanto a recursos en el ámbito de la comunidad como estos últimos.

Centraremos el contenido de este artículo en los criterios que hemos seguido para plantear la actividad, en la selección de pacientes y en los objetivos que nos proponemos alcanzar, toda vez que la evolución del grupo todavía no puede aportar conclusiones.

Las sesiones corren a cargo de la psiquiatra tratante habitual de los pacientes y la D.U.E. de la Unidad que mantie-

ne con ellos un vínculo basado en la administración de tratamientos depot, en algunos casos, y atención telefónica y/o presencial, en un primer nivel, a las demandas no programadas,

Selección de pacientes

Los criterios específicos de selección son difíciles de definir. No se ha comprobado en la práctica que elegir a los pacientes tan sólo en base a su diagnóstico en el Eje I sea más fiable en cuanto a mantenimiento del contrato terapéutico y motivación para la participación en la terapia.

Es por ello por lo que, el grupo, se ha constituido basándonos más en la evaluación de la psicodinamia del paciente, que en el diagnóstico, lo que nos permite una comprensión más global del nivel de funcionamiento en la vida cotidiana, que es, en último caso, uno de los objetivos a mejorar en la terapia.

Los pacientes, dada la larga evolución de su patología, nos son muy conocidos por haber trabajado con ellos en consulta individual durante más de dos años, por lo que podemos conjeturar, con cierta seguridad, cuál va a ser su actuación en el grupo.

Por otro lado, es importante destacar el entorno clínico en el que nos movemos. No podemos dedicar más de un día a la semana para el grupo. Todos son pacientes ambulatorios en los que no se espera una descompensación, pero, todos son, también, pacientes no integrados en ninguna actividad ocupacional.

¹Psiquiatra de la USM - ²DUE de la USM

Gráfico 1.

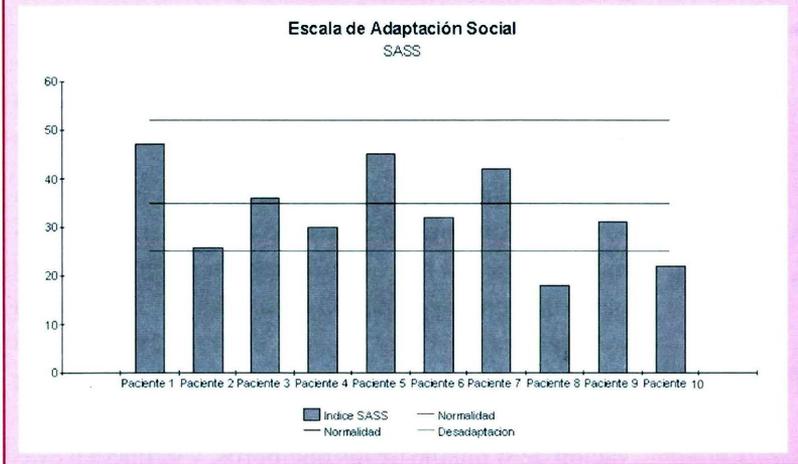


Gráfico 2.

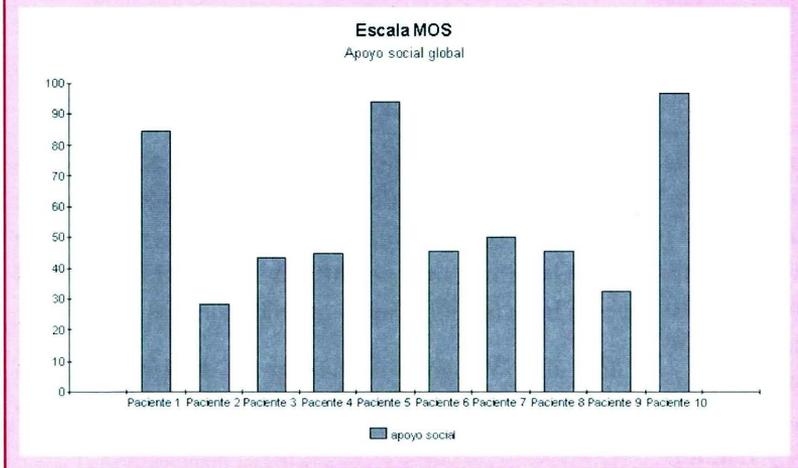
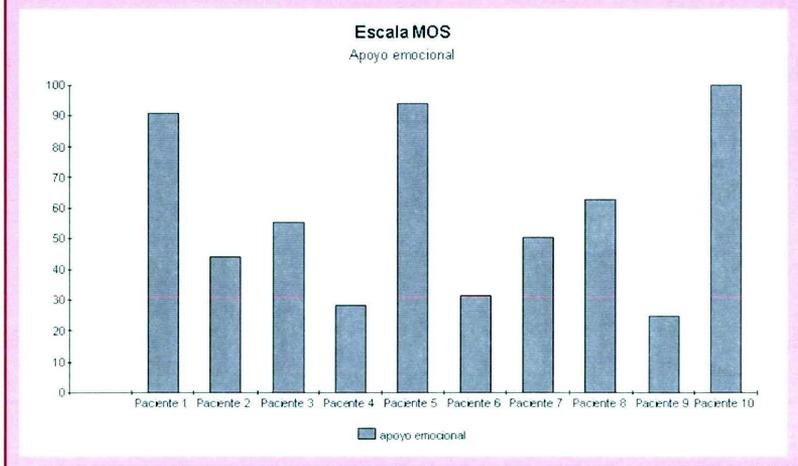


Gráfico 3.



El grupo está formado por diez pacientes, cinco hombres y cinco mujeres afectos de patología psicótica afectiva y esquizofrénica con escaso deterioro cognitivo, y de trastornos de personalidad graves, con deterioro importante a nivel sociolaboral y familiar. Todos conviven con sus familias de origen, y no tienen pareja estable. Se les ha informado del proyecto, solicitando su participación en el mismo, y se les exige compromiso formal de asistencia, ya que se constituye como grupo cerrado.

Previamente a la formación del grupo han respondido a dos cuestionarios autoadministrados, el MOS (Social Support Survey) y el SASS (Escala de Adaptación Social).

El Cuestionario MOS, desarrollado en 1991 a partir de los datos del estudio MOS, que llevaba a cabo un registro de dos años con patologías crónicas, mide el apoyo social explorando el llamado “apoyo estructural”, tamaño de la red social, y el “apoyo funcional” o percepción del apoyo.

La Escala SASS explora el funcionamiento del individuo en distintas áreas: trabajo, familia, ocio, relaciones sociales y motivación/intereses. El análisis factorial encuentra tres componentes principales: conducta social, comportamiento centrado en sí mismo o en el grupo y extroversión/introversión.

Ofrecemos los gráficos correspondientes al grupo de pacientes :

Gráfico 1: Puntuación SASS

Gráficos 2 al 6: Puntuaciones MOS global y subescalas.

Como puede observarse en los gráficos respectivos, no se establece un perfil diferenciado de los Trastornos

de Personalidad y de los Psicóticos, en cuanto a adaptación y soporte social.

A efectos de comprensión de los gráficos reseñamos aquí los criterios de cada sujeto:

- Paciente 1: mujer, T. Esquizofrénico
- Paciente 2: mujer, T. Bipolar
- Paciente 3: mujer, T. Límite de la personalidad
- Paciente 4: mujer, T. Esquizoide de la personalidad
- Paciente 5: mujer, T. Esquizoafectivo
- Paciente 6: varón, T. Esquizoide de la personalidad
- Paciente 7: varón, T. Esquizofrénico
- Paciente 8: varón, T. Límite de la personalidad
- Paciente 9: varón, T. Obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Paciente 10: varón, T. Esquizofrénico

Objetivos

Los objetivos a alcanzar nos movieron también a diseñar un grupo heterogéneo. En primer lugar, queremos abordar la **conciencia de enfermedad**. Es este aspecto uno de los fundamentales, en la práctica clínica, cuando nos enfrentamos a pacientes jóvenes, pero ya crónicos. El planteamiento grupal se hace en este caso para presentar una perspectiva realista de su situación, ayuda a asumir el rol de **enfermo**, a partir del cual se generan conflictos interpersonales y familiares, y se obtiene una aceptación mayor de la situación particular en concreto.

Inmediatamente a este objetivo y en relación directa con él, nos planteamos la **aceptación del tratamiento farmacológico**. Los pacientes expresan abiertamente su desconfianza y reserva a la medicación y a que ésta sea de por vida. En el grupo, el nivel de aceptación del tratamiento varía de unos pacientes a otros, con lo que se obtiene un saludable intercambio de opiniones, a la vez que se propicia el ofrecer información y desmon-

tar mitos en relación a los psicofármacos. El abordaje grupal de la medicación, disminuye la resistencia del paciente a la toma de la misma y fomenta el compromiso de prevenir recaídas, debido al mayor conocimiento que se obtiene en relación a los síntomas y a los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.

Consideramos esencial también el que los pacientes adquieran un **conocimiento de sus recursos personales en base a sus estructuras de personalidad y patología con expectativas realistas de adaptación sociolaboral**. En este aspecto el grupo heterogéneo funciona proporcionando un adecuado feedback interpersonal, que compensa la deficiente autoobservación de sí mismo de los miembros, y se pueden evaluar las conductas maladaptativas dentro del grupo, para reorientarlas y corregirlas.

Hay que trabajar sobre su situación actual, pero también sobre aquellas experiencias vividas en otros grupos, especialmente el familiar.

Realizaremos también **entrenamiento en habilidades sociales**, en lo que el grupo heterogéneo favorece la identificación de los miembros más regresivos con los más saludables, posibilitando un crecimiento del yo en base al modelado y aprendizaje interpersonal.

Por último queremos analizar las **dinámicas familiares**, teniendo previstas, según el desenvolvimiento del grupo, sesiones conjuntas con las familias.

Gráfico 4.

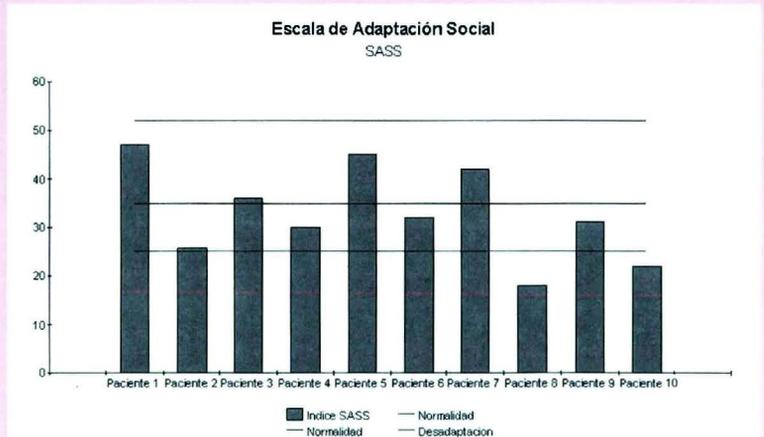
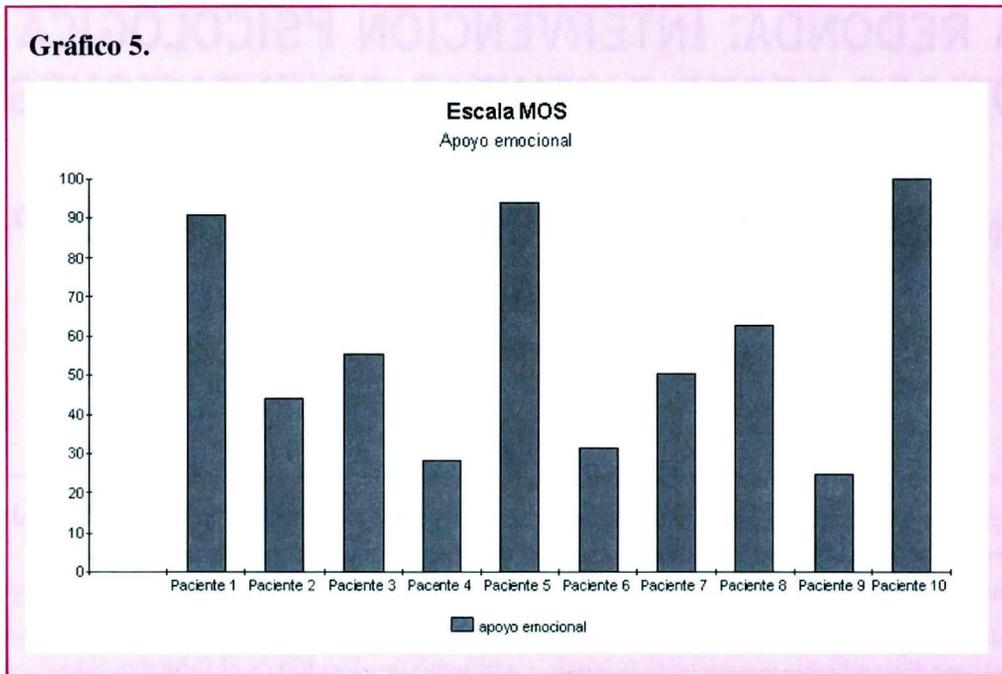


Gráfico 5.



Técnicas

Las modalidades técnicas que nos proponemos utilizar son de tres tipos, estructuradas dentro de una misma sesión: directiva, conductual y psicodinámica.

La primera parte de la sesión es fundamentalmente **directiva o educativa**, ofreciendo información sobre un tema propuesto, y tratando de que los participantes aporten asimismo material para ampliar conocimientos sobre el mismo. A tal efecto, disponemos de un panel donde insertar recortes de prensa, artículos, noticias, etc. que sirva de vehículo de transmisión de las aportaciones.

Tras un breve descanso introducimos una actividad más **conductual** en la que, a partir de juegos de roles, escenificación, técnicas de resolución de problemas, etc., se mejoren las habilidades sociales.

En ambas etapas se procede a la **interpretación psicodinámica** de los patrones de conducta de los pacientes, analizando sus interrelaciones, alianzas o enfrentamientos, sentimientos de dependencia u hostilidad y su expresión consciente o inconsciente, a fin de elaborar y traducir a nuevos patrones, más sanos, sus actuaciones.

Al finalizar la sesión realizamos una **evaluación** de cada uno de los integrantes del grupo según los siguientes parámetros de conducta en la terapia:

- Contacto ocular
- Participación en la discusión del grupo
- Contenido del habla: respuestas orientadas al tema introduce contenidos relacionados con el tema
- Aspecto formal del habla: habilidad para decir frases completas volumen y tono adecuado de la voz
- Habilidades de interacción: se relaciona con los demás miembros del grupo participa constructivamente
- Expresión facial y postura.

Conclusión

Teniendo en cuenta el perfil referido de los pacientes, planteamos esta actividad grupal, como soporte a la mejora de la calidad de vida de los integrantes, y a la reducción de situaciones de crisis que requieran intervención urgente u hospitalización.