

E. Ruiz-Parra^{1,2}
M. A. González-Torres^{1,3}
I. Eguiluz^{1,4}
E. de la Sierra²
B. Trojaola²
A. Catalán²

Basurto-PGIP. Un abordaje manualizado de psicoterapia grupal integradora en psicosis

¹ Centro de Salud Mental de Santurtzi
Vizcaya

² Servicio de Psiquiatría
Hospital de Basurto
Bilbao

³ Departamento de Neurociencias
Universidad del País Vasco

⁴ Servicio de Psiquiatría
Hospital de Cruces
Baracaldo (Vizcaya)

Se presenta un manual sobre psicoterapia grupal integradora para pacientes ambulatorios con esquizofrenia y otras psicosis que denominamos Basurto-PGIP. El modelo tiene en cuenta los factores terapéuticos específicamente grupales. Integra influencias provenientes de otros modelos de psicoterapia integradora, de la terapia grupal interpersonal, del análisis grupal y de los recientes desarrollos de la terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos. El manual se estructura en distintos niveles de complejidad que pueden ser aplicados de forma progresiva. La intervención trata de adaptarse a las características de los pacientes, las capacidades y la formación de los terapeutas, y los recursos de los centros. La aplicación es posible en dos encuadres: un grupo cerrado de duración limitada y un grupo abierto de duración prolongada. Se describen además las ventajas e inconvenientes del modelo.

Palabras clave: Psicoterapia Grupal Integradora. Psicosis.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(2):72-86

Basurto-PGIP. A manualized approach on Integrative Group Psychotherapy

A manual on Integrative Group Psychotherapy for outpatients with schizophrenia and other psychoses (Basurto-PGIP) is presented. The model takes into account group specific therapeutic factors. It integrates influences from other integrative psychotherapeutic models, interpersonal group therapy, group analysis and recent developments in cognitive behavioural therapy for psychotic symptoms. The manual is structured in levels of different

complexity that can be applied in a progressive manner. The intervention tries to adapt to patients features, therapists ability and training, and centres resources. It can be applied in two possible settings: a short term closed group and a long term open group. Advantages and disadvantages of the model are described.

Key words: Integrative Group Therapy. Psychosis.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un problema de salud que afecta a entre 4 y 7 personas de cada 1.000¹. Suele aparecer por vez primera en fases tempranas de la vida y con frecuencia tiene un curso crónico². Los afectados muestran un grado variable de discapacidad. En muchas ocasiones les imposibilita para hacerse cargo de su propio cuidado y sus necesidades sociales, académicas, laborales, económicas y residenciales³.

Panorama general en el tratamiento de la esquizofrenia

La medicación antipsicótica es un instrumento terapéutico prácticamente indispensable⁴⁻⁷, pero probablemente sólo una minoría de pacientes pueda desenvolverse con éxito con un abordaje que sólo incluya tratamiento farmacológico y hospitalizaciones breves⁸. La eficacia de los antipsicóticos de primera y segunda generación es evidente en lo que se refiere a la sintomatología positiva^{9,10}. Sin embargo, ejercen un menor control sobre los síntomas negativos y de desorganización¹⁰⁻¹². Los estudios de efectividad confirman un panorama complejo y pesimista¹³. Con todo, los problemas para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico son más la norma que la excepción¹⁴. En la mayoría de los casos es necesaria al menos una intervención psicoterapéutica que complemente al tratamiento farmacológico^{4-7,15,16}.

Correspondencia:
Eduardo Ruiz Parra
Servicio de Psiquiatría
Hospital de Basurto
Bilbao
Correo electrónico: eduardo.ruizparra@osakidetza.net

Papel de la psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia

Se dispone de evidencia sobre la eficacia de algunas intervenciones psicoterapéuticas. Las intervenciones familiares en varias sesiones¹⁷ y las intervenciones psicoeducativas¹⁸ han demostrado su eficacia en la prevención de recaídas. La terapia de conducta¹⁴, la terapia orientada al cumplimiento de la medicación¹⁴ y las intervenciones psicoeducativas^{14,18} son beneficiosas para mantener la adherencia farmacológica. La terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos es eficaz para reducir la gravedad de los síntomas positivos¹⁹. La psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis muestran evidencia insuficiente para recomendar su uso rutinario en el tratamiento de la esquizofrenia²⁰, si bien sus principios podrían ayudar a los profesionales a comprender la experiencia de los pacientes y sus relaciones interpersonales⁶.

Dos intervenciones grupales han demostrado su eficacia: el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia psicológica integrada (IPT). La primera tiene un efecto positivo moderado sobre la adquisición de habilidades sociales y su generalización a entornos más amplios, así como sobre la sintomatología negativa²¹. La IPT tiene un efecto positivo moderado sobre la neurocognición, la sintomatología positiva y negativa, y el funcionamiento psicosocial²².

El papel de la psicoterapia de grupo

Los servicios públicos de salud se encuentran con la exigencia de proporcionar una asistencia psicoterapéutica adecuada y de calidad a un número creciente de usuarios. La respuesta a dicha demanda depende de aspectos como la complejidad de la intervención, su duración y su coste. Por este motivo se ha generado un gran interés en el desarrollo de modelos psicoterapéuticos eficaces de corta duración o grupales²³. Una intervención grupal en el tratamiento de la esquizofrenia podría ser coste-eficiente, permitiendo un manejo adecuado de los recursos asistenciales.

Se ha especulado sobre las ventajas añadidas que ofrecería el tratamiento grupal de las psicosis con respecto al individual. El contexto del grupo es más realista. Ofrece experiencias de socialización reales y el estímulo para las mismas. Favorece una mayor autonomía del paciente, que se muestra menos dependiente del terapeuta. La ayuda puede provenir del resto de los miembros y no sólo del terapeuta, e incluso él mismo puede ayudar a otros pacientes. La relación con el equipo terapéutico se instaura sobre bases más realistas. El grupo terapéutico puede actuar como grupo de referencia para sus miembros²⁴⁻²⁹.

El grupo permite a los pacientes la observación, exploración, reflexión y conocimiento sobre los otros, y sobre sí mismo a través de los otros (reacción especular). El paciente

puede ver las semejanzas y las diferencias, lo que es común y lo que individualiza. Puede descentrarse cognitivamente, verse desde fuera, con otras claves, desde la perspectiva de los otros^{26,28}.

Dada la naturaleza interpersonal del grupo los pacientes pueden compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar la realidad de sus experiencias de forma directa o indirecta, recibir apoyo y apoyar altruistamente a los demás, mejorar su habilidad para relacionarse con otros y disminuir su sentimiento de aislamiento mediante fenómenos de universalización. El grupo ofrece nuevos modelos de comportamiento²⁹. En el grupo las interacciones son múltiples y abarcan múltiples focos, lo cual favorece el insight y el aprendizaje interpersonal²⁸.

La relación terapéutica se ve sustituida en el grupo por un nuevo concepto, la cohesión grupal²⁹. Ésta se establecerá de forma natural dada la necesidad de pertenencia de los individuos que componen el grupo³⁰. Contiene la suma de relaciones en diferentes direcciones y a diferentes niveles. Incluye los componentes tanto conscientes como inconscientes de la relación, y no sólo en el plano interpersonal, sino en el de la relación con el grupo como un todo. Y la tendencia relacional se establece en un sentido positivo en su conjunto para la mayoría de los individuos del grupo. Así, mientras que los individuos pueden tener dificultades en uno de estos niveles de relación, pueden mantener una relación productiva en otro nivel, que puede ser terapéutica en sí misma y mantener al individuo en la terapia permitiendo la intervención de otros factores terapéuticos.

Esto no quiere decir que no se generen dificultades en el nivel de la cohesión grupal. La naturaleza de la enfermedad que padecen estos pacientes tiende a favorecer que se presenten dificultades de relación. Esto se puede traducir en las primeras fases del grupo en dificultades para establecer la cohesión grupal, y en fases avanzadas en dificultades en el establecimiento de relaciones de mutualidad y reciprocidad. Sin embargo, dado el mayor número de niveles de relación y la inclusión de niveles cualitativamente distintos (como el de la relación del miembro individual con el grupo como un todo), las posibilidades de establecer una vinculación predominantemente terapéutica en el grupo aumentan.

El grupo ejercería, por todas las vías descritas, una acción multiplicadora de sus efectos terapéuticos.

Otra de las particularidades de la psicoterapia de grupo es su flexibilidad, siendo posible la aplicación de distintas aproximaciones teóricas dentro del marco grupal. La tendencia actual es hacia la integración de los distintos abordajes, predominando sobre los marcos teóricos de intervención las necesidades del paciente y su situación clínica²⁴.

Modelos principales de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia

A grandes rasgos podríamos clasificar los modelos de psicoterapia de grupo en la esquizofrenia en aquellos que se centran en abordar a los propios pacientes y los que se dirigen a sus familiares (incluyan o no a los pacientes en el grupo).

La inmensa mayoría de las intervenciones grupales multi-familiares para familiares de pacientes con esquizofrenia utilizan un modelo psicoeducativo al que, en ocasiones, se añaden elementos tomados de la modificación de conducta³¹⁻³³.

En relación a la terapia de grupo orientada a los propios pacientes, podríamos clasificar la misma en tres grupos: la terapia de grupo basada en las técnicas de modificación de conducta y cognitivo-conductuales, la terapia de grupo de orientación dinámica y la terapia de grupo integradora. De estas tres, la más desarrollada ha sido la primera.

La terapia de grupo basada en las teorías del aprendizaje y cognitivas se ha venido desarrollando de forma secundaria a la aparición de tratamientos individuales que seguían este modelo. La excepción más notable ha sido el desarrollo de programas de entrenamiento en habilidades sociales y de terapia psicológica integrada, que son inherentemente grupales.

Las terapias cognitivo-conductuales de la esquizofrenia se dividen en:

- aquellas que se basan en la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades para que el paciente optimice su funcionamiento y/o reconozca y compense sus incapacidades o déficit, y
- las que trabajan por la modificación, disminución o supresión de los síntomas psicóticos.

En el primer grupo se encontrarían las intervenciones psicoeducativas. Además, se han diseñado intervenciones dirigidas a rehabilitar déficits en distintas áreas:

- Las habilidades sociales: inicialmente se utilizaba la técnica de economía de fichas en entornos institucionales, si bien rápidamente se desarrollaron programas de entrenamiento en habilidades sociales, de los cuales el más conocido y divulgado ha sido el programa de módulos de habilidades para la vida social e independiente de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA)³⁴.
- Los déficit neuropsicológicos: se han desarrollado diversos tipos de terapias estructuradas con esta finalidad, como la remediación cognitiva, la terapia de mejora cognitiva, el entrenamiento en adaptación cognitiva, y la aproximación educativa neuropsicológica a la rehabilitación (NEAR)³⁵. Solo la terapia de mejora cognitiva³⁶⁻⁴⁰ se considera una forma de terapia de grupo. En el resto de los programas la mayoría de las intervenciones se

realizan o se podrían realizar de forma individual.

- Intervenciones mixtas (abordan ambos tipos de déficit): la más reconocida es la terapia psicológica integrada (IPT)^{41,42}.

En el segundo grupo nos encontramos las terapias cognitivo-conductuales de los síntomas psicóticos⁴³⁻⁴⁹. A pesar de que mantienen algunas diferencias entre sí, no deja de existir un flujo de influencia constante entre ellas.

Las terapias de grupo dinámicas incluyen intervenciones grupales de muy variada índole. Algunas con elementos contrapuestos entre sí. Podemos distinguir tres tipos de aproximaciones: las psicoanalíticas, las grupoanalíticas y del grupo como un todo, y las interpersonales⁵⁰.

En este campo domina una tendencia al eclecticismo positivo y una revisión de algunos conceptos previos problemáticos en lo que se refiere al tratamiento de las psicosis. Los primeros enfoques psicoanalíticos buscaban una regresión extrema para luego reconstruir la estructura psíquica del sujeto. Esta actitud favorecía que muchos pacientes empeoraran en su enfermedad. Aunque algunos pacientes seleccionados pudieran beneficiarse de dicho enfoque, la probabilidad de llevar a cabo un tratamiento tan intensivo, duradero y costoso, era pequeña.

Actualmente, la mayoría de los terapeutas que trabajan en este enfoque están de acuerdo en que tanto los objetivos como las técnicas utilizadas deben ser distintos de los utilizados en el tratamiento de pacientes con trastornos menores. La terapia ha de estar orientada a objetivos o ser focal. Se elude la interpretación y el análisis de las experiencias infantiles o del desarrollo. El objetivo prioritario es el fortalecimiento de las funciones del yo, especialmente la prueba de realidad. Por último, la relación transferencial con el terapeuta se considera esencial para el establecimiento y la continuación del tratamiento⁵¹.

En lo que se refiere a la terapia de grupo psicoanalítica podemos encontrar intervenciones basadas en la teoría de las relaciones objetales⁵² y en la psicología del self⁵³. Respecto al grupoanálisis destacamos a autores como Sandison⁵⁴ y Urlic⁵¹, que han adaptado las conceptualizaciones de Foulkes⁵⁵⁻⁵⁸ al tratamiento de pacientes psicóticos. Malawista & Malawista⁵⁹ y Johnson et al.⁶⁰ trabajan con conceptos relacionados con el grupo como un todo, concepto desarrollado fundamentalmente por Bion⁶¹. García Badaracco⁶² propone un modelo de tratamiento en comunidad terapéutica para los trastornos mentales graves basado en los conceptos psicoanalíticos.

Yalom^{29,63,64}, el principal autor de la terapia grupal interpersonal, realizó un buen número de propuestas que hoy en día son comúnmente aceptadas por los terapeutas grupales, sea cual sea su orientación. Fue él quien describió los factores terapéuticos grupales y quien orientó hacia el

uso de un enfoque en el aquí y ahora en el grupo. Más controvertidas han sido sus aportaciones a la terapia de pacientes internados⁶⁵.

El enfoque interpersonal se centra en el análisis de las interacciones interpersonales de los miembros del grupo, entendiéndolas como un reflejo de las relaciones interpersonales que los pacientes llevan a cabo en el mundo real, con el objeto de reestructurarlas y, de esta forma, mejorar el funcionamiento de los pacientes. De esta forma mejora la calidad de vida de los pacientes y disminuye el estrés producido por las relaciones interpersonales alteradas.

En la práctica de los anteriores modelos se producen grados variables de integración. Sin embargo, el principal enfoque de terapia de grupo integradora definido específicamente como tal es el propuesto por Kanas⁶⁶⁻⁶⁸. Recoge las influencias de distintos modelos. Del enfoque psicoeducativo recoge la estructura, la seguridad y el afrontamiento de los síntomas; del enfoque dinámico, la discusión abierta y la selección del material por parte de los pacientes; y del enfoque interpersonal, el trabajo en el aquí y ahora, la disminución del aislamiento y la mejoría de la interacción interpersonal.

Limitaciones de los actuales abordajes

Los abordajes actuales en el tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia presentan algunas ventajas, pero adolecen de limitaciones. De forma genérica entendemos que una intervención psicoterapéutica es más ventajosa si es eficaz, es bien aceptada por los sujetos objeto de la misma, es grupal o limitada temporalmente, su aprendizaje es relativamente sencillo y puede ser realizada por profesionales con distintos niveles de capacitación psicoterapéutica.

La terapia de grupo psicoeducativa es una opción interesante, pues cumple con casi todos los criterios señalados. Sin embargo, no existe todavía evidencia clara sobre su eficacia. A pesar de que existe evidencia de que las intervenciones psicoeducativas en la esquizofrenia son eficaces en la prevención de recaídas, el único metaanálisis realizado¹⁸ combina intervenciones psicoeducativas individuales con grupales y familiares para llegar a estos resultados. Nuestra propia revisión muestra resultados contradictorios cuando se analizan sólo las intervenciones grupales⁶⁹. Algunas desventajas del enfoque psicoeducativo radican en que presta escasa atención sobre las necesidades interpersonales, no permite realizar correcciones sobre las interacciones desadaptativas que se producen en el aquí y ahora, y puede no cubrir temas que sean de especial relevancia para los miembros del grupo⁶⁷.

El entrenamiento en habilidades sociales ha sido una intervención ampliamente utilizada en los últimos años. No obstante, su uso ha tendido a confinarse en entornos alta-

mente estructurados, como unidades de rehabilitación, hospitales de día o entornos residenciales. Es una intervención efectiva, manualizada y estandarizada, relativamente sencilla de aprender y bien definida, que aparentemente podría ser utilizada en entornos comunitarios, pero requiere de un grado de organización y unas necesidades de espacio y material que limitan su utilización ambulatoria. Se ha postulado que la estructura modular facilita una individualización de los tratamientos. Se sugiere aplicar sólo los módulos orientados a las áreas deficitarias de cada paciente. Sin embargo, en la práctica, es difícil conseguir que exista un número suficiente de módulos distintos abiertos a un tiempo. Probablemente en unidades específicas con un amplio volumen de pacientes este problema no exista.

La terapia psicológica integrada, a pesar de ser una intervención efectiva y de sus evidentes ventajas, adolece de los mismos problemas que el entrenamiento en habilidades sociales. Además, requiere un mayor grado de formación psicoterapéutica. El programa completo puede ser de especial utilidad para obtener una mejora en el funcionamiento en el subgrupo de pacientes con mayor deterioro neuropsicológico. Los subprogramas iniciales podrían ser difíciles de admitir por pacientes más preservados.

A pesar de la demostrada eficacia de la terapia cognitivo-conductual individual de los síntomas psicóticos, no se puede afirmar lo mismo de su variante grupal²³, que no parece aprovechar todavía el potencial terapéutico añadido que conlleva el grupo. Sigue siendo, con frecuencia, una mera réplica de las intervenciones individuales pero en un formato grupal.

El enfoque dinámico puro puede favorecer la regresión y ser muy ansiógeno, y por tanto, exacerbar los síntomas psicóticos. El enfoque interpersonal aborda escasamente la sintomatología psicótica y puede resultar ansiógeno⁶⁷.

La terapia de grupo integradora tiene evidentes ventajas teóricas sobre otros enfoques. No obstante, aborda de forma limitada los síntomas psicóticos y, en las fases más avanzadas del grupo, muestra un énfasis en el aquí y ahora que, en ocasiones, puede resultar excesivamente ansiógeno para los pacientes.

Manualización y su interés

La manualización de una intervención psicoterapéutica tiene cuatro propósitos: facilitar la investigación sobre la misma, permitir su replicabilidad, formar a nuevos terapeutas y difundir el modelo. Dicho proceso ha recibido críticas y alabanzas^{70,71}. Puede no recoger la práctica real del modelo y simplificarla. Sin embargo, al facilitar la investigación, permite la verificación de la eficacia del modelo y el aprendizaje y diseminación de modelos de tratamiento efectivos.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es exponer un modelo de psicoterapia grupal integradora para el seguimiento de pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados, que trata de tener en cuenta las limitaciones de otros modelos, y presentar su manualización⁶⁹.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fuentes del modelo

Propias

Desde su creación, en el año 1973, el Servicio de Psiquiatría en el Hospital de Basurto fue, de la mano de José Guimón, pionero en nuestro país en la introducción de modelos grupales de tratamiento de los trastornos mentales en entornos de salud pública⁷²⁻⁷⁶. Treinta y siete años después, se sigue desarrollando una intensa actividad grupal que incluye intervenciones en diversos encuadres para distintos trastornos psiquiátricos⁷⁷.

En 1983 se fundó el Consorcio de Uribe Costa, actualmente centro de salud mental, donde se desarrollaron grupos multifamiliares de intervención en enfermedades mentales graves⁷⁸.

Ambos centros, junto con el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces, la Clínica AMSA de Bilbao, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco, el Hospital del Mar de Barcelona, el Hospital Universitario de Ginebra y la Fundación OMIE, conforman un conjunto de instituciones en constante y fructífera interrelación que ha sido, en los últimos 37 años, un referente internacional en el desarrollo, la formación, la investigación y la aplicación de intervenciones grupales en los trastornos mentales graves, en los distintos niveles de intervención (hospitalización psiquiátrica, hospital de día, grupos ambulatorios), con una evolución clara hacia un enfoque integrador⁷⁹.

Es en este *zeitgeist* dominante en el que, a mediados de los años ochenta, Eguiluz y colaboradores iniciaron una serie de grupos ambulatorios para el tratamiento de la esquizofrenia⁸⁰⁻⁸⁶ que, si bien se diseñaron inicialmente como grupos psicoeducativos, acabaron sufriendo profundas modificaciones por su formación y experiencia en psicoterapia grupal dinámica, la asimilación de las innovaciones que se fueron sucediendo en este terreno y la influencia mutua entre modelos que se venían desarrollando con este objetivo tanto en el mismo Hospital de Basurto como en el Centro de Salud Mental de Uribe Kosta. La evolución continuó con el trabajo de revisión del modelo llevada a cabo por el grupo del Hospital de Basurto, con la introducción de nuevas aportaciones, la estructuración teórica del mismo, la apli-

cación del modelo en distintos encuadres (hospital de día) y formatos (grupos de duración limitada) y, por último, la manualización de la intervención⁶⁹.

Ajenas

El modelo incluye algunas aportaciones interesantes del grupoanálisis, como el concepto de matriz grupal^{55-58,87}, las reflexiones sobre los fenómenos especulares posteriores a Foulkes^{26,28,88}, o los desarrollos de Urlic sobre las variaciones técnicas del grupoanálisis en su aplicación a los pacientes psicóticos⁵¹.

También asimila algunos ingredientes de la terapia grupal interpersonal de Yalom²⁹, se adhiere a su modelo de factores terapéuticos grupales, aunque concediendo mayor peso a unos en detrimento de otros.

El modelo de psicoterapia grupal integradora de Kanas⁶⁶⁻⁶⁸ y otros desarrollos integradores, como los propuestos por González de Chávez²⁵⁻²⁸ son asimilados, si bien se establecen diferencias con los mismos.

Recogemos, además, las ideas de Mc Kenzie sobre las fases y la organización de los grupos limitados en el tiempo y sobre los roles sociales⁸⁹⁻⁹¹.

Por último, nuestro grupo ha tratado de integrar algunas de las propuestas realizadas en los últimos años desde diversos autores que trabajan con el modelo cognitivo sobre los síntomas psicóticos^{43-49,92}.

Elaboración del manual

El objetivo declarado de este proyecto es realizar un manual del modelo de psicoterapia de grupo que hemos venido utilizando en los últimos años. En realidad éste es un objetivo intermedio, dado que el objetivo final era disponer de una herramienta que pudiera ser evaluada científicamente y utilizada en un entorno público de salud mental. Somos conscientes de que la asistencia psicoterapéutica de calidad en una situación de alta presión asistencial sólo es posible, dado que los recursos son limitados, utilizando intervenciones que cumplan los siguientes requisitos: ser relativamente fáciles de aprender por parte de los profesionales de la salud, flexibles a la hora de ser aplicadas por parte de personal con distintos grados de experiencia psicoterapéutica, tener una duración limitada y/o aplicarse grupalmente, requerir pocos recursos materiales y económicos, y no ser aplicables sólo a un pequeño subgrupo de pacientes. Por tanto, los participantes del proyecto realizamos el diseño del manual teniendo en cuenta todos estos factores. Decidimos estructurar el manual en una jerarquía de niveles de complejidad progresiva. Sim-

plificamos al máximo el modelo, describiendo en primer lugar un nivel básico de intervención grupal, de duración breve y fácil de aprender y aplicar. Posteriormente añadimos al mismo niveles progresivamente más complejos, que se pueden incorporar o no al grupo concreto que se pretende realizar.

El modelo ha evolucionado a lo largo de los años y ha ido asimilando los nuevos conocimientos teóricos y técnicos en el tratamiento de las psicosis. Se ha realizado un esfuerzo por presentar dichas incorporaciones de forma didácticamente integrada en el modelo más general, de tal forma que los profesionales familiarizados con las mismas las puedan aplicar sobre el modelo básico respetando su estructura.

RESULTADOS: MANUAL DE BASURTO-PSICOTERAPIA GRUPAL INTEGRADORA EN PSICOSIS (PGIP)

La psicoterapia grupal integradora en psicosis (PGIP) es una intervención que trata de adaptarse a las características de los pacientes, las capacidades y la formación de los terapeutas, y los recursos de los centros. Por este motivo se ha diseñado para ser realizada en dos encuadres posibles (grupo de duración limitada y grupo abierto de larga duración) y en tres niveles de complejidad (un nivel básico, uno intermedio y otro avanzado). En el nivel intermedio se incorporan aportaciones provenientes de la terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos y de la terapia interpersonal. En el nivel avanzado, algunas provenientes del grupoanálisis.

Comenzaremos describiendo el grupo de duración limitada en su nivel más básico. A continuación describiremos las intervenciones de segundo y tercer nivel, que se pueden incorporar de forma aislada o combinada sobre la estructura básica. Por último, el grupo abierto de larga duración. Los grupos abiertos están diseñados como variantes del grupo de duración limitada, añadiéndose elementos de diferenciación en relación a los fenómenos que invariablemente se producirán al pasarse del grupo limitado temporalmente al abierto. Las intervenciones de nivel medio y avanzado también pueden integrarse sobre la estructura básica del grupo abierto de larga duración. De hecho, es en este tipo de grupo en el que se pueden incorporar de forma más extendida las intervenciones de segundo nivel, dado que la menor presión temporal permite ampliar el trabajo sobre las cuestiones sintomáticas y las dificultades interpersonales.

Un modelo alternativo a la realización de grupos únicos limitados temporalmente o de grupos abiertos es la realización de grupos limitados en el tiempo secuenciales. En éstos se invita a los pacientes a participar en varios grupos limitados en el tiempo, cada uno con objetivos definidos, que se siguen unos de otros.

Grupo de duración limitada. Nivel básico

Se trata de un grupo cerrado (sin incorporaciones a lo largo del tratamiento), que se inicia con 12 pacientes, para, tras los previsibles abandonos, acabar de forma ideal con 8 o 9. Se desarrolla en 20 sesiones, 1 por semana, de 1 hora de duración cada una. Lo puede conducir o liderar un terapeuta, si bien es preferible que lo dirijan dos. Es un grupo homogéneo, que incluye a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, y algunos con trastornos de la personalidad del grupo A. Se excluye a pacientes con retraso mental, demencia, delirium, trastorno amnésico, dependencia activa de sustancias, rasgos antisociales marcados o alto riesgo agresivo o suicida. Se da prioridad a los dispositivos más intensivos (hospital de día, hospitalización) si están indicados. Se exige a los pacientes un compromiso de asistencia y de confidencialidad respecto a la identidad y la información aportada por los participantes.

Cada sesión del grupo debe su estructura secuencial al modelo grupal integrador de Kanas^{66,67}, que se ve modificado según las necesidades. En cada sesión los pacientes *eligen un tema* relacionado con sus necesidades como afectados; *discuten en torno al tema*, elaborándolo en una introspección no amenazante, constructiva (en ocasiones la discusión aporta ya cierta clarificación y mejora el contacto con la realidad); y, por último, se *comparten* en el grupo *estrategias de afrontamiento* para las dificultades evidenciadas. Los temas son elegidos por los propios pacientes, si bien el terapeuta puede desestimar algunos, dependiendo de su adecuación. En una sesión tipo suelen aparecer uno o dos temas. La inclusión de más temas suele indicar un trabajo excesivamente superficial. En nuestro modelo, en ocasiones la fase de estrategias de afrontamiento se muestra innecesaria, cuando la elaboración en grupo de una dificultad que presentan uno o varios pacientes se muestra como un objetivo suficiente (por ejemplo, cuando se producen fenómenos de universalización que favorecen la cohesión y disminuyen el aislamiento, al principio del grupo).

Se favorece que los pacientes prioricen sus preocupaciones principales y no queden limitados por temas predefinidos. La únicas condiciones son que los temas cubran sus necesidades como afectados (tabla 1) y no generen un nivel de tensión emocional excesivo. Se evitan aquellos temas relacionados con la ira y la agresión, la orientación y la identidad sexual⁶⁷ y aquellos en los que se espera una polarización inamovible de los miembros (políticos, religiosos...)⁸⁶. Nunca se hace referencia a aspectos inconscientes. Hacerlo aleja al paciente de su relación con el mundo real y genera estados de regresión y de tensión emocional grave, que favorecen la descompensación psicótica. Tampoco se utiliza un enfoque reconstructivo. El objetivo es aprender a ser más consciente y manejar aspectos de la situación actual. Lo retrospectivo siempre se pone en contacto con el presente.

Tabla 1	Temas típicos
	Alucinaciones auditivas Delirios persecutorios y referenciales Pensamiento desorganizado Inadecuación afectiva Toma de medicación. Efectos adversos y actitudes respecto a la misma Problemas de relación con la familia Problemas en la adaptación social, académica y laboral Sentimientos de soledad, depresión y desesperanza Temores respecto a las recaídas y el ingreso Relación con el sistema sanitario Preocupaciones sobre la normalidad de sus pensamientos y decisiones Estigmatización Otros...

Tabla 2	Actitud del terapeuta
	Mostrarse activo y directivo, pero pasar a una posición de inactividad cuando el grupo interactúa productivamente Animar a la interacción de los pacientes. Favorecer la comunicación dentro del grupo Favorecer que el análisis de las cuestiones lo lleve a cabo el propio grupo, evitando la interacción rígida dirigida hacia él Realizar comentarios "diplomáticos" y de apoyo Adaptar las intervenciones propias y de los miembros del grupo para que sean accesibles a todos los miembros Realizar intervenciones claras, concretas y consistentes. Nunca señalar aspectos inconscientes Proveer de estructura o focalizar a los pacientes en el tema si discuten aspectos irrelevantes, no pueden mantenerse focalizados, están desorganizados o se muestran inactivos Repetir las aseveraciones importantes. Realizar resúmenes verbales. Clarificar y dar cohesión al tema, poner de manifiesto los puntos en común y diferencias Conectar el tema actual con los temas del pasado en el grupo. Vincular lo individual y extragrupal con el aquí y ahora del grupo Cambiar de tema o sugerir un cambio del mismo si el ambiente no es seguro Desalentar temas nuevos al final de la sesión para evitar que los pacientes salgan del grupo angustiados Dar la propia opinión cuando sea necesario

La actitud del terapeuta (tabla 2) está bien definida, y es un ingrediente fundamental de la terapia. Sus principales funciones son favorecer un ambiente de participación activa por parte de los pacientes para trabajar sobre sus propias dificultades y crear un entorno seguro.

No se prohibirán los contactos fuera del grupo, pero todos los miembros del grupo y el o los terapeutas habrán de conocerlos (restitución al grupo).

En el grupo se suceden 4 fases: la fase inicial o de compromiso, la de diferenciación, la de trabajo interpersonal y la

de despedida⁸⁹⁻⁹¹. Cada fase se puede analizar desde el punto de vista de sus características, su duración, los fenómenos que se producen durante la misma, los factores terapéuticos que operan, las fortalezas y dificultades presentadas por los distintos individuos en relación al rol social que adoptan, la actitud diferenciada que ha de mantener el terapeuta durante la misma y, por último, las áreas de trabajo y los temas que se cubren (tabla 3). Las fases se solapan entre sí, y su duración es orientativa. Se facilita o difiere el paso de una fase a otra dependiendo de los objetivos del grupo, y se desalienta la tendencia a volver a fases anteriores como mecanismo de resistencia. Se respetan los temas propios de cada fase y se desaconsejan los de otras fases o se reconduce al grupo hacia los temas de la fase actual. Sin embargo, si el grupo sufre una tensión importante se tolera el paso a una fase más segura transitoriamente como mecanismo de protección. En nuestro modelo, en la fase interpersonal, y a diferencia de lo que sucede en otros enfoques^{27,29,67,91}, tendemos a priorizar el trabajo sobre las dificultades interpersonales que se producen actualmente en el entorno natural del paciente, fuera del grupo. Evitamos así el análisis de las dificultades interpersonales que se evidencian entre los miembros, en el aquí y ahora del grupo, lo que sería más acorde con un enfoque interpersonal ortodoxo^{29,64,93}. Esta actitud se nos demuestra menos amenazante para los integrantes más frágiles del grupo.

MacKenzie⁹¹ revisó la literatura y evidenció las descripciones sobre el desempeño de 4 tipos de roles sociales diferenciados en los grupos: sociable, estructural, divergente y cauteloso. En la fase inicial los pacientes que se adhieren a un rol sociable tienen un papel importante en la creación de una atmósfera grupal de apoyo y en el establecimiento de la cohesión grupal. Aquellos que se adscriben a un rol estructural complementan la acción de los primeros ayudando a identificar los problemas y a establecer una ética de trabajo. Los miembros que se adhieren al rol divergente son los que más pueden movilizar al grupo en el paso de la primera fase del grupo a la segunda, pues se sienten más cómodos expresando opiniones diferentes. Su principal riesgo es que alienen la presencia de emociones como la ira, el enfado o la rabia, o que sobrecarguen emocionalmente al grupo. Pueden acabar adquiriendo el papel de chivo expiatorio. Se tendrá siempre presente que la diferenciación será limitada y que la transición de temas sintomáticos a temas interpersonales sólo se hará muy gradualmente. El terapeuta, como figura transferencial, tiene un poder que le permite reforzar las intervenciones que orienten al grupo en esta dirección y evitar reforzar otras en sentido contrario. En la fase interpersonal los pacientes con un rol estructural pueden presentarse problemas para incluir los aspectos emocionales, y para los pacientes con un rol cauteloso la inclusión de un análisis conjunto de las dificultades puede ser una tarea difícil, dado que el nivel de complejidad y de participación activa en el grupo necesariamente aumentan. Los pacientes con un rol cauteloso presentan menos problemas con la fase de finalización y sirven de modelo a otros pacientes. Con frecuencia

Tabla 3		Fases del Grupo de Duración Limitada			
	FASE INICIAL o de COMPROMISO	FASE de DIFERENCIACIÓN	FASE INTERPERSONAL	FASE de TERMINACIÓN	
Duración	6 sesiones	6 sesiones	6 sesiones	2 sesiones	
Temas	Síntomas. Temas comunes	Síntomas al principio. Aspectos interpersonales al final. Diferencias (diferenciación limitada).	Temas interpersonales. Síntomas revisados a la luz de lo interpersonal	Finalización. Logros. Temores respecto al futuro. Autonomía.	
Objetivos	Crear ambiente seguro y de apoyo. Establecer la cohesión. Aprender la dinámica de las intervenciones. Aprender que los miembros del grupo son los principales agentes del cambio. Trabajo sobre los síntomas.	Crear un lugar seguro donde se acepta la expresión de diferencias. Favorecer una mayor autonomía del paciente respecto del terapeuta y que los pacientes se hagan responsables del propio grupo. Continúa el trabajo sobre los síntomas.	Trabajo sobre los síntomas incluyendo sus aspectos interpersonales. Análisis y resolución de patrones interpersonales problemáticos.	Obtener una visión realista de su futuro junto con cierta sensación de capacidad para hacer frente al mismo	
Factores terapéuticos	Cohesión. Universalización. Instilación de esperanza. Altruismo	Transición de factores de la primera fase a los de la tercera.	Reacción especular. Aprendizaje vicario. Aprendizaje interpersonal.	Factores existenciales	
Intervenciones específicas del terapeuta	Intervenciones dirigidas al grupo en su conjunto ("el grupo..."). Resúmenes que den coherencia al tema. Refuerzo de la interacción.	Refuerzo de la clarificación de las diferencias y de las intervenciones que se asimilan a los objetivos. Vigilar el nivel de tensión que soportan los pacientes. Inhibir la expresión de ira o rabia.	Favorecer el análisis de las dificultades interpersonales actuales extragrupalas. Propiciar un ambiente de respeto. Vigilar el nivel de tensión.	Facilitar y semiestructurar la terminación si fuera necesario	

en estos pacientes se ha producido un aprendizaje vicario y se advierte cómo, a pesar de su aparente retraimiento, han mantenido su atención al proceso del grupo y se han beneficiado del mismo.

Aportaciones desde la terapia cognitivo conductual de los síntomas psicóticos

Si bien el modelo básico de intervención implica un trabajo rutinario sobre los síntomas, en el que hemos incluido buen número de las aportaciones realizadas por Kanas⁶⁷ al respecto, los recientes desarrollos de la terapia cognitivo-conductual centrada en los síntomas psicóticos pueden ser incorporados, por medio de una integración

asimilativa de los conceptos y técnicas propuestas, sobre el modelo básico original.

El modelo ABC de la terapia cognitiva se retoma para el análisis funcional de las alucinaciones. La alucinación constituiría el evento activador (A) o antecedente de las creencias asociadas a la misma (B de *belief*), y a su vez éstas tienen consecuencias (C) predominantemente emocionales o conductuales. A su vez la alucinación se presenta en unas determinadas condiciones (desencadenantes ambientales o internos). Conocer esta secuencia permite abordar el síntoma desde distintos niveles de intervención, por ejemplo: se puede modular la alucinación actuando sobre sus desencadenantes, o se pueden modificar las consecuencias emocionales y conductuales reformulando la creencia sobre la alucinación⁴⁸.

En este sentido la situación grupal puede ser de utilidad, pues las creencias asociadas al delirio y las consecuencias de las mismas pueden ser contrastadas en el grupo.

Inicialmente favorecíamos el uso de estrategias que los propios pacientes utilizaban y manifestaban en los grupos para atenuar las alucinaciones o su repercusión (estrategias de modificación del *input* sensorial, de aumento de la actividad, de reducción de la actividad social estresante...). Estos autores han reconceptualizado dichas estrategias asignándoles una doble función, la previamente señalada y la de la mejora de la sensación de control, que abre un espacio para el análisis de las creencias asociadas a las alucinaciones.

Por otro lado, los pacientes asocian un significado a las alucinaciones en el cual nos podemos focalizar en la interacción grupal. Por ejemplo: los pacientes pueden tener creencias sobre la obediencia que han de tener a las alucinaciones y los resultados de la misma o su omisión, frecuentemente piensan que las tienen que obedecer porque si no les sucederá algo terrible, pues suelen tener también asociadas creencias sobre el poder omnipotente de las alucinaciones. Con frecuencia dichas creencias no concuerdan con la experiencia del paciente y tienen una escasa consistencia interna. Asimismo, el uso de estrategias de control sobre las alucinaciones es un primer paso para criticar el poder de las mismas, pues los propios pacientes pueden controlar en algunos casos y hasta cierto punto su presencia, grado e intensidad⁴⁸. Se han descrito otras creencias asociadas a las alucinaciones que pueden ser de interés, como las creencias sobre la identidad de las alucinaciones y el propósito de las mismas.

De nuevo el modelo ABC puede resultar un marco útil en el análisis funcional del delirio. El delirio sería una creencia (B) asociada a un evento activador (A), que da como resultado unas consecuencias (C) que pueden ser cognitivas (creencias asociadas al delirio), emocionales o conductuales. En este sentido, tanto las creencias asociadas al delirio como las consecuencias emocionales y conductuales del mismo, inmediatas o a medio plazo, se pueden trabajar para reducir el malestar emocional.

Se definen algunas nuevas vías de abordaje de la situación del paciente delirante, como el desafío de la evidencia que apoya la creencia o de la consistencia del sistema de creencias delirantes. En ocasiones se puede reencuadrar el delirio como una respuesta entendible para dar sentido a la experiencia⁴⁸.

Los nuevos desarrollos de la terapia cognitivo-conductual sobre el delirio hacen hincapié en la necesidad de generar un adecuado compromiso con el paciente para poder abordar las ideas delirantes⁴⁵. En el caso del grupo la cohesión grupal, que sustituye al compromiso terapéutico individual, puede resultar una base segura desde la que analizar este tema. Además, el análisis funcional del delirio y la intervención sobre el mismo se puede realizar no sólo por

elaboración directa del problema del paciente por el grupo, sino además, por aprendizaje vicario.

El grupo, a través de las experiencias de sus miembros, permite ver el delirio desde una perspectiva longitudinal; con frecuencia se encuentran pacientes en el grupo que pasaron por la experiencia delirante y pueden servir de referencia de prestigio sobre el mismo.

Aportaciones desde la perspectiva grupoanalítica

Los terapeutas que han trabajado previamente desde el modelo grupoanalítico con pacientes neuróticos deben saber que la psicoterapia grupal con psicóticos exige ciertas modificaciones técnicas respecto al modelo inicial⁵¹. De forma somera señalaremos que se evita la discusión de flujo libre, dado que estructurar la discusión evita el acceso al material inconsciente y la desorganización del grupo. Por otro lado, se respeta la precondition grupoanalítica del análisis por el grupo del material producido por el grupo. En el grupo de pacientes neuróticos este material incluiría las acciones e interacciones de sus miembros y el análisis de los procesos dinámicos del grupo. En el grupo de pacientes psicóticos el grupo tiene la responsabilidad de analizar su propio material, sin embargo dicho análisis no alcanza la misma profundidad. Se entiende que siguen existiendo dos niveles de contenido (manifiesto y latente), pero el grupo sólo trabaja en el plano manifiesto. El terapeuta es el soporte privado de la labor de interpretación desde el plano manifiesto al latente, no verbaliza en el grupo elementos del plano latente ni favorece, e incluso evita, que se analicen. El sentido que esto tiene es evitar desplazarse del presupuesto de orientación a la realidad, evitar la presencia de angustia no manejable por los pacientes y evitar la regresión, que se asocia a un recrudescimiento de la psicopatología.

Para los terapeutas que no han trabajado previamente con el modelo grupoanalítico, algunos conceptos del grupoanálisis se demuestran de especial utilidad al ser aplicados a los grupos con pacientes psicóticos. Del concepto de matriz grupal⁵⁵⁻⁵⁸ se deriva una característica básica de la interpretación de las relaciones entre individuo y grupo, con un sentido práctico directamente aplicable a los grupos que nos ocupan: la comunicación del paciente individual es observada a través de la respuesta del grupo como un todo, como si viniera del grupo a través de la boca de la persona individual. Dicha comunicación nos habla del individuo en sí mismo, pero también del grupo, y estos dos niveles de lectura siempre están presentes. Por otro lado, cualquier acontecimiento en el grupo involucra potencialmente a todo el grupo y a cada uno de sus miembros. El acontecimiento sería parte de una *gestalt* (configuración) de la cual es la figura, mientras que el fondo se manifiesta en el resto del grupo.

Con respecto al papel del terapeuta, conviene señalar que al principio el paciente establecerá una relación regre-

siva, esperará que se gratifiquen sus necesidades infantiles. El terapeuta habrá de facilitar que el paciente pase de un rol pasivo a un rol relativamente activo, que incluya aspectos de realidad y una asunción de responsabilidad personal en relación a su propio destino y el del grupo. Se producirá en el terapeuta una transformación parcial desde el papel de líder al de conductor⁵¹. Un grado excesivo de interferencia del terapeuta impedirá que el individuo y el grupo en su conjunto desarrollen todo su potencial terapéutico. Se asume, por otro lado, que la menor interferencia posible es la que no conlleva un grado de desprotección para el paciente. El terapeuta habrá de mantenerse permanentemente alternando en la elección entre desempeñar una función de apoyo o desempeñar una función de análisis⁵¹, potencialmente más ansiógena para los pacientes, pero con una mayor asociación al cambio de patrones disfuncionales de los mismos.

Aportaciones modificadas desde la terapia interpersonal

Parece innegable que las psicosis incluyen una dimensión interpersonal susceptible de tratamiento y que los cambios producidos en los aspectos problemáticos de la misma tienen una repercusión positiva para el paciente (mejorando el pronóstico de la enfermedad, la adaptación a los cambios vitales producidos por la misma, la calidad de vida...).

En la terapia de grupo interpersonal clásica el terapeuta orientaría al grupo hacia el trabajo sobre lo que está ocurriendo en ese mismo momento en la sala donde se desarrolla el grupo, es decir, el aquí y ahora del grupo. En concreto, el foco de la terapia serían las interacciones interpersonales entre los miembros del grupo y entre éstos y el terapeuta o el grupo como un todo. Se atendería tanto al contenido como a la forma (fundamentalmente a ésta) de las mismas. El motivo de dicha actitud sería que de esta manera el grupo mostraría su máximo poder y efectividad⁶⁴. Sin embargo, para un buen número de pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados es probable que fuera excesiva la intensidad afectiva que supondría la experiencia directa, en el aquí y ahora del grupo, de sus propios afectos negativos (e incluso en ocasiones los positivos) hacia el resto de los miembros, o los de los demás hacia ellos, y de las motivaciones ocultas en los mismos. Podría tener repercusiones sobre su frágil yo, facilitando la emergencia de sintomatología o el abandono del grupo en malas condiciones. Por otro lado, el análisis por el grupo de las motivaciones y los afectos asociados a los comportamientos interpersonales probablemente tuviera el mismo efecto.

En nuestra experiencia clínica se ha demostrado más útil, y menos amenazador, facilitar que los pacientes discutan sobre las dificultades encontradas en sus relaciones interpersonales actuales fuera del grupo, las compartan y las analicen mutuamente. De hecho, los pacientes con fre-

cuencia continúan ligando las dificultades interpersonales con los síntomas, incluso en la fase interpersonal, lo cual implica una doble distancia, al evitar hablar de las dificultades en las interacciones con los demás como problema en sí mismo. Esto permite cierta toma de distancia emocional que evita que los niveles de tensión emocional del paciente y del grupo aumenten a niveles dañinos. Permite, asimismo, la resolución de dificultades interpersonales en el espacio fuera del grupo, disponiendo el paciente de un foro seguro donde se comprenden las mismas y se facilita su elaboración.

Esto no quiere decir en modo alguno que no se tenga presente el aquí y ahora del grupo. El terapeuta realizará una labor privada y permanente de evaluación y análisis de las interacciones interpersonales que se producen en el grupo con varios sentidos: tener una visión más amplia de las dificultades que el paciente presenta en el contexto social más amplio; advertir los intentos de los pacientes por evitar confrontar sus dificultades interpersonales fuera del grupo, dado que es casi inevitable que el paciente reproduzca sus roles habituales en el grupo; prever los problemas que puedan surgir en el grupo producidos por los patrones distorsionados de interacción; e intervenir, en el momento oportuno, desde el conocimiento del proceso grupal, en el beneficio del paciente o del grupo en su conjunto.

En determinadas ocasiones, no obstante, es conveniente poner en relación la discusión generada en torno a las dificultades interpersonales fuera del grupo con el proceso grupal y con el aquí y ahora del grupo. Con frecuencia, en la situación grupal, los patrones de interacción característicos de un individuo se hacen más evidentes para el resto de los miembros que para el propio implicado, por lo cual, si se elige el momento oportuno, estos miembros pueden iluminar al individuo inmerso en un patrón interpersonal del mismo en un ambiente de apoyo, facilitando así la resolución de un problema interpersonal fuera del propio grupo.

Para la corriente interpersonal la terapia es una *experiencia emocional correctora*, término introducido por Alexander⁹⁴. El trabajo terapéutico implicaría una secuencia alterna en la que primeramente se experimentaría y expresaría el afecto y posteriormente se analizaría y comprendería ese afecto^{29,63,64}. Tanto el psicoanálisis como la terapia interpersonal han tratado de dar múltiples respuestas a por qué en la interacción entre dos individuos la ejecución por parte de uno de ellos de un patrón comportamental interpersonal evoca un rol complementario en el otro individuo que tiende a reforzar el comportamiento del primero, en una especie de bucle autorreforzante. Con frecuencia dicho proceso no es consciente para los miembros implicados.

En este sentido, la experiencia emocional correctora implicaría la ruptura de este bucle. El patrón interpersonal desadaptativo de un determinado paciente (que incluye ele-

mentos cognitivos, emocionales y comportamentales interrelacionados entre sí) deja de reclutar al otro en el rol complementario y de este modo pierde su valor. Éste es el fértil terreno donde surgen los nuevos patrones interpersonales más efectivos.

En nuestra experiencia, el cambio en los patrones a veces se produce o se refuerza a través del análisis cooperativo del patrón disfuncional y la definición de nuevos patrones, pero en otras ocasiones no se asocia a dicho análisis, se produce a modo de aprendizaje en la práctica. Algunos autores han llamado la atención sobre ésta y otras vías alternativas para producir cambios en los pacientes⁹⁵.

Grupo abierto de larga duración

Los grupos de duración limitada podrían ser especialmente útiles y suficientes para algunos pacientes, como aquellos con una evolución más benigna de su enfermedad y un sistema de apoyo más adecuado. Sin embargo, para algunos pacientes más graves, con sintomatología positiva continuada, daños persistentes en su nivel de organización o sintomatología negativa relevante, especialmente si carecen de sistemas de apoyo adecuados, podría ser preferible el paso por un grupo abierto de mayor duración.

El grupo abierto se divide en dos grandes fases: la fase inicial, o de conformación del grupo, que incluiría una secuencia de tres subfases similares a las tres primeras fases del grupo cerrado (tabla 4), si bien menos definidas temporalmente; y la fase que se corresponde con el grupo ya conformado. En esta última, se genera una dinámica en el grupo que permite analizar las dificultades en las relaciones interpersonales o elaborar las dificultades sintomáticas individuales desde una perspectiva que las imbrica en la relación con el otro y que permite una mayor aproximación emocional a las mismas. A los momentos iniciales de esta fase, cuando el grupo está aprendiendo a funcionar en este nivel y hasta que se establece el pleno funcionamiento mencionado, lo hemos llamado fase interpersonal inicial.

En el grupo ya conformado, dependiendo de una serie de eventos relevantes, irán cambiando las dinámicas y los contenidos. Así, el grupo se colocará en distintas posiciones, que mostrarán la configuración de las fases descritas (tabla 5):

- Tras periodos vacacionales, con la incorporación de nuevos miembros, como resistencia a las diferencias y el trabajo interpersonal con temas difíciles..., el grupo hará referencia a temas sintomáticos y comunes, que darán cohesión al mismo, en lo que llamaremos posición cohesiva o de compromiso.
- En otros momentos se encontrarán en la que llamaremos posición de transición o diferenciación, que se asimilará en sus características a la fase de transición inicial.

Tabla 4	Fases del Grupo Abierto	
Grupo cerrado de duración limitada	Grupo abierto de duración ilimitada	
Fase inicial o de compromiso	Fase de compromiso inicial	Fase inicial
Fase de diferenciación	Fase de diferenciación inicial	Fase interpersonal inicial
Fase interpersonal	Grupo conformado	Grupo conformado
Fase de despedida		

Tabla 5	Posiciones en el Grupo Abierto	
Grupo inicial	Grupo ya conformado	
Fase inicial o de compromiso	Posición cohesiva o de compromiso	
Fase de diferenciación	Posición de transición o diferenciación	
Fase interpersonal	Posición interpersonal	

- Cuando se den las condiciones adecuadas se situarán en la posición interpersonal. Esta posición siempre se produce al inicio del grupo ya conformado y es la posición más evolucionada. Es necesario que se haga evidente un clima de tolerancia y seguridad en el grupo para su reproducción.

El terapeuta tendrá que evaluar la posición en la que se encuentra el grupo en cada momento y valorar si es necesaria y adecuada para dicho momento o si, por lo contrario, obstaculiza el proceso terapéutico. En el primero de los casos tolerará que el grupo se mantenga transitoriamente en dicha posición, en el segundo facilitará que se produzca un cambio de posición.

La incorporación de un nuevo miembro suele frenar al grupo y facilitar su cambio a una posición cohesiva. No es infrecuente que la comunicación sea más costosa y que el o los terapeutas tengan que mostrar una actitud más activa, similar a la del principio del grupo. No habría que preocuparse excesivamente si esto es transitorio. Un grupo con un funcionamiento adecuado suele tener una gran capacidad para retomar su dinámica habitual de forma rápida. Conviene incluir activamente al nuevo miembro sin presionarle demasiado. Al final de su primera sesión se preguntará al nuevo miembro cómo se ha sentido y se reforzarán sus intervenciones. También es adecuado proteger al nuevo

miembro de la exposición excesiva prematura. Algunos pacientes, ante la angustia de la situación de incertidumbre que supone iniciar una experiencia grupal, comienzan a autodesvelarse de forma indiscriminada y profunda sin haber podido crear en su espacio mental una situación de confianza hacia el grupo.

Se procurará trabajar en lo posible la salida de un paciente del grupo desde meses antes de su partida (en los grupos que llevamos a cabo tratamos de que exista un mínimo de 2 meses, que incluirán entre 4 y 8 sesiones de grupo) para permitir al paciente realizar una elaboración sobre lo que supone abandonar el grupo. En alguna ocasión en que algún paciente nos ha planteado abandonar el grupo precipitadamente, le hemos propuesto acudir al menos a otra sesión para poder realizar la despedida de forma más elaborada.

DISCUSIÓN

Rasgos diferenciadores del modelo

El modelo Basurto-PGIP mantiene, sobre todo en su nivel más básico, muchos puntos en común con otros enfoques grupales integradores. No obstante, presenta algunas diferencias reseñables:

- Está diseñado en niveles de complejidad progresivos para facilitar su realización por distintos tipos de profesionales.
- Define una metodología para la realización de grupos limitados en el tiempo y grupos abiertos de larga duración.
- Mantiene una estructura secuencial más flexible dependiendo de los temas que discutan los pacientes.
- Incluye algunas aportaciones del modelo grupoanalítico y de la terapia cognitivo conductual de los síntomas psicóticos.
- Sólo utiliza el análisis en el aquí y ahora de las interacciones de los miembros del grupo de una forma muy restringida, generando así un clima menos ansiógeno en el grupo.

Ventajas e inconvenientes

Ventajas

Nuestro modelo de psicoterapia de grupo posee algunas de las ventajas previamente atribuidas a otros modelos de psicoterapia de grupo integradora como que permite que los pacientes traten en el grupo de forma más personalizada sus propios problemas relacionados con la enfermedad, pueda realizarse un trabajo sobre los síntomas y se aborden las dificultades interpersonales. Es un enfoque que minimiza la

ansiedad generada por los enfoques dinámicos antiguos y no favorece la regresión de los pacientes. Se centra en los problemas actuales de los pacientes y las vías para solucionarlos o tolerarlos con la ayuda del grupo.

Al ser un modelo de grupo que tiene en cuenta los factores terapéuticos grupales específicos, permite atenuar algunas de las dificultades atribuidas a los tratamientos individuales de los pacientes psicóticos, como las dificultades en la relación terapéutica o un escaso *insight*.

Se puede introducir de forma flexible en dependencia del tipo de profesional, su formación psicoterapéutica, el tipo de pacientes al que va dirigido y los recursos del centro.

Inconvenientes

Las principales limitaciones del modelo propuesto provienen de dos fuentes distintas: aquellas que dependen del terapeuta y las que dependen del paciente. Con frecuencia se evidencia una resistencia de los profesionales de la salud mental a realizar intervenciones grupales en situaciones en las que estarían indicadas. Los motivos para dicha resistencia son variados y pueden incluir desde la falta de formación en psicoterapia de grupo, hasta las resistencias institucionales, pasando por los temores y fantasías del propio terapeuta. Cuatro soluciones, no mutuamente excluyentes, se han demostrado útiles: el aprendizaje en co-conducción con terapeutas más experimentados, la supervisión externa, la progresión en el grado de estructuración grupal y la complejidad técnica del mismo, y el aprendizaje experiencial grupal del terapeuta.

El modelo puede ser de utilidad limitada en aquellos pacientes con una intensa afectación neuropsicológica. Intervenciones más específicas, como determinados módulos de la terapia psicológica integrada, o la implementación de alguno de los distintos modelos de remediación cognitiva estarían indicados. No obstante, no son intervenciones excluyentes. En este caso puede ser necesario realizar una intervención combinada secuencial.

Los pacientes con comorbilidad con una dependencia activa a sustancias, un número no despreciable de pacientes con psicosis, no se beneficiarían de nuestra intervención. En este caso, centrar gran parte de las intervenciones en el propio consumo se hace inevitable. En este caso estarían indicadas psicoterapias específicas para patología dual. Sin embargo, aquellos pacientes que presentan formas más leves de trastornos por uso de sustancias se podrían beneficiar de nuestra intervención.

Otra de las limitaciones del modelo es que no permite tratar a pacientes que, por sus propias características, no se asimilarían bien a un formato grupal ambulatorio: pacientes

con marcadas tendencias violentas o suicidas, con una exacerbación extrema de la sintomatología positiva en situaciones de mínima interacción social, o con un diagnóstico comórbido de personalidad antisocial.

El futuro del modelo

La amplia experiencia clínica de estos 25 años nos orienta a pensar que los pacientes que han sido tratados según el modelo general de PGIP han tenido una mejor evolución, con mayor adherencia al tratamiento, pautas más estables de medicación antipsicótica, mejor tolerancia a los efectos secundarios, desarrollo de estrategias efectivas en prevención de recaídas y disminución del número de hospitalizaciones, con una mejor capacidad para la interacción social y una mejor calidad de vida. Si bien, por el momento, esto es solo una impresión clínica. Consideramos que puede ser una intervención de fácil implantación en dispositivos ambulatorios. Somos conscientes de la necesidad de evaluación de la eficacia del modelo. Por ese motivo hemos puesto en marcha la primera experiencia de evaluación del modelo a través de un ensayo clínico que compara la intervención propuesta con el tratamiento habitual⁶⁹.

CONCLUSIONES

El modelo Basurto-PGIP es un tipo de terapia de grupo integradora manualizada que trata de recoger las ventajas de modelos previos de este tipo y añadir algunas propuestas de otros modelos no recogidas previamente.

Pensamos que es un modelo que podría ser relativamente sencillo en su aplicación y de utilidad en el tratamiento ambulatorio de pacientes psicóticos que no requieren de recursos de alta intensidad, del tipo hospital de día.

El modelo ha sido diseñado para poder ser aplicado por distintos tipos de profesionales con distintos tipos de formación. En su nivel más básico podría ser llevado a cabo por ATS especialistas en salud mental, o psicólogos o psiquiatras con escasa experiencia en psicoterapia de grupo.

Sería recomendable, sin embargo, que los profesionales que desarrollaran la intervención adquirieran ciertos conocimientos básicos de psicoterapia de grupo^{29,61,64,96}. Por otro lado, el hecho de que el terapeuta pasara cuando menos por una breve experiencia personal de sensibilización grupal facilitaría que fuera capaz de reconocer y comprender las poderosas fuerzas que se mueven en el grupo, los temores y las expectativas de los pacientes frente al mismo, así como las desviaciones de la dinámica esperable.

La supervisión en grupo de varios profesionales que dirijan grupos de este tipo es otra herramienta que conside-

ramos de utilidad, sobre todo en los primeros grupos que realice cada profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *Plos Med* 2005;2(5):e141.
2. van Os J, Allardyce J. The clinical epidemiology of schizophrenia. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Eds.). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th Edition. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 1475-86.
3. Cañamares J, Castejón M, Florit A, González J, Hernández JA, Rodríguez AE. *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis, 2001.
4. American Psychiatric Association (APA). *Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia*. Barcelona: Ars Medica, 2005.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009.
6. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. Londres: Gaskell, 2009.
7. San Emeterio MT, Aymerich M, Faus G, Guillamón I, Illa JM, Lalucat L, et al. *Guía de práctica clínica per a l'atenció al pacient amb esquizofrenia*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2003.
8. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub, 2005.
9. Dixon LB, Lehman AF, Levine J. Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(4):567-77.
10. Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry* 2009;14(4):429-47.
11. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-Generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: A meta-analysis. *Lancet* 2009;373(9657):31-41.
12. Van Kammen DP, Hurford I, Marder SR. First-Generation antipsychotics. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Eds.). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th edition. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 3105-26.
13. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353(12):1209-23.
14. Nadeem Z, McIntosh A, Lawrie S. Schizophrenia. *Clin Evid* 2007;10:1208-37.
15. Alanen YO, González de Chávez M, Silver AS, Martindale B. *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, 2008.
16. Martindale PB, Bateman A, Crowe M, Margison F. *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*. Londres: Gaskell, 2000.
17. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach

- G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-Analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32(5):763-82.
18. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(4):CD002831.
 19. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008;34(3):523-37.
 20. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(3):CD001360.
 21. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(3):491-504.
 22. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophr Bull* 2006;32 (Suppl 1):S81-93.
 23. Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(6):673-81.
 24. García Cabeza I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Asociación Española Psiquiatría* 2008;28(1):9-25.
 25. González de Chávez M, García-Ordás A. Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1992;12:203-7.
 26. González de Chávez M, Capilla T. Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1993;45:103-12.
 27. González de Chávez M, García Cabeza I, Fraile Fraile JC. Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: Hospitalizados y ambulatorios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999;72:573-86.
 28. González de Chávez M. Psicoterapia de grupo y esquizofrenia. En: Alanen YO, González de Chávez M, Silver AS, Martindale B (Eds.). *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, 2008.
 29. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books, 2005.
 30. Dalal F. *Taking the group seriously: Towards a post-foulkesian group analytic theory*. Londres-Filadelfia: J. Kingsley, 1998.
 31. Anderson CM, Reiss D, Hogarty G. *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
 32. Falloon IRH, Laporta M, Fadden G, Graham-Hole V. *Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills*. Londres-Nueva York: Routledge, 1993.
 33. McFarlane WR. *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. Nueva York: The Guilford Press, 2004.
 34. Liberman RP. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca, 1993.
 35. Wykes T, Reeder C. *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: Theory and practice*. Londres-Nueva York: Routledge, 2005.
 36. Hogarty GE, Flesher S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25(4):677.
 37. Hogarty GE, Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999;25(4):693.
 38. Hogarty GE, 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. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(9):866-76.
 39. Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatr Serv* 2006;57(12):1751-7.
 40. Hogarty GE, Greenwald DP. *Cognitive enhancement therapy: The training manual*. University of Pittsburgh Medical Center Disponible en: <http://www.Cognitiveenhancementtherapy.com> 2006.
 41. Merlo MCG, Perris C, Brenner HD. *Cognitive therapy with schizophrenic patients: The evolution of a new treatment approach*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers, 2002.
 42. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzie N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Madrid: Ariel, 1996.
 43. Birchwood MJ, Tarrrier N. *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1995.
 44. Chadwick P, Birchwood MJ, Trower P. *Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia*. Chichester-Nueva York: Wiley, 1996.
 45. Chadwick P. *Person-Based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester, England-Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2006.
 46. Fowler DR, Garety PA, Kuipers L. *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester-Nueva York: Wiley, 1995.
 47. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive therapy of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 2008.
 48. Valiente C. *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Editorial Síntesis, 2002.
 49. Wright JH. *Cognitive-Behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2009.
 50. Schermer VL, Pines M. *Group psychotherapy of the psychoses: Concepts, interventions, and contexts*. Londres-Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers, 1999.
 51. Ullrich U. The therapist's role in the group treatment of psychotic patients and outpatients. A foulkesian perspective. En: Schermer VL, Pines M (Eds.). *Group psychotherapy of the psychoses: concepts, interventions, and contexts*. Londres-Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers, 1999: 148-80.
 52. Kibel HD. A conceptual model for short-term inpatient group psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1981;138(1):74.
 53. Josephs L, Juman L. The application of self psychology principles to long-term group therapy with schizophrenic inpatients. *Group* 1985;9:21.
 54. Sandison R. The psychotic patient and psychotic conflict in group analysis. *Group Analysis* 1991;24(1):73.
 55. Foulkes SH. *Grupoanálisis terapéutico*. Barcelona: Cegaop Press, 2007.
 56. Foulkes SH. *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegaop Press, 2007.
 57. Foulkes SH, Anthony EJ. *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaop Press, 2007.
 58. Foulkes SH. *Psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegaop Press, 2007.
 59. Malawista KL, Malawista PL. Modified group as a hole psychotherapy with chronic psychotic patients. *Bull Meninger Clin* 1988;52:114.
 60. Johnson D, Geller J, Gordon J, Wexler BE. Group psychotherapy with schizophrenic patients. The pairing group. *Int J Group Psychother* 1986;36:75.
 61. Bion W. *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós, 2000.
 62. García Badaracco JE. *Comunidad terapéutica psicoanalítica de*

- estructura multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones, 1992.
63. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books, 1995.
 64. Vinogradov S, Yalom ID. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós, 1996.
 65. Yalom ID. *Inpatient group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books, Inc., 1983.
 66. Kanas N. *Terapia grupal con esquizofrénicos*. En: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.). *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993: 445–56.
 67. Kanas N. *Group therapy for schizophrenic patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996.
 68. Kanas N. *Group therapy and schizophrenia: An integrative model*. En: Martindale PB, Bateman A, Crowe M, Margison F (Eds.). *Psychosis: Psychological Approaches and Their Effectiveness*. Londres: Gaskell, 2000: 120–33.
 69. Ruiz Parra E, González Torres MA, Trojaola Zapirain B, De la Sierra Prada E, Eguiluz Urruchurtu JI, Guimón Ugartechea J, et al. *Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la comunidad autónoma vasca. Proyecto de investigación comisionada. Osteba-Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Departamento de Salud del Gobierno Vasco)*, eds. Álava: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010 (en prensa).
 70. Mansfield AK, Addis ME. *Manual-Based psychotherapies in clinical practice part 1: Assets, liabilities, and obstacles to dissemination*. *Evid Based Ment Health* 2001;4(3):68–9.
 71. Mansfield AK, Addis ME. *Manual-Based treatment part 2: The advantages of manual-based practice in psychotherapy*. *Evid Based Ment Health* 2001;4(4):100–1.
 72. Guimón J. *Uribe costa en un decenio tormentoso. Génesis y evolución de un reto asistencial*. *Norte de Salud Mental* 2008;30:109–23.
 73. Guimón J, Luna D, Totorika K, Diez L, Puertas P. *Group psychotherapy as a basic therapeutic resource in psychiatric community care from the general hospital*. En: Lopez Ibor JJ, Lopez Ibor JM, eds. *General Hospital Psychiatry*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1983.
 74. Guimón J, Sunyer M, Sánchez de la Vega J, Trojaola B. *Group analysis and ward atmosphere*. En: Ferrero FP, Haynal AE, Sartorius N (Eds.). *Schizophrenia and Affective Psychoses: Nosology in Contemporary Psychiatry: Proceedings of the International Congress on Schizophrenia and Affective Psychoses*. Geneva, Switzerland: John Libbey Eurotext Limited, 1992: 157–66.
 75. Guimón J. *Psychodynamic/object-relations group therapy with schizophrenic patients*. En: Kaslow FW, Magnavita JJ (Eds.). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. Nueva York: John Wiley & Sons, 2002: 481–501.
 76. Guimón J. *Groups in therapeutic communities*. En: Kaslow FW, Magnavita JJ (Eds.). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. Nueva York: John Wiley & Sons, 2002: 529–49.
 77. González Torres MA, Touza Piñeiro R. *Psicoterapia en la institución pública. La aportación del modelo psicodinámico a la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria de Vizcaya*. *Norte de Salud Mental* 2007;27:87–92.
 78. Ayerra JM, López Atienza JL. *El grupo multifamiliar: Un espacio sociomental*. *Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-Line* 2003;2(1).
 79. Guimón J. *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003.
 80. Eguiluz I. *Evolución actitudinal y clínica de pacientes esquizofrénicos a través de su participación en grupos de medicación*. Tesis. Lejona: Universidad del País Vasco, 1987.
 81. Eguiluz I, González Torres MA, Muñoz P, Guadilla M, Gonzalez G. *Evaluación de la eficacia de los grupos psicoeducativos en pacientes esquizofrénicos*. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998;26(1):29–34.
 82. Eguiluz I, González Torres MA, Muñoz P, Anguiano JB, Fernández Rivas A. *Grupos psicoeducativos en esquizofrenia*. *Anales de Psiquiatría* 1998;14:42–9.
 83. Eguiluz I, González Torres MA, Guimón J. *Psychoeducational groups in schizophrenic patients*. En: Guimón J, Fischer W, Sartorius N (Eds.). *The image of madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel: Karger, 1999.
 84. Guimón J, Bulbena A, Eguiluz I. *Group pharmacotherapy in schizophrenics: Attitudinal and clinical changes*. *Eur J Psychiatry* 1993;7(3):147–54.
 85. Muñoz P, González Torres MA, Anguiano JB, Ruiz Parra E, Sánchez P, Eguiluz I. *Un modelo de grupos psicoeducativos para la prevención de las recaídas en esquizofrenia*. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología* 2001;22(5):5–11.
 86. Ruiz Parra E, González Torres MA. *Grupos de duración limitada en el tratamiento de la esquizofrenia: Descripción del modelo*. *Avances en Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-Line* 2005;4(3):1–13.
 87. Martínez Azumendi O. *El concepto de matriz en el grupoanálisis. Clínica y Análisis Grupal* 1990;12(55):407–24.
 88. Pines M. *On mirroring in group psychotherapy*. *Group* 1983;7(2):3–17.
 89. MacKenzie KR. *Introduction to time-limited group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.
 90. MacKenzie KR, Harper-Giuffre H. *Introduction to group concepts*. En: Harper-Giuffre H, MacKenzie KR (Eds.). *Group psychotherapy for eating disorders*. Amer Psychiatric Pub Inc., 1992: 29–51.
 91. MacKenzie KR. *Time-Managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
 92. Kingdon DG, Turkington D. *The case study guide to cognitive behaviour therapy of psychosis*, 2002.
 93. Yalom VJ, Vinogradov S. *Terapia grupal interpersonal*. En: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.). *Terapia de grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996: 201–12.
 94. Alexander F, French TM. *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Nueva York: University of Nebraska Press, 1980.
 95. Beitman BD, Yue D. *Psicoterapia: Programa de formación*. Barcelona: Masson, 2004.
 96. Behr H, Hearst L. *Group-Analytic psychotherapy: A meeting of minds*. Londres: Whurr Publishers, 2005.