

Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve.

Inpatient group psychotherapy in a brief hospitalization psychiatric unit.

Juan José Belloso Ropero ^a, María Díaz Medina ^b, Thais López Moreno ^c.

^a Psicólogo Clínico. F. E. A. ^b P. I. R. - 4. ^c P. I. R. - 3. ^{a, b, y c} Unidad de Hospitalización Breve. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

Correspondencia: Juan José Belloso Ropero (jbelloso@salud.madrid.org)

Recibido: 10/12/2014; aceptado con modificaciones: 07/07/2015

RESUMEN: Se describe una experiencia de cuatro años de psicoterapia de grupo en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. En este análisis los autores se centran en las dificultades técnicas que este tipo de grupos suponen, las modificaciones necesarias para su manejo y el estilo terapéutico más eficaz. Finalmente se destaca la utilidad de este enfoque en la consecución de objetivos terapéuticos y la concordancia con experiencias similares llevadas a cabo en otras Unidades de Agudos en España.

PALABRAS CLAVE: psicoterapia de grupo, unidad de agudos, hospitalización breve.

ABSTRACT: Four years experience of inpatient group psychotherapy in the Brief Hospitalization Psychiatric Unit of the University Hospital 12 de Octubre (Madrid, Spain) are described. In this analysis the authors focus on the technical difficulties that this type of groups pose, the necessary changes to its management and the most effective therapeutic style. Finally, it highlights the utility of this approach in the achievement of therapeutic targets and the concordance with similar experiences conducted in other acute-care units in Spain.

KEY WORDS: inpatient group psychotherapy, acute-care unit, brief hospitalization.

Introducción

La terapia de grupo tiene un largo recorrido. Fue Joseph Pratt, médico de un sanatorio antituberculoso, uno de los primeros profesionales sanitarios, a comienzos del siglo XX, en utilizar grupos de pacientes con objeto de transmitir información acerca de su enfermedad, observando que aquellos que acudían presentaban una mejor evolución (1). En la década de los veinte, Jacob L. Moreno, daría el salto hacia la salud mental, al trasladar el formato grupal al tratamiento de los trastornos mentales con su “teatro de la espontaneidad”, germen del psicodrama (2). En la misma época, Lazell y Marsh comenzarían, con un marcado matiz psicoeducativo, a utilizar el abordaje grupal con pacientes esquizofrénicos ingresados (3-4).

Desde entonces la terapia de grupo ha ido extendiendo su campo de aplicación, gozando actualmente de suficientes avales, ya sea desde la efectividad clínica, como desde el punto de vista de la economía de medios, ante la presión asistencial y la necesidad de extender el tratamiento a un gran número de pacientes (3, 5-8). Si bien la terapia de grupo es maleable, su traslación a cada tipo de patología y medio tera-

péutico implica una adaptación. El foco de este trabajo se centra precisamente en su adaptación a una Unidad de Agudos o Unidad de Hospitalización Breve (UHB), en particular la ubicada en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Las Unidades de Agudos surgen en España en la década de los ochenta. Ubicadas en hospitales generales, para el abordaje intensivo y multidisciplinar de patología aguda; con la finalidad de estabilizar al paciente en crisis, cuando el tratamiento ambulatorio no es posible o recomendable (9). La brevedad del ingreso persigue evitar el hospitalismo y el deterioro de los vínculos con el medio externo, aunque esta brevedad sólo es posible si se asume el ingreso como un momento concreto en la continuidad de cuidados del paciente en una red asistencial compleja (10).

Desde la creación de algunas de las primeras Unidades el enfoque grupal ha estado presente (11-15). La UHB del 12 de Octubre no es una excepción, pues, desde su inauguración en 1990, la actividad grupal ha formado parte de su arsenal terapéutico. No obstante, la experiencia que se presenta aquí se ciñe a la realizada de manera continuada en los últimos cuatro años, ligada a la creación del programa ambulatorio de Trastorno Mental Grave en el año 2008 (16), impulsado por el Dr. Jiménez Arriero, Jefe del Servicio de Psiquiatría. Este programa sería el germen de la actual Unidad de Transición Hospitalaria, también de carácter abierto y ambulatorio, situada físicamente debajo de la UHB. En esta Unidad de Transición desempeñan su labor, entre otros profesionales, un psicólogo clínico y una terapeuta ocupacional. Ambos, desde hace cuatro años, simultanean su tiempo entre la citada unidad y la UHB, realizando en esta última fundamentalmente actividades grupales: psicoterapia de grupo diaria, objeto de este trabajo, y grupos de terapia ocupacional.

En los siguientes apartados se describirán cómo se organizan las sesiones de psicoterapia de grupo diaria en la Unidad, las dificultades intrínsecas al medio y tipo de pacientes y los objetivos y resultados que aporta un grupo de estas características, mostrando el estilo terapéutico que es necesario para alcanzarlos a través de breves viñetas clínicas extraídas de las sesiones de los últimos seis meses.

Descripción del grupo

El grupo psicoterapéutico se celebra en la sala multiusos de la Unidad de Hospitalización Breve. Funciona como comedor, sala de estar y lugar de ocio. Al ser el único gran espacio común de la Unidad es también usado para los grupos de enfermería y de terapia ocupacional.

El grupo tiene una frecuencia diaria, y se realiza a las diez y cuarto de la mañana, a puerta cerrada. Los terapeutas del grupo son un psicólogo clínico y un residente de Psicología Clínica. La coterapia brinda al residente una inestimable experiencia de

aprendizaje; facilita al psicólogo clínico retirarse temporalmente de la primera línea de fuego, especialmente ante grupos y/o situaciones complicadas (7, 17-18). Por último, la participación del psicólogo clínico en otros programas y actividades conlleva inevitablemente el solapamiento con la hora del grupo; la coterapia permite mantener el ritmo diario de la actividad y su continuidad.

El personal de enfermería tiene un papel crucial en la dinámica del grupo: fomentan la asistencia de los pacientes y en grupos particularmente difíciles contribuyen a la alternancia de palabra y ayudan a conservar el orden del grupo asistiendo, por ejemplo, a los pacientes más inquietos y disruptivos. Es habitual también la participación como observadores de otros residentes (psiquiatría y enfermería, principalmente) y de estudiantes de psicología y/o medicina.

Minutos antes de realizar el grupo, los terapeutas mantienen una pequeña reunión informal sobre las novedades e incidencias en la vida de la planta. Tras la finalización de la sesión, los terapeutas, enfermería y, en general, todos los participantes no pacientes del grupo, se reúnen para comentar la marcha del grupo y entender lo que ha sucedido en el mismo.

No hay selección previa de los pacientes. Todos están convocados, con excepciones referidas a aquellos que no están en mínimas condiciones de aprovechar la sesión (cuadros de agitación y/o desconexión del medio graves). La inclusión de la mayoría de los pacientes tiene una gran repercusión en el funcionamiento, estilo de conducción y duración del grupo. La experiencia en estos años aconseja no superar los tres cuartos de hora, siendo frecuente que el grupo pueda acortarse hasta la media hora en aquellas situaciones donde asisten pacientes que difícilmente pueden tolerar estar sentados de forma prolongada (pacientes inquietos o excesivamente somnolientos por los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos). Adaptar la duración de la sesión a las características del grupo permite maximizar los objetivos terapéuticos, garantizando la inclusión de casi todos los pacientes, asegurando la continuidad de la asistencia y reduciendo el abandono.

La sesión comienza con la presentación de los terapeutas, de las normas, duración y objetivos del grupo (disponer de un espacio grupal donde abordar aquellas cuestiones personales que les inquieten). Se explica a los pacientes que no está permitido abandonar la sala antes de tiempo, que sean respetuosos entre sí y que se siga el orden de palabra, evitando hablar varios a la vez (resulta sorprendente cómo se consigue la mayoría de las veces sin dificultad, siendo además infrecuente el abandono del grupo antes de terminar la sesión) (17). A continuación se pregunta tanto por los pacientes que van a ser dados de alta hoy, invitándoles a improvisar, si lo desean, una pequeña despedida al final del grupo, como por los pacientes nuevos. A estos se les pide que realicen una breve presentación que incluya, si lo desean, por qué motivo se encuentran ingresados. Transmitir la idea de voluntariedad facilita la participación del paciente. Entre las presentaciones y las despedidas tiene lugar el núcleo de la se-

sión, siendo frecuente que algunas de las presentaciones hayan arrastrado y motivado el interés de otros miembros, surgiendo los emergentes grupales del día.

Cada grupo es una historia en sí misma, con un principio, desarrollo y final diferentes al del día anterior; circunstancia que se ve facilitada por el continuo cambio (17). La posibilidad de apreciar una secuenciación propia de los grupos cerrados de tiempo limitado queda aquí descartada (19); solamente en aquellos casos en que se logra una cierta estabilidad en cuanto a la composición del grupo es posible la continuidad de los temas entre sesión y sesión, así como ver la evolución del grupo en fases (20). La falta de estructura interna es compensada por la estructura externa proporcionada por los terapeutas: mediante las instrucciones previas al inicio de la sesión, la actitud directiva y activa, la repetición de la secuenciación habitual en el desarrollo de la terapia y la defensa del encuadre temporal y espacial (21).

Si bien es difícil poder observar una evolución grupal en fases, sí que se hace patente una evolución individual. Cada miembro atraviesa una serie de etapas, fácilmente observables, desde la crisis y/o desorganización inicial de los primeros días hasta lograr una cierta integración de su situación, tras atravesar un período variable de aceptación y negociación intermedio (18).

Dificultades

La terapia de grupo conlleva particularidades que la hacen muy diferente de la intervención individual, así como aspectos técnicos propios (8). En el caso de pacientes graves, en estado agudo, muchos de ellos psicóticos, en un entorno hospitalario de UHB, la conducción y optimización del grupo tropieza además con toda una serie de dificultades añadidas (3, 18, 22-25), a saber:

Rotación de pacientes

En cualquier UHB la estancia de los pacientes es breve necesariamente, lo que se traduce en un continuo recambio. Prácticamente a diario se reproduce el ritual de presentación de pacientes nuevos y el de las despedidas de los que se van de alta. La repercusión final es que el grupo es algo vivo y cambiante, de modo que a veces se instala la sensación de la “sesión única”, con un inicio, desarrollo y conclusión no trasladable a la sesión del día siguiente. No obstante, existen una serie de tópicos (tareas y objetivos terapéuticos) que se abordan frecuentemente sea cual sea el grupo, y que se expondrán con más detalle en el penúltimo punto de este trabajo.

Número de sesiones

La brevedad de la estancia (en torno a quince días) conlleva necesariamente que el número de sesiones por paciente sea reducido: aproximadamente diez. Incluso es posible que se reduzca aún más el número por diversas circunstancias (imposibili-

dad de participar el primer día, consultas, pruebas médicas, aplicación de tratamientos, etc.). Lógicamente, en algunos casos de especial complejidad, la prolongación de la estancia puede convertirse en una “ventaja” añadida al permitir al paciente una asistencia al grupo más continuada.

Heterogeneidad

Es habitual que la psicoterapia de grupo parta de un perfil de pacientes, cuyo resultado es la homogeneización de sus integrantes. Este punto de partida es irrealizable en una UHB. En un mismo grupo van a coexistir pacientes descompensados de su trastorno psicótico crónico con otros afectos de depresión mayor, primeros episodios inespecíficos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad. La heterogeneidad alcanza a otras variables, pues las diferencias en edades son la norma, conviviendo pacientes muy ancianos con “adolescentes” de dieciocho años (13). La capacidad de atención y concentración, de insight, así como la posibilidad de tolerar estar sentado media hora escuchando y alternando la palabra otorgan aún más variabilidad.

Cultura grupal

Los pacientes ingresados en una UHB pertenecen al grupo de Trastorno Mental Grave (26). Es infrecuente que estos pacientes se encuentren bajo un tratamiento psicoterapéutico reglado y continuado. Aún más inusual es que hayan podido participar en un tratamiento grupal formal (13, 22). La ausencia de esta “cultura” grupal es una dificultad añadida más para una participación y dinámicas efectivas.

Voluntariedad

La mayoría de los pacientes ingresa de forma involuntaria. Tras la involuntariedad se pueden esconder varios aspectos: la angustia ante una situación que no es comprendida, la falta de conciencia de enfermedad, el rechazo al tratamiento y seguimiento en salud mental, la psicopatología aguda y la presión del entorno familiar y social hacia el ingreso. Ninguna de estas variables es excluyente respecto a al resto, pero la presencia de cualquiera de las mismas dificulta la participación en un tratamiento psicoterapéutico, aunque, como se expondrá con más detalle más adelante, precisamente la aparición de estas dificultades justifica precisamente la existencia del grupo.

Esta situación de involuntariedad supone que la persona pasa a depender “regresivamente” del entorno hospitalario, que lo cuida y trata, pero también decide por él (como no podría ser de otra forma en la mayoría de los casos). En este sentido la participación del paciente ingresado en el grupo tampoco es algo decidido con completa libertad. Aunque no se fuerza a nadie a permanecer en la sala durante la sesión (si un paciente quiere salir se le señalan los beneficios del grupo y la brevedad del mismo y se le invita a hablar acerca de los motivos), sí que se insiste a todos los pacientes ingresados para que participen en los grupos de la Unidad, como parte del tratamiento integral. Como consecuencia, aparecen reacciones de desconfianza,

irritabilidad, mutismo y expresión de abierto enfado. La forma de abordar estas emociones negativas es incorporar como objetivo de la terapia el manejo las mismas.

Universalidad

La realización de determinados planteamientos terapéuticos grupales exige una selección de pacientes (27). En la UHB del 12 de Octubre, como ya se comentó en el apartado anterior, no hay selección previa de pacientes, más allá de las limitaciones impuestas por el sentido común. Esta ausencia de selección hace que el grupo sea tremendamente heterogéneo no solo en las variables antes mencionadas, siendo también diverso en cuanto a objetivos e intereses personales, coexistiendo pacientes que buscan entender qué les pasa y cómo superar la crisis, con otros con serias dificultades cognitivas, junto con aquellos que reniegan del ingreso y “echan balones fuera” respecto a los motivos de su descompensación, volcando sus intervenciones sobre (contra) la Unidad, las reglas, el personal, las prohibiciones, los horarios, etc. Por otra parte la coexistencia de pacientes en diferentes momentos de su patología aguda, permite que los pacientes con más ajuste a la realidad y mejor conciencia ayuden con sus intervenciones a los recién llegados (7, 20).

Resultados. Por qué y para qué un grupo psicoterapéutico en unidad de agudos: estilo terapéutico

La experiencia clínica diaria permite defender la utilidad del abordaje grupal en el ámbito de una UHB. Esta utilidad pasa, en primer lugar, por tener claros qué objetivos y necesidades puede cubrir esta actividad asistencial y, en segundo lugar, por reconocer la necesidad de adaptación de la técnica “tradicional” de conducción, como única forma de superar las limitaciones impuestas por el encuadre, el medio y la naturaleza de los pacientes (3, 23). Históricamente, el desarrollo teórico y práctico de la psicoterapia de grupo con pacientes graves hospitalizados ha derivado de la observación y análisis de grupos ambulatorios y sobre pacientes no tan graves. La traslación de este saber a un ámbito como el de una Unidad de Agudos, con todas las características referidas anteriormente, ha exigido la adaptación de estos procedimientos a la realidad clínica y peculiaridades del medio (24, 28-29).

La literatura científica en España sobre los abordajes psicoterapéuticos grupales en el ámbito de una UHB señala, en mayor o menor grado, el imperativo de adaptar los procedimientos “ortodoxos” de la terapia de grupo. Incluso en aquellos casos donde se mantiene el paradigma psicodinámico, este se convierte en un esquema desde el que comprender los fenómenos del grupo, abandonando los coordinadores la neutralidad terapéutica, adoptando métodos activos de intervención, renunciando al silencio e introduciendo elementos didácticos y directivos en la dinámica grupal

(4, 6), reflejo de una tendencia hacia la integración de diferentes modelos. La interpretación es frecuentemente descartada, siendo sustituida por breves señalamientos y clarificaciones en el “aquí y ahora” (11-13, 15, 17-18, 28, 30).

Solamente desde esta adaptación es factible conducir un grupo tal y como ha sido descrito en el punto dos y, de este modo, acercarse a los objetivos terapéuticos a los que sirve. Con el fin de poder mostrar estos objetivos, así como el estilo de conducción necesario para su consecución, se van a utilizar secuencias reales extraídas de las sesiones de grupo de los últimos meses (con la obvia alteración de datos para proteger la intimidad de los pacientes protagonistas).

Algunos de estos objetivos constituyen, a su vez, los factores terapéuticos identificados en la literatura sobre terapia grupal, esto es, los procesos terapéuticos que suceden en los grupos y que intervienen en el proceso de mejora clínica de sus integrantes (6-7, 31-32). En la experiencia de la UHB del 12 de Octubre, los objetivos perseguidos por la terapia de grupo diaria son los siguientes:

DISMINUIR LA ANGUSTIA DEL INGRESO Y FOMENTAR ESPERANZA

Cuando un paciente ingresa en la Unidad de Agudos, entra en un medio desconocido, en una situación personal de crisis, muy a menudo siendo su primer ingreso. Su situación psicopatológica, además de sufrimiento, compromete su percepción y análisis de la realidad (20, 28, 33). El espacio grupal se convierte en una plataforma más de ayuda al paciente para su inserción en el medio terapéutico. Mediante el grupo es conocido por los demás pacientes, es reconocido como un igual y a su vez puede reconocerse en ellos y ser alentado, especialmente por los compañeros más veteranos, hacia la confianza en que será posible mejorar y retomar su vida, aunque en este momento el mensaje sea sólo emocional (30).

La siguiente viñeta clínica muestra esta característica de la terapia grupal:

TERAPEUTA (T): (al inicio de la sesión) Hoy tenemos a dos compañeras nuevas (están sentadas juntas, muy cerca de la puerta de entrada; parecen asustadas). Es habitual que las personas recién llegadas se presenten y cuenten algo de sí mismas. ¿Quién quiere empezar?

C: Yo no quiero hablar. No tengo nada que decir. Me llamo C.

P: Yo igual. P. y punto.

Grupo (Se produce un silencio incómodo).

R (Es una paciente “veterana”. Lleva varios días en la unidad y en breve se irá de alta): Yo los primeros días no quería decir nada. Es un momento muy duro. Creo que entiendo cómo os sentís.

C y P (Siguen calladas pero sus caras expresan relajación y agradecimiento hacia el gesto y palabras de R. En las sesiones siguientes serán capaces de intervenir en el grupo).

En ocasiones pueden producirse fenómenos contrarios, de exclusión y rechazo, en los que la “locura” propia es colocada en el otro. Es posible usar el mismo grupo para señalar y manejar estas conductas defensivas.

APOYO

Uno de los beneficios que solo la versión grupal de la psicoterapia puede aportar es sin duda el apoyo de otros miembros (7-8, 32). Ante la expresión de una realidad interna que uno cree extraña y singular, el aliento y comprensión que los demás pueden brindar transmitiendo ecos similares y trabajos vitales cercanos, va a aliviar poderosamente el sufrimiento, acercando la esperanza y abriendo las vías para la comunicación y la búsqueda de soluciones alternativas.

En la siguiente viñeta, A., mujer de 54 años, casada y con diagnóstico de depresión mayor, consigue recibir el apoyo del grupo. Hasta entonces había permanecido distante y aislada en las sesiones, a pesar de llevar más días ingresados que la mayoría de sus compañeros:

TERAPEUTA (T): ¿Cómo se encuentra?

A: (después de una gran latencia de respuesta, que supone refrenar al grupo para que respeten su tiempo) Tengo en la cabeza cosas difíciles de explicar, muy dolorosas (se calla. Impresiona de gran sufrimiento. Hoy por primera vez ha logrado compartir un poco de su angustia).

T: Me gustaría invitar al grupo a compartir con A. cómo nos enfrentamos cada uno de nosotros con las preocupaciones dolorosas y absorbentes, esas que nos resulta difícil quitarnos de la cabeza.

Grupo (al principio todos los pacientes guardan silencio, pero en seguida surgen las primeras ideas y, ante la angustia de la paciente, aparecen rápidamente consejos para mitigar la propia angustia que su discurso ha generado. El terapeuta frena esta tendencia y pide que hablen desde su experiencia personal).

F: Yo intento tener varias preocupaciones a la vez, no una sola, pensar en varias.

V (Mujer con un trastorno delirante, hasta hace poco instalada en la creencia de que alguien entraba en su casa y le trastocaba sus documentos): Cuando me entra la duda me recuerdo a mí misma que tengo todas las facturas pagadas y en orden.

A (Mujer con un trastorno disociativo): Yo intento centrarme en lo bueno de la vida.

A (Enfermera): Hace años que voy a clases de Yoga y cuando me quiero evadir me centro en la respiración. Me resulta muy útil.

JL (Varón con un diagnóstico de esquizofrenia): Yo intento ocuparme cuando llegue el problema, no antes.

En todo este proceso A. se mantiene atenta y a la escucha. Impresiona de sentirse comprendida por sus compañeros. Pocos días después, A. es capaz de expresar al grupo el contenido de su preocupación (obsesiones de carácter religioso), lo cual permite abrir un debate sobre la autoexigencia y el darse permisos para errar (pecar). En el apoyo que sólo otros miembros del grupo pueden proporcionar, resultan muy útiles las técnicas psicodramáticas. En la viñeta se ha podido mostrar la adaptación de la multiplicación dramática (34).

DESINGULARIZAR

Este proceso toma un papel destacado en los pacientes con síntomas psicóticos activos. La angustia asociada a las voces suele ir acompañada de la vivencia de singularidad. En el grupo la persona saturada por las voces pueda escuchar otro tipo de voces, las de aquellos que comparten con el recién llegado la experiencia alucinatoria, bien porque en ese momento la viven con una menor carga afectiva, bien porque las voces han remitido ya, pero pueden compartir la experiencia reciente. El paciente desingulariza sus síntomas, al poder comprobar que más compañeros viven o han vivido una experiencia similar (7, 31-32).

P., paciente de 60 años, mujer, separada, con probable diagnóstico de esquizofrenia, ha ingresado por primera vez en la Unidad hace dos días. En este tiempo ha permanecido aislada en la habitación, eludiendo las actividades y el contacto con los demás pacientes. Hoy entra al grupo por primera vez. Se muestra seria y asustada.

Terapeuta (T): P. ¿cómo se encuentra?

P: Estoy muy angustiada... no hago más que oír voces, todo el rato, incluso ahora mismo las estoy oyendo, no paran, dicen lo que voy a hacer, lo que estoy pensando.

T (dirigiéndose al grupo): Lo que nos está comentando P. seguramente es una experiencia muy angustiada. ¿Alguien de aquí ha pasado por algo parecido?

A: Yo voces no he tenido pero sí ruidos en los oídos, muy desagradable.

J (paciente varón sentado a su lado, ingresado por una recaída maniaca): Yo no he tenido voces, pero antes de que me ingresaran he estado dando tumbos por Madrid... vivía en un mundo imaginario. Ahora he tocado tierra.

La paciente comenzó a entrar con más frecuencia los días siguientes. Su contacto mejoró; aunque las voces persistían, dijo que ya no le angustiaban tanto, mostrándose abierta a sugerencias de manejo por parte de los terapeutas y del grupo.

CONCIENCIA

La conciencia de enfermedad es fundamental en la adherencia del paciente a los tratamientos y el seguimiento en Salud Mental. Es además un constructo complejo, multidimensional: reconocer la presencia de una enfermedad, adherirse al tratamiento y atribuir las experiencias mentales extrañas a un fenómeno patológico, pudiendo estas tres dimensiones evolucionar, peligrosamente, de forma independiente y descoordinada (35).

Parafraseando a Xavier Amador (36), en el grupo es muy habitual escuchar la frase “¡No estoy enfermo, no necesito ayuda!”. La posibilidad de facilitar un debate abierto sobre las etiquetas diagnósticas, los tratamientos, los signos precoces de descompensación, etc., llevado a cabo por los protagonistas, es un instrumento terapéutico que rompe las resistencias habituales cuando este debate es propiciado unilateralmente por un “experto”.

En la siguiente viñeta clínica, se recoge el estilo empleado en las sesiones para abordar el delicado tema de la conciencia de enfermedad. La protagonista, A., es una

mujer joven, con estudios universitarios, que ha vuelto a ingresar por segunda vez tras su primer episodio psicótico sucedido un año antes, habiéndose instalado en el lugar de la negación desde la primera crisis:

A: La primera vez me dijeron que tenía esquizofrenia. No estaba de acuerdo... ahora me han dicho que lo mío es un trastorno afectivo.

Grupo (varios pacientes preguntan a los terapeutas): ¿Qué es un trastorno afectivo?

TERAPEUTA: Quizás alguien del grupo quiera primero hablar de este tema.

MJ: La primera vez que estuve mala me dijeron que tenía una depresión... luego que esquizofrenia y ahora me dicen que es afectivo. Tienes temporadas muy alegres y otras muy tristes.

E: A mí me pasa eso... yo empecé a pensar que si alguien tenía un móvil me estaba espiando... pero esto sólo me pasa cuando empiezo a estar triste. Primero triste y luego me pongo a pensar que me vigilan.

El debate grupal permite a los pacientes tomar conciencia de su trastorno, entenderlo, hacerse cargo de él. En los grupos de pacientes ingresados, frente a los ambulatorios, la toma de conciencia de su propia realidad es uno de los factores terapéuticos de mayor relevancia (31, 37).

PREPARACIÓN PARA EL ALTA: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO, PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y CONTINUIDAD EN OTROS DISPOSITIVOS

En la medida en que el paciente va estabilizándose clínicamente, normalmente va disponiendo de progresivos permisos de salida. Esta graduación cumple varias funciones: permite a los profesionales estimar de un modo más realista la mejoría clínica y ayuda al paciente a reintegrarse paulatinamente en su medio habitual, desde el ambiente hospitalario.

Uno de los tópicos más habituales de las sesiones de los lunes es abordar qué tal han ido las salidas. Suele ser frecuente que en las mismas se produzcan “retrocesos”. Excepcionalmente, a pesar de la brevedad del ingreso, algunos pacientes refieren encontrar el medio externo amenazante, valorando la Unidad como un lugar de protección y seguridad. Abordar grupalmente los problemas relacionados con estos permisos es una forma de acercarse a los retos del alta definitiva. En el grupo se analizan los “retrocesos”, los conflictos con el mundo exterior y el miedo a salir definitivamente de la Unidad. En este proceso de elaboración se implican intensamente el paciente protagonista y el resto de los miembros del grupo, que no pueden evitar proyectarse en las emociones y conductas narradas (20).

En paralelo con la elaboración de las dificultades previas al alta, se aborda también la identificación de factores que precipitaron la crisis (abandono del tratamiento, interrupción del seguimiento en Salud Mental, estresores de reciente aparición, etc.), así como el manejo que se llevó a cabo. La finalidad es esbozar un plan de futuro a corto plazo que asegure la estabilidad y el proceso de mejoría.

Por último, algunos de los pacientes continuarán su tratamiento en la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH), de carácter abierto y ambulatorio, ubicada también en el hospital, físicamente bajo la UHB. Normalmente se trata de pacientes con una estabilidad clínica precaria, con antecedentes de escasa o nula adherencia, con un historial de recaídas frecuentes y tempranas, con escaso apoyo social o una combinación de todos los factores referidos. Estos pacientes son derivados al programa ambulatorio de Trastorno Mental Grave (38). Un caso particular de derivaciones a la UTH son las efectuadas a programas monográficos de la Unidad de Transición: jóvenes con diagnóstico de Primer Episodio Psicótico (39) o pacientes graves con Trastorno de la Conducta Alimentaria (40). Independientemente de la patología, con el fin de potenciar su adherencia tras el alta, estos pacientes comienzan a acudir a la UTH antes de que finalice el ingreso en la UHB, incorporándose a un programa intensivo y diario de actividades psicoterapéuticas, fundamentalmente grupales, en el horario de mañana.

¿Qué papel juegan los grupos que se organizan en la UHB en esta derivación y su posterior seguimiento diario ambulatorio? Tanto el grupo de terapia ocupacional como el psicoterapéutico de la UHB son conducidos por los mismos profesionales (terapeuta ocupacional y psicólogo clínico) que trabajan en las actividades psicoterapéuticas grupales de la UTH, al tener repartida su actividad asistencial entre las dos unidades. Esta coincidencia no sólo garantiza la continuidad de cuidados y el conocimiento de la dinámica del paciente por parte de los profesionales, sino que ofrece al paciente continuidad en la transición hacia el nuevo dispositivo. La asistencia a los grupos de la Unidad de Agudos posibilita una primitiva adherencia hacia la figura de los terapeutas que puede ser trasladada al dispositivo ambulatorio de la UTH. Por último, muchos pacientes, como ya se ha referido en este trabajo, jamás han estado inmersos en un tratamiento psicoterapéutico reglado. La experiencia grupal en la Unidad de Agudos supone una previa preparación para su inclusión en los grupos ambulatorios (18, 22). Por otro lado, los temas iniciados en las sesiones grupales de la UHB, pueden ser elaborados con mayor profundidad tras el alta del paciente (23).

MANEJO DE CONFLICTOS

Una Unidad de Agudos es un lugar donde la tensión estalla con frecuencia, a veces entre los propios pacientes y también con los profesionales, generalmente con aquellos con los que el trato es más continuo (enfermería, auxiliares, celadores).

JL. es un paciente con dependencia alcohólica y trastorno de personalidad del cluster B. Está ingresado para desintoxicación:

JL (Inicia su intervención en el grupo quejándose de cómo ha sido tratado por una auxiliar del turno de noche. A medida que habla va alterándose y levantando el tono de voz): ¡Si viene mal de su casa no es culpa mía! No es la primera vez que pasa... si tiene problemas que los resuelva y no los traiga aquí... (Gritando). ¡Si vuelve a pasar la voy a liar..., aviso, yo la lío!

TERAPEUTA: (Se dirige al grupo) A todos nos pasa a veces que tenemos la sensación de que no se nos ha tratado bien. En la vida diaria no nos relacionamos siempre con ángeles. ¿Podríamos hablar de cómo manejamos estos conflictos fuera? ¿A alguien le ha pasado algo parecido?

Grupo (diferentes miembros empiezan a compartir sus roces con otras personas y cómo lo solucionan. J.L. es capaz de escuchar e intervenir más tranquilamente). El grupo es un instrumento privilegiado para manejar los conflictos de la convivencia diaria y para iniciar una precoz toma de conciencia de cuál es el estilo con el que se manejan y sus orígenes, así como para fomentar el pensamiento dirigido hacia alternativas más eficaces. El conductor del grupo reconoce, legítima, el enfado del paciente pero también crea las condiciones para que el grupo y la persona afectada puedan elaborar la tensión de forma diferente y, de esta manera, limitar la posibilidad de su expresión inadecuada (41).

COMPRENSIÓN BIOGRÁFICA

El objetivo principal de una Unidad de Agudos es fomentar la estabilización clínica y facilitar aquellos cambios en su funcionamiento que garanticen su continuidad tras el alta; pero la toma de conciencia de elementos biográficos va a posibilitar al paciente integrar su psicopatología con su realidad personal y familiar.

Esta toma de conciencia va a reducir la estigmatización y los procesos de exclusión social (28, 41). En la siguiente secuencia tenemos a D., un paciente varón, muy joven, en su primer ingreso psiquiátrico, con un diagnóstico de primer episodio psicótico:

D (Se arranca espontáneamente, interrumpiendo a otros compañeros, con un discurso cargado de rabia, desorganizado, verborreico, repleto de ideas delirantes y con múltiples referencias violentas y al consumo de tóxicos).

Grupo (Se produce una sensación de angustia. Algunos pacientes empiezan a lanzar reproches contra su persona, se quejan de que siempre está igual, que no se le entiende, que no deja a nadie en paz, etc.).

TERAPEUTA (T): D., esto que nos has contado ¿tiene algo que ver con tu vida?

D: Mi madre... no me cuidaba como tenía que hacerlo... todo el día en el bar... no le guardo rencor pero no puedo quererla (se levanta la camiseta y enseña un tatuaje con el nombre de su madre). Crecí en la calle, con drogas, con violencia...

T (dirigiéndose al grupo): Muchos habéis pasado por algo parecido los primeros días del ingreso. Nos encontramos algo perdidos, resulta difícil hacerse entender a veces y comportarnos de forma tranquila.

Discusión

La psicoterapia de grupo en una Unidad de Agudos, con todas sus dificultades, es un instrumento terapéutico que facilita la reducción de angustia del paciente, la recepción y emisión de apoyo social, la toma de conciencia sobre su realidad y su psicopatología, su integración en la dinámica de la unidad y el manejo de conflictos y tensiones, así como aumenta las posibilidades de su transición a la comunidad y la continuidad en recursos asistenciales terapéuticos. Los trabajos revisados para la elaboración de esta publicación coinciden en subrayar los aspectos mencionados y en el énfasis en la necesidad de adaptar la técnica, asumiendo un estilo terapéutico integrador, activo y directivo (10-13, 15, 17-18, 20, 22-23, 25, 28, 30, 33, 41). En la UHB del 12 de Octubre, la codirección de los grupos entre el residente y el adjunto de Psicología Clínica convierte además a la psicoterapia de grupo en un excelente escenario para la formación del residente.

La percepción subjetiva de los beneficios no debería sustituir a la investigación de los mismos. Si bien esta última es tremendamente compleja (4), existen procedimientos para abordar los procesos que operan en la terapia grupal con pacientes agudos y valorar la eficacia de la misma (42). Galletero y cols. (22) utilizaron el procedimiento de la encuesta para medir la utilidad percibida de los diferentes grupos terapéuticos (ocupacional, cognitivo-conductual, dinámico) por los que pasaban los pacientes en la Unidad de Agudos estudiada. El resultado fue que los pacientes calificaron todos de forma muy positiva y, de forma no tan sorprendente, no distinguieron entre las orientaciones teóricas y técnicas de sus conductores. Fernández Carbonell y cols. (9), en uno de los escasos trabajos realizados en España sobre satisfacción de pacientes y familiares en una Unidad de Agudos, registraron una elevada satisfacción en ambos, si bien recogieron la demanda de más información sobre la enfermedad y el tratamiento, reclamando la presencia de más actividades grupales en la Unidad. Las Unidades de Agudos, por el predominio de la orientación biológica y la carencia de espacios adecuados, no consiguen proporcionar a menudo un ambiente terapéutico óptimo (43). Las terapias grupales contribuyen a paliar esta carencia, facilitando la construcción de un medio terapéutico.

Siguiendo la línea de trabajo de los factores terapéuticos de Yalom (31), en España, Almenta y cols. (37), en su trabajo sobre grupos de pacientes ambulatorios, hallaron que los factores terapéuticos más destacados por los pacientes eran la comprensión de sí mismos y la verbalización (compartir con los miembros del grupo sus experiencias). Para González de Chávez (32), los factores relevantes en psicoterapia de grupo con pacientes graves difieren según el medio terapéutico, siendo el autococonocimiento y el insight los más valorados en grupos ambulatorios, frente al altruismo, la cohesión grupal y la universalidad en el caso de que la terapia tenga lugar en un medio cerrado.

Fuera de nuestro país, Rico (44) revisó cinco estudios realizados con grupos de pacientes heterogéneos en Unidades de Hospitalización Breve, encontrando similitudes en todos ellos en cuanto a los factores más referidos por los pacientes en situación de ingreso. De nuevo son altruismo, esperanza, cohesión grupal y universalidad. Estos factores son muy similares a los referidos en este trabajo al hacer referencia a la capacidad de la psicoterapia de grupo en la UHB del 12 de Octubre para facilitar la desingularización de la experiencia psicótica, la emisión y recepción de apoyo y la esperanza en la mejoría clínica; no obstante, el trabajo descriptivo que se ha ofrecido en este artículo debería complementarse en el futuro con una investigación empírica que confirmase las observaciones clínicas mostradas.

Para finalizar, es importante transmitir que no hay nada permanente ni consolidado. La psicoterapia de grupo en un ambiente tan medicalizado como es el hospital y, en concreto, una UHB, tiene que ser protegida frente a la prisa diaria, la urgencia de las consultas, el biologicismo reduccionista, etc. Los espacios grupales no deberían convertirse en una realidad aislada (disociada) en el sistema de la Unidad, sino integradas dentro del funcionamiento y su filosofía. Sólo así los futuros pacientes de la UHB podrán seguir recibiendo los beneficios de la psicoterapia de grupo. Solo así el paradigma biopsicosocial mantendrá todo su sentido.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Yllá L. Integración de la psicoterapia de grupo en la psiquiatría. Su historia. Boletín de la APAG 1999; 14: 12-22.
- (2) Espina JA. Psicodrama. Nacimiento y desarrollo. Salamanca: Amaru, 1995.
- (3) Rico MD, Sunyer M. Factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia. Boletín de la APAG 1998; 12: 3-28.
- (4) García I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2008; XXVII, 101: 9-25.
- (5) Martínez O. Investigación y psicoterapia de grupo. Boletín de la APAG 2001 24: 19-24.
- (6) Moneo F. Psicoterapia y trastorno mental severo. Boletín de la APAG 1999; 16: 25-33.
- (7) Rico D. Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia. Boletín de la APAG 2001; 18: 15-20.
- (8) Vinogradov S, Yalom I. ¿Qué es la psicoterapia de grupo? En: Vinogradov S, Yalom, I. Guía breve de psicoterapia de grupo. 5ª ed. Barcelona: Paidós, 2010; p. 15-24.
- (9) Fernández Carbonell MJ, Dasí C, García ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Anales de psicología 2012; 28, 2: 378-386.
- (10) Melendo JJ, González C. La unidad de agudos como elemento terapéutico. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1987; VII, 21: 189-202.
- (11) Casas R. Psicoterapia de grupo en la Unidad de Agudos de un hospital psiquiátrico. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1985; V, 15: 475-483.
- (12) Casas R. Evolución del grupo de psicóticos en una unidad de agudos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1987; VII, 20: 72-86.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (13) Romero F, Hoyuela M, Rodríguez LC, Hernández JL, Oncins J. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* 1994; 28: 59-66.
- (14) García E, Zamarro ML. Psicoterapia breve en instituciones públicas: a propósito de dos casos clínicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1990; X, 32: 89-95.
- (15) García E. Reflexiones sobre la práctica de la psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización de agudos. *Boletín de la APAG* 1999; 15: 10-19.
- (16) Caballero M, Belloso JJ, Arranz M. Descripción del Programa Ambulatorio de Atención a Trastorno Mental Grave en el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre de Madrid. Madrid, XIV Curso Anual de Esquizofrenia, 2009.
- (17) García E, Melendo JJ. Una forma de psicoterapia grupal en una unidad de agudos. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* 1992; 20: 27-35.
- (18) González M, García I, Fraile JC. Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999; XIX, 72: 573-586.
- (19) Ruiz E, González MA. Grupos de duración limitada en el tratamiento de la esquizofrenia: descripción del modelo. *Avances en Salud Mental Relacional* 2005; 4, 3: 1-13.
- (20) Martínez JM, Quiroga P, Pérez C, San R, Fernández MN. Grupos terapéuticos en unidades de hospitalización de corta estancia. *Boletín Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo* 1997; IV, 11: 139 - 148.
- (21) Yalom I. Terapia de grupo con grupos especializados. En Yalom I. *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. 5ª ed. Madrid: Paidós, 2012.
- (22) Galletero, JM, Gonzalo A, Mendivil JL, Puente Y, Segura A, Artasol L. La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Avances en Salud Mental Relacional* (revista electrónica) 2002; 1, 2 (consultado 10-09-2014): Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/01021pd.htm>
- (23) Martín B, Martínez JM. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2009; XXIX, 103: 79-96.
- (24) Vinogradov S, Yalom I. Grupos de pacientes internos. En: Vinogradov S, Yalom, I. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. 5ª ed. Barcelona: Paidós, 2010; p. 123-144.
- (25) Olea J, Vega J, González M, Montenegro V, Aparicio L, Cabrera Y. El grupo en una UHB. Trabajo multidisciplinar. XXIX Congreso de Enfermería de Salud Mental, Oviedo, 2012. Disponible en <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=2165cd1a-4ca6-46f9-8ebb-8d6be6025efb&Cod=3146f45a-49a3-4276-9af8-1672d5724b0c>
- (26) Vila L, Area R, Ferro V, González L, Justo A, Suárez MJ et al. Trastorno Mental Severo. *Revista de Terapia Ocupacional* (revista electrónica) 2007, 5 (consultado 13-09-2014): Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5.htm>
- (27) Álvarez P. El Psicodrama en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico. Aspectos Técnicos diferenciales. *Informaciones Psiquiátrica* 1984; 95, 1º trimestre: 65 – 82.
- (28) Arroyo R, Del Palacio S. Un año de psicoterapia grupal en unidad de agudos. Cuaderno de temas grupales e institucionales (revista electrónica) 2011 (consultado 17-09-2014): Disponible en: www.area3.org.es
- (29) Rico D. Algunas peculiaridades de los grupos de internamiento. *Boletín de la APAG* 1999; 16: 19-23.
- (30) Segura A, Mendivil JL, Galletero JM, Sánchez J. Grupo en una unidad de agudos. *Boletín de la APAG* 2003; 30: 24-33.

- (31) Yalom I. Los factores terapéuticos: qué es lo que cura. En: Yalom I. *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. 5ª ed. Madrid: Paidós, 2012; p. 21-62.
- (32) González M, García-Ordás A. Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992; XII, 42: 203-207.
- (33) Del Rosario ME, Enríquez V, Alonso MB, García M, García S, Mera R. Un día en la UHB. XXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Tarragona, 2011. Disponible en <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=5eb46f5d-d732-4ba2-a96c-4e438e63a2d9&Cod=92dc4967-1e55-43bd-82dc-5c9c2a06657a>
- (34) Kesselman H, Pavlovsky E. *La multiplicación dramática*. Buenos Aires: Ayllu, 1989.
- (35) Malla AK, McLean TS, Norman RMG. Intervención psicoterapéutica grupal en la recuperación del primer episodio de psicosis. En: Gleeson JFM, McGorry PD, editores. *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: DDB, 2005; p. 219-252.
- (36) Amador X. *¡No estoy enfermo, no necesito ayuda! Cómo ayudar a un enfermo mental a aceptar el tratamiento*. Barcelona: Ediciones Mayo, 2008.
- (37) Almenta E, García MP, González E. Factores terapéuticos en dinámica grupal. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1994; XIV, 47-48: 83-97.
- (38) Belloso JJ. Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. *Clínica Contemporánea (revista electrónica)* 2012; 3, 1: 3-23 (consultado 23-09-2014): Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/cc2012a1>
- (39) Belloso JJ. Intervención Psicoterapéutica en Primeros Episodios Psicóticos: Un Programa de Tratamiento en una Unidad de Transición Hospitalaria. *Clínica Contemporánea (revista electrónica)* 2014; 5, 2: 161-179 (consultado 23-09-2014): Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/cc2014a12>
- (40) Belloso JJ. Terapia de Grupo con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia y Psicodrama (revista electrónica)* 2013; 2, 1: 9-31 (consultado 14-10-2014): Disponible en <http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/enaccion.html>
- (41) Martínez JM. El miedo, las proyecciones paranoides y la violencia en los grupos de pacientes en crisis. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo* 2001; IV, 19: 89-102.
- (42) Yllá L. La investigación en psicoterapia de grupo. *Boletín de la APAG* 1998; 10: 3-7.
- (43) Diéguez JP. Intervención psicológica en un hospital general con unidad psiquiátrica. *Papeles del psicólogo* 1992: 53.
- (44) Rico MD. Factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia: análisis del proceso grupal. *Boletín de la APAG* 2001; 21: 11-30.