

Procedimientos, técnicas e información

La psicoterapia de grupo y el concepto de "enlace" en el contexto hospitalario*

Mayor M.C. José de Jesús Almanza Muñoz**, Mayor M.C. Marcos Hernández Daza***, Tte. Cor M.C. Genaro Barajas Aréchiga****

Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Universidad del Ejército y Fuerza Aérea, Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN. La psicoterapia de grupo (PG) surge con Joseph Pratt en 1904, en el seno de un hospital general para enfermos de tuberculosis crónica, siendo aplicada luego en pacientes psicóticos por Lazell y más tarde a pacientes con diversos diagnósticos, tales como; cáncer, SIDA, afecciones cardiovasculares, diabetes, nefropatías, etc. El concepto de enlace surge en 1930, retoma el viejo dilema mente-cuerpo y coadyuva de manera efectiva a interconectar y comunicar la psiquiatría con otras especialidades médicas y con la medicina de cuidado primario. Diversos modelos de enlace, tales como la interconsulta, el propio enlace, el puente psiquiátrico, el modelo híbrido o el autónomo, inciden a todos los niveles del hospital general, constituyendo y dando pie a la subespecialidad en el campo del enlace. La aplicación de la PG hospitalaria, precisa de su formulación a tiempo limitado, objetivos focalizados y modulación de la profundidad de la regresión, así como trascender el encuadre, para establecer enlace, como un requisito indispensable. El presente trabajo plantea, a partir de una contextualización de ambos conceptos, la utilidad de la función del enlace como intercomunicador entre las disciplinas de salud mental así como entre éstas y otras especialidades médicas, a nivel de hospital general.

Palabras clave: psicoterapia de grupo, concepto de enlace, hospital general.

SUMMARY. The group psychotherapy (GP) was addressed by Joseph Pratt in 1904 in a general hospital and it was intended for chronic tuberculous patients. Afterwards it was applied by Lazell for psychotic patients. Currently it is considered as a common application for patients who have malignancy, AIDS, cardiovascular diseases, diabetes, nephropathy and others. The conception of "linking" appears in 1930 based upon the old complex mind-body; it facilitates the connection to other medical specialties and with the family medical care. Diverse ways of "linking" such as intersconsultation, the linking itself, the psychiatric bridge, the hybrid model or the autonomous model can be elicited all inside a general hospital as the sub-speciality of "linking" are merging up. Pre-requisites for an effective application of the "linking" methodology include: programming in time, setting up on precise objectives and estimation of the regression depths. This paper is a trial designed in order to achieve the optimal intercommunication between the mental and other medical disciplines in the standards of a general hospital.

Key words: group psychotherapy, conception of "linking", hospital attention .

Retomando y recontextualizando el dilema mente-cuerpo, el concepto de *enlace*, desde 1930 y hasta la actualidad, coadyuva de manera efectiva a interconectar y comunicar a la psiquiatría con otras especialidades médicas, prueba de ello son las numerosas comunicaciones científicas que desde el campo de la clínica, es decir de la asistencia, realizan valiosas aportaciones a la enseñanza y a la investigación.

El presente trabajo discurre acerca de la función del concepto de enlace, como intercomunicador entre las propias disciplinas de Salud Mental, particularmente entre la Psiquiatría de Hospital General y la Psicoterapia de Grupo, en el ámbito del Hospital General, considerando que la intervención propositiva entre ambas actividades es y será fructífera en la generación de nuevos conocimientos e innovadoras estrategias de atención e investigación.

* Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, "Los Grupos Ante el Cambio del Milenio", Oaxaca, Oax. Junio 22-25, 1995.

** Residente de Tercer Año del Curso de Psiquiatría Dinámica de E.M.G.S., U.D.E.F.A., y Psicoterapia del Curso de Psicoterapia Analíticamente Orientada del Hospital Central Militar.

*** Coordinador de Enseñanza e Investigación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar.

**** Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar. México, D.F.

Antecedentes

Psiquiatría de Consulta y Enlace. La psiquiatría de consulta y enlace surgió en 1930, retoma el antiguo dilema mente-cuerpo y —ya desde entonces— plantea una visión integral del enfermo mental, alentando muy claramente una mayor interacción del psiquiatra con otros especialistas médicos, se constituye como una disciplina cuya tarea es la aplicación teórico-práctica de los conocimientos y técnicas psiquiátricas a la asistencia de enfermos hospitalizados por causas no psiquiátricas.¹⁻³

Cursa primero por una fase en la que el trabajo está encaminado como la interconsulta tradicional, en la cual el experto realiza una exploración del estado mental, formulando un diagnóstico, pronóstico e implementando un tratamiento. Posteriormente viene una fase de organización, durante la cual ocurre una consolidación y mayor desarrollo, lo cual aunado a los esfuerzos de tipo formativo hace surgir operativamente la idea de "enlace".^{1,2}

Posteriormente sigue la fase conceptual, caracterizada por la formulación de conceptos teóricos y modelos de enlace, así como su aplicación en unidades de cuidados intensivos y en hemodiálisis, y su postulación como sub-especialidad, teniendo los principios siguientes:

1. Participar con prontitud en el proceso diagnóstico médico.
2. Interaccionar con los médicos de asistencia primaria.
3. Interactuar a nivel de familia.
4. Aplicar la Teoría General de los Sistemas de la clínica.^{2,3}

En su aplicación a enfermos no psiquiátricos, se han implementado diversos modelos de atención, Pinkus,³ en 1983, describe la interconsulta, el enlace, el puente, el modelo híbrido, el autónomo y finalmente el de especialista en consulta y enlace.

1. Interconsulta. Consiste en el viejo modelo de aproximación al enfermo con el fin de efectuar una valoración para establecer un diagnóstico, formular un pronóstico e indicar un manejo integral.

2. Enlace. Al trascenderse la interconsulta e incrementar la interacción del psiquiatra o especialista en salud mental con otros especialistas, deviene el modelo de "enlace", y permite incorporar aspectos de enseñanza e investigación.

3. Puente. Al establecerse un enlace específico con determinada unidad o servicio, se estructura lo que se conoce como puente psiquiátrico; en este caso, existe una comunicación directa entre dicho servicio y un departamento de psiquiatría.

4. Híbrido. Con base en el concepto previo hace mención a la existencia del enlace mediante un equipo de salud mental y en el entorno del cuidado primario a la salud, existiendo comunicación con un departamento de psiquiatría. Un ejemplo de ello sería enviar un equipo formado por un psiquiatra, psicólogos y trabajadores sociales psiquiátricos a una clínica periférica o aun centro de salud.

5. Autónomo. En este modelo, el profesional de la salud mental, trabaja sin conexión formal con un servicio psiquiátrico, efectuando a su vez, consultas, estableciendo enlace y

formando puentes, en torno al entorno hospitalario o de cuidado primario a la salud, donde se encuentre.

6. Subespecialidad en psiquiatría de enlace. Se conforma por quienes realizan un curso formal que incluye una amplia revisión de aspectos teóricos y entrenamiento en los modelos señalados, y hace énfasis especial a la incorporación de metodología de investigación.

La psiquiatría de enlace constituye al mismo tiempo, un verdadero puente entre la psiquiatría y la medicina y exige al psiquiatra una sólida formación en la primera así como conceptos bien fundamentados de su campo de especialidad, toda vez que durante la práctica cotidiana, la estrecha interacción a que da lugar, incluye el manejo de terminología, conceptos y el abordaje de pacientes con diversos padecimientos médico-quirúrgicos.

Ello da lugar a un diálogo continuo con los diversos especialistas no psiquiatras, diálogo que viene a ser otro reto, pues al tiempo que se establece comunicación se ha de buscar difundir conceptos relativos a la enfermedad mental y al mejor modo de abordarla.

Esta complejidad que en más de un modo resulta estimulante, se ve claramente enriquecida por la óptica de la psicodinamia, respecto a la cual, autores como Strain (1989)² y Caseem (1991),¹ señalan la utilidad directa y expedita de la aplicación e implementación de la psicoterapia en sus distintas modalidades, siendo útil en pacientes con cáncer, ancianos, insuficientes renales e incluso pacientes en estado crítico.

En el mismo sentido, Shemo (1991),⁴ hace énfasis en las particularidades de la aplicación de la psicoterapia en el "setting" del paciente hospitalizado, diciendo que su abordaje ha de partir de un esquema conceptual no dualista, que refuerce y consolide la función psicoterapéutica del médico-psiquiatra, labor cada vez más susceptible de ser objetivizada y reproducible, dentro de la cual, la tarea central es realizar un acercamiento integrado hacia el enfermo, más que adherirse rígidamente a una técnica en particular.

Otras comunicaciones como la de Shear y col. (1993),⁵ contribuyen a la generación de conocimientos teóricos desde la clínica, al plantear un modelo psicodinámico para el trastorno de pánico, en el cual enfatizan la coexistencia de vulnerabilidad neurofisiológica y psicológica, lo cual aunado a la activación neuropsicológica condiciona los episodios de pánico. Taerk y Gram en 1994,⁶ abordan desde la teoría de las relaciones objetables, los aspectos psicodinámicos del síndrome de fatiga crónica.

Psicoterapia de grupo. En 1904 Pratt y Worcester organizaron el primer grupo de terapia, en el Hospital General de Massachusetts, mediante el método de clases que consistía en enseñar al paciente las características de su padecimiento y el mejor modo de ayudar a cuidarse, haciendo en su momento, que cada enfermo comunicara al resto el modo en que el grupo lo había beneficiado.⁷

A partir de ese inicio, el grupo ha transitado a lo largo de la historia y del tiempo por nosocomios de todo tipo; con Lazell, se aplicó a pacientes psiquiátricos, asimismo gracias

a aportaciones de Bion, Foulkes, Levin, Slawson, Moreno, etc., la terapia grupal progresó, en sus perspectivas psicoanalítica, psicodramática, sociológica.⁸

En el terreno hospitalario institucional, diversos autores, han hecho aportaciones, baste mencionar aquí los trabajos de Adsett y Bruhn (1968), con pacientes cardiovasculares, Forth el sistema pulmonar (1976), Braiden (1984) y Yalom (1977), en pacientes con cáncer.^{9,10}

En esa misma línea, Yalom¹¹ ha hecho importantes aportaciones en relación con el manejo de psicoterapia de grupo para pacientes psiquiátricos internados, formulando una dinámica específica para dos tipos de grupos: 1) *de bajo nivel*: grupo formado por pacientes en estados psicóticos regresivos, con una estructuración que incluye desde la orientación en tiempo y lugar, fases de precalentamiento, y curso y terminación; y 2) *de alto nivel*: grupo diseñado para pacientes que conservan el contacto con la realidad, que se maneja mediante agendas individuales que van “cubriéndose” a lo largo de la sesión y que se enfocan al trabajo estructurado en “el aquí y el ahora”.

Enlace y grupo

Enlace y grupo surgen desde su inicio en el ámbito institucional hospitalario, transcurren ligados al mismo, de lo cual son prueba los numerosos trabajos de autores como Yalom,¹¹ Alonso y Swiller (1995),⁹ Levenson (1991),¹² y Fricchione y col (1992).¹³ Todo ello, evidencia las potencialidades del grupo aplicado al manejo de pacientes médicamente enfermos, lo cual se concretiza en aspectos de enseñanza e investigación.

Diversos son los puntos de convergencia entre ambas disciplinas. Se han señalado ya su quehacer clínico así como la investigación a diversos niveles, uno de los cuales, corresponde al realizado por Balint (1950), que inicia con sus “seminarios de discusión grupal sobre los problemas psicológicos de la práctica médica general”, creando lo que actualmente se conoce como “grupos Balint”, a los que define como grupos homogéneos de médicos que operan como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente.¹⁴

Dicho grupo de médicos opera en la práctica, cuando 10 a 12 médicos se reúnen, una vez por semana o cada dos semanas, forman un grupo de tarea (es decir no un grupo de terapia), cuyo objetivo es optimizar la relación médico-enfermo, a partir de su exploración, guiados por uno o dos terapeutas expertos.¹⁴

A partir de ello, se exponen situaciones clínicas, no personales, haciendo énfasis en la expresión del sentir de cada uno de los participantes. El terapeuta líder clarifica diversos aspectos de índole psicodinámico a fin de definir el padecer del paciente, señalando cuando es preciso, aquellos aspectos personales del médico que juegan un papel importante en la interacción con el enfermo.¹⁴

En ese mismo sentido, Balint formuló técnicas específicas orientadas a la preparación psicológica de los médicos, cuyo

objetivo central es: *desarrollar en los médicos sensibilidad frente a los problemas emocionales de sus pacientes, de modo que los puedan comprender mejor y con mayor profundidad y en segundo lugar ayudarlos a aprender a emplear esa comprensión con el objeto de lograr un efecto terapéutico.*¹⁵

Al respecto Bacal,¹⁶ realiza un examen crítico de la estructura de la investigación aplicada a las interacciones en la consulta con el médico general, buscando así una validación en el contexto de la investigación en psicoterapia.

La aportación de M. Balint, resulta particularmente importante, porque incide justo en el punto crucial de la atención de los enfermos, es decir la *relación médico-paciente*, misma que se aborda desde la perspectiva psicodinámica, preocupándose de que el médico no psiquiatra (esto es justamente enlace), logre un enriquecimiento a través del saber “escuchar” y hacer uso de la “acción terapéutica” de la “medicina-médico”.

Conclusiones

La concepción operativa del “enlace”, crea una interfase abierta a la intercomunicación con diversas disciplinas, siendo particularmente valioso el estructurar este puente, dentro de las disciplinas de salud mental, toda vez que la integración conduce a ésta.

El espíritu que guió este trabajo espera explicitar dicha intención y concretarla a través de diversas líneas de acción, en el campo de la clínica y de la investigación. Se señalan algunas ideas finales a manera de conclusiones:

1. El enlace, coadyuva a la integración de las vertientes biológicas y psicodinámicas dentro de la práctica clínica.
2. Amplía el campo de interacción de las técnicas psicogrupales.
3. Permite la difusión de los conceptos psicológicos, psicodinámicos y psicoanalíticos, en el ámbito de otras especialidades médicas y del médico general.
4. Redunda en una visión totalizadora del paciente, y a su vez en su mejor comprensión y atención.
5. La aplicación de diversas metodologías de investigación, resulta indispensable, toda vez que permite la consolidación y validación científica de las diversas técnicas de abordaje psicológico de los pacientes a nivel de psiquiatría así como a nivel de medicina general y de otras especialidades.

Bibliografía

1. Hackett TP, Cassem NH, Stern TA, Murray GB. Beginnings: Consultation psychiatry in a general hospital. En: Cassem, NH Handbook of General Hospital Psychiatry. Third Edition, Mosby Year Book. Boston Massachusetts 1991:1-8.
2. Starin JJ, Zebulun T. Consultation liaison psychiatry in: Comprehensive Text Book of Psychiatry, V Edition, Kaplan, HI and Sadock BJ, Ed. Williams and Wilkins, Baltimore Maryland 1989:1272-1279.
3. Pinkus HA, Strain JJ, Houpt JL, Gise LH. Models of mental health training in primary care. JAMA 1983;249(22):3065-3068.
4. Shemo JPD. Medical psychotherapy, clinical applications in an inpatient setting. Gen Hosp Psychiatry 1988;10:231-235.
5. Shear MK, Cooper AM, Klerman GL. Am Psychiatry, 1993;150:859-866.

La psicoterapia de grupo y el concepto de "enlace"

6. Taerk G, Gram WA. Psychodynamic view of the chronic fatigue syndrome. The Role of Objects Relations in Etiology and Treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 1994;16:319-325.
7. Pinney EL. The beginning of group psychotherapy: Joseph Henry Pratt MD and the Reverend Dr. Elwood Worcester. *Int J Group Psychotherapy*, 1994;XXXVIII;1:109-114.
8. Lenz I. Lectura crítica de la historia y de algunas perspectivas teóricas de la terapia de grupo. II Congreso Nacional de Ampag. Querétaro, Qro. Octubre 1988.
9. Stern MJ. Terapia de grupo con pacientes físicamente enfermos. En: Alonso A y Swiller HI (Eds). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México, Editorial Manual Moderno, 1995:185-200.
10. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. Third Edition. Basic Books, 1985.
11. Yalom ID. Inpatient group psychotherapy. 1a. Ed. Basic Books, New York, 1983.
12. Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affectin end stage. Renal disease. *Psychosomatics*, 1991;32(4):383-388.
13. Ficchione GL, Howanitz E, Jandorfl L. Psychological adjustment to end stage renal disease and the implications of Denial. *Psychosomatics* 1992;32(1):85-91.
14. Luchina IL. El grupo Balint, hacia un modelo clínico situacional. 1a. Edición, Ed. Paidos. Argentina, 1982.
15. Balint M, Balint E. La capacitación psicológica del médico. 1a. Edición. Gedisa Editores, España, 1984.
16. Bacal AH. Validación de la investigación en: Balint y Norell JS: *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general*. 1a. Edición, Paidos, México, 1992.