

ORIGINALES Y REVISIONES

Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios

RESUMEN: Se describen y comparan distintas características de dos tipos de grupos para pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios.

PALABRAS CLAVE: psicoterapia de grupo, esquizofrenia, programas terapéuticos.

SUMMARY: Different characteristics of two types of groups for schizophrenic patients, both inpatient and outpatient, are described and compared.

KEY WORDS: group psychotherapy, schizophrenia, psychotherapeutic programmes.

El abordaje psicofarmacológico del paciente esquizofrénico, aunque útil e imprescindible para la disminución de los síntomas psicóticos, no supone un remedio para afrontar las vulnerabilidades, conflictos, problemas o tensiones interpersonales o biográficas, ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa; además, su uso generalizado nos ha mostrado también su falta de eficacia en determinados enfermos. Todo ello nos hace reflexionar sobre la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico. En este sentido, la combinación de neurolépticos con otros tipos de abordaje terapéuticos hace que ambos métodos se influyan y potencien (1).

Desde hace años, en el Hospital General Universitario «Gregorio Marañón», venimos desarrollando un programa de terapias combinadas donde dependiendo de las características del paciente pretendemos desarrollar un programa terapéutico adaptado a sus necesidades (2, 3).

Dentro de este programa el abordaje psicoterapéutico principal es de tipo grupal, si bien se complementa con sesiones individuales e intervenciones familiares, cuando son necesarias, así como con técnicas psicoeducativas o rehabilitadoras según precisen las características personales, clínicas, biográficas, cognitivas o familiares del paciente.

A nuestro juicio, las terapias de grupo pueden jugar un papel clave en los programas asistenciales de la esquizofrenia, introduciendo factores que facilitan el tratamiento de estos pacientes: ofrecen un contexto realista y específico de referencia, promueven la alianza y relación terapéutica y proporcionan un mejor conocimiento y autoconocimiento de los miembros del grupo (4).

Actualmente contamos en nuestro hospital con dos grupos ambulatorios y un grupo de pacientes hospitalizados. Seguidamente vamos a intentar hacer una comparación entre ambos. En cualquier caso, queremos hacer hincapié en que tanto unos como otros no deben entenderse de forma aislada sino en el seno de un contexto

terapéutico continuo y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente que suele incluir su paso por los dos tipos de grupos en función de su situación puntual.

Enfoque y abordaje grupal

Clásicamente se puede dividir la psicoterapia grupal en tres grandes orientaciones: educativa, psicodinámica e interpersonal, aunque en los últimos años han surgido las propuestas de terapias de características integradoras, en donde se combinarían aspectos del modelo psicodinámico (utilizando un formato orientado hacia la discusión, intentando el fortalecimiento de las funciones yoicas y ayudar a los pacientes a manejar sus conflictos internos y sus fallos evolutivos) y del modelo interpersonal (integrando las relaciones con los demás a través de las discusiones grupales) (5).

Nuestro abordaje psicoterapéutico es integrador, con un marco teórico flexible e hipótesis etiopatogénicas sobre la esquizofrenia multidisciplinarias, aunque predominantemente dinámicas. Sin embargo sólo las usamos como marcos de referencia generales ya que la terapia debe mantener una relación laxa con dichas hipótesis, pretendiendo como objetivo un mayor conocimiento de sí mismo por parte del paciente.

A diferencia de Kanas, quien sitúa la discusión grupal en el «aquí y ahora» (5), pensamos que ésta puede y debe irse desplazando a medida que progresa el proceso terapéutico hacia la exploración de las vulnerabilidades de la identidad del paciente esquizofrénico, su personalidad previa y los desencadenantes de las crisis. Algunos autores afirman incluso que el aquí y ahora no consiste más que en repeticiones de experiencias próximas del allí y entonces, situando lo importante en saber cuándo es útil el uso de una u otra faceta (6).

Así, partiendo del ambiente socializador que supone el grupo, del apoyo, consejo y técnicas de afrontamiento del «aquí y ahora» aportado por el resto de pacientes y por el propio terapeuta, es posible posteriormente cuando el grupo adquiere la suficiente cohesión, los pacientes están estabilizados, con buena tolerancia a la de ansiedad y viviendo escasas experiencias psicóticas, la utilización de las mismas con fines terapéuticos.

Usamos de forma explícita las verbalizaciones e interacciones del grupo como instrumento de conocimiento, motivación, clarificación, superación y cambio de estilos personales y conducta, considerando también las experiencias psicóticas como elementos para el análisis y la solución de sus dificultades psicopatológicas y biográficas.

Evitamos las regresiones de los pacientes que supongan empeoramiento en su situación clínica, las interpretaciones transferenciales, los silencios o las situa-

ciones de estrés o confrontación que pudieran generar mucha ansiedad a los pacientes. En los grupos de pacientes hospitalizados, donde el enfermo acaba de salir de una crisis psicótica o está aún en ella, los aspectos psicodinámicos de la terapia quedan relegados por la exploración de las experiencias psicóticas, las técnicas de afrontamiento que se pueden usar frente a ellas y el consejo y esperanza que aportan pacientes que han tenido una crisis y la han superado.

En resumen, podemos decir que partiendo (en el caso de los grupos de pacientes hospitalizados y en las primeras fases de los ambulatorios, cuando los pacientes tienen poca capacidad de mirar al pasado por la cercanía de su crisis de posturas) básicamente de apoyo e interacción, llegamos en las fases más avanzadas de la psicoterapia grupal ambulatoria a un abordaje dinámico de la problemática del paciente.

Organización de los grupos

Las características de la organización asistencial de nuestra ciudad hace que el mayor volumen de pacientes que se integran en nuestros grupos procedan de la Unidad de Hospitalización en donde nosotros trabajamos, siendo excepcionales aquellos pacientes que se incorporan a la terapia ambulatoria sin haber pasado previamente por los grupos de pacientes hospitalizados. Este hecho supone una serie de ventajas: nos permite tener el tiempo suficiente para evaluar las características del paciente y su posible adecuación a los grupos ambulatorios no sólo a través de entrevistas individuales, sino también observándole en el seno de una dinámica y cultura grupal. También nos facilita establecer una relación terapéutica con el paciente, que puede ser potenciada con frecuentes entrevistas al alta y previamente a la incorporación al grupo ambulatorio y cuya ausencia suele ser el motivo de abandono en los primeros meses de psicoterapia.

Aunque ambos grupos tienen una organización similar (1, 5, 7), compartimos con Yalom algunas consideraciones a tener en cuenta en el caso de pacientes hospitalizados: el continuo recambio, el limitado número de sesiones, la preocupación del paciente por la resolución de la psicosis y la ansiedad que ésta produce más que por el crecimiento personal o el autoconocimiento, la presencia de pacientes poco motivados, la falta de tiempo para la evaluación y preparación antes de la inclusión en el grupo, la presencia del terapeuta en otros roles en la sala a lo largo del día, la poca cohesión grupal y el escaso tiempo para comprender y aprender acerca de problemas personales e interpersonales del que dispone el paciente (8).

El número de pacientes se sitúa en torno a doce en el caso de los grupos ambulatorios, lo que permite una asistencia semanal en torno a ocho o diez, y algo

menor, ocho o incluso menos, para los de enfermos hospitalizados (pacientes que exigen un mayor control y establecimiento de normas por parte del terapeuta).

Los dos son grupos abiertos lo que facilita la incorporación de nuevos pacientes ocupando las vacantes generadas bien por el abandono bien por el alta de otros. Además, pacientes estabilizados, con motivaciones e intereses, sirven de guía y apoyo para los que se incorporan por primera vez al grupo tras haber padecido una crisis. Más aún, el hecho de encontrar enfermos con distintos niveles de *insight* permite a los más rezagados obtener ayuda en la propia autoobservación y autococimiento a través de los comentarios que los demás miembros del grupo le aportan; a su vez a los de más *insight* su identificación con aquéllos les permite *insights* retrospectivos o reactualizados, fomentando las autorrevelaciones, ayudando a tener una perspectiva continuada del camino recorrido y del progreso terapéutico.

Los grupos tienen una frecuencia de tres sesiones por semana en el caso de los internados, con una duración de 45-60 minutos de duración, siendo ésta siempre flexible. Se alargan aquellas sesiones de interés, en las que hablan pacientes que suelen ser remisos a hacerlo, y se acortan las que resultan conflictivas. Para los pacientes ambulatorios las sesiones tienen una frecuencia semanal con una duración de dos horas.

Son conducidos por un terapeuta y uno o dos coterapeutas (excepcionalmente tres o cuatro en el caso de pacientes hospitalizados) y un observador. De profesión psiquiatras, psicólogos o A.T.S., pasan por un período de entrenamiento de tres años en los grupos de pacientes ambulatorios y uno en los hospitalizados.

Los terapeutas tienen que jugar un papel activo, deben ser neutrales, sinceros, flexibles y comprensivos, lejos de la omnipotencia y de la omnipresencia, evitando siempre cualquier descalificación. En grupos de pacientes hospitalizados es mucho mayor la importancia de estas características ya que la ausencia de estructura que generan los silencios del terapeuta puede incrementar la ansiedad de los pacientes hasta un punto que les haga sentir inseguros e incapaces de funcionar (6).

Consideramos la coterapia muy importante puesto que no sólo permite la continuidad del grupo ante la ausencia del terapeuta principal sino que diluye transferencias e identificaciones, y no fomenta hostilidades, afectos ni dependencias añadidos. En pacientes hospitalizados permite además que un terapeuta se ocupe de marcar la dinámica grupal mientras el resto puede controlar a aquellos enfermos que continuamente interrumpen, se levantan o tienen actitudes más hostiles.

El clima grupal debe ser siempre de mutuo respeto, favoreciendo la escucha e intervención de los pacientes. El grupo debe ser para el paciente un lugar donde se sienta seguro y pueda expresar lo que piensa sin temor a la burla o la incomprensión. Esto es especialmente importante durante el ingreso, cuando algunos pacientes pueden mostrarse hostiles e incluso agresivos hacia otros. Es también de

suma importancia la confidencialidad, por lo que conviene recordar a los pacientes el hecho de que las discusiones dentro de los grupos son tan confidenciales como lo pueden ser las entrevistas individuales, recordándolo cada vez que incluamos un paciente en los grupos de internados y de vez en cuando en los ambulatorios. Hay una excepción: en el caso de los grupos de pacientes internados el terapeuta individual o grupo de terapeutas que tienen a su cargo al paciente debe conocer la información de las sesiones grupales cuando ésta es de interés.

Objetivos terapéuticos

Tanto por su duración como por el tipo de abordaje y características de los pacientes que se incluyen, los objetivos son muy distintos en el caso de los grupos de pacientes hospitalizados y en los ambulatorios.

En los primeros los situamos en la exploración del paciente a través de las revelaciones que hace en el seno del grupo, la desingularización de la psicosis como un hecho universal en los miembros del grupo, que dejan de sentir que son los únicos que viven realidades e identidades singulares, y la adquisición de conciencia de padecer un trastorno mental, a partir del cuestionamiento de esta singularidad. Es también el momento de establecer una relación y alianza terapéutica, intentando lograr la motivación del paciente de cara a la continuidad del trabajo psicoterapéutico. Además, se debe aliviar la ansiedad ante la hospitalización y la psicosis del paciente, ofreciéndole consejo, apoyo y ayuda a través del grupo y comenzar a reconocer patrones distorsionados en su forma de relación con los demás.

En el caso de la psicoterapia grupal ambulatoria nuestros objetivos son más ambiciosos. Intensificamos la relación terapéutica con el paciente, lo que nos permite un adecuado seguimiento del mismo y su integración en nuestros programas terapéuticos, así como lograr un adecuado cumplimiento. Intentamos evitar recaídas y mejorar el ajuste postmórbido (familiar, social y laboral) del enfermo. Pretendemos mejorar el conocimiento que el paciente tiene de sus trastornos y de sí mismo y realizar ajustes y cambios en sus relaciones interpersonales si éstas están distorsionadas. Buscamos disminuir los factores de estrés y vulnerabilidad de los pacientes y lograr cambios en sus mecanismos de defensa y estilos afrontamiento para conseguir hacer frente a éstos.

Selección e inclusión de pacientes

Intentamos lograr que la composición de nuestros grupos ambulatorios abiertos sea lo más homogénea posible, no sólo en cuanto al diagnóstico (todos ellos

esquizofrénicos, con inclusión eventual de algún paciente esquizoafectivo y excepcionalmente de trastornos esquizofreniformes) sino también en las características de los pacientes que los integran. Esto nos permite lograr mayor cohesión grupal, abordar un conjunto de problemas comunes y el uso de técnicas específicas. No todos los enfermos esquizofrénicos son candidatos a una terapia orientada al apoyo pero sobre todo al autoconocimiento.

Hay una etapa pregrupal, coincidente generalmente con el comienzo de la hospitalización de los enfermos, en la que valoramos sus condiciones para ser incluidos en grupos de pacientes internados. Durante la crisis siempre hay que esperar que los enfermos superen, con ayuda del tratamiento farmacológico, los obstáculos para conseguir una mínima relación y comunicación y para que puedan permanecer durante la hora que dura aproximadamente la sesión escuchando con cierta atención lo que verbalizan otros miembros del grupo. Carece de sentido y beneficio terapéutico incluir a pacientes esquizofrénicos en terapias de grupo de Unidades de Agudos cuando no reúnen estas mínimas condiciones (1).

Es importante no introducir pacientes desorganizados, perplejos e incapaces de focalizar su atención en algo que no sea su mundo psicótico. También es contraproducente la inclusión de pacientes temerosos, muy angustiados o paranoides. Tampoco recomendamos aquellos enfermos intranquilos, muy verborreicos u hostiles. Todos ellos quizás puedan beneficiarse de la terapia grupal una vez mejore su situación clínica.

Es necesario que los pacientes que participen en la terapia tengan cierto control de sí mismos con una mínima capacidad de *mirroring* y posibilidad de verbalizar experiencias psicóticas, y sobre todo atender y escuchar a los demás exponer sus experiencias.

Antes del alta de los pacientes de la Unidad de Agudos y de pasar a tratamiento en la comunidad, valoramos la posibilidad de su inclusión en nuestros grupos ambulatorios o en otros recursos existentes.

Para seleccionar a los pacientes que más se benefician de la terapia grupal hemos elaborado una escala (9), actualmente en proceso de validación, maximizando de esta forma los recursos disponibles. Evaluamos un total de quince variables, teniendo siempre en cuenta la necesidad de reevaluaciones continuadas para determinar los progresos realizados en el proceso terapéutico, siempre con realismo en cuanto a las posibilidades del propio paciente y el beneficio o no de su permanencia en el grupo. Las variables consideradas, según su orden de importancia, aparecen en la tabla 1.

De todas estas variables las dos que para nosotros tienen más importancia son el *insight* y la motivación terapéutica. Nunca incluimos pacientes sin al menos un *insight* contradictorio, ni con los que no hayamos establecido una relación terapéutica que nos garantice cierta motivación para continuar con la terapia.

La tabla 2 recoge aquellas características que consideramos son más y menos favorables para la inclusión de pacientes en los grupos ambulatorios. En cualquier caso, nunca encontramos pacientes que reúnan todos los aspectos favorables, aunque sí intentamos excluir a aquellos en los que predomina lo desfavorable, siendo lo más frecuente un combinado de características que oscilan entre las descritas.

Técnicas y estrategias terapéuticas

El proceso psicoterapéutico depende del desarrollo de la dinámica grupal promoviendo la escucha y comunicación, participación, exploraciones y confrontaciones, empatías e identificaciones que desarrollan la aceptación y la cohesión grupal.

Inicialmente en los grupos ambulatorios y durante el período de hospitalización se hace énfasis en las verbalizaciones, clarificaciones y revelaciones de los pacientes. Se favorece la observación, focalización y análisis permitiendo que en cada sesión tengan opción a hablar todos los enfermos, sin monopolización de la palabra por parte de ninguno de ellos.

Estimulamos la organización cognitiva de los discursos, corrigiendo además el egocentrismo perceptivo, la paranoidización y los refuerzos psicóticos.

Se usa tanto la confrontación como la exploración, estableciendo en cada sesión un trenzado de intervenciones cruzadas donde las similitudes y diferencias hagan avanzar la comunicación y revelación de mundos objetivos y subjetivos, estimulando las autoobservaciones, análisis y reflexiones.

Una vez creada la cohesión grupal se deben aprovechar de forma directa e indirecta los *insights* y aprendizajes vicariantes de las múltiples relaciones especulares del grupo para sacar a los pacientes de su aislamiento y singularidad, ayudándoles en las aceptaciones y reconceptualizaciones del proceso terapéutico y promoviendo una red de recíprocas catarsis, exploraciones, confrontaciones, socialización, altruismo y esperanza.

Apoyamos la autonomía y no la regresión, estimulamos la comunicación focal y clara, prescindiendo de asociaciones libres, discursos vagos, abstractos, elusivos o sobreentendidos. Evitamos silencios y situaciones de marcada ansiedad que generen defensas grupales y desorganización cognitiva. Analizamos las resistencias y transferencias cuando obstruyen el proceso terapéutico. Se usan pocas interpretaciones, se prefiere señalar asociando secuencias, conexiones, indicando contradicciones o interesándonos por interpretaciones u observaciones de los miembros del grupo, aceptándolas o sugiriendo alternativas. Apoyamos siempre la integración de experiencias y los cambios personales e interpersonales que supongan mayor autonomía, estabilidad y progreso.

Dinámicas y contenidos grupales

El *mirroring* grupal es la clave de las intervenciones psicoterapéuticas grupales. Es el proceso intersubjetivo de reacciones especulares múltiples, simultáneas, recíprocas y empáticas de observación, exploración, revelación, reflexión y conocimiento mutuo entre los miembros del grupo. El *mirroring* promueve y acelera el autoconocimiento de los pacientes, permite el descentramiento cognitivo, adquirir consciencia de los procesos inconscientes, escenificar los mecanismos de defensa y desbloquear el *insight* del paciente, explotando la capacidad de observar en los demás lo que no se es capaz de observar en uno mismo (7, 12).

El *mirroring* se facilita y genera en la dinámica grupal, que es el desarrollo y evolución del grupo de acuerdo con los objetivos terapéuticos (13). En este sentido conviene hacer una diferenciación de grupos de pacientes hospitalizados y ambulatorios en sus fases más iniciales con grupos ambulatorios con mayor cohesión (14).

Es frecuente que en grupos de pacientes hospitalizados, más confusos porque el material que emerge es más primitivo y donde se añade la falta de continuidad, y en las fases iniciales de grupos ambulatorios, se produzca un período de dependencia del terapeuta (6, 15). Éste toma a su cargo el grupo y a sus miembros, resuelve problemas, trata de establecer una confianza básica, hace intervenir a determinados pacientes o usa a los pacientes con más *insight* para confrontar a otros con la realidad.

En grupos en los que se alcanza cierto nivel de cohesión, las interacciones entre miembros del grupo surgen de forma espontánea y el terapeuta sólo reconduce el grupo cuando escapa a temas impersonales, generales o marginales, cuando circulan informaciones erróneas y expectativas falsas. Se producen dinámicas maduras en las que los pacientes comparten experiencias, críticas e intentan entenderse. Se produce el conocimiento, validación, reconstrucción y redefinición a través de los otros.

Los temas de discusión también varían en función de que el grupo sea de pacientes hospitalizados o ambulatorios.

En el contexto hospitalario se centran en el «aquí y ahora» de Kanas (5), es decir en la exploración de las experiencias psicóticas que verbalizan los pacientes y en los mecanismos que cada paciente tiene para afrontarlas, así como la confrontación con la realidad que les supone las intervenciones del resto de enfermos. Se debe huir de cualquier uso de interpretaciones durante esta etapa, así como evitar que el grupo se convierta en un foro de discusión sobre problemas cotidianos de la planta.

El contenido de las sesiones se desplaza en los grupos ambulatorios por un amplio abanico de temas. desde problemas inmediatos de relación, contexto y

situaciones estresantes o desencadenantes de experiencias psicóticas a actitudes hacia ellas, significado de las mismas y su relación con las dinámicas interpersonales o individuales, así como estilos para configurar la propia imagen, autoestima e identidad. Los temas se van desplazando desde el presente actual al pasado más reciente o remoto.

Factores terapéuticos

Los factores terapéuticos grupales son los mecanismos de acción terapéutica inherente a la interacción grupal, que actúan conjuntamente con mayor o menor importancia, percibida por los pacientes en cada tipo de grupo o en cada etapa del proceso grupal (8, 16).

Yalom considera el proceso terapéutico de forma longitudinal, donde al principio existen factores de considerable importancia que luego dejarán de serlo. En los primeros estadios del grupo, cuando éste está principalmente preocupado por la supervivencia del mismo, aparecen factores como la esperanza, guía y universalidad; se trata de formar lazos y mantener unidos a los miembros del grupo, a la vez que éstos comienzan a buscar similitudes y comparar síntomas y problemas. El altruismo y la cohesión actúan a lo largo de toda la terapia y es con el desarrollo de esta última cuando comienza el proceso de aprendizaje interpersonal. El mismo autor afirma que durante la hospitalización son la esperanza y los factores existenciales los de mayor importancia (8, 16).

Nuestros estudios sobre estos factores terapéuticos nos muestran mayor relevancia, por ejemplo, de la esperanza, el altruismo, la cohesión, la universalidad o la catarsis en los grupos de los pacientes internados, y el peso posterior de otros factores terapéuticos como el autoconocimiento y el aprendizaje interpersonal en los grupos ambulatorios orientados tanto al apoyo como al mejor *insight* de los pacientes (17).

Por el estudio comparativo con otras investigaciones sobre los factores terapéuticos en psicoterapias de grupo con pacientes no esquizofrénicos, hemos podido verificar que los diversos factores dependen principalmente de las características de las terapias grupales que se realizan y muy poco de la psicopatología predominante en los miembros del grupo (18, 19).

Etapas de la dinámica grupal

La duración de la terapia en los pacientes internados está en función del propio ingreso, generalmente tres o cuatro semanas. En el caso de la terapia ambula-

toria varía como ya hemos dicho según las características del paciente, aunque en general oscila entre dos y cinco años dependiendo de la evolución en el proceso terapéutico. Dentro de las tres fases que podríamos distinguir en éste (aceptación, autoconocimiento e integración de la psicosis) (7) sólo unos pocos enfermos alcanzan el último escalón, debiendo conformarnos en otros con el autoconocimiento y en otros tan sólo con la aceptación del trastorno mental, no siendo entonces necesario para ellos prolongar su estancia en el grupo excesivamente.

Dentro del proceso terapéutico grupal podemos distinguir cuatro etapas de la dinámica grupal (1). Aunque se solapan en el tiempo, generalmente las dos primeras etapas tienen lugar durante la hospitalización, mientras las últimas son más propias de la dinámica de los grupos ambulatorios. En cualquier caso, al tratarse de grupos abiertos cada paciente tiene su *tempo* psicoterapéutico, pudiendo coincidir en el mismo grupo pacientes en distinta fase terapéutica.

En la primera etapa se fomenta la comunicación de experiencias psicóticas, sin que sea un acto humillante y aceptando la realidad que para ellos suponen aunque no sean verificadas por los demás. Se crea un clima de respeto y comprensión donde los pacientes van tomando conciencia de que sus relatos no son compartidos por el resto de miembros del grupo y se empiezan a cuestionar su propia percepción de la realidad. La desingularización de la psicosis es un factor terapéutico que supone una meta para seguir avanzando.

En una segunda etapa se comienzan a introducir relatos biográficos, análisis de problemas de la vida real y conductas ante ellos. Nos ocupamos de los intereses de los pacientes, motivaciones, relaciones interpersonales, pautas de conducta y mecanismos psicológicos. Se hace énfasis en el pasado inmediato y la vida actual, sobre todo en las circunstancias previas a la crisis.

En la tercera etapa se trata de asociar las dificultades biográficas con las experiencias psicóticas. Se conoce el material inconsciente y las principales dinámicas personales, familiares y sociales que han influido en la crisis. Se trabaja con distintas hipótesis y se diseñan estrategias para suscitar el análisis y las intervenciones según aspectos que afectan a unos y otros pacientes.

En la última, se trabaja la integración de la psicosis, ayudándole a evitar el estigma que supone el trastorno mental. Hay que favorecer el autoconocimiento y la autoestima acorde con las posibilidades del paciente y sus limitaciones. Se prosigue siempre el análisis, apoyo y adaptación de la vida real y la corrección de relaciones conflictivas o distorsionadas.

Tabla 1

VARIABLES CONSIDERADAS EN LA INCLUSIÓN DE PACIENTES EN GRUPOS AMBULATORIOS

<ul style="list-style-type: none"> - <i>Insight</i>. - Motivación. - Relaciones terapéuticas. - Capacidad de auto-observación. - Estilo de recuperación y momento de la evolución. - Personalidad premórbida y variables estructurales de la personalidad. - Ajuste pre y postmórbido. - Nivel social, educativo y ocupacional. - Variables familiares. - Factores de estrés, formas de comienzo y evolución. - Clínica y sentido de la psicosis. - G.A.F., escala pronóstica de Strauss y Carpenter (10) y C.I.
--

G.A.F. = escala de funcionamiento global.

C.I. = cociente intelectual.

Tabla 2

INCLUSIÓN DE PACIENTES EN GRUPOS DE TERAPIA AMBULATORIOS. ASPECTOS MÁS O MENOS FAVORABLES

Variable	Más favorable	Menos favorable
<i>Insight</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Apreciación de factores psicológicos y biográficos. - Reconceptualización total del ttno. mental. - Aceptación activa del rol de enfermo. - <i>Insight</i> precoz e integrador. 	<ul style="list-style-type: none"> - No conciencia de enfermedad. Atribuciones causales psicóticas. - Nula reconceptualización. - Negación del rol. - <i>Pseudoinsight</i>.
<i>Motivación y relaciones terapéuticas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Alianza terapéutica, con motivación, participación e interés. - Buen cumplimiento. - Internamientos voluntarios. - Familia facilitadora. Buen apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ningún interés. Malas relaciones con los médicos y personal sanitario. - Rechazo de la medicación. - Repetidos ingresos involuntarios. - Familia conflictiva. Sin apoyo.
<i>Estilos de recuperación</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrador. - Depresión postpsicótica. 	<ul style="list-style-type: none"> - No recuperación y negación. - Paranoidización, aislamiento defensivo o elusión tóxica.

Tabla 2

Inclusión de pacientes en grupos de terapia ambulatorios. Aspectos más o menos favorables

<i>Variable</i>	<i>Más favorable</i>	<i>Menos favorable</i>
<i>Desarrollo estructural de la personalidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Alto grado de madurez y autonomía. – Buena capacidad de autoobservación y autoconocimiento. – Buen desarrollo cognitivo (análisis, síntesis, planificación, juicio y lenguaje). – Buena capacidad de autocontrol (altruismo, anticipación). – Sentido de la vida (intereses y motivaciones). – Capacidad de resolver problemas y dificultades (afrentamiento). – Capacidad de autorregulación afectiva, desarrollo, diferenciación y modulación afectiva. – Relaciones interpersonales e intimidad. Empatía. Relaciones sexuales satisfactorias. 	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de mentalidad psicológica. Poca capacidad de autoobservación. – Deficiente desarrollo cognitivo. Lógica limitada a experiencias concretas. – No control de conductas violentas, agresividad. – No sentido de la continuidad. Falta de objetivos, apoyos y relaciones. – Embotamiento afectivo. Escaso desarrollo de la afectividad. – Angustia y pánico desorganizador. Aislamiento.
<i>Personalidad premórbida</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Trastornos dependientes, evitativos y narcisistas. – Baja vulnerabilidad (11). – Buen ajuste previo. 	<ul style="list-style-type: none"> – C.I. bajo – Vulnerabilidad muy alta (11). – Muy mal ajuste previo.
<i>Ajuste postmórbido (último año)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – No psicopatología. – No hospitalizaciones. – Buen seguimiento. – Relaciones sociales satisfactorias. – Independiente. – Alto interés por la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> – Psicopatología continuada. – Larga estancia hospitalaria. – No seguimiento. – Relaciones familiares conflictivas o ausentes. – Ninguna autonomía. – Ningún interés por la vida.
<i>Sociales, educativas y ocupacionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Buen nivel social. – Con profesión y ocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> – Bajo nivel social y educativo. – Necesidades económicas y laborales prioritarias.
<i>Familiares</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Ausencia o moderado trastorno mental en la familia (neuróticos o afectivos). – Dinámicas moderadamente patológicas. – Actitud empática y apoyo al paciente y favorables a la psicoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Simbiosis intensa. – Dinámicas caóticas, negadoras o simbióticas. – Actitudes muy hostiles, intrusivas, de rechazo o negación.

Tabla 2

Inclusión de pacientes en grupos de terapia ambulatorios. Aspectos más o menos favorables

Variable	Más favorable	Menos favorable
<i>Pródromos, estrés, formas de comienzo y evolución</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Pródromos afectivos. – Factores de estrés desencadenantes en el comienzo o recaídas. – Formas agudas o subagudas. – Evolución episódica y con remisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> – Evolución defectual.
<i>Clínicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Depresiones postpsicóticas. – Ausencia de síntomas negativos. – Escasa psicopatología. – G.A.F.>70. – Escala pronóstica (Strauss & Carpenter) >60 (10). 	<ul style="list-style-type: none"> – Embotamiento afectivo. – Sintomatología negativa persistente. – Predominio de sintomatología paranoide de evolución crónica. – Consumo de alcohol y otros tóxicos. – Mucha psicopatología. – G.A.F.<30. – Escala pronóstica <30 (10).
<i>Sentido y momento de la psicosis</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Egdialéctica. – Postcrisis. Períodos de cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> – Crisis aguda.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M., «Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1985, 14, pp. 335-341.
- (2) ALANEN, Y., y otros, *Toward need-specific treatment of schizophrenic psychosis*, Heidelberg, Springer, 1986.
- (3) ALANEN, Y., *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*, Londres, Karnac Books, 1997.
- (4) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; GARCÍA-ORDÁS, A., «Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1992, 12, pp. 203-207.
- (5) KANAS, N., *Groups therapy for schizophrenic patients*, Washington, Clinical Practice Series, American Psychiatric Press, 1996.
- (6) RICE, C. A.; RUTAN, J. S., *Inpatient group psychotherapy. A Psychodynamic perspectiva*, Nueva York, Macmillan, 1987.
- (7) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; CAPILLA, T., «Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1993, 45, pp. 103-112.
- (8) YALOM, I. D., *Inpatient group psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1983.
- (9) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M., *Escala para la inclusión de pacientes en programas psicoterapéuticos*, Madrid, Hospital General Universitario, Curso «Programas terapéuticos en la esquizofrenia», 1995.

- (10) STRAUSS, J. S.; CARPENTER, W. T., «The prognostic scale», *Schiz. Bull.*, 1977, 3, pp. 209-212 (appendix C).
- (11) HARTMAN, E., y otros, «Vulnerability to schizophrenia», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, 41, pp. 1.050-1.056.
- (12) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M., *Why use group psychotherapy in schizophrenia*, Londres, 12 th. Intern. Symp. for the Psychotherapy of Schizophrenia, 1997.
- (13) MUNICH, R. L., «Group dynamics», en KAPLAN, H.; SADOCK, B. (eds.), *Comprehensive Group Psychotherapy*, Baltimore, William & Wilkins, 1993, 3.ª ed.
- (14) O'BRIEN, CH., «Group therapy for schizophrenics: a practical approach», *Schiz. Bull.*, 1975, 13, 119-130.
- (15) BION, W. R., *Experiences in groups*, Londres, Tavistock, 1961.
- (16) YALOM, I. D., *the theory and practice of group psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1995, 3.ª ed.
- (17) DUCAJÜ, M., y otros, *Therapeutic factors in schizophrenic outpatients and inpatients group psychotherapies*, Londres, 12 th. Intern. Symp. for the Psychotherapy of Schizophrenia, 1997.
- (18) MACKENZIE, K. R., «Therapeutic factors in group psychotherapy: a contemporary view», *Group*, 1987, 1, pp. 26-34.
- (19) KAPUR, R.; MILLER, K.; MITCHELL, G., «Therapeutic factors within inpatients and outpatients psychotherapy groups», *Br. J. Psychiatry*, 1988, 152, pp. 229-233.

* Manuel González de Chávez, Psiquiatra. Ignacio García Cabeza, Psiquiatra. Juan Carlos Fraile Fraile, Psicólogo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Correspondencia: Manuel González de Chávez. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Departamento de Psiquiatría. Servicio I de Psiquiatría. C/ Ibiza, 43, 28009 Madrid.

** Fecha de recepción: 26-IV-1999.