

ORIGINALES Y REVISIONES



Me harté de mí,
de inviernos congelados
y me rehíce.

Aplicación del modelo de la recuperación a la psicosis en la práctica clínica cotidiana. Una experiencia grupal de 2 años.

Recovery model in psychosis. Use in daily clinical practice. A two years group experience.

Matilde Blanco Venzalá ^a, M^a Ángeles Ramírez Morgado ^b, M^a José Rodríguez Sánchez ^c, María Iriarte Rivero ^d.

^aFacultativa Especialista en Psiquiatría. ^bEnfermera Especialista en Salud Mental. ^cTrabajadora Social.

^dFacultativa Especialista en Psiquiatría. ^{a,b,c y d}Unidad de Salud Mental Comunitaria de Alcalá de Guadaira. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Valme. Sevilla, España.

Correspondencia: Matilde Blanco Venzalá (matilde.blanco.sspa@juntadeandalucia.es)

Recibido: 20/04/2013; aceptado con modificaciones: 18/12/2013

RESUMEN: Introducción: Las premisas teóricas de la recuperación cuestionan el concepto kraepeliniano de la psicosis. Asumir la reversibilidad de esta condición favorece la incorporación de tratamientos integrados con el fin de abordar de forma eficiente las distintas dimensiones que la conforman. Objetivos del estudio: Describir la puesta en marcha de intervenciones grupales desde el punto de vista de la recuperación en personas con psicosis en un dispositivo comunitario de la red pública. Confirmar la eficacia de dichas intervenciones identificando los factores clínicos mejorados. Analizar el efecto de las intervenciones terapéuticas prolongadas en la evolución clínica. Pacientes: 28 personas con diagnósticos incluidos en los códigos CIE-10 (F20-25, F31, F60.0 y F60.1), tradicionalmente relacionados con la psicosis. Método: Se describe la estructura y el contenido del grupo, que han sido adaptados al contexto de trabajo: Grupo abierto en cuanto a pacientes y profesionales, sesiones quincenales, incorporación de técnicas corporales, evolución hacia la ayuda mutua etc... Se evalúa la situación clínica mediante las escalas PANSS y GAF. Resultados: Se objetiva una mejoría significativa a nivel de los síntomas negativos y sociales que se mantiene e incrementa entre los pacientes que continúan en seguimiento a lo largo del tiempo. Discusión: Dichos hallazgos resultan especialmente valiosos dada la resistencia de las dimensiones emocionales y sociales a los abordajes exclusivamente farmacológicos. Se plantean líneas de trabajo futuras, las dificultades en la generalización de los logros obtenidos en el contexto terapéutico a las actividades de la vida cotidiana y los ensayos que se han puesto en marcha para vencer dichas trabas. Asimismo se considera la posibilidad de incluir otros instrumentos de evaluación de naturaleza cualitativa que incluyan la visión subjetiva de los pacientes en su propio proceso. **PALABRAS CLAVE:** Psicosis, consultas externas, recuperación, grupo terapéutico.

ABSTRACT: Introduction: Theoretical background in recovery confronts the kraepelian concept of psychosis. Considering this condition as reversible involves looking for more efficient therapies for some of the dimensions.

Objectives: Description of the process to start a group with people with psychosis under the recovery paradigm in a public health team. Confirmation of the efficacy of group intervention and treated symptoms. Analysis of effect of long-term group intervention.

Patients: This work is based on a recovery group therapy experience in a community mental health team from a public health service in Spain. 28 subjects were diagnosed of disorders included in ICD-10: F20-25, F31, F60.0 and F60.1 related to psychosis. **Method:** The study describes structure and contents of the group and clinical assessment through PANSS and GAF scales.

Results: Negative and social symptoms remarkably improved in a progressive way through the two years course.

Discussion: These facts are considered especially worthy given their traditionally resistant condition to an isolated pharmacological assessment. Future lines of study are drawn. Difficulties in generalization of results in real framework are discussed. We are considering new measurement tools including subjective and qualitative instruments.

KEY WORDS: Psychosis, outpatients, recovery, group therapy

Introducción

La corriente conceptual de la recuperación en los trastornos psicóticos se ha extendido progresivamente entre parte de los clínicos, las personas con psicosis y las instituciones sanitarias (1). La aparición de este movimiento coincide con la crisis del modelo kraepeliniano, cuyo paradigma falla al integrar las observaciones clínicas que refutan el deterioro crónico y progresivo de las personas con psicosis a largo plazo (2). A partir de estas observaciones discrepantes con el constructo teórico se originan cambios en la práctica clínica (3):

- La toma de decisiones sobre el proceso terapéutico se desplaza desde el modelo médico tradicional hacia un modelo más consensuado y flexible. La presunción de defecto del paradigma previo excluía al paciente como sujeto activo y apto en la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.

- El hecho de recibir el diagnóstico de una enfermedad mental de características psicóticas pasa de ser un elemento definitorio de la persona a constituir una experiencia integrable en la biografía del individuo, visualizando la psicosis como una crisis y no como un proceso.

- Los objetivos, tratamientos y estrategias se hacen más ambiciosos, tendentes a minimizar o hacer retroceder los aspectos patológicos observados, trabajando desde las áreas sanas del individuo.

Se sobreentiende que la corriente de la recuperación no plantea que la psicosis sea un estado de ausencia absoluta de síntomas sino una actitud a lo largo del proceso para mejorar la calidad de vida usando la resiliencia (4) de la persona diagnosticada y manteniendo las expectativas de mejoría en el futuro. Se entiende que no todas las personas con psicosis obtendrán un nivel de funcionamiento completo ni lo harán a la misma velocidad pero en todos los casos es posible contemplar un potencial de crecimiento.

En este panorama los fármacos aunque necesarios en la gran mayoría de los casos no son suficientes para abordar todas las necesidades que se generan (5-6). Los tratamientos integrados a nivel práctico requieren analizar el plan terapéutico individualizado de manera que se clarifiquen los objetivos comunes aunque se lleven a cabo mediante tareas, herramientas y profesionales diferentes (7-8).

Para precisar las intervenciones a realizar es útil identificar la fase del proceso de recuperación donde se encuentran las personas con psicosis. Las fases no son estáticas ni universales pero se han ido perfilando a través de las observaciones clínicas constituyendo descripciones sindrómicas que sitúan a los clínicos con respecto a las necesidades y habilidades de las personas con las que se está trabajando (9):

- Primera fase: Encajando la enfermedad. Se trata de un periodo flexible que varía de un individuo a otro y que se inicia en el momento del diagnóstico con

una duración que puede oscilar de meses a años. La persona desarrolla estrategias como intento de comprender y controlar la situación, negando la enfermedad en múltiples ocasiones, lo que facilita las recaídas y los ingresos de repetición.

-Segunda fase: Luchando con la enfermedad: Búsqueda de explicación y aceptación de la enfermedad como parte de la vida del individuo por un tiempo prolongado. Asimilación de la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento y reconocimiento de las mismas para poder reproducirlas de forma explícita.

-Tercera fase: Vivir con las dificultades: La psicosis se transforma en un elemento más dentro de la vida del individuo distanciándose de la propia identidad. La experiencia en el manejo de los síntomas y la relación con las situaciones estresantes permite desarrollar el sentimiento de control. Las estrategias de afrontamiento son estables, bien reconocidas y manejadas con fluidez.

-Cuarta fase: Vivir más allá de las dificultades, el fenómeno de los cuasi pacientes. El alejamiento de la psicosis como elemento de definición hace que no solo no precisen intervenciones intensivas sino que las limiten, colocando el foco de interés en otros aspectos de su vida que no incluyen el diagnóstico.

Las etapas descritas son continuas, reversibles y modificables mediante las intervenciones terapéuticas tendentes a la adquisición de herramientas físicas, emocionales, interpersonales, intelectuales y sociales que permitan avanzar a través de los estadios de forma estable. De acuerdo con las recomendaciones generales para la psicoterapia en psicosis, dichas intervenciones deberán ser flexibles multimodales y adaptadas al individuo (10). El contexto del grupo nos parece el método más idóneo para asumir lo referido, al permitir desarrollar espacios donde se pueden tolerar afectos intensos y niveles altos de ambivalencia sin desarrollar dependencias (11) permitiendo: La incorporación de lo corporal/emocional/comunicacional, la vivencia en profundidad de lo inmediato y la consideración del componente relacional (12), todo ello dirigido a la mejora de la cognición social.

Partiendo de los presupuestos teóricos expuestos y de las experiencias pilotos ya realizadas en otro dispositivo similar al actual por parte del equipo terapéutico, planteamos el desarrollo de un grupo cuyos objetivos incluirían describir la puesta en marcha de intervenciones grupales desde el punto de vista de la recuperación en personas con psicosis en un dispositivo comunitario de la red pública, confirmar la eficacia de dichas intervenciones identificando los factores clínicos sobre los que actúa y analizar el potencial efecto beneficioso en la evolución clínica de las intervenciones terapéuticas prolongadas en un dispositivo comunitario. A continuación se expondrán los datos y las observaciones recogidas en los dos primeros años de esta experiencia en forma de estudio descriptivo.

Material y método

La experiencia se inició en Marzo de 2010. El contexto de trabajo es una Unidad de Salud Mental Comunitaria en una zona semiurbana de la provincia de Sevilla con una población de 73.000 habitantes. Dicho dispositivo pertenece a la red pública sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Dadas las características de la atención en los dispositivos comunitarios nuestra intención fue crear un grupo abierto sin límite de tiempo que permitiera la salida y la reentrada de las personas diagnosticadas de psicosis sin trámites intermedios y sin fecha de finalización.

La flexibilidad del planteamiento incluye también al equipo terapéutico que está formado por una psiquiatra, una enfermera especialista en salud mental y una trabajadora social. No todas las sesiones grupales tienen la misma estructura ni son lideradas por la misma profesional y no todas las profesionales están presentes en todas las actividades. La elección de esta metodología poco ortodoxa ha venido impuesta, en parte, por el propio funcionamiento del dispositivo comunitario ya que no podía garantizarse la presencia del equipo terapéutico al completo todos los días programados.

La estructura base de las sesiones grupales tiene una periodicidad quincenal y una duración de 90 minutos con una orientación metacognitiva en la que se trabaja la conexión e integración de los aspectos conductuales, afectivos y cognitivos incluyendo los elementos relacionales intra y extra grupales con el objetivo de incrementar la cognición social (13). El formato de las intervenciones sigue las recomendaciones en este tipo de orientación: Realizar sesiones abreviadas, participación activa del terapeuta (se evitan silencios de más de 30-60 segundos), prácticas conjuntas, discusión reflexiva después de las prácticas para explicar y normalizar dudas y dificultades e inclusión de algunos ejercicios de duración limitada, 10 minutos, por sesión (14).

Adicionalmente se han ido realizando, con las mismas personas, intervenciones paralelas a las sesiones grupales programadas. Dichas actividades han ido surgiendo a partir de los contenidos y sugerencias desarrollados en los espacios terapéuticos sensu estricto. De esta forma, se han realizado grupos de relajación (liderados por enfermería), sesiones aisladas con técnicas bioenergética (participación de todo el equipo), y por último de forma también estable y programada una actividad de baile (gestionada y coordinada por la trabajadora social) fuera de las instalaciones sanitarias, destacando el cuerpo como nexo común entre las 3 opciones.

Los criterios de inclusión en el grupo son los siguientes.

Edad adulta: 18-45 años. La elección del rango de edad se basó en el tiempo de evolución, que debía ser mayor de 5 años, tras el segundo período crítico (7),

siendo la media del grupo de 8.5 años de evolución. Se pretendía evitar el predominio de los factores cognitivos y los antecedentes de periodos prolongados con fármacos antipsicóticos típicos.

Diagnósticos codificados mediante la CIE-10 en las categorías incluidas en los códigos F20-25, F31. También se han incluido personas con diagnósticos de trastorno de personalidad en la línea de lo esquizoide, paranoide y límite (con predominio de sintomatología psicótica). (F60.0, 60.1 y F60.3)

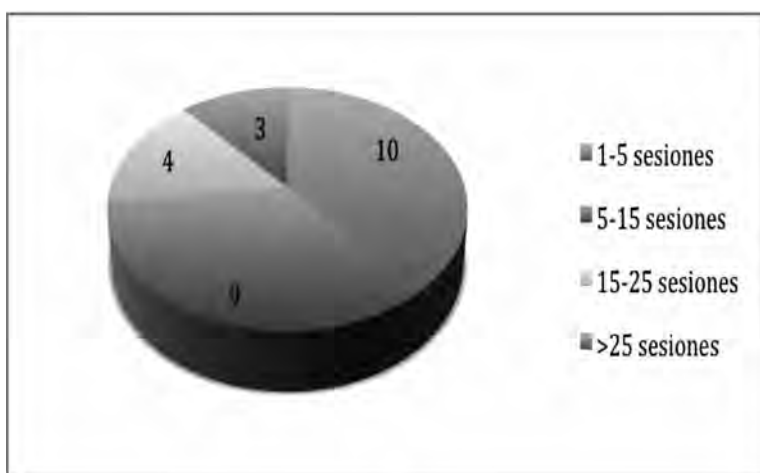
Estabilidad clínica parcial. Se permite la posibilidad de síntomas positivos activos sin repercusión conductual severa.

Estadio con respecto a la recuperación 1 ó 2 con predominio de la fase 1.

A lo largo de los 2 años analizados, 28 personas han pasado en algún momento por el grupo terapéutico, 19 de ellas han sido hospitalizadas una o más veces en Unidad de Hospitalización de Salud Mental de Hospital General y 14 han realizado tratamientos previos en Hospital de Día de Salud Mental. Con respecto a los recursos de FAISEM (Fundación de Ayuda a la Integración Social del Enfermo Mental) uno de los integrantes pertenecía al programa residencial de pisos supervisados y 6 fueron derivados al programa ocupacional de la misma fundación, abandonando 2 de ellos el grupo al iniciar la actividad laboral reglada. Dentro de las 28 personas existe una importante variabilidad con respecto al número de sesiones al que han atendido, siendo el rango de 1-37 (Figura 1): 10 personas de 1-5 sesiones, 9 personas de 5-10, 4 personas de 10-15 y 5 >15.

Figura 1.

Distribución de la muestra por número atendido de sesiones

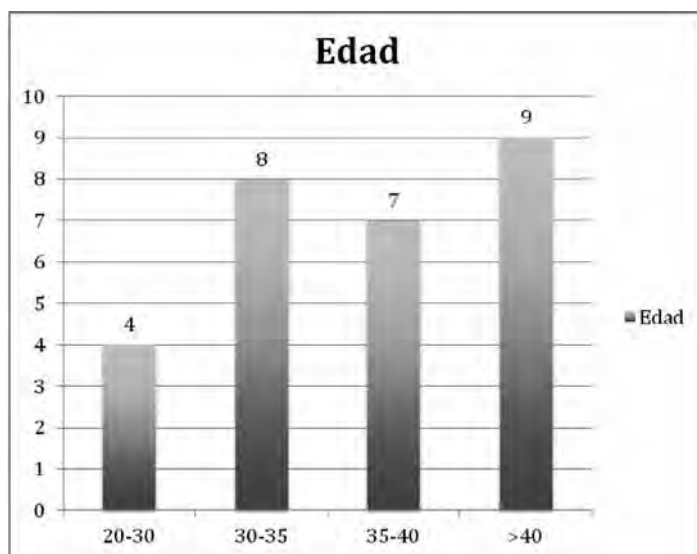


Hay que tener en cuenta que el momento de la incorporación se ha ido escalonando a lo largo del tiempo y que en los subgrupos de 1-5 sesiones (10 personas) y de 5-15 sesiones (9 personas) se entremezclan individuos que no se han vinculado al espacio o lo han abandonado en algún momento, con otros que se han incorporado recientemente y están empezando a acudir de forma regular. En el colectivo de 10 personas con 1-5 sesiones los motivos de salida se distribuyen de la siguiente manera: Cambio de domicilio:1; Derivación a Comunidad Terapéutica:1; Incorporación laboral:2; Inicio reciente:2 y abandono definitivo del grupo:4.

Entre los que han acudido 5-15 sesiones, 9 personas: 1 ha cambiado de domicilio y continúa acudiendo a algunas sesiones de forma esporádica, 2 han abandonado, 2 han interrumpido el tratamiento en varias ocasiones volviendo al grupo tras modificarse de nuevo sus circunstancias manteniendo una vinculación intermitente, y 4 se han incorporado más tarde con atención regular desde entonces.

A nivel descriptivo en cuanto a genero 11 son mujeres y 17 son hombres, con edades dentro del rango entre los 23 y los 47 años, predominando el subgrupo de los mayores de 40 (Figura 2.). Recalcamos que a pesar de que los criterios de inclusión iniciales tenían 45 años como límite superior el mantenimiento a lo largo del tiempo del grupo permite que la muestra se vaya desplazando a edades crecientes.

Figura 2.
Distribución de la muestra por edad



En cuanto a los diagnósticos (Figura. 3) predominan las personas con esquizofrenia: 19, seguidas de trastorno afectivo bipolar: 6 y en menor proporción, trastorno esquizoafectivo: 1 y trastorno de personalidad: 2.

Figura 3.
Distribución de la muestra por diagnóstico



La evaluación se realiza mediante la PANSS (15) y la GAF(16) eligiendo estas escalas por su amplia implantación y validación internacional. Las mediciones se repiten anualmente a finales de Junio ya que las sesiones se interrumpen durante los meses de Julio y Agosto.

Resultados

En el análisis a nivel observacional, se aprecian cambios en la fase de recuperación predominante entre los participantes. En el inicio de la experiencia la mayoría de las personas se encontraban entre las fases 1 y 2 verificándose una transición progresiva hacia las fases 2-3.

En cuanto a los contenidos del grupo durante el primer año las temáticas se centran en los síntomas positivos, el sentimiento de desesperanza con respecto a la enfermedad, el miedo al reingreso y la vivencia de fracaso. El concepto de enfermedad mental predominante es esta fase se comparte con la sociedad observándose el fenómeno del autoestigma lo que dificulta la aceptación al no querer identificarse con la imagen de enfermo mental predominante en nuestro entorno. Esto se traduce en un contacto ambivalente con la actividad grupal con llegadas

tarde, abandonos tempranos, escasa participación y casi nulo dialogo entre los participantes pivotando todas las intervenciones a través del equipo terapéutico. De forma progresiva nos desplazamos a la fase dos caracterizada en cuanto a los contenidos por un cierto sentimiento de control pero sobre todo por un miedo paralizante a las recaídas. Los esfuerzos para recuperar funciones, roles, habilidades etc, se viven en ocasiones como estresantes y peligrosos en cuanto a la posibilidad de fomentar la reaparición de los síntomas positivos identificados con la hospitalización. Presentan dificultades para medir las capacidades propias y calcular las posibilidades de éxito en la tarea iniciando en ocasiones actividades poco apropiadas para ese momento vital, viviéndose en muchos casos la incapacidad para llevarlas a cabo como una confirmación del fracaso y una imposibilidad de mejora. Una buena parte del trabajo terapéutico de esta fase está en transmitir la necesidad de ajustar los esfuerzos y ser capaz de monitorizarse en cuanto a capacidades y deseos. Este hecho no impide ser ambicioso a largo plazo sin poner límites definitivos a priori ya que estos se irán expandiendo en función de los logros adquiridos y el momento personal.

La presencia de síntomas positivos activos es expresada cada vez con mayor naturalidad, perdiendo la importancia por si mismos y vinculándose a las situaciones vitales y emocionales de los integrantes del grupo incluyendo el uso del humor al abordar la propia sintomatología.

Se van estableciendo relaciones de ayuda mutua inicialmente con carácter instrumental (monitor de baile, profesora de inglés, información sobre las ofertas ocupacionales y laborales, etc)... y posteriormente a nivel emocional.

Las diferencias entre las fases de la recuperación se observan más claramente al seguir incorporándose personas que han debutado posteriormente y se encuentran en estadios previos. La coincidencia en el espacio del grupo con los miembros con más bagaje y que actúan utilizando su propia experiencia como modelo modifica la estructura grupal hacia la ayuda mutua soportada y estructurada por el equipo terapéutico.

Con respecto a la dinámica grupal se incrementa el tiempo de intervención de los pacientes, la fluidez verbal y la capacidad para relacionar las situaciones externas con escenarios mentales a nivel cognitivo y emocional, viviéndose a si mismos con un papel más activo y menos indefenso en la resolución de los síntomas (empoderamiento de los participantes como expertos en el terreno de su recuperación). Se incrementa el dialogo sin participación del terapeuta y proliferan las actuaciones encuadradas en el concepto de ayuda mutua extrapolándose al espacio terapéutico extra sanitario para hacerse presente en el desarrollo cotidiano de los participantes.

De forma paralela a estas observaciones, en el ámbito extra-terapéutico se objetiva un aumento en la incorporación a actividades normalizadas individuali-

zadas: asistencia a cursos para población general (fotografía, informática, inglés baile etc...), recuperación de rol de cuidadores en sus sistemas de referencia (hijos y padres) y mejoría en la integración del uso de los recursos con la enfermedad.

Como expresión de estas observaciones se han producido modificaciones con respecto a la vivencia de los ingresos hospitalarios. Durante estos años se han producido 2 descompensaciones en miembros activos del grupo. En ambas ocasiones, la persona afectada se ha apartado preventivamente y ha solicitado el ingreso programado a su referente clínico, interpretándose como un intento de proteger el espacio grupal. A destacar que en estos 2 casos existían antecedentes de ingresos involuntarios traumáticos con graves trastornos de conducta y repercusión negativa posterior en los sistemas familiares que eran culpabilizados por el ingreso. En los 2 casos referidos tras los ingresos programados se ha permitido la incorporación de la familia a las entrevistas individuales respetando la frecuencia y las formas que previamente se habían pactado con los interesados.

Anecdóticamente también se ha dado la situación en la que otra de las participantes ha gestionado el ingreso involuntario de un conocido con diagnóstico de trastorno mental grave en el contexto de una descompensación psicopatológica con serios trastornos de conducta.

La estructura flexible también ha permitido derivar en momentos puntuales a otros dispositivos terciarios como la comunidad terapéutica o el hospital de día y acoger a la persona a su vuelta garantizando su continuidad asistencial. También ha permitido que los pacientes se ausenten por razones familiares (tener que hacerse cargo de algún familiar, hijos, hermanos o padres) laborales (cursos de formación o actividad laboral reglada) o judiciales (cumplimiento de pena judicial), fomentando el desarrollo de los roles sanos extragrupal y el sentimiento de permanencia y pertenencia. Los contenidos de estas "ausencias" son elaborados en el grupo según los deseos y necesidades de las personas y el acontecimiento en particular.

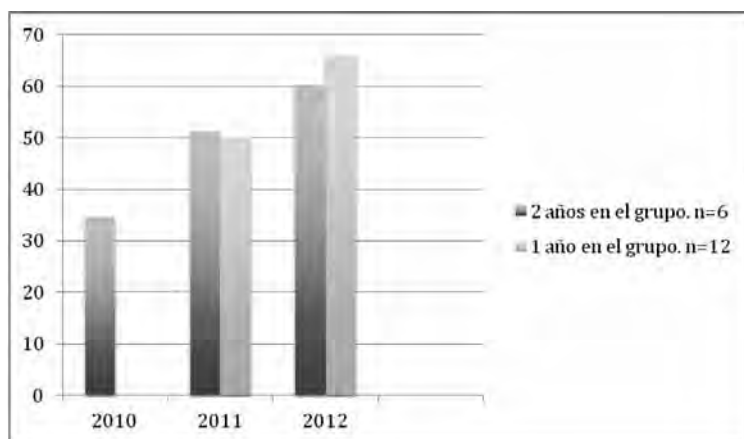
En cuanto al análisis cuantitativo, la primera consideración se plantea desde las dificultades para realizar evaluaciones en la estructura terapéutica descrita. Dadas las características metodológicas es difícil encontrar 2 participantes que hayan tenido exactamente la misma ruta terapéutica. Estas circunstancias complican la obtención de resultados numéricos y reduce el peso de la evidencia pero tiene a su favor haber primado los elementos terapéuticos y realizar las cuantificaciones desde la realidad clínica.

Aun con estas limitaciones metodológicas las tendencias en las puntuaciones en las escalas confirman las impresiones de los clínicos y de los propios pacientes.

La evolución de la media de las puntuaciones de la GAF de las 6 personas que llevan acudiendo 2 años es 34.6 (año 2010); 51.2 (año 2011) y 60,2 (año

2012) indicando una mejoría progresiva del funcionamiento social (Figura 4). Destaca que la mejoría experimentada en el primer año se mantiene e incrementa en el segundo periodo anual aunque en menor proporción.

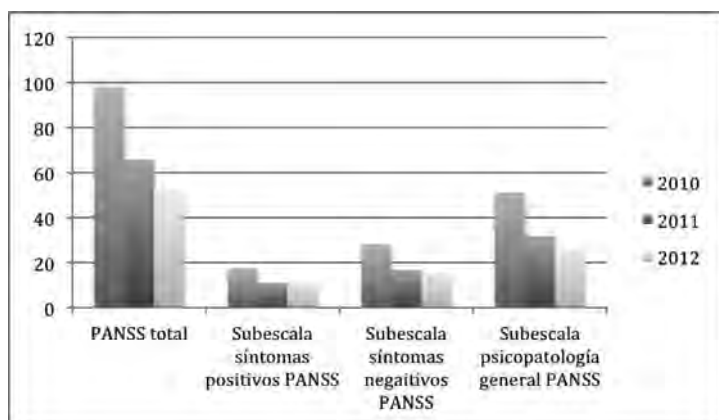
Figura 4.
Evolucion gaf



Los mismos avances se reproducen en las mediciones de las 12 personas que solo han permanecido un año en el grupo, pasando la media de la GAF de 50,2 (año 2011) a 66 (años 2012) (Figura 4).

A pesar de que el análisis inicial la GAF da una primera impresión de mejoría de los aspectos sociales las características del instrumento no permiten sacar conclusiones específicas en cuanto a los factores recuperados y aún deficitarios. Con respecto a las puntuaciones de la PANSS global, suma de las subescalas de síntomas positivos, negativos y psicopatología general se verifica una evolución favorable. En la Figura 5 se muestra que la media de las puntuaciones de las 6 personas que han permanecido 2 años en el grupo sigue una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo, manteniéndose e incrementándose en el segundo año: 98 (2010); 65.8 (2011) y 52.4 (2012)

Figura 5.
Evolución escala panss



Un análisis pormenorizado muestra que la reducción observada se ha producido especialmente a expensas de los síntomas negativos cuya media ha pasado desde 28.3 (2010) a 16.6 (2011) y 15.5 (2012). El valor de estos hallazgos adquiere su verdadera importancia al tener en cuenta que tradicionalmente los síntomas negativos son los más resistentes al abordaje farmacológico único.

Señalar que la disminución de las 3 escalas, síntomas positivos, negativos y psicopatología general siguen un curso paralelo entre sí y con la GAF, la reducción es mayor en el primer año, aunque se mantiene e incrementa durante el segundo año.

Discusión

Como primer punto a discutir planteamos como denominar nuestra experiencia clínica. La diversidad de las actividades emprendidas a lo largo de su desarrollo nos ha hecho considerar que su naturaleza excedería el concepto de grupo terapéutico para pasar a ser lo que hemos bautizado como una plataforma de recuperación.

En el término de plataforma de recuperación se incluiría una oferta de actividades diversificada y estable en el tiempo a la cual los pacientes pueden recurrir en los momentos necesarios permitiendo la salida y la reentrada de forma fluida sin intermediarios ni fecha de finalización. Este soporte resultaría plena-

mente integrable en la estructura y la filosofía de los servicios comunitarios de salud mental uno de cuyos puntos fuertes es la estabilidad y la accesibilidad en el espacio y tiempo en la vida de las personas con psicosis. El hecho de que la plataforma esté constituida por un amplio número de elementos terapéuticos diversifica y multiplica las opciones de recuperación permitiendo el desarrollo de itinerarios individualizados para cada uno de los integrantes, de acuerdo con sus gustos, necesidades y habilidades.

Asimismo, el término plataforma también hace referencia al concepto de red donde las interrelaciones entre los miembros tejen una estructura de apoyo mutuo que sobrepasaría las características típicas grupales y estimularía el desarrollo de contactos dentro y fuera del contexto terapéutico, generalizando el uso de los recursos adquiridos a la vida cotidiana real. El ámbito de acción sobrepasaría el espacio puramente sanitario fomentando el desarrollo de otros encuadres como grupos de ayuda mutua y/o asociaciones de pacientes.

Planteamos que la opción que se expone supone un puente terapéutico entre los programas intensivos y los programas transversales para poder garantizar la continuidad asistencial en el proceso de la recuperación. En los últimos años ha existido la tendencia al desarrollo de programas terapéuticos como las intervenciones tempranas en las psicosis o los hospitales de día que permiten avances terapéuticos importantes mediante actuaciones en profundidad en un periodo limitado de tiempo más o menos prolongado. No obstante, la crítica a estas intervenciones proviene de la fragilidad que los avances obtenidos demuestran cuando las personas son altas y pasan a ser seguidas por dispositivos comunitarios que se caracterizan por el alto número de pacientes y la limitación en las ofertas terapéuticas. Existen datos de que una vez se desplaza el tratamiento habitual en los dispositivos comunitarios se objetiva una pérdida de los avances adquiridos y una homogenización de las evoluciones con aquellos que nunca recibieron tratamientos específicos (17).

Entendemos que ofertas de tratamiento como la expuesta en este trabajo permiten acompañar a las personas en el proceso de transición entre las distintas estructuras sanitarias sin que se pongan en peligro los avances terapéuticos.

El contacto terapéutico a lo largo del tiempo facilita el desarrollo de relaciones estables y de confianza con los terapeutas y los otros miembros del grupo. También facilita el avance hacia fases más autónomas sin cortes bruscos pudiendo permanecer en un segundo plano en la vida de la persona con psicosis que puede recurrir a esta estructura de apoyo en el periodo y la frecuencia que considere oportuna y necesaria.

Estos aspectos teóricos se complementan con el análisis de los datos descriptivos obtenidos en el estudio donde se muestra que parte de los integrantes del grupo han superado los 45 años y que el subgrupo predominante es el de

mayores de 40. En nuestra opinión, la lectura de estos datos se relaciona con la existencia en nuestra Unidad de Gestión Clínica de un programa de Intervención Precoz de la Psicosis que aglutina los casos de inicio reciente y que podría explicar el menor número de sujetos más jóvenes y un Hospital de Día donde una buena parte de las personas pertenecientes a la plataforma han realizado un periodo de tratamiento intensivo en el pasado.

Esta organización confirma el hincapié clínico sobre las fases precoces y su importancia en el curso posterior de la patología y también demuestra que hasta ahora se ha dejado en inferioridad de condiciones, con respecto a la oferta terapéutica, a la población > 35 años. Por ello, consideramos que la plataforma puede ser especialmente valiosa para este sector de personas ya que su continuidad en el tiempo y su accesibilidad podrían tener un papel crucial para prevenir la cronicidad y fomentar la autonomía disminuyendo la necesidad de institucionalización residencial a medio-largo plazo y permitiendo la reincorporación a roles sanos y la mejoría de la calidad de vida percibida.

A lo largo del proceso tanto a nivel individual como grupal, se pueden establecer paralelismos con las fases de desarrollo humano sin patología apreciándose en espejo la postura de los sistemas cuidadores formales e informales.

- En la primera fase (leída como infancia), predomina la dependencia, correspondiéndose con la sobreprotección de la familia y de los sistemas profesionales de cuidado, se habla de la alta emoción expresada del sistema familiar pero no se tiene en cuenta que los profesionales en ocasiones también tendemos a la sobreprotección y al hipercriticismo intentando imponer nuestras tesis sobre la enfermedad.
- En la fase de lucha (leída como adolescencia) destacan los roles ambivalentes potenciados por las ganancias secundarias. Se recupera la funcionalidad pero paralelamente existe el miedo a la recaída, y el peligro de instrumentalización del rol de enfermo. En los sistemas cuidadores se adopta las posturas complementarias como por ejemplo el concepto de conciencia de enfermedad o “ser un buen enfermo”, tradicionalmente sinónimo de obediencia o asumir el modelo médico de la enfermedad.
- Fase adulta: los cuasi pacientes. Se coloca la enfermedad de forma periférica e incluso se rechaza el exceso de cuidado. No se trata de una negación ya que siguen manteniendo los seguimientos, la medicación etc... pero no desean pertenecer a grupos terapéuticos, de pacientes, etc... predomina la reincorporación a actividades normalizadas no definidas por la enfermedad. Es un punto crítico también en los sistemas cuidadores que tienen que soportar la distancia sin disminuirla para acallar la propia angustia a riesgo de que la persona con psicosis decida algo contrario a nuestro propio criterio.

A nivel de expresión emocional se observa la presencia de emociones básicas negativas como miedo, ira y tristeza. La tristeza suele estar centrada en la pérdida de la identidad y de su valor mientras que el miedo y la ira son frecuentemente proyectados mediante sintomatología positiva.

El efecto terapéutico generaría alternativas sanas en la integración de los elementos emocionales y comunicacionales (18) en el grupo modificando la vivencia del otro como objeto acompañante o protector y no amenazante y la vivencia de uno mismo como elemento útil tras ser desposeído de este valor por parte de la enfermedad.

A nivel corporal, no hemos realizado mediciones aunque destacan el cambio postural, la disminución de la rigidez, el aumento de la expresividad facial y de los movimientos espontáneos, la velocidad de expresión y la riqueza en el vocabulario. Consideramos que a pesar de que alguno de ellos se asocia con una disminución de la medicación antipsicótica el fenómeno observado está más en relación con los cambios psicopatológicos y vitales.

Lo corporal adquirió su cara más autónoma cuando los participantes se hacen cargo del desarrollo por medio de la propuesta de las clases de baile, aunque las gestiones y contactos con el Ayuntamiento se realizaron por parte de la Trabajadora Social se trata de un espacio propio en el que la intención es que los encuentros funcionen de forma autónoma desarrollándose a lo largo del tiempo como grupo de ayuda mutua. En esta línea en el futuro también es deseable que las sesiones se amplíen a otras actividades propuestas por los propios participantes permitiendo enriquecer la oferta ocupacional, especialmente durante las tardes, periodo que tradicionalmente no ha tenido cobertura por parte de los dispositivos sanitarios (19).

Desde el punto de vista cuantitativo las mediciones que hasta ahora hemos realizado nos permiten concluir que la realización de esta experiencia terapéutica grupal a nivel comunitario tienen un efecto positivo en la situación clínica general y específicamente en los síntomas negativos, comunicacionales y sociales. Estos cambios se traducen en una mejoría en el funcionamiento social según la GAF y de la escala PANSS en general y de su subescala de síntomas negativos en particular. Los hallazgos coinciden con los efectos beneficiosos descritos en la literatura internacional de la terapia grupal en personas con psicosis basada en habilidades sociales(20) que demuestran un efecto positivo moderado sobre la adquisición de habilidades sociales y sobre la sintomatología negativa. Destacamos que en el metanálisis referenciado se apunta una disminución del efecto de la intervención a lo largo del tiempo conforme se produce un alejamiento de la intervención terapéutica. Por ello, destacamos que, en nuestro estudio, los avances se mantienen e incrementan en el segundo año, aunque de forma asintótica, con una ralentización de la mejoría. De hecho, en los datos recogidos existen indicios

de que el efecto terapéutico del grupo parece tener una relación proporcional al número de sesiones al que se atiende aunque el escaso tamaño de la muestra y la heterogeneidad de los datos complica el cálculo de coeficiente de correlación.

Por otra parte, en el momento actual no existe suficiente evidencia que avale la Terapia de Mejora Cognitiva, en cuyo marco teórico-práctico podría encuadrarse nuestro grupo, pero existen indicios de que podría tener un efecto positivo sobre el procesamiento de la información, el estilo cognitivo, la cognición social y el ajuste social (21) lo que concuerda con nuestros resultados.

En este sentido a pesar de que los datos son prometedores, tras completar el análisis de nuestros datos, una de nuestras conclusiones es que los instrumentos elegidos no nos permiten afinar sobre los factores que se han movilizado específicamente ni confirmar las hipótesis terapéuticas expuestas a lo largo de todo este epígrafe de discusión.

Por lo tanto para continuar profundizando en el conocimiento de los mecanismos de la recuperación y su aplicación clínica precisamos añadir nuevos instrumentos que resulten más específicos en la identificación de los factores concretos en los que se ha incidido y en los que quedan pendientes de trabajar.

Nuestra propuesta para verificar la mejoría e intentar desarrollar vías de tratamiento diferenciadas en función de la persona pasa por incluir herramientas semicualitativas basándonos en instrumentos como la escala de niveles de conciencia emocional (22). Este instrumento plantea escenarios potencialmente emocionales y sitúa al individuo con respecto a sus emociones y a las del otro, puntuando el nivel de conciencia en función del número de términos incluidos y la complejidad afectiva de los mismos.

En la misma línea planteamos incluir la escala de calidad de vida(23) para poder identificar con mayor detalle en que áreas se están produciendo los cambios a nivel funcional y como potenciarlos y determinar si existen patrones comunes o diferenciados en la recuperación.

Destacable también la similitud en la estructura de nuestra propuesta terapéutica con la presentada por otros dispositivos comunitarios públicos, como los del País Vasco (24), que tras una revisión extensiva de las evidencias existentes en la literatura y sus experiencias previas plantean el desarrollo de un ensayo clínico aleatorizado en el que compararan su propuesta terapéutica (fase cerrada más estructurada y fase abierta en tiempo y contenido) con el tratamiento habitual.

Para terminar, consideramos que trabajar desde el paradigma de la recuperación supone asumir que se van a producir movimientos espontáneos que no son planificados por los terapeutas y que en ocasiones precipitan cambios que son necesarios gestionar para convertir en avances. Movernos en una estructura tan flexible supone una gran cantidad de ventajas y una considerable cantidad de incertidumbre.

Como ya hemos expuesto con respecto a la edad cuyo rango se amplía a lo largo del tiempo también sucede lo mismo con el número de participantes simultáneos y las fases de recuperación. Es posible que estas situaciones en un futuro no muy lejano nos obliguen a formularnos nuevos abordajes como subdividir el grupo y mantener uno comunal fuera de nuestras instalaciones, impulsar y colaborar en el movimiento asociativo etc..

A través de la experiencia estamos aprendiendo que a pesar de estas movilizaciones francamente positivas se objetivan retrocesos posteriores, en los que el miedo a la recaída individual o grupal se hace patente y requieren la intervención más activa del grupo profesional por lo que es importante la continuidad terapéutica.

Al igual que en otras opciones la dificultad es la generalización de tras los avances obtenidos dentro del contexto del grupo al mundo real. En ocasiones existe la imagen de pseudonormalidad con la incorporación a actividades y grupos de población general pero con una clara preferencia por permanecer en lo que consideran un grupo de iguales y donde los códigos de comportamiento y comunicación permanecen explícitos.

A nivel teórico nos resulta grato comprobar que esta experiencia no se produce de forma aislada y fuera de contexto. Encontramos elementos comunes en la lectura de modelos como el finlandés que ha reconocido que la confianza y el acompañamiento son la base de la acción terapéutica. El concepto de la confianza estaría detrás del desmantelamiento progresivo de dos pensamientos automáticos omnipresentes en la patología psicótica, “No te puedes fiar de nadie” y “Ya no valgo nada como persona”. Intuimos que parte del efecto terapéutico que observamos se relaciona con la vivencia del otro como menos hostil, colaborador, no persecutorio y con la recuperación de la confianza en uno mismo al vivirse como útil para los demás.

Nuestra intención es mantener la oferta terapéutica tal como se ha descrito en este artículo a lo largo del tiempo. Pensamos que trabajar en un dispositivo comunitario, a pesar de la sobrecarga asistencial, permite ser ambiciosos en cuanto a los objetivos. Antes, las expectativas de la gente con psicosis terminaba en los fármacos y la ausencia de ingresos hospitalarios, ahora el futuro se abre a partir de ahí y se extiende hasta donde seamos capaces de llegar entre todos.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Anthony, W: Recovery from mental illness: The new vision of services researches. Innovation and Research 1991; 1: 13-14.
- (2) Harding, C et al: The Vermont Longitudinal study of personal with severe mental ill-

ORIGINALES Y REVISIONES

ness. En Davidson L, Harding C, Spaniol L, editors. *Recovery from severe mental illnesses*. Boston University; 2006: 412-200.

(3) Farkas, M: The vision of recovery today: what is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007; 6: 4-10.

(4) Tizón TL. Editorial: Resiliencia y contención en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Archivos de psiquiatría* 2006;69 (2): 81-84.

(5) Hutton P, Morrison AP, Wardle M, Wells A: Metacognitive Therapy in Treatment-Resistant Psychosis: A Multiple-Baseline Study. *Behav Cogn Psychother*. 2013 Jan 3:1-20.

(6) Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Woodward TS: Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychol Med*. 2011 Sep;41(9):1823-32.

(7) Hernandez Monsalve, M: Complejidad, complementariedad e integración de intervenciones en personas con psicosis. En Hernandez Monsalve, M, Nieto Degregori (Coords): *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis*. Ed Grupo 5; 2011: 15-78.

(8) Farkas, M et al: Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J*. 2005 Apr;41(2):141-58.

(9) Davidson L, O'Connell J, et al: Recovery in Serious Mental Illness: Paradigm Shift or Shibboleth. En Davidson L, Harding C, Spaniol L, editors. *Recovery from severe mental illnesses*. Boston University; 2006: 5-26.

(10) Coursey RD. Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: the need for a new agenda. *Schizophrenia Bulletin*. 1989;15: 349-353.

(11) Chadwick P, Williams C, Mackenzie J: Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Behaviour Research and Therapy*. 2003 41: 671-680.

(12) Chadwick, P: *Person- based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley & sons, 2006.

(13) Green, M et al: Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophr Bull*. 2005 Oct;31(4):882-7.

(14) Chadwick P, Newman Taylor K, Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy* 2005; 33: 351-359.

(15) Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1987, 13: 261 -276.

(16) Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC.

(17) Norman RM, Manchanda R, Malla AK, Windell D, Harricharan R, Northcott S. Symptom and functional outcomes for a 5 year early intervention program for psychoses. *Schizophr Res*. 2011; 129: 111-115.

(18) Ciompi, L: Affect Logic: An integrative model of the psique and its relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1994; 164 (suppl. 23): 51-55.

(19) Davidson L et al: Peer support among individuals with ser mental illness: A review of the evidence. En Davidson L, Harding C, Spaniol L, editors. *Recovery from severe mental illnesses*. Boston University; 2006: 412-450.

(20) Kurtz M. M, & Mueser K. T. A meta-analysis of controlled research on social skills

training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(3): 491- 504.

(21) Hogarty G. E, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior.. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(9): 866-76. 22. Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE, Walker PA, Zeitlin SB: The Levels of Emotional Awareness Scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *J Pers Assess*. 1990 Fall;55(1-2):124-34.

(23) Garcia-Portilla, María Paz; Saiz, Pilar Alejandra; Bousoño, Manuel; Bascaran, María Teresa; Guzmán-Quilo, Carlos; Bobes, Julio: Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011; 04 :9-18

(24) Ruiz E, González M.A, Trojaola B, De la Sierra E, Eguiluz J.I, Guimón J, Ayerra J.M, Martinez O, Galletero J.M, Múgica M.A. Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la Comunidad Autónoma Vasca. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, 2009. Informe no Osteba D-09-06.