
PSICOTERAPIA GRUPAL DE SEGUIMIENTO EN ADICCIONES: DE LA HOSPITALIZACIÓN AL TRATAMIENTO AMBULATORIO

Laura Blanco Presas

Psicóloga Clínica. Unidad de Patología Dual, Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Alfredo Felices De La Fuente

Adjunto de Psicología. Psicoterapeuta. CAS Sant Boi, Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Resumen

El presente trabajo evalúa la efectividad de una psicoterapia grupal de seguimiento para pacientes que tras un ingreso en una unidad hospitalaria para desintoxicación y estabilización psiquiátrica, vuelven a tratamiento ambulatorio. Para ello, se realizó un estudio longitudinal de 30 meses con pacientes que ingresaron en la Unidad de Patología Dual del CASM Benito Menni (UPD) y cuyo centro ambulatorio de referencia era el CAS Sant Boi. Se comparan resultados obtenidos en el grupo experimental (psicoterapia de seguimiento) con los del grupo control (tratamiento habitual) en cuanto a recaídas, conciencia de enfermedad, vinculación al tratamiento y mantenimiento de la abstinencia. Los resultados muestran cómo la psicoterapia grupal de seguimiento específica puede reforzar el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

Palabras clave: Psicoterapia, Grupal, Seguimiento, Adicciones, Hospitalización.

Abstract

The present study evaluates the effectiveness of group psychotherapy treatment for patients who, after hospitalization for detox and psychiatric stabilization, return to outpatient treatment. The authors conducted a 30-month longitudinal study. The sample was obtained from those patients admitted to Benito Menni's Dual Pathology Unit. All those patients were referred from Sant Boi's CAS, Benito Menni CASM. The authors compared the results obtained in the experimental group (group psychotherapy) with those from the control group (usual treatment) in terms of relapse rate, insight

into their illnesses, adherence to treatment, and maintenance of abstinence. The results show how specific group psychotherapy for patients who transit from outpatients to inpatients care can reinforce the maintenance of long-term abstinence.

Key words: Psychotherapy, group, follow up, addictions, hospitalization.

Introducción: la psicoterapia de grupo en adicciones

La creación dentro de Benito Menni C.A.S.M., en Sant Boi de Llobregat (Barcelona), de la Unidad de Patología Dual (UPD) en 2003 y del adyacente Centro de Atención y Seguimiento de drogodependencias (CAS) en 2006 plasmó, una vez más, el esfuerzo de la institución para llegar y ofrecer asistencia sanitaria y social a los más desfavorecidos (1). Dentro de las distintas opciones de tratamiento para las adicciones, existe un amplio consenso en la indicación de la terapia grupal con independencia de la modalidad de tratamiento (programas ambulatorios, centros de día, unidades hospitalarias o comunidades terapéuticas) y de la técnica grupal (2, 3, 4, 5, 6).

Uno de los problemas que nos encontramos en la asistencia a las personas con adicciones es la baja adherencia al tratamiento; por ello, mejorar la accesibilidad y la vinculación al tratamiento debería ser una prioridad. Nuestra idea de crear el grupo de terapia de seguimiento después de una hospitalización va en ese camino, ya que los pacientes con trastornos por uso de sustancias presentan mayores tasas de abandono del tratamiento en comparación con otros trastornos mentales (7, 8). Hawkins

y cols (9) señalan que la (mayor) duración de los tratamientos está asociada a periodos prolongados de abstinencia. En esta línea, algunos estudios encuentran relación entre la tasa de abandono y la eficacia del tratamiento, siendo la primera un factor pronóstico de recaída.

La psicoterapia de grupo se ha convertido en un elemento básico en los programas de larga duración destinados a pacientes toxicómanos. Sin embargo, es difícil evaluar esos resultados separadamente de los demás procedimientos terapéuticos que suelen ofrecerse simultáneamente en estos programas (10). A pesar de todo, a causa de la fragilidad de los pacientes con problemas de adicción, resulta complejo preservar la cohesión en grupos ambulatorios y ésta es la razón por la cual, en general, pensamos en comenzar a trabajar en la vinculación post-ingreso desde la misma hospitalización.

Adaptando las ideas grupoanalíticas de Mateos (11), podemos inferir que en los pacientes adictos, el apego se desplaza hacia el tóxico, y las dificultades de comunicación y aislamiento se actualizan en el grupo. En general, la adicción indica que la persona se ha vinculado a un objeto (tóxico), priorizando la relación con ese objeto antes que con su entorno familiar, laboral y social. De ahí la importancia del grupo como alternativa a esa vinculación/apego desadaptado.

Martin (12) concluye que los pacientes que están en psicoterapia grupal mejoran su grado de compromiso y calidad de vida, tienen tasas más altas de abstinencia y son más proclives a volver a las citas de seguimiento. Por su parte, Colli y cols (13) hablan de la presencia de determinados factores terapéuticos curativos en la terapia de grupo con alcohólicos, algunos de los cuales mencionaremos más adelante cuando comentemos los resultados obtenidos.

El objetivo principal de este trabajo es averiguar la efectividad de la intervención psicoterapéutica grupal para pacientes con adicciones que acaban de recibir el alta hospitalaria después de 4 semanas de ingreso para desintoxicarse y estabilizarse psiquiátricamente.

Hipótesis

Nuestra hipótesis es que los sujetos que realizan el tratamiento grupal de seguimiento tras la hospitalización muestran una menor tasa de recaídas que los pacientes que continúan con el seguimiento habitual a nivel ambulatorio.

Como hipótesis secundarias consideramos que la conciencia de enfermedad será mayor en el post-tratamiento que en el pre-tratamiento y la vinculación al tratamiento será alta.

Método

Tipo de estudio: Se trata de un estudio longitudinal de seguimiento a 2 años y 6 meses, con grupo control y medidas repetidas en el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

Muestra: La muestra inicial está compuesta por una n=55 pacientes. Se formaron dos grupos. El grupo 1 (n=18), integrado por pacientes que tras el ingreso en la unidad de patología dual, además de recibir el tratamiento habitual (intervenciones a nivel individual en los servicios socio-sanitarios) aceptaron recibir tratamiento grupal de seguimiento a nivel ambulatorio en el CAS de referencia. El grupo 2 (n=37) incluye pacientes que tras el alta de la unidad de hospitalización continuaron el tratamiento habitual en él CAS.

La selección de la muestra se realizó entre octubre de 2012 y marzo de 2015. Los criterios de inclusión al grupo 1 fueron: a) cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para trastorno por dependencia de sustancias, como diagnóstico principal; b) edad comprendida entre 18 y 65 años; c) abstinencia a drogas al inicio del grupo. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de retraso mental o deterioro cognitivo moderado.

Evaluación

Evaluación Pre: Se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad y nivel educativo), datos de consumo (dependencia principal, años de consumo desde el inicio de la dependencia y otros Trastornos por Uso de Sustancias -TUS- comórbidos) y datos clínicos (diagnóstico psiquiátrico al alta de la hospitalización). Se evaluó la motivación al cambio mediante el URICA que establece el estadio de cambio, según el modelo de Prochaska y Diclemente (14), en el que se encuentra el paciente.

Evaluación Post: La vinculación se ha medido como el promedio de sesiones a las que los pacientes han asistido desde su inclusión en el grupo. Las recaídas se categorizaron de tres maneras: 1) Ausencia de recaídas durante el tratamiento grupal, 2) Recaída antes de 6 meses tras el alta hospitalaria, 3) Recaída pasados 6 meses tras el alta hospitalaria.

Se administró el URICA y el cuestionario de los factores terapéuticos de Yalom al alta del grupo.

Descripción del grupo

Características del grupo: Se trata de un grupo semiabierto, en el que se iban incorporando pacientes a medida que recibían el alta. Aunque 18 pacientes se vincularon al

tratamiento, los resultados se calcularon en base a los pacientes que lo finalizaron, representando un total de 10. Los 8 restantes representan abandonos.

Marco temporal: La frecuencia fue semanal. Se realizó cada martes de 10:00 a 11:00, exceptuando periodos de vacaciones de la terapeuta referente del grupo.

Marco espacial: Se desarrolló en una de las sala de grupos la Unidad de Patología Dual. Las sillas eran iguales y estaban dispuestas en círculo. No había posiciones asignadas.

Terapeutas: La conductora del grupo era la misma con la que habían desarrollado la psicoterapia de grupo durante el ingreso. A lo largo del grupo, pasaron varias observadoras (residentes MIR y PIR) en periodos temporales diferentes. También hubo periodos en que la figura del observador estuvo ausente.

Técnica: La técnica utilizada era poco directiva intentando analizar el proceso grupal como un todo, centrado en el aquí y ahora, y permitiendo “la discusión libre flotante”. Se usaron las verbalizaciones e interacciones del grupo como instrumento de conocimiento, motivación, clarificación, superación y cambio de estilos personales y conductuales.

Procedimiento: Durante el ingreso en la UPD se les ofrecía continuar el tratamiento grupal de seguimiento a todos los pacientes cuyo CAS de referencia (sectorización) era el CAS Sant Boi, y que cumplían los criterios de inclusión.

Todos los miembros del grupo realizaron una sesión de preparación, en formato de entrevista individual con la conductora del grupo. El objetivo era explicar las normas y compromisos con el grupo, lo cual quedaba reflejado en la firma de un contrato terapéutico. También se realizaba la evaluación pretratamiento.

El grupo se inició en noviembre de 2012, con 5 pacientes. Posteriormente se fueron incorpo-

rando nuevos miembros, al tiempo que otros abandonaron el tratamiento de forma voluntaria, sin haber recibido el alta terapéutica.

Consideramos que un paciente se vincula al tratamiento cuando asiste a 8 sesiones, sin necesidad de que sean consecutivas. Entendemos abandono como la situación en la que el paciente deja de asistir a tres sesiones de manera consecutiva, sin justificación o aviso. En este caso se le informaba de su baja del tratamiento mediante una carta.

Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos en el grupo 1 (n=10), que se corresponde con el que realizó el tratamiento de psicoterapia grupal.

El grupo era prácticamente homogéneo en cuanto al sexo, ya que el 80% eran varones. El intervalo de edad varía de los 39 a los 56 años (media de 47,2 y desviación típica de 5,5). El 40% estaban divorciados o separados, el 30% casados, un 20% eran solteros y el 10% viudos. La mayor parte de los miembros (un 70%) tenían un nivel educativo equivalente a la EGB y un 30% habían finalizado estudios de BUP y/o FP. (Tablas 1-4)

Tabla nº 1. Análisis de la edad.

EDAD	
Media	47,2
Mediana	46,5
Moda	45
Desviación estándar	
Orientación Práctica	5,57

Tabla nº 2. Análisis del sexo.

Variable	Frecuencias	Media	Mediana	Desviación estándar
Sexo				
- Varón	8 (80%)	47,2	46,5	5,5
- Mujer	2 (20%)			

Tabla nº 3. Análisis del estado civil.

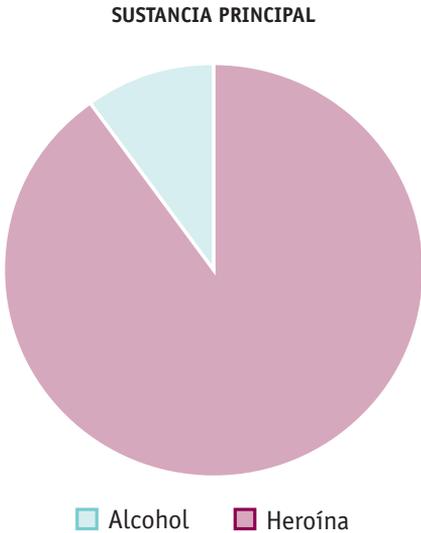
Variable	Frecuencias
Estado civil	
- Casado	3 (30%)
- Divorciado/separado	4 (40%)
- Soltero	2 (20%)
- Viudo	1 (10%)

Tabla nº 4. Análisis del nivel de estudios.

Variable	Frecuencias	Media	Mediana	Desviación típica
Nivel estudios				
- EGB	7 (70%)	8,8	8	1,3
- BUP/FP	3 (30%)			

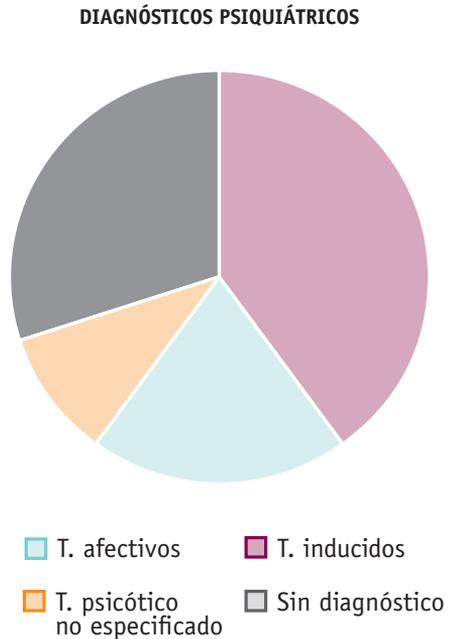
En relación a las variables de consumo, 9 pacientes (90%) presentaban dependencia al alcohol y 1 paciente (10%) dependencia a heroína (Gráfica 1). La media de años de dependencia de la sustancia principal era de 15,6 (desviación típica de 11 años), 5 de los pacientes llevaban más de 20 años con la adicción y el resto menos de 10 años. Exceptuando la adicción a nicotina, sólo el 30% de la muestra tenían un TUS comórbido activo: 2 pacientes presentaban dependencia a cannabis (20%) y 1 dependencia a cocaína y cannabis (10%).

Gráfica 1. Análisis de sustancias principales de consumo.



Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron los trastornos afectivos con un 40% (que incluye el trastorno depresivo no especificado, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar), un 20% tenía trastornos inducidos, un 10% trastorno psicótico no especificado y un 30% de los sujetos que no presentaban comorbilidad psiquiátrica. (Gráfica 2)

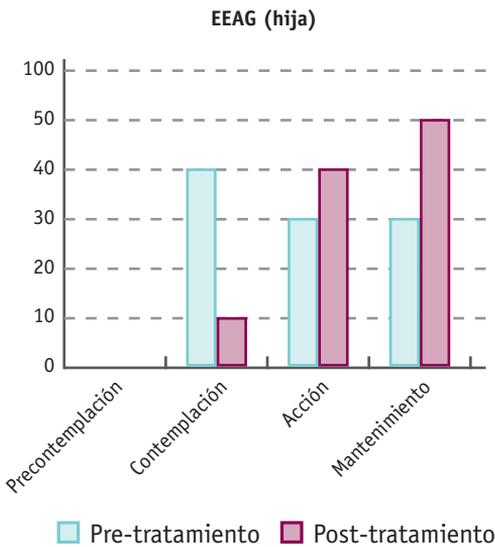
Gráfica 2. Análisis de los diagnósticos psiquiátricos.



La vinculación se midió como la proporción media de asistencia, que fue del 80,9% con una desviación típica del 10,63.

La motivación al cambio se evaluó mediante el URICA al inicio y al final del tratamiento. En el pre-tratamiento, el 40% afirmaba estar en el estadio de contemplación, un 30% en el de acción y un 30% en mantenimiento. En el post-tratamiento, el 10% de los pacientes referían estar en el estadio de contemplación, el 40% en el de acción y un 50% en el de mantenimiento. (Gráfica 3)

Gráfico 3. Análisis evolución estadios de cambio.



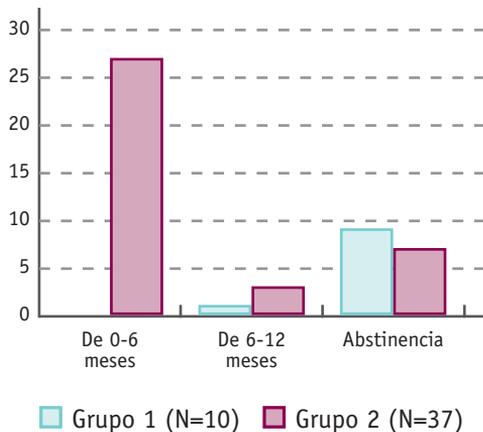
Los resultados de la administración de la escala de factores terapéuticos grupales de Yalom apuntan a que los pacientes consideran más relevantes aquellos factores centrados en la guía (F6), el infundir esperanza (F11), la catarsis (F7) y la revalidación de la familia (F9). (Gráfica 4)

Gráfica 4. Análisis de los factores terapéuticos grupales .

- Guia (F6)
- Infundir esperanza (F11)
- Catarsis (F7)
- Revalidación de la familia (F9)

En referencia a las recaídas, en el grupo 1 (n=10) un 10% (1 paciente) recayó después de 6 meses. Dicho paciente fue reingresado en la unidad de patología dual. El 90% restante (9 pacientes) mantuvieron la abstinencia. Del grupo 2 (n=37), un 72,97% (27 pacientes) recayó en los siguientes 6 meses tras el alta hospitalaria y un 11,11% (3 pacientes) pasados 6 meses del alta. Sólo un 18,92% (7 pacientes) mantuvo la abstinencia. (Gráfica 5)

Gráfico 5. Análisis recaídas en consumo.



Discusión

En nuestro estudio, de los 18 pacientes que inicialmente se vincularon al tratamiento, sólo 10 lo finalizaron: hubo 8 abandonos. Esto concuerda con lo establecido previamente sobre las dificultades de los pacientes con TUS para vincularse a los dispositivos de salud. No obstante, recordemos que la tasa de asistencia de los que mostraron adherencia al tratamiento psicoterapéutico grupal fue alta, del 80,9%.

Uno de los instrumentos más utilizados para valorar la motivación al cambio (estado de disponibilidad o deseo de cambiar) es el URICA. Al comparar las mediciones del pre y post-tratamiento en los pacientes que finalizaron el tratamiento, comprobamos que en el 50% hay un avance en los estadios motivacionales: 3 pacientes (30%) progresan un estadio (de contemplación a acción o de acción a mantenimiento) y 2 pacientes (20%) avanzan dos estadios (de contemplación a mantenimiento). Por tanto, podríamos pensar que el tratamiento ha podido tener alguna relación en el aumento de la motivación para el cambio.

Como hemos comentado anteriormente, la mayor duración de los tratamientos correlaciona con mejores resultados en la abstinencia y un mayor ajuste post-mórbido a nivel personal, familiar, social y laboral (9). En relación a nuestro estudio, es interesante señalar que esta hipótesis se confirmaría, ya que el 80% de los pacientes que realizaron el tratamiento de psicoterapia grupal de seguimiento mantuvieron la abstinencia a largo plazo, incluso por un periodo superior a un año.

Sin embargo, la tasa de abstinencia en pacientes que sólo realizaron el tratamiento ambulatorio habitual fue del 18,92%. Destacar que los primeros 6 meses es un perio-

do crítico en el tratamiento, con una tasa de recaída impresionantemente alta (según nuestros datos de un 72,97%).

En cuanto a los factores terapéuticos grupales (15), las puntuaciones más elevadas han sido las de a) guía, b) infundir esperanza, c) catarsis y d) revalidación de la familia. Estos resultados coinciden parcialmente con los obtenidos por Colli y cols (13), también en una muestra de alcohólicos, en los que sobresalían el altruismo, la comprensión de sí mismo, la revalidación de la familia, el aprendizaje interpersonal y la cohesión del grupo.

Destaca la necesidad de estos pacientes de confiar en sus capacidades, de restablecer su autoestima y la sensación de autoeficacia, además de favorecer comentarios positivos por parte de los familiares y del entorno.

Conclusiones

Podemos afirmar, a la vista de los resultados totales, que la psicoterapia grupal de seguimiento ha tenido algún efecto en disminuir la tasa de recaídas. Entendemos esta intervención grupal como una oportunidad para expresar las dificultades que los pacientes experimentan durante el proceso de deshabitación, evitando así que consumos puntuales se conviertan en recaídas. Asimismo, el avance en el estadio de cambio, que mide su motivación hacia la abstinencia, nos podría indicar un mayor insight en su enfermedad y mejor manejo de la misma. Pero lo que sobre todo destaca es el beneficio de un proceso psicoterapéutico regular y prolongado en el tiempo. Del aislamiento, de la relación diádica paciente-tóxico, pasamos a la vuelta al contexto social, familiar, a la relación múltiple, representado en la dinámica grupal. Es lo que Foulkes denominará

matrix grupal (16), y lo que Bion describirá (adaptando su pensamiento a nuestro tema) como aprender de la experiencia (17). De ahí que en los primeros meses predominara lo relacionado directamente con la adicción y, progresivamente fueran apareciendo temas centrados en la familia, pareja o trabajo.

Entre las limitaciones de este estudio cabría señalar las que afectan a la validez externa. En primer lugar, se trata de un estudio longitudinal descriptivo, por lo que los resultados se han de tomar con cautela a la hora de extraer las conclusiones. Por otra parte, no podemos obviar el reducido tamaño de la muestra: Se trata de un primer estudio piloto, y, por tanto, sería recomendable replicarlo con un mayor número de pacientes.

Referencias

1. Solé Puig J. Unidad de Patología Dual y CAS Benito Menni: Enseñanzas tras diez años de experiencia. *Informaciones Psiquiátricas* 2014; 215(1): 63-72.
2. Mullan, H. Group psychotherapy with the alcoholic. En: *Current psychiatric therapies*. Vol. III. Masserman, J. Ed; 1963.
3. Bogani E. Psicoterapia de grupo en el alcoholismo. *Drogalcohol* 1984; 9(2): 65-77.
4. Vannicelli M. Group psychotherapy for alcoholics: Special techniques. *Journal of Studies on Alcohol* 1982; 40: 457-471.
5. Martínez A, Fernández JM. Grupos de psicoterapia extrahospitalaria. En J. Bobes et al. (eds), 30 años de alcohol y otras drogas en Asturias. Oviedo, Universidad de Oviedo; 1996.
6. Monras M, Freixa N, Ortega L, Lligoña A, Mondón S, Gual A. Eficacia de la terapia de grupo para alcohólicos. Resultado de un ensayo clínico controlado. *Medicina Clínica* 2000; 115(4):126-131.
7. McNair RR, Corazzini JG. Client factors influencing group therapy dropouts. *Psychotherapy* 1994; 31: 352-362.
8. Sweet C, Noones J. Factors associated with premature termination from outpatients treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 1989; 40: 947-951.
9. Hawkins EJ, Baer JS, Kivlahan DR. Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *J. Substance Abuse Treatment* 2008; 35(2): 207-216.
10. Guimón, J. Enfoques terapéuticos en relación con el diagnóstico. En J. Guimón, *Manual de Terapias de Grupo. Tipos, modelos y programas*. (pp 207-232). Madrid, Biblioteca Nueva; 2008.
11. Mateos M. La intervención en las dependencias alcohólicas desde la perspectiva grupoanalítica. *Boletín APA* 1999; 15: 31-37.
12. Martín LJ. Tratamientos psicológicos. *Adicciones* 2002; 14: 409-420.
13. Colli M, Zaldívar D. Factores curativos en psicoterapia de grupo: Su evaluación y análisis de una muestra de alcohólicos

rehabilitados. *Adicciones* 2002; 14(3): 381-391.

14. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47: 1102-1114.
15. Vinogradov S, Yalom ID. Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona, Paidós; 2012.
16. Foulkes SH. Introducción a la psicoterapia grupoanalítica. Barcelona, Cegaop Press; 2005.
17. Bion WR. Learning from experience. Nueva York, Basic Books; 1962.