

TERAPIA GRUPAL, TERAPIA FAMILIAR Y PSICOFARMACOLOGIA

Sergio Pagés y Héctor Fernández-Alvarez

Fundación AIGLÉ

Buenos Aires, Argentina

Different psychiatric disorders as schizophrenia, depression, compulsive-obsessive disorder, agoraphobia and eating disorders are considered in this article in order to combine group or family therapy with pharmacological treatments both in ambulatory and hospital conditions.

Key words: group therapy, family therapy, pharmacological treatments, psychiatric disorders.

INTRODUCCIÓN

La integración de las intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas ha encontrado dificultades para concretarse, debido al antagonismo entre las concepciones biológicas y psicologistas. Dicha oposición ha sido expresión de fuertes conflictos ideológicos (Klerman, 1991). Se han señalado, con frecuencia, varias desventajas recíprocas entre ambos procedimientos. La influencia negativa más típica de la medicación sobre la psicoterapia ha sido atribuida al potencial efecto ilusorio de la eliminación sintomática producida por los fármacos. Los defensores de la administración de medicamentos consideran, en forma complementaria, que la psicoterapia puede ser responsable de la persistencia y/o incremento de los síntomas, con el consiguiente perjuicio para la vida cotidiana de los pacientes.

Además, los estudios sobre resultados comparativos entre psicoterapia y psicofarmacología en general y sobre tratamientos combinados en particular han sido muy escasos, debido a inconvenientes metodológicos (Klerman *et al.*, 1994). Sin embargo, en los últimos tiempos estamos asistiendo a un florecimiento de la actividad en este terreno, tanto en el ámbito de la clínica como de la investigación (Beitman y Klerman, 1991; Beitman, 1993; Klerman *et al.*, 1994; Beutler, Barchas y Marzuk, 1996)

Las dificultades señaladas se acentúan cuando se trata de la relación entre psicofarmacoterapia y los métodos interaccionales de psicoterapia, como la terapia familiar y la terapia grupal. Los medios utilizados por estas modalidades asistenciales para la concreción de sus objetivos están particularmente diferenciados respecto a los procedimientos seguidos en el uso de medicamentos. Pero estas diferencias pueden ser vistas también como complementarias, antes que opuestas. La bibliografía reúne un significativo incremento de publicaciones en este terreno, cuyos temas más relevantes se refieren a las ventajas y desventajas recíprocas de los distintos tratamientos, el estudio de resultados comparativos en diferentes trastornos y experiencias disfuncionales y las implicaciones para el entrenamiento y desempeño de los distintos profesionales involucrados.

ESQUIZOFRENIA Y TERAPIA FAMILIAR

El trastorno que generó las primeras aplicaciones de la terapia familiar ha sido la esquizofrenia. El temprano interés de los terapeutas familiares por el tema contribuyó a cambiar significativamente el panorama de la psicoterapia y generó importantes estudios sobre tratamientos combinados. La terapia familiar demostró su utilidad en varios momentos del tratamiento seguido por pacientes esquizofrénicos (Glick, Clarkin y Goldsmith, 1993). En la fase aguda, durante el período de hospitalización, permite ayudar a los familiares a elaborar la crisis desatada y prepararlos para la colaboración futura. Durante la fase crítica, la terapia familiar debe atender varios objetivos. Un programa focalizado en la crisis (Goldstein, 1991) sigue una secuencia que abarca 4 objetivos terapéuticos: 1) identificar los estresores más amenazantes para el paciente, 2) desarrollar estrategias para prevenir el estrés, 3) ayudar a las familias a implementar nuevas estrategias y 4) generar compromiso para desarrollar planes que permitan anticipar futuras crisis. Se requiere una fuerte acción psicoeducativa para proveer la información necesaria sobre la potencial evolución del trastorno, así como con el manejo y los efectos posibles de la medicación indicada al paciente. Anderson, Reiss y Hogarty (1988) desarrollaron un complejo modelo que obtuvo exitosos resultados.

Otro tema de gran importancia en relación a tratamientos combinados con esquizofrénicos se refiere al papel de la terapia familiar en el mantenimiento de la medicación en la fase pos-aguda y en la prevención de recaídas. Los familiares deben ser instruidos convenientemente para la posterior administración de los fármacos, especialmente debido a la sensibilidad del nivel de la dosis de medicación requerida. Para cumplir con estos objetivos se puede apelar al uso de grupos multifamiliares y grupos de apoyo social. McFarlane *et al.* (1995) presentan los resultados de un estudio de seguimiento a lo largo de 4 años que informan sobre los beneficios de los grupos psicoeducativos multifamiliares comparados con el formato de familia única. La disminución en las tasas de recaídas es interpretada como el efecto potenciador del formato de terapia grupal empleada y la medicación administrada a los pacientes.

TRATAMIENTOS COMBINADOS CON PACIENTES INTERNADOS

Los tratamientos combinados con pacientes internados se han aplicado respondiendo a la severidad y urgencia de las necesidades planteadas por los pacientes. El plan de acción más habitual en esos casos respondió a un criterio de oportunidad antes que a un diseño orgánico de tratamiento. En general, los tratamientos físicos y biológicos constituyeron el eje principal de la asistencia para los pacientes internados. Otras formas terapéuticas fueron agregadas como recursos complementarios, con la convicción de que el mero factor aditivo debería redundar en beneficio de los pacientes. Esto no ha demostrado ser siempre correcto. Tanto la terapia familiar como la terapia grupal son ejemplos característicos, junto a otras modalidades terapéuticas como la laborterapia y la musicoterapia.

En los últimos 20 años se han venido elaborando programas de terapia grupal específicos para este tipo de poblaciones, estructurados de acuerdo a un esquema preciso y definido de intervención. Un ejemplo pionero en esa dirección es el que presentara Yalom (1983), incluyendo el modelo técnico de la sesión única para pacientes en situaciones agudas. Simoneau *et al.* (1996) destacan la importancia de la interacción no-verbal en la administración de terapia familiar con pacientes esquizofrénicos y bipolares que reciben medicación.

Aportes muy significativos en la materia fueron realizados por el equipo dirigido por Kanas en San Francisco. Ejemplos de sus aportaciones son los estudios sobre beneficios de la terapia grupal en las primeras semanas de internación (Kanas *et al.*, 1980), así como sobre los beneficios de la terapia grupal de corta duración para la rehabilitación de esquizofrénicos (Kanas, 1991). El plan de este tratamiento está diseñado en dos fases, la primera de las cuales, de 9 sesiones, se lleva a cabo durante el período de internación, mientras que la segunda, de 12 sesiones, se realiza cuando los pacientes son externados. El grupo tiene dos objetivos fundamentales: ayudar a los pacientes a enfrentar mejor los síntomas psicóticos y aprender a mejorar las relaciones interpersonales. Teniendo en cuenta este último fin, se indica que el tratamiento farmacológico sea conducido fuera del grupo y por un profesional que no participa al grupo terapéutico. Un aspecto de gran interés de este plan es el objetivo de reunir en un mismo tratamiento los momentos anteriores y posteriores al abandono de la internación.

Sultenfuss *et al.* (1996) examinan el valor de la terapia grupal para pacientes internados con enfermedad mental crónica. Tras señalar la importancia del grupo como recurso para reducir y controlar la ansiedad, describen un programa terapéutico en cinco niveles, tendiente a facilitar la reinserción social de los pacientes. El primer estadio está orientado a facilitar la comunicación de cada uno de los pacientes con el coordinador del grupo, como un paso preliminar para crear un clima de confianza para la tarea. El segundo nivel traslada el intercambio a la comunicación entre los integrantes. Hasta ese momento, la tarea tiene un valor preparatorio de las fases siguientes que constituyen el núcleo terapéutico propiamente dicho. En el tercer nivel, se orienta a

los pacientes a compartir sus sentimientos. Si bien los terapeutas deben ser activos en todos los niveles, su tarea requiere especial dedicación en este punto, debido a la particular dificultad que enfrentan estos pacientes. El cuarto nivel está centrado en facilitar la conversación en torno a las relaciones entre los miembros, mientras que en el último paso se espera que puedan visualizarse conexiones entre patrones de conducta. La expectativa del equipo terapéutico es lograr conexiones básicas, pero en forma similar a las de cualquier grupo terapéutico. El éxito del grupo dependerá de la evolución lograda por cada paciente para establecer relaciones entre los comportamientos presentes y pasados y en identificar el papel que juegan en sus dificultades de adaptación. Dos principios generales gobiernan el trabajo terapéutico: por un lado, la necesidad de emprender una tarea de soporte muy fuerte con miras a preservar la estabilidad de los pacientes, vulnerables y muy expuestos al desequilibrio psíquico. Por otro lado, se necesita apelar a tareas recurrentes, para lograr afirmar los cambios.

TRATAMIENTOS CON PACIENTES AMBULATORIOS

Hasta el momento son pocos los trabajos de investigación que informan sobre resultados precisos respecto del valor de la combinación de terapéuticas farmacológicas y psicológicas. Todavía no contamos con datos firmes que avalen la superioridad de ese tipo de abordaje sobre aplicaciones separadas de psicoterapia o medicamentos. Sin embargo, existen estudios clínicos con informes favorables en ese sentido. Se presentan algunos ejemplos ilustrativos para diferentes trastornos.

1. Con pacientes mentales crónicos

Existe consenso de que la terapia grupal puede aumentar los efectos de la farmacoterapia en estos pacientes en el proceso que sigue al abandono de la hospitalización y la búsqueda de rehabilitación social. De Bosset (1991) presenta un modelo de prevención terciaria para este tipo de pacientes que atribuye el éxito obtenido a tres factores: a) el desarrollo de una alianza terapéutica con un núcleo de pacientes que sirven para irradiar confianza al conjunto, b) la configuración de grupos de pacientes con diagnósticos heterogéneos y c) la estabilidad de un núcleo de profesionales en el staff asistencial.

2. Con pacientes depresivos

Los estudios sobre resultados comparados para diferentes terapéuticas encontraron en el campo de la depresión un terreno muy propicio. Las evidencias disponibles permiten sostener que tanto la psicoterapia como la psicofarmacología obtienen resultados favorables, pero los tratamientos combinados de ambas sólo muestran una ligera mejoría para algunos pacientes (Beitman, 1993). Un estudio de Salvendy y Joffe (1991) informa sobre la administración conjunta de antidepresivos y terapia grupal integrativa (psicodinámica, interpersonal y cognitiva). Según los autores, los roles complementarios de ambas terapéuticas se observan en el modo que la acción de las drogas facilita la receptividad del paciente a las intervenciones psicológicas,

ayuda a que la atención del paciente se incremente y se vuelva cognitivamente más alerta, además de ayudar a superar el pesimismo inherente a su estado depresivo.

3. Con pacientes obsesivo-compulsivos

Una importante revisión cuantitativa (Abramowitz, 1997) sobre los resultados de tratamientos psicológicos y farmacológicos ofrece algunas conclusiones de gran interés. Por un lado, los informes de investigación cuestionan la supuesta superioridad de la técnica de exposición con prevención de la respuesta y muestran que la terapia cognitiva permite lograr resultados equivalentes. Al mismo tiempo, aunque la clomipramina sigue probando ser eficaz en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos, no parece ser muy superior a otras drogas serotoninérgicas como la fluvoxamina, la sertralina o la fluoextina. El mismo estudio también destaca la escasa cantidad de estudios sobre tratamientos combinados. Los únicos dos trabajos localizados informan sobre el efecto potenciador de ambas técnicas. Pero el autor concluye, razonablemente, sobre la necesidad de producir estudios comparativos controlados para poder contar con datos firmes al respecto.

4. Con pacientes agorafóbicos y con trastorno de pánico

Mavisakalian (1991) ha sostenido con énfasis que el uso combinado de antidepresivos y técnicas psicoterapéuticas de exposición puede ser el modelo más beneficioso para los pacientes que sufren este tipo de trastornos. No obstante, existen numerosas presentaciones que avalan el uso separado de cada procedimiento. Trabajando con este tipo de pacientes, Belfer, Muñoz, Schachter y Levendusky (1995) concluyen que las intervenciones cognitivo-conductuales en estos pacientes obtienen más réditos en un dispositivo de grupo. Durante la exposición, los miembros del grupo se benefician por compartir el momento de ingresar en las situaciones temidas. Lo que para un integrante puede constituir una situación temida, puede no serlo para otro. Esto facilita la obtención de apoyo y permite modelar las conductas sobre las habilidades de los demás. Su programa de tratamiento se basa en 4 componentes : terapia cognitiva, relajación, exposición en vivo y psicoeducación.

5. Con pacientes con trastornos alimentarios

El enorme crecimiento de la incidencia de estos trastornos en los últimos años ha generado un enorme despliegue de técnicas terapéuticas. Comparando psicoterapia y medicación, algunos informes resaltan la superioridad de la primera con el uso de procedimientos grupales (Moreno, 1994). No obstante, existen recomendaciones sobre el valor de los tratamientos combinados y el incremento de la eficacia terapéutica, especialmente en los pacientes más severos (Glick, Clarkin y Goldstein, 1993).

6. Otros trastornos

Otras aplicaciones de tratamientos psicológicos y farmacológicos combinados han sido realizados en pacientes adictos (Matano y Yalom, 1991) y pacientes borderline (Glick, Clarkin y Goldsmith, 1993).

EL ROL PROFESIONAL Y LOS TRATAMIENTOS COMBINADOS

La primera cuestión en este campo estuvo representada por la disponibilidad evidenciada por diferentes terapeutas para aceptar o rechazar el uso de los tratamientos combinados. Una antigua tradición nacida en el psicoanálisis condujo a muchos psicoterapeutas a oponerse al uso de psicofármacos para los pacientes en psicoterapia. Esta situación parece haber operado un gran cambio. Según una encuesta a profesionales de la American Group Psychotherapy Association publicada recientemente (Stone, Rodenhauer y Markert, 1991), dos tercios de los terapeutas que respondieron, manifiestan que incluyen en sus grupos terapéuticos abiertos a pacientes que reciben medicación. Aunque los resultados muestran una mayoría de psiquiatras, también otros profesionales como los psicólogos y los asistentes sociales confirman la tendencia general. Entre los trastornos asistidos en esos grupos se mencionan las reacciones de ansiedad, las depresiones y algunos trastornos de personalidad. En grado mucho menor, los esquizofrénicos y los pacientes maníacos.

Otra importante cuestión al discutir sobre la aplicación de tratamientos combinados de psicoterapia y medicamentos ha sido la conveniencia y/o necesidad de que los mismos fueran conducidos por uno o dos terapeutas. Se han señalado tanto ventajas como desventajas (Gitlin, 1990). Se observa la tendencia de los psiquiatras a favorecer los tratamientos con un único terapeuta, mientras que otros profesionales favorecen el empleo de los tratamientos divididos.

Hasta el momento, no contamos con conclusiones firmes al respecto. La investigación no arroja datos y la práctica clínica parece estar demasiado sujeta a las condiciones institucionales que rodean la asistencia terapéutica. Existen opiniones que sostienen la ventaja de cada una de las alternativas, pero resulta evidente que la actuación de más de un terapeuta implica una serie de cuestiones. Woodward, Duckworth y Gutheil (1991) plantean varias recomendaciones, todas tendientes a formalizar un contrato tripartito entre paciente, farmacoterapeuta y psicoterapeuta. Este fenómeno se puede ver facilitado cuando los distintos profesionales trabajan en equipo, dentro del mismo ámbito institucional.

NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

A lo largo de más de 20 años hemos asistido, en nuestro centro clínico, a un gran número de personas que presentaron un amplio espectro de perturbaciones mentales. Nuestra experiencia puede resumirse del modo siguiente:

- 1) ¿Cuándo conviene indicar un tratamiento combinado?
 - a) Aunque resultan bastante precisos los objetivos terapéuticos que pueden perseguirse con la psicoterapia y la psicofarmacoterapia, todavía hoy no existen criterios definidos para establecer cuándo es conveniente emplear simultáneamente ambos procedimientos.
 - b) El conocimiento de los efectos que pueden producir ambas terapéuticas no asegura conocer el efecto combinado que tienen en cada situación clínica.

- 2) ¿Cuán ventajoso resulta el empleo de ambos procedimientos?
 - a) El criterio de aditividad no tiene sustento definido: nada permite verificar que el uso de ambos procedimientos conduzca a una sumatoria de sus beneficios respectivos.
 - b) Es necesario evitar las generalizaciones y desarrollar investigaciones que permitan conocer los efectos combinados de técnicas específicas de psicoterapia con determinados medicamentos.
- 3) ¿En qué situaciones la experiencia clínica aporta datos sobre eficacia en este terreno?
 - a) Existe una razonable convicción de que los tratamientos combinados están más justificados en los trastornos más severos (esquizofrenia, trastornos bipolares).
 - b) La psicoterapia resulta de gran utilidad para que el paciente pueda enfrentar la discontinuidad de los medicamentos, luego de la etapa aguda o crítica.
 - c) La farmacoterapia resulta de gran utilidad para que el paciente pueda llevar adelante las exigencias de la psicoterapia cuando se encuentra seriamente afectado por síntomas que bloquean su actividad significativa.
 - d) Una pauta razonable para seleccionar uno de los procedimientos es promover un cambio terapéutico frente a cualquier forma de tratamiento que se haya convertido en una práctica rutinaria o adictiva.
- 4) ¿Qué criterios podemos considerar para el diseño de un tratamiento?
 - a) Cuando existen dudas para la indicación, la opción entre ambos procedimientos debe tener en cuenta el grado de credibilidad que el paciente le otorga a cada uno.
 - b) Los factores contextuales y la red social de que dispone el paciente deben ser evaluadas finamente para decidir el tratamiento
- 5) ¿Qué implicaciones prácticas pueden derivarse para el equipo de profesionales?
 - a) La acción conjunta de más de un profesional requiere una tarea de coordinación, sin la cual, tanto el paciente como los terapeutas pueden incrementar su ansiedad negativamente.
 - b) Los terapeutas deben establecer acuerdos entre sí y con el paciente respecto de los objetivos del tratamiento y qué se espera de cada procedimiento

En este artículo se considera la conveniencia de combinar la terapia farmacológica con los tratamientos terapéuticos de grupo o de familia en relación a las características diferenciales de distintos trastornos psicológicos tales como: la esquizofrenia, la depresión, las obsesiones compulsivas, la agorafobia y los trastornos alimentarios tanto en condiciones ambulatorias como de hospitalización.

Palabras clave: terapia de grupo, terapia de familia, tratamientos farmacológicos, trastornos psicológicos.

Referencias bibliográficas

- ABRAMOWITZ, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 65, 44-52.
- ANDERSON, C., REISS, D., & HOGARTY, G. (1988). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BEITMAN, B. D., & KLERMAN, G. L. (1991). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- BEITMAN, B. D. (1993). Pharmacotherapy and the stages of psychotherapeutic change. En J. M. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 521-540. Washington: Psychiatric Press.
- BEUTLER, L. E., BARCHAS, J. D., & MARZUK, P. M. (1996). The contribution of psychotherapy and pharmacotherapy research to National Mental Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 670-672.
- DEBOSSET, F. (1991). Group psychotherapy in chronic psychiatric outpatients: a Toronto model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 65-78
- GITLIN, M. D. (1990). *The psychotherapist's guide to psychopharmacology*. New York: The Free Press.
- GLICK, I. D., CLARKIN, J. F., & GOLDSMITH, S. J. (1993). Combining medications with family psychotherapy. En J. M. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (pp. 585-610). Washington: American Psychiatric Press.
- GOLDSTEIN, M. J. (1991). Schizophrenia and family therapy. In B. D. Beitman & G. L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 291-310). Washington: American Psychiatric Press.
- KANAS, N. *et al.* (1980). The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 168, 487-492.
- KANAS, N. (1991). Group therapy with schizophrenic patients: a short-term, homogeneous approach. *International Journal of Group psychotherapy*. 41, 33-48.
- KLERMAN, G.L. (1991). Ideological conflicts in integrating pharmacotherapy and psychotherapy. En B. D. Beitman & G. L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 3-20). Washington: American Psychiatric Press.
- KLERMAN, G. L. *et al.* (1994). Medication and psychotherapy. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a.ed, pp. 734-782). New York: Wiley.
- MATANO, R. A., & YALOM, I. D. (1991). Approaches to chemical dependency : chemical dependency and interactive group therapy: A synthesis. *International Journal of Psychotherapy*. 41, 269-294.
- MCFARLANE, W. R. *et al.* (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, 127-144.
- MORENO, J. K. (1994). Group treatment for eating disorders. En A. Fuhrman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy*. New York: Wiley.
- SALVENDY, J. T., & JOFFE, R. (1991). Antidepressants in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 465-480.
- SIMONEAU, T. L. (1996). Nonverbal interactional behavior in the families of persons with schizophrenic and bipolar disorders. *Family Process*, 35, 83-102.
- STONE, W.N., RODENHAUSER, P., & MARKERT, R.J. (1991). Combining group psychotherapy and pharmacotherapy : a survey. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 449-464.
- SULTENFUSS, J., & GECZY, B. (1996). Group therapy on state hospital chronic wards. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 163-176.
- WOODWARD, B., DUCKWORTH, K.S., & GUTHEIL, T.G. (1993). The pharmacotherapist-psychotherapist collaboration. En J.M. Oldham, M.B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 631-650. Washington: American Psychiatric Press.
- YALOM, I.D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books.