

# Osteoba

OSASUN  
TEKNOLOGIEN  
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS  
SANITARIAS



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

**INFORME DE EVALUACIÓN**

D-09-06

**SEGUIMIENTO GRUPAL DE PACIENTES  
PSICÓTICOS EN LA RED PÚBLICA DE  
SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD  
AUTÓNOMA VASCA**

Proyecto de Investigación Comisionada

Julio 2009



## INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-06

# SEGUIMIENTO GRUPAL DE PACIENTES PSICÓTICOS EN LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

**Proyecto de Investigación Comisionada**

Julio 2009

Ruiz Parra, Eduardo  
González Torres, Miguel Angel  
Trojaola Zampirain, Begoña  
De la Sierra Prada, Emilio  
Eguiluz Urruchurtu, José Ignacio

Guimón Ugartechea, José  
Ayerra Balduz, José María  
Martínez Azumendi, Oscar  
Galletero López, José Mariano  
Música Eizmendi, Miren Arantza

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2009

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:<<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>.

**Financiación:** Beca de Investigación Comisionada 2007. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2007/02.

**Este documento debe ser citado como:**

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

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión, externa o por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

---

Edición: 1.ª Diciembre 2009

Tirada: 80 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet: [www.osanet.euskadi.net/osteba/es](http://www.osanet.euskadi.net/osteba/es)

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: mccgraphics

Impresión: mccgraphics

ISBN: 978-84-457-3025-6

D.L.: BI-964-2010

## Investigador principal

**Eduardo Ruiz Parra.** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Santurtzi. (Bizkaia).

## Miembros del equipo de investigación

**Miguel Ángel González Torres.** Jefe de Servicio. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao, (Bizkaia).

**Begoña Trojaola Zapirain.** Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao, (Bizkaia).

**Emilio de la Sierra Prada. Psicólogo.** Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao, (Bizkaia).

**José Ignacio Eguiluz Urruchurtu.** Jefe de Servicio. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Cruces. Barakaldo, (Bizkaia).

**José Guimón Ugartechea.** Catedrático de Psiquiatría. Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco. Leioa, (Bizkaia).

**Jose María Ayerra Balduz.** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Uribe Kosta. Getxo, (Bizkaia).

**Oscar Martínez Azumendi.** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao, (Bizkaia).

**José Mariano Galletero López.** Profesor Titular de Psiquiatría. Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco. Leioa, (Bizkaia).

**Miren Arantza Múgica Eizmendi.** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Azpeitia. (Gipuzkoa).

## Becaria del proyecto

**María García Ruiz.**

## Revisores externos

**Alberto Fernandez Liria.** Servicio de Psiquiatría del Hospital de Alcalá de Henares, (Madrid).

**Mariano Hernández Monsalve.** Centro de Salud Mental de Tetuán, ( Madrid).

## Coordinación del proyecto en Osteba

**M<sup>a</sup> Asun Gutiérrez Iglesias.** Servicio de evaluación de tecnologías sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz, (Álava).

## **AGRADECIMIENTOS**

El equipo investigador agradece a las siguientes personas su colaboración en la elaboración de este documento. Lo expresado en el mismo refleja la visión del equipo investigador, y no necesariamente de las personas señaladas.

**Antonio Escobar Martínez.** CEIC de Basurto. Bilbao, (Bizkaia).

**Maite Rodríguez Fernández.** Hospital de Basurto. Bilbao, (Bizkaia).

**Jazinto Agirre Aldaiturriaga.** Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia. Bilbao, (Bizkaia).

# ÍNDICE

RESUMENES ESTRUCTURADOS .....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	17
1.1. Panorama general del tratamiento de la esquizofrenia .....	19
1.2. Problemas en la investigación en psicoterapia .....	19
1.3. Problemas en la investigación en psicoterapia de la esquizofrenia. El lugar de la psicoterapia de grupo.....	20
1.4. Evidencias sobre la eficacia de la psicoterapia en la esquizofrenia.....	21
1.5. ¿Por qué es necesaria la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia?.....	21
1.6. Evidencia sobre la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia.....	23
1.7. Manualización de las psicoterapias.....	24
1.8. Psicoterapia de grupo integradora.....	25
2. OBJETIVOS.....	27
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	31
3.1. Revisión sistemática de la literatura científica.....	33
3.2. Descripción de los principales modelos de psicoterapia de grupo en las esquizofrenias y trastornos afines.....	35
3.3. Elaboración del manual de psicoterapia de grupo para pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados.....	35
3.4. Elaboración de propuestas para la implantación de la intervención en las estructuras ambulatorias de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Vasca.....	35
3.5. Diseño de un ensayo controlado aleatorizado que evalúe la eficacia de la intervención manualizada.....	36
3.6. Puesta en marcha del ensayo clínico.....	36
4. RESULTADOS.....	37
4.1. Revisión sistemática de la literatura científica.....	39
4.2. Descripción de los principales modelos de psicoterapia de grupo en la esquizofrenia y trastornos afines.....	47
4.3. Manual de psicoterapia de grupo para pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados .....	53
4.4. Propuestas para la implantación de la intervención en las estructuras ambulatorias de salud mental de la CAV.....	53
4.5. Diseño del ensayo controlado aleatorizado que evalúe la eficacia de la intervención manualizada.....	54
4.6. Puesta en marcha del ensayo clínico.....	55
5. CONCLUSIONES .....	57
BIBLIOGRAFÍA .....	61
ANEXO I: MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO .....	75
ANEXO II: PROTOCOLO DE ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO (ECA).....	111





# RESÚMENES ESTRUCTURADOS

---



## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Título:** SEGUIMIENTO GRUPAL DE PACIENTES PSICÓTICOS EN LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

**Autores:** Ruiz E, González MA, Trojaola B, De la Sierra E, Eguiluz JI, Guimón J, Ayerra JM, Martínez O, Galletero JM, Múgica MA.

**Palabras Claves MESH:** group psychotherapy, schizophrenia, psychotic disorders, evidence-based medicine.

**Otras palabras Claves :** *systematic review, efficacy, integrative psychotherapy, manualized therapy.*

**Fecha.** Julio 2009

**Páginas.** 168

**Referencias:** 193

**Lenguaje:** Español, resúmenes en inglés y euskera

**ISBN:** 978-84-457-3025-6

### INTRODUCCIÓN

La necesidad de aportar un tratamiento psicoterapéutico adecuado a los pacientes con trastornos psicóticos en los entornos de salud pública, ha generado una creciente preocupación entre los profesionales sanitarios. Se ha advertido la necesidad de utilizar intervenciones eficaces y coste-eficientes. Probablemente, el desarrollo e implantación de intervenciones grupales o de duración limitada permitiría una mejor gestión de los recursos con una asistencia de calidad.

### OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son:

- Evaluar sistemáticamente la evidencia sobre la psicoterapia de grupo de los trastornos psicóticos.
- Describir los principales modelos de psicoterapia de grupo específicos existentes.
- Elaborar un manual de psicoterapia de grupo para pacientes con trastornos psicóticos según nuestro propio modelo.
- Proponer unas pautas para la implantación del modelo en las estructuras ambulatorias de Salud Mental del País Vasco.
- Diseñar y poner en marcha un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) que valore la eficacia de la intervención.

## MATERIAL Y METODOS

- Búsqueda y selección sistemática de la evidencia.
- Análisis de las publicaciones sobre los modelos.
- Diseño de la estructura y el contenido del manual.
- Evaluación de los recursos disponibles para la implantación de la intervención.
- Evaluación de los recursos disponibles y diseño del protocolo del Ensayo Controlado Aleatorizado. Presentación y defensa en el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.
- Coordinación de la ejecución del ensayo.

Análisis económico:

SI

NO

Opinión de Expertos:

SI

NO

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las evidencias halladas en la literatura han demostrado que:

- El Entrenamiento en Habilidades Sociales posee un gran efecto sobre la adquisición de conocimientos sobre las habilidades sociales y de la vida diaria; un efecto moderado sobre el desempeño de las mismas, el funcionamiento social y la sintomatología negativa; y un pequeño efecto sobre las recaídas y los otros síntomas.
- La Terapia Psicológica Integrada posee un efecto moderado sobre el efecto terapéutico global, la neurocognición, la sintomatología y el funcionamiento.
- La evidencia es insuficiente en otro tipo de intervenciones grupales específicas.
- Los autores describen los principales modelos grupales específicos. Se advierte un predominio de modelos basados en las teorías del aprendizaje y cognitivas.
- Se presenta un manual de Psicoterapia de Grupo Integradora aplicable en distintos formatos temporales, en distintos entornos asistenciales, en pacientes en distintas fases de la enfermedad y por distintos tipos de profesionales de la salud mental.
- Los autores proponen un sistema de implantación del modelo en tres fases: difusión, formación y supervisión. Se describe dicho sistema y los recursos a utilizar.
- Se inicia un ECA dirigido a evaluar la eficacia de la intervención.

## CONCLUSIONES

Los autores entienden que el modelo propuesto podría permitir aportar una asistencia de calidad en un entorno de salud pública a los pacientes con trastornos psicóticos. Las intervenciones que la evidencia ha demostrado eficaces requieren, con frecuencia, de recursos y un grado de formación que en la práctica dificultan su implantación. A falta de evidencia, se realizan esfuerzos por valorar la eficacia de la intervención propuesta con un ensayo con metodología adecuada.

## LABURPEN EGITURATUA

**Izenburua:** PAZIENTE PSIKOTIKOEN TALDEKAKO SEGIMENDUA EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO OSASUN MENTALEKO SARE PUBLIKOAN

**Egileak:** Ruiz E, González MA, Trojaola B, De la Sierra E, Eguiluz JI, Guimón J, Ayerra JM, Martínez O, Galletero JM, Múgica MA.

**Hitz klabeak MESH:** group psychotherapy, schizophrenia, psychotic disorders, evidence-based medicine.

**Beste hitz klabe batzuk :** systematic review, efficacy, integrative psychotherapy, manualized therapy.

**Data:** 2009ko uztaila

**Orrialde kop.** 168

**Erreferentziak:** 193

**Hizkuntza:** Gaztelera, laburpenak ingelesez eta euskaraz

**ISBN:** 978-84-457-3025-6

### SARRERA

Osasun publikoko eremuetan asaldu psikotikoak dituzten pazienteei tratamendu psikoterapeutiko egokia emateko premiak kezka gero era handiagoa sortu du profesional sanitarioen artean. Tratamendu eraginkorrak eta ez garestiegiak erabiltzeko premia sumatu da. Segur aski, taldekako eskua hartzeak edota iraupen mugatukoak garatuko eta ezarriko balira baliabideen gestioa hobetzea lortuko litzateke, asistentzia kalitatearen kaltetan izan gabe.

### HELBURUAK

Azterketa honen helburuak honako hauek dira:

- Sistematikoki ebaluatzea asaldu psikotikoen taldekako psikoterapiari buruzko ebidentzia.
- Dauden talde psikoterapiako eredu nagusiak deskribatzea.
- Talde psikoterapiako geure ereduaren araberako eskuliburu bat elaboratzea asaldu psikotikoak dituzten pazienteentzat.
- Pauta batzuk proposatzea Euskadiko Osasun Mentaleko egitura anbulatorioetan eredu ezartzeko.
- Esku hartzearen eraginkortasuna baloratuko duen Entseiu Kliniko Aleatorizatu bat (EKA) diseinatzea eta martxan jartzea.

## MATERIALA ETA METODOAK

- Ebidentziaren bilaketa eta hautaketa sistematizatua.
- Ereduei buruzko argitalpenen analisia.
- Egituraren eta eskuliburuaren edukiaren diseinua.
- Esku hartzearen ezarpenerako erabilgarri dauden baliabideen ebaluazioa.
- Erabilgarri dauden baliabideen ebaluazioa eta kontrolpeko entseiu aleatorizaturako protokoloaren diseinua. Aurkezpena eta defentsa Ikerketa Klinikoko Batzorde Etikoaren aurrean.
- Entseiu burutzeko koordinazioa.

**Analisi ekonomikoa :** BAI  EZ **Adituen irizpidea:**  BAI  EZ

## EMAITZAK ETA EZTABAIDA

Literaturan aurkituriko ebidentziek erakusten dutenez:

- Trebezia Sozialetan Entrenatzea oso lagungarria da trebezia sozialei eta eguneroko bizitzari buruzko ezagutzak eskuratzeko; eragin moderatua du trebezia horiek praktikatzeari, funtzionamendu sozialari eta sintomatologia negatiboari dagokienez; eta eragin txikia du gaixoberritzei eta beste sintoma batzuei dagokienez.
- Terapia Psikologiko Integratuak eragin moderatua dauka efektu terapeutiko globalean, neurokognizioan, sintomatologian eta funtzionamenduan.
- Ebidentzia murriztegia da beste taldekako esku hartze espezifiko batzuetan.
- Autoreek talde eredu espezifiko nagusiak deskribatzen dituzte. Ikaskuntzako teorietan eta teoria kognitiboetan oinarrituriko eredu nagusitasuna sumatzen da.
- Talde Psikoterapia Integratzailearen eskuliburu bat aurkezten da aplikagarria dena hainbat formatu tenporal desberdinetan, asistentzia eremu desberdinetan, gaixotasunaren fase desberdinetan dauden pazienteetan eta osasun mentaleko mota desberdinetako profesionalek erabil dezaketena.
- Egileek eredu hiru fasetan ezartzeko sistema bat proposatzen dute: hedapena, prestakuntza eta ikuskapena. Sistema hori eta erabiltzeko baliabideak deskribatzen dira.
- EKA bat jartzen da martxan esku hartzearen eraginkortasuna ebaluatzeko helburuz.

## KONKLUSIOAK

Autoreen iritziz, proposatzen den ereduak osasun publikoaren eremuan asaldu psikotikoak dituzten pazienteei kalitateko asistentzia bat ematea ahalbidetuko luke. Ebidentziak eraginkor direla erakutsi duen esku hartzeek, askotan berauen ezarpena praktikara eramatea zail egiten duten baliabideak eta prestakuntza maila bat exijitzen dituzte. Ebidentziarik ezean, proposaturiko esku hartzearen eraginkortasuna baloratzeko ahaleginak egiten dira metodologia egokiko entseiuen bidez.

## STRUCTURED SUMMARY

**Title :** GROUP MONITORING OF PSYCHOTIC PATIENTS IN THE PUBLIC HEALTH NETWORK OF THE BASQUE AUTONOMOUS COMMUNITY

**Authors:** Ruiz E, González MA, Trojaola B, De la Sierra E, Eguiluz JI, Guimón J, Ayerra JM, Martínez O, Galletero JM, Múgica MA.

**MESH keywords:** group psychotherapy, schizophrenia, psychotic disorders, evidencebased medicine.

**Other keywords:** systematic review, efficacy, integrative psychotherapy, manualized therapy.

**Date.** July 2009

**Pages.** 168

**References:** 193

**Language:** Spanish, abstracts in English and Basque

**ISBN:** 978-84-457-3025-6

### INTRODUCTION

The need to provide patients with psychotic disorders with adequate psychotherapeutic treatment within the environment of the public health system is a cause of growing concern among health professionals. Attention has been drawn to the need to use effective and cost efficient interventions. The development and implementation of group interventions or of limited duration would probably lead to a better management of resources and ensure the quality of care.

### AIMS

The aims of this study were as follows:

- Systematically assess evidence concerning the group psychotherapy of psychotic disorders.
- Describe the main psychotherapy models of specific groups in existence at this time.
- Draw up a group psychotherapy manual for patients with psychotic disorders according to our own model.
- Propose procedures for the implementation of the model in Mental Health ambulatory care in the Basque Country.
- Design and put into practice a randomised clinical test (RCT) to assess the efficiency of the intervention.

## MATERIAL AND METHODS

Search and systematic selection of the evidence.

- Analysis of publications that deal with models.
- Design of the structure and content of the manual.
- Evaluation of the resources available for the implementation of the intervention.
- Evaluation of available resources and the design of the randomised controlled test. Presentation and defence of the manual before the corresponding Clinical Research Ethical Committee.
- Coordination of the performance of the test.

**Economic analysis:**

YES

NO

**Expert opinion:**

YES

NO

## RESULTS AND DISCUSSION

The evidence found in the literature has shown that:

- Training in Social Skills has a great effect on the acquisition of knowledge concerning social skills and daily life; a moderate effect on their performance, social functioning and negative symptomatology; and a small effect on relapses and other symptoms.
- Integrated Psychological Therapy has a more direct effect on the overall therapeutic effect, neurocognition, symptomatology and functioning.
- The evidence is insufficient in other kinds of specific group interventions.
- The authors describe the main specific group models. Attention is drawn to a predominance of models based on learning and cognitive theories.
- An Integrating Group Psychotherapy manual is presented, applicable in different time formats, in different care environments, in patients at different stages of the disease and for different types of mental health care professionals.
- The authors propose a three-stage implementation system of the model: dissemination, training and supervision. A description is given of this system and the resources to be used.
- An RCT is initiated with the intention of assessing the efficiency of the intervention.

## CONCLUSIONS

The authors understand that the proposed model may allow patients with psychotic disorders to be provided with quality care in a public health environment. The interventions that the evidence has demonstrated to be efficient frequently require resources and a level of training that in practice make their implementation difficult. In an absence of evidence, efforts are made to assess the efficiency of the proposed intervention with a test based on an adequate methodology.



# 1. INTRODUCCIÓN

---



## 1.1. PANORAMA GENERAL DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en torno al 1%, con un pronóstico negativo. Alrededor de un 75% de los pacientes sufren recaídas y mantienen una discapacidad continuada (Kaplan, Sadock & Sadock, 2004).

La medicación antipsicótica es un instrumento terapéutico prácticamente indispensable, aunque con visibles limitaciones. La eficacia de los antipsicóticos es evidente en lo que se refiere a la sintomatología positiva. Respecto a los síntomas negativos, la eficacia es reducida o nula en el caso de los antipsicóticos clásicos, y moderada en el de los atípicos (Bousoño et al., 2005). Asimismo, los estudios de efectividad han comenzado a confirmar un panorama complejo y pesimista (Lieberman et al., 2005). Es probable que el pronóstico funcional de la enfermedad dependa, sobre todo, de la presencia de síntomas de los síndromes negativo, cognoscitivo o afectivo (Bousoño et al., 2005). Por estos motivos se entiende que el uso de medicación podría producir una influencia positiva sobre el pronóstico a corto plazo, pero con dificultades a medio y largo plazo. Por otro lado, los problemas para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico son más la norma que la excepción (Nadeem, McIntosh & Lawrie, 2007). Es probable que los pacientes que puedan funcionar exitosamente con un abordaje terapéutico que sólo incluya tratamiento psicofarmacológico y hospitalizaciones breves constituyan una minoría (Gabbard, 2005).

La introducción del uso de antipsicóticos, y los recientes descubrimientos en neurociencias han supuesto grandes avances en la comprensión, el tratamiento y el pronóstico de la esquizofrenia. Además, en los últimos años se han realizado ingentes esfuerzos por sistematizar la evidencia y elaborar guías clínicas de calidad (American Psychiatric Association (APA), 2005; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salut Mental, 2009; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2002; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2006; San Emeterio

et al., 2003), permanentemente actualizadas, de tal forma que, sobre todo en lo referente al tratamiento farmacológico, los clínicos disponen de amplias herramientas correctamente evaluadas, que orientan sus decisiones terapéuticas.

No obstante, el monismo y reduccionismo resultantes han desatendido los contextos psicosociales del trastorno esquizofrénico. La recuperación de los mismos, así como el estudio de la interacción entre los factores biológicos de la esquizofrenia y los ambientales y psicológicos, junto con el imparable desarrollo de las neurociencias, serán, probablemente, un nuevo punto de partida desde donde conceptualizar la enfermedad, orientar el tratamiento y mejorar el pronóstico (Martindale, Bateman, Crowe & Margison, 2000). La psicoterapia se habrá de beneficiar de modificaciones conceptuales y técnicas para adaptarse a los descubrimientos sobre la neuropsicología de la esquizofrenia. Urge, asimismo, la necesidad de hacer un esfuerzo investigador y evaluador de las distintas formas de psicoterapia y su eficacia e indicaciones en la esquizofrenia y otros trastornos afines.

## 1.2. PROBLEMAS EN LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

A la hora de seleccionar e individualizar el tratamiento más adecuado para cada paciente, se ha cobrado conciencia de la necesidad de que las decisiones clínicas se basen siempre dentro de lo posible, en las evidencias científicas disponibles. En este sentido, el uso de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) ha devenido en una exigencia inexcusable a la hora de tomar decisiones en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y otras áreas de la psiquiatría y la medicina en general.

Sin embargo, la metodología de los ECA aplicada a la psicoterapia presenta enormes dificultades debido a la naturaleza del tratamiento. Citando a González Torres et al:

... si consideramos que el ECA se asienta sobre tres pilares: uso del placebo o grupo control, asignación al azar y doble ciego, podemos señalar que, en el caso de los ensayos aplicados a las psicoterapias, dos de estos tres pilares

presentan dificultades,... El doble ciego es, en psicoterapia, sencillamente imposible... El uso del placebo presenta sí mismo grandes dificultades, pues no está claro qué intervención neutra, comparable en varios aspectos a la psicoterapia, pudiera ser adecuada. Tampoco el grupo control se establece con facilidad... se ha optado por sortear estas dificultades con ingenio, convirtiendo en ciego al evaluador o a quien analiza los datos y tomando como grupo control lo que se denomina "treatment as usual", "usual care" o tratamiento estándar. (González Torres et al., 2007)

A todos estos puntos se suma la gran dificultad para realizar estudios en psicoterapia con tamaños muestrales comparables con la investigación psicofarmacológica como se evidencia, por lo general, al revisar los ECA sobre psicoterapia. Uno de los principales motivos implicados es la dificultad para la financiación de este tipo de investigación en comparación con la psicofarmacológica (frecuentemente financiada por los propios laboratorios con un interés orientado a beneficios económicos). Ante dicha coyuntura los investigadores en esta área, tienden a publicar estudios con tamaños muestrales insuficientes, o a buscar variables de resultados muy "sensibles a la intervención" o de fácil registro, pero que se alejan marcadamente de las "variables pesadas" que suelen interesar más al clínico que va a indicar un tratamiento, o de las variables de resultados de primer orden (aquellas que delimitan una influencia clara sobre la vida del paciente, pero cuya recogida suele ser costosa y prolongada en el tiempo). Una alternativa que con frecuencia se utiliza es la de realizar un ensayo inicial con una pequeña muestra que sirva de experiencia piloto y dé una primera orientación, en muchas ocasiones con más significación clínica que estadística, para, de forma posterior, realizar un ensayo con una muestra más amplia.

### 1.3. PROBLEMAS EN LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA DE LA ESQUIZOFRENIA. EL LUGAR DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Como previamente se ha señalado, las autoridades sanitarias y las sociedades científicas han

percibido en muchos lugares la necesidad de mejorar la respuesta a estos pacientes, desarrollándose guías de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia, como la de la American Psychiatric Association (APA) (American Psychiatric Association (APA), 2005) o la del National Institute of Clinical Excellence británico (NICE) (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2002; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2006), de difusión internacional; y las de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (San Emeterio et al., 2003) y la del Ministerio de Sanidad y Consumo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, 2009), elaboradas en nuestro entorno más cercano. Un mero análisis de las mismas revela algunas cuestiones complejas sobre la investigación en psicoterapia de la esquizofrenia y trastornos afines:

- Los problemas asociados a la realización de ECA en psicoterapia dan como resultado la relativamente escasa presencia de estudios "de calidad" sobre las distintas intervenciones psicoterapéuticas, sobre los que se establecerán las recomendaciones.
- La investigación se ha centrado de forma casi exclusiva, en la esquizofrenia, asumiéndose en la práctica clínica, que el tratamiento de los trastornos afines se ha de realizar por aproximación al modelo de la esquizofrenia. Esto es así pese al gran esfuerzo por operativizar criterios fiables sobre los distintos diagnósticos que componen el espectro de la esquizofrenia (DSM-IV-TR, CIE-10) (American Psychiatric Association (APA), 2002; OMS, 1992). Una excepción parcial se podría aplicar al tratamiento psicofarmacológico.
- Si bien las intervenciones que implican al diagnóstico y al tratamiento farmacológico están bien definidas y se hacen, por lo tanto, estrictamente confiables (aunque basadas sobre todo en estudios de eficacia y no de efectividad) a falta de evidencia contraria, las intervenciones psicoterapéuticas no lo están tanto. En este sentido, se agradece el esfuerzo del NICE (National Institute for Clinical Exce-

lence (NICE), 2006) por definir cada una de las intervenciones psicoterapéuticas que estudia. Sin embargo, sólo puede establecer definiciones bajo mínimos, que difícilmente reflejan las diferencias teóricas y técnicas dentro de cada una de las intervenciones que se pueden encontrar en la práctica cotidiana. Por otro lado, no deja de ser llamativo que en la guía promovida por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido ni siquiera se contemple como un tratamiento específico diferenciado el tratamiento grupal.

- La mayoría de las revisiones sistemáticas sobre intervenciones psicoterapéuticas de distintos tipos o están basadas en tratamientos de tipo individual o, si incluyen ECA que comparan un tratamiento grupal específico, lo combinan con ECA que comparan un tratamiento individual de una orientación similar a la hora de establecer conclusiones sobre la evidencia de eficacia.

#### 1.4. EVIDENCIAS SOBRE LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA EN LA ESQUIZOFRENIA

En relación a la evidencia disponible sobre psicoterapia de la esquizofrenia en general cabe señalar lo siguiente: las intervenciones familiares en varias sesiones (Pilling et al., 2002b) y las intervenciones psicoeducativas (Pekkala & Merinder, 2005) han demostrado ser beneficiosas en la prevención de recaídas. Es posible que la terapia de conducta (Nadeem et al., 2007), la terapia orientada al cumplimiento de la medicación (Nadeem et al., 2007) y las intervenciones psicoeducativas (Nadeem et al., 2007; Pekkala & Merinder, 2005) sean beneficiosas para mantener la adherencia a los fármacos antipsicóticos. Por otro lado, las intervenciones familiares en múltiples sesiones tienen una eficacia desconocida sobre la adherencia a antipsicóticos (Pilling et al., 2002b). La guía basada en la evidencia del NICE (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2002; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2006) propone como recomendación basada en un alto grado de evidencia que “las intervenciones familiares deberían estar disponibles para las familias de personas con es-

quizofrenia que viven o están en estrecho contacto con el usuario del servicio”.

Múltiples metaanálisis han evidenciado una eficacia entre grande y moderada de la terapia cognitivo conductual de los síntomas psicóticos sobre la reducción de la gravedad de los síntomas positivos (Wykes, Steel, Everitt & Tarrier, 2008). La guía NICE (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2002; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2006) añade como recomendación basada en un alto grado de evidencia a su favor que “la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) debería ser una opción de tratamiento para las personas con esquizofrenia. En particular, la TCC debería ser ofertada a personas con esquizofrenia que están experimentando síntomas psicóticos persistentes”.

La psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis muestran evidencia insuficiente para recomendar su uso rutinario en el tratamiento de la esquizofrenia (Malmberg & Fenton, 2001), si bien “los principios psicoanalíticos y psicodinámicos podrían considerarse de ayuda a los profesionales de la salud para comprender la experiencia de los pacientes con esquizofrenia y sus relaciones interpersonales” (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2002; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2006).

La evidencia sobre entrenamiento en habilidades sociales y Terapia Psicológica Integrada (IPT) será examinada más adelante, al analizar la evidencia sobre intervenciones grupales.

#### 1.5. ¿POR QUÉ ES NECESARIA LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA ESQUIZOFRENIA?

Los servicios públicos de salud se encuentran frecuentemente con una cuestión espinosa: la necesidad de aportar una asistencia psicoterapéutica adecuada y de calidad a un número creciente de usuarios contando con un proporcionalmente reducido número de profesionales. Aspectos como la complejidad de la intervención psicoterapéutica (que requerirá un mayor nivel de formación de los profesionales), la duración de la intervención y sus costes directos e indirectos influyen en la posibilidad de dar una solución satisfactoria al dilema señalado.

Un ejemplo paradigmático lo encontramos en lo sucedido con la terapia cognitiva de los síntomas psicóticos. Dicho tipo de psicoterapia fue desarrollada fundamentalmente en el seno del Sistema Nacional de Salud Británico como un intento de aportar una psicoterapia de calidad a los pacientes con síntomas psicóticos. Ha supuesto una revolución en el abordaje de la psicosis y esta siendo una valiosa fuente de influencia en otros enfoques psicoterapéuticos. Se ha demostrado una intervención eficaz. Sin embargo, el alto grado de especialización necesaria para llevarla a cabo y la prolongada duración de la misma (a pesar de ser una intervención limitada en el tiempo) ha desembocado en que sea una intervención poco generalizada en la práctica.

Dada la situación descrita no es de extrañar que se halla generado un gran interés en el desarrollo de modelos psicoterapéuticos eficaces de corta duración o grupales (Lawrence, Bradshaw & Mairs, 2006).

Así pues, una intervención grupal en el tratamiento de la esquizofrenia podría ser coste eficiente, permitiendo un adecuado manejo de los recursos asistenciales.

Por otro lado, clásicamente se han señalado algunas ventajas de la elección de un medio grupal frente a un enfoque individual en el tratamiento de estos pacientes, como que disminuye el aislamiento social de los pacientes y permite trabajar en vivo las dificultades de interacción interpersonal. Por otro lado, se facilita la evaluación de los síntomas de forma más integrada, al evidenciarse la repercusión de los mismos sobre el funcionamiento en la interacción grupal que probablemente, refleja de forma más fidedigna el funcionamiento social que en la situación individual.

Sin embargo, seguramente la mayor ventaja que ofrece la psicoterapia grupal en este grupo de pacientes tiene que ver con la resolución parcial durante el proceso de la terapia de un problema que supone un verdadero quebradero de cabeza en la psicoterapia de la esquizofrenia: la relación terapéutica.

Desde los primeros intentos de abordar psicoterapéuticamente a los pacientes con esquizo-

frenia, se observó la gran dificultad para establecer una relación terapéutica que permitiera aplicar las estrategias y técnicas terapéuticas. Hoy en día se sabe que la relación terapéutica no es sólo un prerrequisito para el verdadero tratamiento, sino que, además, puede ser terapéutica en sí misma.

Desde la psicoterapia individual (Valiente, 2002) se han desarrollado conceptualizaciones, estrategias y técnicas complejas para establecer una adecuada alianza de trabajo con el paciente esquizofrénico. Se ha señalado la necesidad de centrar los esfuerzos del terapeuta en el manejo de dichas dificultades de relación durante las primeras sesiones en detrimento de una mayor profundización en la evaluación o la intervención en sí misma.

En este sentido es útil considerar la diferenciación que realizan Beitman y Yue (Beitman & Yue, 2004a) de tres componentes de la relación terapeuta-paciente en la situación de terapia individual: alianza de trabajo, relación transferencial y relación real. Los tres componentes sufren de distorsiones en la relación terapéutica con el paciente esquizofrénico.

En el caso del grupo de terapia la relación terapéutica se ve sustituida por un nuevo concepto, la cohesión grupal. Citando a Yalom (Yalom & Leszcz, 2005):

El análogo en la terapia de grupo de la relación terapeuta-paciente en la relación individual debe ser un concepto más amplio: debe incluir la relación del paciente no sólo con el terapeuta grupal, sino además con los otros miembros del grupo y el grupo como un todo... Me refiero a todos esos factores bajo el término cohesión grupal.

Se ha definido la cohesión grupal como un prerrequisito para el efecto de otros factores terapéuticos y como un factor terapéutico en sí mismo (Yalom & Leszcz, 2005), tal y como hemos señalado que sucedía con la relación terapéutica.

Y, esto es lo más ventajoso, la cohesión grupal se establecerá de forma natural en el grupo terapéutico si el encuadre es el adecuado y con una exigencia menor de habilidad por parte del terapeuta.

La cohesión grupal 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. Incluso para los más escépticos es difícil no advertir el tipo de relaciones primitivas que se establecen entre un individuo y el grupo como un todo y lo poco accesibles que son éstas, en muchas ocasiones a un registro verbal.

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.

Probablemente el motivo por el cual la cohesión grupal se establece de forma más natural y sencilla tiene que ver con la necesidad de pertenencia de los individuos que componen el grupo. Citando a Dalal (traducción por los autores de: Dalal, 1998):

... el elemento terapéutico en un grupo reposa en un ímpetus 'natural' entre todos los seres humanos, la profunda necesidad de pertenecer, y para poder hacer esto tienen que encontrar una manera de trabajar juntos...

No obstante, 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, en un número no despreciable de casos, a favorecer que las dificultades de relación tiendan a presentarse de forma generalizada, aunque variable. 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.

En resumen, el natural desarrollo de la cohesión grupal en los individuos situados en un grupo de terapia resuelve una parte de los problemas generados, en este grupo de pacientes, en la relación terapeuta-paciente en la terapia individual.

## 1.6. EVIDENCIA SOBRE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA ESQUIZOFRENIA

Si bien uno de los objetivos del presente proyecto consiste en analizar en profundidad la evidencia disponible sobre psicoterapia de grupo en la esquizofrenia, esbozaremos en esta introducción algunos aspectos relevantes sobre la misma.

A la hora de analizar la evidencia disponible en psicoterapia de grupo en la esquizofrenia o trastornos asociados nos encontramos con aspectos a tener en cuenta:

- La amplia variedad de enfoques disponibles: casi cada escuela de psicoterapia se ha asociado al uso de sus técnicas propias en una situación grupal. En ese sentido hay grupos psicoeducativos, de terapia cognitivo conductual, de entrenamiento en habilidades sociales, multifamiliares, de intervención neuropsicológica, de terapia interpersonal, psicodinámicos, de apoyo, gestálticos, integradores... Algunas de estas intervenciones han sido evaluadas en revisiones sistemáticas sin establecerse adecuadamente las diferencias con las intervenciones individuales, es el caso, por ejemplo, de los grupos psicoeducativos (Pekala & Merinder, 2005).
- A grandes rasgos habría que diferenciar el tipo de grupos en dos grandes conjuntos: aquellos que aplican una técnica individual en un formato grupal por una cuestión de eficiencia de tiempo y costes pero, sin tener en cuenta que puede haber factores específicos grupales terapéuticos que se pueden

utilizar como elemento añadido al tratamiento; y aquellos grupos que utilizan los factores específicos, potencialmente terapéuticos, que aporta el grupo con respecto al tratamiento individual.

A fecha actual, dos revisiones sistemáticas (Lawrence et al., 2006; Lockwood, Page & Conroy-Hiller, 2004) (ambas incluyen ECA y no ECA) y cuatro metaanálisis de adecuada calidad (Kurtz & Mueser, 2008; Pfammatter, Junghan & Brenner, 2006; Pilling et al., 2002a; Roder, Mueller, Mueser & Brenner, 2006) abordan la efectividad del tratamiento grupal en la esquizofrenia.

La revisión de Lawrence et al (Lawrence et al., 2006) se centra en la Terapia Grupal Cognitivo Conductual para la esquizofrenia (TGCC), y la de Lockwood et al (Lockwood et al., 2004) incluye cualquier tipo de orientación grupal. Los metaanálisis de Pilling et al (Pilling et al., 2002a), Pfammatter et al (Pfammatter et al., 2006) y Kurtz et al (Kurtz & Mueser, 2008) se orientan a evaluar la eficacia de un tipo de intervención intrínsecamente grupal: los programas de habilidades sociales para la esquizofrenia. El metaanálisis de Roder et al evalúa la eficacia de la Terapia Psicológica Integrada (IPT) (Roder et al., 2006), un programa psicoterapéutico grupal de estructura modular específico para la esquizofrenia.

La revisión sobre TGCC (Lawrence et al., 2006) concluye la ausencia de evidencia clara para el uso de dicha intervención en la esquizofrenia.

Una evaluación crítica de la revisión sistemática sobre psicoterapia de grupo general (Lockwood et al., 2004) muestra la ausencia de evidencia clara sobre el uso de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia.

Los tres metaanálisis sobre entrenamiento en habilidades que sólo incluyen ECA (Kurtz & Mueser, 2008; Pfammatter et al., 2006; Pilling et al., 2002a) presentan resultados contradictorios respecto a la adquisición de habilidades sociales y asertividad, la disminución de psicopatología y las tasas de hospitalización.

El metaanálisis sobre Terapia Psicológica Integrada concluye un moderado tamaño del efecto de dicha intervención sobre la sintomatología positiva y negativa, el funcionamiento social y la neurocognición (Roder et al., 2006).

Es de señalar que ninguna de las revisiones ni de los metaanálisis establece una diferencia clara entre intervenciones que utilizan los factores específicamente grupales y aquellas que reproducen la intervención individual, pero en un escenario grupal.

En definitiva, podemos concluir una ausencia de evidencia clara sobre la eficacia de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia, con la excepción de una intervención específica: la Terapia Psicológica Integrada.

Queda en evidencia, por consiguiente, la necesidad de realizar ensayos con calidad metodológica que aborden la eficacia de la terapia de grupo en la esquizofrenia.

## 1.7. MANUALIZACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

La manualización de una intervención psicoterapéutica ha tenido de forma habitual cuatro propósitos: facilitar la investigación sobre la misma, permitir su replicabilidad, formar a nuevos terapeutas y difundir el modelo.

En este sentido dicho proceso ha recibido críticas y alabanzas. Se ha especulado sobre cómo la manualización de una intervención no recoge la práctica real del modelo y la simplifica, aún comprendiéndose las implicaciones prácticas de dicha elección. Por otro lado, la manualización mantiene unas ventajas notables dado que facilita la investigación y, por lo tanto, la verificación de la eficacia del modelo; sirve de modelo de aprendizaje; y no excluye el *ars* terapéutica o la inclusión longitudinal de nuevos aprendizajes.

En los últimos años en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia y de otros trastornos han surgido un buen número de manuales que tratan de difundir los diferentes modelos surgidos (Anderson, Reiss & Hogarty, 2001; Bellack, 2004; Birchwood & Tarrier, 1995; Cañamares et al., 2001; Chadwick, 2006; Chadwick, Birchwood & Trower, 1996; Fowler, Garety & Kuipers, 1995; Hogarty, 2002; Kanas, 1996; Kingdon & Turkington, 2008; Kuipers, Leff & Lam, 2004; Leff, 2005; Liberman, 1993; McFarlane, 2004; Merlo, Perris & Brenner, 2002; Roder, Brenner, Hodel & Kienzie, 1996; Schermer & Pines, 1999; Valiente, 2002;



Wright, 2009; Wykes & Reeder, 2005). La publicación de los mismos ha permitido la evaluación de dichos modelos e incluso la redefinición de alguno de ellos.

Dicha manualización, lejos de empobrecer el quehacer psicoterapéutico, lo ha enriquecido y ampliado con nuevas ideas y formas de conceptualizar y abordar al paciente. Además, todas las intervenciones señaladas se han difundido ampliamente, aunque de forma desigual, en los diversos entornos clínicos.

En definitiva, nuestra opinión personal es que la manualización de una intervención psicoterapéutica es una condición *sine quanon* para su investigación y diseminación, con más ventajas que inconvenientes asociados.

### 1.8. PSICOTERAPIA DE GRUPO INTEGRADORA

El Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, junto al Centro de Salud Mental de Uribe Kosta, el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces, la Clínica AMSA de Bilbao, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco y la Fundación OMIE conforman un conjunto de instituciones en constante y fructífera interrelación que ha sido, en los últimos 30 años, un referente nacional en el desarrollo de herramientas de intervención grupal 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 integrador (Guimón, 2003).

El modelo de psicoterapia desarrollado para el tratamiento de la esquizofrenia y trastornos relacionados que presentamos en este trabajo incluye e integra ingredientes tanto teóricos como técnicos de diversas escuelas de la psicología. Fundamentalmente recibe influencias de las corrientes cognitivas, conductuales, interpersonales, grupoanalíticas e integradoras de psicoterapia. El enfoque integrador engloba

aquellas intervenciones que se han considerado más eficaces para el tratamiento grupal de la esquizofrenia. El modelo ha ido evolucionando intentando incluir aquellas aportaciones que se apreciaban útiles y de aplicación factible aparecidas en la literatura en los últimos años. En nuestra experiencia, admite bien la incorporación modificada de nuevos conceptos y tipos de intervenciones técnicas. Mantiene un formato semiestructurado. Por otro lado, tiene en cuenta los factores terapéuticos específicos grupales.

El modelo está fundamentalmente orientado a su fácil aplicabilidad y difusión en entornos públicos de salud mental dadas las características de su diseño: se ha diseñado para ser aplicable en distintos formatos (grupo limitado temporalmente o grupo abierto de larga duración), en distintos encuadres (hospitales de día o entornos ambulatorio), a pacientes con distintos niveles de gravedad y evolutivos del trastorno, y con distintos niveles de complejidad y por diferentes tipos de profesionales (con diferentes grados de capacitación psicoterapéutica).

Los profesionales que hemos estado trabajando en esta área siempre hemos visto necesario el manualizar el modelo con un doble sentido: facilitar la investigación sobre el mismo y favorecer el uso del modelo de una forma fácil y asequible para los profesionales que deseen utilizarlo.

La amplia experiencia clínica de estos 30 años nos orienta a pensar que los pacientes que han sido tratados según el modelo general de PGI 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 esto sólo es una impresión clínica y, por consiguiente, se hace necesario realizar ensayos controlados que evalúen su eficacia.



## 2. OBJETIVOS

---



Los objetivos del presente estudio son:

1. Revisar sistemáticamente la literatura sobre psicoterapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos relacionados.
2. Describir los principales modelos de psicoterapia de grupo en la esquizofrenia y trastornos afines.
3. Elaborar un manual de psicoterapia de grupo para pacientes con esquizofrenia y trastornos afines según nuestro propio modelo.
4. Proponer unas pautas para la implantación del modelo en las estructuras ambulatorias de Salud Mental del País Vasco, con el fin de mejorar la asistencia psicológica de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastornos afines de La Comunidad Autónoma Vasca.
5. Diseñar un ensayo clínico (ECA) que compare la intervención manualizada con el “tratamiento habitual” y valore la eficacia de la intervención.
6. Poner en marcha dicho ensayo clínico, tras la aprobación del mismo por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del centro donde se llevará a cabo (Hospital de Basurto).



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

---





### 3.1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

#### 3.1.1. Estrategia de búsqueda

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de evaluar la eficacia de la psicoterapia de grupo y de sus diferentes modelos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos relacionados.

Para ello se utilizó la herramienta *on line* Ovid SP para buscar en múltiples bases de datos bibliográficas: MEDLINE, EMBASE, CINAHL y PsycINFO. Asimismo, se realizó una búsqueda en el Cochrane Central Register of Controlled Trials (CRCT) y se rastrearon las revisiones sistemáticas y metaanálisis de Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) y su versión en castellano (Cochrane Library Plus). Se intentaron aprovechar algunas de las particularidades de las bases de datos para favorecer en lo posible la mayor inclusión posible de artículos relacionados con la pregunta de investigación (¿es efectiva la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos relacionados?). En este sentido se decidió estas bases de datos porque MEDLINE está sesgada hacia la recogida de artículos en inglés, publicados predominantemente en Norteamérica y médicos; EMBASE recoge en mayor número referencias de artículos en otros idiomas y con una publicación geográficamente más amplia; PsycINFO recopila referencias sobre psicoterapia de forma más exhaustiva; y, por último, decidimos incluir la base CINAHL porque nos constaba que algunos ensayos sobre psicoterapia de grupo eran realizados y publicados por profesionales de la enfermería. También tuvimos en cuenta algunas peculiaridades de las bases de datos en el diseño de la estrategia de búsqueda; por ejemplo, dado que EMBASE ha tenido, desde su origen, un sistema de clasificación de los términos clave en forma de árbol (*Tree*), añadimos el término incluido en el árbol al utilizar esta base de datos, en vez de incluir los términos *Subject Heading* (sH), que se utilizan habitualmente en las otras bases de datos.

La estrategia de búsqueda fue exhaustiva y fue la siguiente:

- Accedimos a la tabla de contenidos del Grupo de Esquizofrenia de Cochrane Database of Systematic Reviews (DSR), que comprende 158 revisiones sistemáticas y seleccionamos manualmente todas las que trataban sobre tratamiento psicológico en la esquizofrenia o trastornos afines e incluían ECA sobre terapia grupal en sus revisiones.
- En el caso de Cochrane Central Register of Controlled Trials (CRCT), MEDLINE, CINAHL y PsycINFO utilizamos los criterios siguientes:
  1. exp SCHIZOPHRENIA/ or exp SCHIZOPHRENIA, CATATONIC/ or exp SCHIZOPHRENIA, CHILDHOOD/ or exp SCHIZOPHRENIA, DISORGANIZED/ or exp SCHIZOPHRENIA, PARANOID/
  2. exp PARANOID DISORDERS/
  3. (schizo\$ or psychotic\$ or psychosis or psychoses or hebephreni\$).mp.
  4. ((chronic\$ or sever\$) adj5 mental\$ adj5 (ill\$ or disorder\$)).mp.
  5. 1 or 2 or 3 or 4
  6. exp GROUP PSYCHOTHERAPY/
  7. (group\$ adj5 (psychoterap\$ or therap\$ or intervention\$ or counsell\$)).mp.
  8. (skill\$ and (training or program\$ or module\$)).mp.
  9. IPT or "integrated psychological therapy"
  10. 6 or 7 or 8 or 9
  11. 5 and 10
  12. limit 11 to yr="1970 - 2008"
  13. remove duplicates from 12
- En el caso de EMBASE realizamos la siguiente búsqueda:
  1. exp SCHIZOPHRENIA/ or exp CATATONIC SCHIZOPHRENIA/ or exp HEBEPHRENIA/ or exp LATENT SCHIZOPHRENIA/ or exp NEGATIVE SYNDROME/ or exp PARANOID SCHIZOPHRENIA/ or exp POSITIVE SYNDROME/ or exp RESIDUAL SCHIZOPHRENIA/ or exp SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSIS/ or exp SCHIZOPHRENIC REACTION/ or exp SCHIZOPHRENIFORM DISORDER/ or exp SIMPLE SCHIZOPHRENIA/

2. exp PSYCHOSIS/ or exp ACUTE PSYCHOSIS/ or exp AFFECTIVE PSYCHOSIS/ or exp BRIEF PSYCHOTIC DISORDER/ or exp ENDOGENOUS PSYCHOSIS/ or exp INTENSIVE CARE PSYCHOSIS/ or exp DELUSION/ or exp DELUSIONAL DISORDER/ or exp PARANOIA/ or exp PERSECUTORY DELUSION/ or exp HALLUCINATION/ or exp AUDITORY HALLUCINATION/ or VISUAL HALLUCINATION/ or exp PARANOID PSYCHOSIS/ or exp THOUGHT DISORDER/
  3. (schizo\$ or psychotic\$ or psychosis or psychoses or hebephreni\$).mp.
  4. ((chronic\$ or sever\$) adj5 mental\$ adj5 (ill\$ or disorder\$)).mp.
  5. 1 or 2 or 3 or 4
  6. exp GROUP THERAPY/
  7. (group\$ adj5 (psychoterap\$ or therap\$ or intervention\$ or counsell\$)).mp.
  8. (skill\$ and (training or program\$ or module\$)).mp.
  9. IPT or "integrated psychological therapy"
  10. 6 or 7 or 8 or 9
  11. 5 and 10
  12. limit 11 to yr="1974 - 2008"
- A través de una herramienta informática de gestión de referencias bibliográficas eliminamos los duplicados encontrados en las búsquedas.
  - La búsqueda abarca el periodo comprendido entre 1970 (en el caso de EMBASE sólo existe acceso informático a referencias desde el año 1974) y el 31 de julio de 2008.
  - Por último, se rastrearon las referencias bibliográficas de los artículos que cumplieron los criterios de inclusión en busca de ECA, revisiones sistemáticas o metaanálisis que pudieran no haber sido detectados con los criterios de búsqueda anteriores.

### 3.1.2. Resultados de la búsqueda

Se obtuvieron de esa forma un total de 6.709 referencias que cumplían con los criterios de búsqueda.

Tras revisar todos los artículos encontrados en la búsqueda, se hizo una selección siguiendo los criterios señalados en el apartado criterios de inclusión. Se seleccionaron 71 artículos. Se realizaron tres bases de datos ante la evidencia de la literatura encontrada:

1. Efectividad del entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia y trastornos afines: se incluyeron cinco metaanálisis y 28 artículos sobre ensayos controlados aleatorizados.
2. Efectividad de la Terapia Psicológica Integrada en la esquizofrenia y trastornos afines: se incluyeron un metaanálisis y 19 artículos sobre ensayos controlados aleatorizados.
3. Efectividad de la psicoterapia de grupo de otras modalidades en la esquizofrenia y trastornos afines: No se evidenció la presencia de metaanálisis. Se incluyeron dos revisiones sistemáticas, así como 16 artículos sobre ensayos controlados aleatorizados.

### 3.1.3. Método de revisión

Para seleccionar los artículos que fueron incluidos en la revisión se revisaron los títulos y todos los resúmenes de las referencias encontradas y, en caso de duda, se consultó el propio artículo.

### 3.1.4 Criterios de inclusión

Se incluyeron en la revisión los ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis que evaluaban la efectividad de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia.

### 3.1.5 Criterios de exclusión

Se excluyeron todas las referencias que no cumplían los criterios de inclusión. Las intervenciones grupales para las cuales hallamos ensayos publicados son, en su inmensa mayoría, intervenciones conocidas desde hace muchos años. En el caso del Entrenamiento en Habilidades Sociales y de la Terapia Psicológica integrada se habían publicado un buen número de ensayos controlados aleatorizados, con lo cual, a nuestro

juicio, carecía de interés incluir en la revisión los estudios de menor calidad. En el caso de la Terapia Grupal Cognitivo Conductual la revisión sistemática incluía todos los estudios cuasiexperimentales que pudimos encontrar. El criterio que hubiéramos utilizado para introducir un ensayo no controlado o controlado no aleatorizado habría sido que éste hubiera realizado una aportación novedosa, a la espera de ser replicada por un ensayo controlado aleatorizado posterior, lo cual no fue el caso.

Se decidió excluir de la selección aquellas intervenciones dirigidas a los familiares, aún cuando se presentaran en un formato grupal; así como los grupos de actividades recreativas o artísticas (por ejemplo: grupos de ejecución musical en pacientes con esquizofrenia).

El idioma en el que el artículo estaba publicado no fue un criterio de exclusión. De hecho, en la selección se han incluido artículos en inglés, alemán, francés y castellano.

### **3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LAS ESQUIZOFRENIAS Y TRASTORNOS AFINES.**

Se utilizaron los textos de referencia, los manuales publicados y las descripciones realizadas en los propios artículos incluidos en la revisión, para elaborar una descripción resumida de los principales modelos de psicoterapia de grupo en la esquizofrenia y trastornos afines.

### **3.3. ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS RELACIONADOS**

Uno de los principales objetivos de este proyecto era el de realizar un manual del modelo de psicoterapia de grupo que hemos venido utilizando en los últimos años. En realidad éste era 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 tengan 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.

Es por todo esto que, 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. Simplificamos 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 nivel progresivamente más complejos, que se pueden incorporar o no al grupo concreto que se pretende realizar.

El modelo ha evolucionando 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.

### **3.4. ELABORACIÓN DE PROPUESTAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN LAS ESTRUCTURAS AMBULATORIAS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA**

Para la enseñanza del modelo se decidió utilizar al máximo las estructuras de formación continuada ya disponible en las Organizaciones de Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria del País Vasco y en las Organizaciones de Servicios Hospitalarias que cuentan con Servicio de Psiquiatría.

Por otro lado, se decidió que si se diera a cabo una supervisión inicial de la intervención, ésta podría realizarse de forma grupal, utilizando los recursos materiales ya existentes.

### **3.5. DISEÑO DE UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO QUE EVALUE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN MANUALIZADA**

A través de la evaluación de los recursos disponibles se decidió la realización del ensayo en un centro hospitalario que dispone de consultas ambulatorias (Hospital de Basurto).

Se procedió a la elaboración de un protocolo de ensayo clínico y al diseño de la coordinación de los diversos participantes en el mismo.

### **3.6. PUESTA EN MARCHA DEL ENSAYO CLÍNICO**

El protocolo de ensayo clínico fue presentado al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de Basurto.

Tras la aprobación del protocolo se inició el ensayo controlado aleatorizado. En el momento actual el estudio está en fase de reclutamiento y recogida de datos basales.

## 4. RESULTADOS

---



## 4.1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

### Preámbulo

Trataremos de definir en la presente revisión la evidencia disponible con respecto a la eficacia de la terapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia y trastornos afines. Tras evaluar la literatura sobre el tema nos hemos decantado por estructurar la presente revisión en tres apartados: entrenamiento en habilidades sociales, terapia psicológica integrada, y otros enfoques. Decidimos dicha división dado que la literatura se puede agrupar fácilmente en torno a estos enfoques, dada la abundancia de ensayos controlados aleatorizados sobre los dos primeros y la escasez de ensayos en otros enfoques. Para una mayor descripción de los modelos remitimos al lector al punto 4.2.

#### 4.1.1. Entrenamiento en habilidades sociales

Hemos hallado una evidencia consistente sobre la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Cinco metaanálisis evalúan dicha eficacia (Benton & Schroeder, 1990; Corrigan, 1991; Kurtz & Mueser, 2008; Pfammatter et al., 2006; Pilling et al., 2002a). Los dos más antiguos (Benton & Schroeder, 1990; Corrigan, 1991) incluyen estudios cuasiexperimentales, mientras que los tres últimos (Kurtz & Mueser, 2008; Pfammatter et al., 2006; Pilling et al., 2002a), sólo incluyen ECA. Hemos hallado ensayo controlado aleatorizado (Goulet, Lalonde, Lavoie & Jodoin, 1993) no detectado por los metaanálisis para los periodos que revisan. Además, hemos incluido en nuestra revisión los ensayos controlados aleatorizados aparecidos en la literatura de forma posterior (Granholt et al., 2007; Mausbach et al., 2008; Seo et al., 2007; Xiang et al., 2007).

##### 4.1.1.1. Metaanálisis

Benton & Schroeder (Benton & Schroeder, 1990) incluyen 27 estudios y Corrigan (Corrigan, 1991) 73. Ambos demuestran un gran tamaño del efecto para el entrenamiento en habilidades sociales en lo que se refiere a la adquisición de habilidades sociales y asertividad, y un mayor rango de tamaños del efecto (de pequeño

a grande) en lo que se refiere a la reducción de la psicopatología y las tasas de hospitalización. No obstante, la inclusión de estudios cuasiexperimentales parece haber tenido, a la luz de los metaanálisis realizados posteriormente, un efecto de amplificación del tamaño del efecto.

Pilling et al (Pilling et al., 2002a) incluyen sólo nueve estudios (Bellack, Turner, Hersen & Luber, 1984; Hayes, Halford & Varghese, 1995; Hogarty et al., 1986; Liberman et al., 1998; Lukoff, Wallace, Liberman & Burke, 1986; Marder et al., 1996; Wallace & Boone, 1983), todos ellos ECA. No encuentran evidencia de que el entrenamiento en habilidades sociales tenga beneficio alguno sobre la tasa de recaída, el funcionamiento global, el funcionamiento social, la calidad de vida o el cumplimiento de la medicación. Este metaanálisis ha sido criticado sobre la base del método empleado por los autores para combinar los resultados de los estudios, utilizando tipos variables de resultados muy diferentes; así como por la inclusión de ensayos con condiciones de control activas, terapéuticas (Mueser & Penn, 2004). Por otro lado, se hace evidente que el método de búsqueda no reflejado de forma completa en el artículo publicado probablemente ha dejado fuera algunos ECA de calidad.

Pfammatter et al (Pfammatter et al., 2006) incluyen 19 estudios (Anzai et al., 2002; Bellack et al., 1984; Brown & Munford, 1983; Chien et al., 2003; Daniels, 1998; Dobson, McDougall, Busheikin & Aldous, 1995; Eckman et al., 1992; Finch & Wallace, 1977; Granholt et al., 2005; Hayes et al., 1995; Hogarty et al., 1986; Hogarty et al., 1991; Kopelowicz, Wallace & Zarate, 1998; Kopelowicz, Zarate, Gonzalez Smith, Mintz & Liberman, 2003; Liberman et al., 1998; Liberman, Wallace, Falloon & Vaughn, 1981; Lukoff et al., 1986; Marder et al., 1996; Miller, Wilson & Dumas, 1979; Smith, Hull, Romanelli, Fertuck & Weiss, 1999; Tsang & Pearson, 2001; Wallace & Liberman, 1985; Wallace, Liberman, MacKain, Blackwell & Eckman, 1992), todos ellos ECA. Investiga los efectos del entrenamiento en habilidades sociales sobre la adquisición de habilidades, la asertividad, el funcionamiento social y la psicopatología general. Evidencian un gran efecto del entrenamiento en habilidades sobre la adquisición de habilidades y un pequeño, pero significativo, efecto sobre la asertividad, el funcionamiento social y la psicopatología general. Este metaanálisis, no

obstante, presenta datos duplicados de un artículo ya incluido en el metaanálisis (Lukoff et al., 1986; Wallace & Liberman, 1985), incorpora intervenciones dirigidas a familiares de pacientes (Kopelowicz et al., 2003) y estudios con dificultades metodológicas importantes (Wallace et al., 1992).

Kurtz & Mueser (Kurtz & Mueser, 2008) tratan de tener en cuenta las dificultades encontradas en los anteriores metaanálisis, de lo cual resulta un metaanálisis de gran calidad metodológica. Por lo tanto, sus resultados son los más confiables de todos los expuestos. Los autores identifican 23 ECA (Anzai et al., 2002; Bellack et al., 1984; Brown & Munford, 1983; Dobson et al., 1995; Eckman et al., 1992; Finch & Wallace, 1977; Granholm et al., 2005; Gutride, Goldstein & Hunter, 1973; Hayes et al., 1995; Hogarty et al., 1986; Hogarty et al., 1991; Kopelowicz et al., 1998; Liberman et al., 1998; Marder et al., 1996; Meder, Morawiec & Sawicka, 1998; Mueser et al., 2005; Patterson et al., 2006; Smith et al., 1999; Tsang & Pearson, 2001; Valencia, Rascon, Juarez & Murow, 2007; Wallace & Liberman, 1985; Wallace & Tauber, 2004; Xiang et al., 2006), que incluyen un total de 1.599 participantes. La mayoría de los estudios evaluados incluían exclusivamente muestras con diagnósticos de esquizofrenia y/o trastorno equivoafectivo (87%). Se evalúa el efecto del entrenamiento en habilidades sociales sobre distintas variables de resultados agrupando los ECA que aportan datos sobre cada una de ellas: dominio por parte de los pacientes de los contenidos expuestos en la intervención (siete ECA), medidas basadas en el desempeño de las habilidades sociales y de la vida diaria (siete ECA), funcionamiento social e institucional (siete ECA), sintomatología negativa (seis ECA), sintomatología global (diez ECA), recaídas (nueve ECA). Los autores evidencian un gran y significativo tamaño del efecto en la adquisición de conocimientos sobre el contenido de las sesiones ( $d=1.20$ ); un tamaño del efecto moderado, pero significativo, en las medidas basadas en el desempeño de las habilidades sociales y de la vida diaria ( $d=0.52$ ); un tamaño del efecto moderado, pero significativo, sobre las medidas del funcionamiento comunitario o institucional ( $d=0.52$ ) y los síntomas negativos ( $d=0.40$ ); y un tamaño del efecto pequeño, pero significativo, sobre las recaídas ( $d=0.23$ ) y otros

síntomas ( $d=0.15$ ). El impacto del entrenamiento en habilidades sociales es mayor en aquellos resultados que se presumen más proximales a la intervención y progresivamente más débil en los más distales.

#### 4.1.1.2. Artículos no incluidos en los metaanálisis

El artículo de Goulet et al (Goulet et al., 1993) no fue incluido en ninguno de los cinco metaanálisis. Es un ECA con una pequeña muestra (20 participantes) en el que se compara el módulo de manejo de la medicación de la UCLA con el tratamiento habitual con el tratamiento habitual. Evidencian un efecto significativo del entrenamiento en habilidades sociales sobre el conocimiento acerca del contenido de las sesiones, sin apreciarse diferencias sobre la psicopatología ni el funcionamiento.

Por otro lado, hemos hallado cuatro nuevos artículos, posteriores a los metaanálisis, que describen ECA que valoran la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales. Dos de ellos describen el seguimiento a 12 meses (Granholm et al., 2007) y a dos años (Xiang et al., 2007) de estudios presentados en los metaanálisis de Kurtz & Mueser y de Pfammatter et al (Granholm et al., 2005; Xiang et al., 2006). Los otros dos (Mausbach et al., 2008; Seo et al., 2007) describen nuevos ECA.

Tres de los cuatro artículos (Mausbach et al., 2008; Seo et al., 2007; Xiang et al., 2007) vienen a confirmar los resultados del metaanálisis de Kurtz & Mueser. Granholm et al (Granholm et al., 2007) nos confirman que los resultados positivos sobre la adquisición y el desempeño de habilidades se mantienen en el seguimiento a 12 meses. Sin embargo, la diferencia significativa sobre el *insight*, presente en la evaluación al final de las intervenciones, no se mantiene.

Mausbach et al (Mausbach et al., 2008) comparan una intervención de habilidades sociales adaptada culturalmente para latinos con otra estándar y con un grupo de apoyo basado en la comunidad. El grupo de la intervención adaptada culturalmente presenta, de forma significativa, un mejor desempeño de las habilidades respecto a los grupos de las intervenciones no adaptadas.



#### 4.1.2. Terapia Psicológica Integrada (IPT)

También existe una evidencia consistente a favor de la Terapia Psicológica Integrada (IPT). Un metaanálisis (Roder et al., 2006) evalúa la eficacia de la IPT para la esquizofrenia. De nuevo no hemos hallado ECA no detectados por el metaanálisis para el periodo que revisa. Hemos incluido en nuestra revisión los ECA aparecidos en la literatura posterior (Fuentes, García, Ruiz, Soler & Roder, 2007; Lemos Giráldez et al., 2004; Zimmer, Duncan, Laitano, Ferreira & Belmonte-Abreu, 2007).

##### 4.1.2.1. Metaanálisis

El artículo publicado por Roder et al (Roder et al., 2006) presenta en realidad dos metaanálisis en una única publicación. Los autores incluyen en un primer paso todos los estudios publicados sobre IPT, 30 en total (Bender et al., 1987; Blumenthal, Bell, Schüttler & Vogel, 1993; Brenner, Hodel, Kube & Roder, 1987; Brenner, Seeger & Stamke, 1980; Brenner, Stamke & Brauchli, 1982; Briand et al., 2005; Briand, Lesage, Lalonde & et al, 2003; Funke, Reinecker & Commichau, 1989; García, Fuentes, Ruiz, Gallach & Roder, 2003; Heim, Wolf, Göthe & Kretschmar, 1989; Hermannutz & Gestrich, 1987; Hodel, 1994; Hubmann, John, Mohr, Kreuzer & Bender, 1991; Kraemer, Sulz, Schmid & Lässle, 1987; Kraemer, Zinner, Riehl, Gehringer & Möller, 1990; Lewis, Unkefer, O'Neal, Crith & Fultz, 2003; Olbrich & Mussgay, 1990; Penadés et al., 2003; Peter, Glaser & Kühne, 1989; Peter, Kühne, Schlichter, Haschke & Tennigkeit, 1992; Roder, 1990; Roder, Studer & Brenner, 1987; Roder, Zorn & Brenner, 2000; Schüttler, Bell, Blumenthal, Neumann & Vogel, 1990; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler, 1999; Stramke & Hodel, 1983; Takai, Uematsu, Kadama, Ueki & Sones, 1993; Theilemann, 1993; Ueland & Rund, 2004; Vallina-Fernandez et al., 2001; Van der Gaag, 1992; Vauth et al., 2001; Vita et al., 2002), con la participación de 1.393 pacientes esquizofrénicos, incluyendo ECA (16 estudios), ensayos controlados no aleatorizados (nueve estudios) y estudios no controlados (cinco estudios), y conducen un metaanálisis de los mismos. En un segundo paso seleccionan sólo los ECA de "alta calidad" (siete estudios que incluyen 362 pacientes) (Blumenthal et al., 1993; Funke et al., 1989; Olbrich & Mussgay, 1990;

Spaulding et al., 1999; Theilemann, 1993; Vallina-Fernandez et al., 2001; Van der Gaag, 1992), rigurosamente controlados, que a su vez son analizados. Los criterios de selección de estos últimos incluyen: utilizar un diseño de estudio controlado incluyendo la aleatorización a grupos de tratamiento distintos (ser ECA), utilizar dosis fijas de neurolépticos o cambios de medicación controlados estadísticamente, establecer claramente el ciego para los evaluadores, y explicar completamente los datos de las diferentes dimensiones de síntomas y dominios funcionales que fueron evaluados. Por último, establecen una comparación entre los datos obtenidos en ambos metaanálisis.

Las variables de resultados analizadas incluyeron:

1. El *efecto terapéutico global*: definido como la media de todas las variables de resultados referidas a dimensiones sintomáticas, funcionamiento neurocognitivo y social, calidad de vida, bienestar, y satisfacción por el tratamiento al final de la terapia y en el seguimiento.
2. Las dimensiones clínicas y la alteración funcional por separado, incluyendo: la *neurocognición* (atención, memoria, funcionamiento ejecutivo), la *psicopatología* (síntomas positivos y negativos), y el *funcionamiento psicosocial* (funcionamiento social y de rol, autocuidado, habilidades ocupacionales).

En el metaanálisis de la totalidad de los estudios se evidenció que la IPT tenía un tamaño del efecto moderado, estadísticamente significativo, sobre el *efecto terapéutico global* ( $ESw=0.51$ )<sup>1</sup>; la neurocognición ( $ESw=0.54$ ); la psicopatología ( $ESw=0.50$ ), tanto positiva ( $ESw=0.46$ ) como negativa ( $ESw=0.41$ ); y el funcionamiento psicosocial ( $ESw=0.41$ ). Además, el tamaño del efecto sobre el *efecto terapéutico global* continuaba en aumento ( $ESw=0.57$ ) durante el seguimiento (8,1 meses de media); y los efectos favorables eran similares tanto en pacientes ingresados ( $ESw=0.53$ ) como ambulatorios ( $ESw=0.49$ ), y tanto en fase aguda ( $ESw=0.50$ ) como crónica ( $ESw=0.52$ ).

<sup>1</sup> ESw, tamaño del efecto ponderado.

En el metaanálisis de los ECA de alta calidad se replicaron los resultados previamente descritos. De nuevo se evidenciaron tamaños del efecto moderados sobre el *efecto terapéutico global* al final de la terapia (ESw=0.52) y en el seguimiento (ESw=0.75), sobre la neurocognición (ESw=0.48), sobre la sintomatología (ESw=0.49), y sobre el funcionamiento psicosocial (ESw=0.62).

#### 4.1.2.2. Artículos posteriores

Hemos hallado tres nuevos artículos que evalúan la eficacia de la IPT en el tratamiento de la esquizofrenia. Uno de ellos (Lemos Giráldez et al., 2004) nos presenta el seguimiento a cuatro años de un estudio de alta calidad que fue incluido en la revisión de Roder et al. (Vallina-Fernandez et al., 2001) Los otros dos (Fuentes et al., 2007; Zimmer et al., 2007) describen nuevos ECA.

Lemos Giráldez et al (Lemos Giráldez et al., 2004) nos señalan que las diferencias encontradas entre el grupo que recibió el paquete de intervenciones (que incluía IPT) y el grupo que recibió tratamiento estándar tienden a disminuir en el seguimiento a cuatro años.

Fuentes et al (Fuentes et al., 2007) presentan un ECA con una muestra reducida (18 pacientes) en el que se compara el subprograma de percepción social de la IPT con el cuidado estándar. Advierten un efecto significativo en el *desempeño de la percepción social* que favorece al subprograma de la IPT tanto en el postratamiento como en el seguimiento a seis meses. No establece diferencias en lo que se refiere a la psicopatología, la atención y el funcionamiento social.

Por último, Zimmer et al (Zimmer et al., 2007) presentan una *intervención de corta duración* (12 sesiones) que sigue el modelo de la IPT, comparándola con el tratamiento habitual, replicando los resultados obtenidos en la revisión de Roder et al y añadiendo una mejora en las medidas de calidad de vida.

#### 4.1.3. Otros enfoques

Hemos hallado dos revisiones sistemáticas que evalúan la eficacia de la psicoterapia de grupo, una de ellas (Lawrence et al., 2006) se centra en la evaluación de la terapia de grupo cognitivo

conductual; la otra (Lockwood et al., 2004) evalúa la psicoterapia de grupo de forma inespecífica. Describiremos las características de estas revisiones sistemáticas e incluiremos los ECA publicados no cubiertos por las mismas que se asimilan a enfoques distintos del entrenamiento en habilidades sociales o la IPT.

##### 4.1.3.1. Revisión sistemática sobre psicoterapia de grupo para la esquizofrenia en general

Lockwood et al (Lockwood et al., 2004) intentan llevar a cabo una revisión sistemática que recoja los ECA que incluyan la psicoterapia grupal de cualquier orientación, en comparación con cualquier otro tipo de intervención. Sólo evidencian la presencia de un reducido número de artículos, que contrasta con los recogidos por nuestro equipo. Por otro lado, los artículos seleccionados son en gran parte cuestionables. Seleccionan tan sólo 12 artículos (Beal, Duckro, Elias & Hecht, 1977; Bradshaw, 1996; Daniels, 1998; Eckman et al., 1992; Hogarty et al., 1997; Hornung, Kieserg, Feldmann & Buchkremer, 1996; Kanas, Rogers, Kreth, Patterson & Campbell, 1980; Kingsep, Nathan & Castle, 2003; Levin, Diamond & Goldstein, 1985; Millson et al., 1993; O'Brien et al., 1972; Tarrier et al., 1998) de los cuales:

- Dos no comparan intervenciones grupales (Hogarty et al., 1997; Tarrier et al., 1998).
- Uno, que también se incluye en la revisión de Lawrence et al, no es un ECA (Kingsep et al., 2003).
- Uno presenta un diseño de ECA, pero tanto en la presentación de los resultados como en el análisis de los mismos se comparan las medidas pre y post de la intervención activa, sin establecerse una comparación entre ésta y la condición control (Daniels, 1998). Es, además y por este motivo, uno de los estudios que se descartó en el metaanálisis de Kurtz & Mueser (Kurtz & Mueser, 2008) y que se seleccionaba en el de Pfammatter et al (Pfammatter et al., 2006).
- Uno, que compara la terapia de grupo con la terapia individual, no define ni mínimamente las intervenciones.
- En otro (Beal et al., 1977) se comparan cuatro intervenciones con una muestra de escaso ta-

maño, la medida de la variable de resultados (unidades verbales) no se realiza con un instrumento estandarizado y las inferencias que se realizan sobre el valor de dicha variable son cuestionables.

- En otro, (Hornung et al., 1996) agrupan varios tipos de intervenciones combinadas en una sola, sin que quede claro que añadir más tratamientos al grupo de psicoeducación presente en todas las intervenciones activas, no suponga la incorporación de variables de confusión al estudio. Además, no se da cuenta de una altísima tasa de desgaste, los datos son incompletos y el análisis es inadecuado. Un artículo no incluido en la revisión de los autores presenta el seguimiento a un año del ECA referido y adolece de los mismos problemas metodológicos (Hornung, Klingberg, Feldmann, Schonauer & Schulze Mönking, 1998).
- Por último, en otro (Levin et al., 1985) no se evalúa la eficacia de una intervención grupal específica, sino que se evalúa, con un diseño de ECA, el número de conductores y su rotación, y el efecto que esto tiene sobre la evolución de los pacientes.

En resumen, hemos seleccionado cuatro ECA (Bradshaw, 1996; Eckman et al., 1992; Kanas et al., 1980; Millson et al., 1993) de los propuestos por los revisores.

Kanas et al (Kanas et al., 1980) comparan la psicoterapia de grupo orientada al *insight* con un grupo de tarea y una condición no grupal (*counselling* individual) en pacientes hospitalizados. En el caso de los pacientes psicóticos, la psicoterapia de grupo orientada al *insight* produce un empeoramiento significativo de la severidad global, sin apreciarse diferencias en la psicopatología.

El estudio de Eckman et al (Eckman et al., 1992) se incluye en los metaanálisis de Kurtz & Mueser (Kurtz & Mueser, 2008) y Pfammatter et al (Pfammatter et al., 2006) sobre entrenamiento en habilidades sociales.

Describiremos los estudios de Millson (Millson et al., 1993) y de Bradshaw (Bradshaw, 1996) más adelante, en el apartado destinado a describir los ECA sobre Terapia de Grupo Psicoeducativa (TGP).

#### 4.1.3.2. Revisión sistemática sobre psicoterapia de grupo cognitivo conductual para la esquizofrenia

Lawrence et al (Lawrence et al., 2006) nos presentan la primera revisión sistemática específica sobre psicoterapia de grupo cognitivo conductual en la esquizofrenia. Seleccionan seis artículos (Bechdolf et al., 2004; Bechdolf, Köhn, Knost, Pukrop & Klosterkötter, 2005; Halperin, Nathan, Drummond & Castle, 2000; Kingsep et al., 2003; Wykes et al., 2005; Wykes, Parr & Landau, 1999), que describen cinco estudios, puesto que uno de los artículos (Bechdolf et al., 2005) incluye el seguimiento a 24 meses del ECA presentado en otro (Bechdolf et al., 2004). Incluyen deliberadamente ECA y estudios cuasi experimentales. De ellos sólo uno de los ECA se orienta al cambio en la psicopatología general (Bechdolf et al., 2004; Bechdolf et al., 2005), dos se orientan hacia el tratamiento de la ansiedad social comórbida (Halperin et al., 2000; Kingsep et al., 2003) y otros dos (Wykes et al., 2005; Wykes et al., 1999) hacia el control de alucinaciones auditivas resistentes a tratamiento. Tres estudios (Halperin et al., 2000; Kingsep et al., 2003; Wykes et al., 1999) no son ECA, si bien Lawrence et al sólo identifican dos (Kingsep et al., 2003; Wykes et al., 1999). El metaanálisis de los datos no fue posible debido a la heterogeneidad de los diseños, intervenciones y medidas de resultados usados en los estudios. Los autores concluyen que los resultados mostraban alguna mejoría en áreas específicas de la psicopatología, como la fobia social y la depresión. Sin embargo, señalan como la debilidad metodológica de los estudios comprometía la confianza con la cual se podía establecer una relación causa efecto.

El estudio de Bechdolf et al (Bechdolf et al., 2004; Bechdolf et al., 2005) compara una intervención de terapia de grupo cognitivo conductual (TGCC) con una intervención activa de psicoeducación en grupo (TGP). Ambas intervenciones tienen una duración igual pero diferente frecuencia, en el diseño se favorece un mayor número de intervenciones de TGCC frente a GPE. Calculan un tamaño muestral de 600, pero incluyen una muestra de 88 participantes. Los resultados del ensayo, sólo evidencian diferencias estadísticamente significativas en la tasa de rehospitalización a los seis meses de finalizar el tratamiento a favor de la intervención grupal

cognitivo conductual. Dicha diferencia desaparece en el seguimiento a 24 meses. Dada la menor necesidad de formación, la menor duración y la mayor facilidad para realizar intervenciones psicoeducativas, surge la cuestión de si se ha de priorizar el enfoque psicoeducativo grupal sobre el cognitivo conductual grupal en el tratamiento de estos pacientes.

El de Halperin et al (Halperin et al., 2000) es un ensayo controlado no aleatorizado. Comparan una intervención de TGCC para la fobia social en pacientes con esquizofrenia con la lista de espera. La asignación a los grupos activo o control no es, a pesar de que los autores la presenten como tal, aleatoria, sino sistemática. Por otro lado, se produce una ruptura de la asignación a lo largo del estudio.

El ensayo de Kingsep et al (Kingsep et al., 2003) no es un ECA. Utilizan un diseño de medidas repetidas entre sujetos, comparando la intervención (TGCC para la fobia social en pacientes con esquizofrenia) con la lista de espera.

El ensayo de Wykes et al (Wykes et al., 1999) tampoco es un ECA. Utilizan también un diseño de medidas repetidas entre sujetos, comparando la TGCC para las alucinaciones con la lista de espera.

Por último, el ensayo posterior de Wykes (Wykes et al., 2005) es un ECA que compara la TGCC para las alucinaciones con el tratamiento habitual. La muestra recoge 85 pacientes. No realizan un cálculo del tamaño muestral. Los autores evidencian que la TGCC para las alucinaciones produce una mejora significativa en el funcionamiento social en el seguimiento a seis meses posterior a la terapia, con un tamaño del efecto moderado (0.63). No se apreció una mejoría en la severidad de las alucinaciones.

#### 4.1.3.3. ECA sobre TGCC no incluidos en la revisión sistemática

Hemos encontrado dos artículos sobre ECA de TGCC no incluidos en la revisión de Lawrence et al. Uno de ellos del periodo incluido en la revisión (Levine, Barak & Granek, 1998) y el otro publicado posteriormente (Barrowclough et al., 2006).

Levine et al (Levine et al., 1998) nos presentan un ECA de reducido tamaño muestral (12 participantes) comparando una terapia de grupo cog-

nitiva basada en la disonancia cognitiva con una terapia de apoyo grupal. Evidencian una mejora significativa en la sintomatología esquizofrénica en general (PANSS total) y en la sintomatología positiva en particular.

Barrowclough et al (Barrowclough et al., 2006) nos presentan un ECA que incluye a 113 participantes, en el que se compara la TGCC para los síntomas psicóticos con el tratamiento habitual. No advierten diferencias significativas entre la TGCC y el tratamiento habitual en lo que se refiere a la sintomatología, el funcionamiento o las recaídas. No obstante, evidencian una reducción significativa de la desesperanza y la baja autoestima que favorece a la TGCC, si bien hay que advertir que éstas no son las variables de resultados principales.

#### 4.1.3.4. ECA sobre terapia de grupo psicoeducativa

La inmensa mayoría de los demás ECA encontrados se centran en la terapia de grupo psicoeducativa (TGP). Sólo hemos hallado dos ECA (Hogarty et al., 2004; Hogarty, Greenwald & Eack, 2006) no referidos en los apartados previos (los de entrenamiento en habilidades sociales y los de IPT han sido explicados en sus secciones correspondientes) que pertenezcan a una orientación distinta.

Los artículos de Bechdolf et al (Bechdolf et al., 2004; Bechdolf et al., 2005), que comparan una intervención de TGCC con TGP, ya han sido analizados previamente. Hemos decidido incluir en esta sección los artículos de Millson y de Bradshaw porque, aunque se incluyeron en la revisión sistemática de Lockwood, son junto con los de Bechdolf y los artículos que iremos exponiendo, los que nos muestran la evidencia sobre TGP en la esquizofrenia. El concepto de grupo psicoeducativo utilizado es un concepto amplio que incluye, desde la educación más estricta hasta el uso de técnicas propias de la modificación de conducta.

En resumen, hemos hallado 10 artículos (Atkinson, Coia, Gilmour & Harper, 1996; Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Engel & Kessler, 2007; Bechdolf et al., 2004; Bechdolf et al., 2005; Bradshaw, 1996; Buchkremer, Klingberg, Holle, Schulze Mönking & Hornung, 1997; Hornung, Feldmann, Klingberg, Buchkremer & Reker, 1999; Merinder

et al., 1999; Millson et al., 1993; Pitschel-Walz et al., 2006) sobre psicoterapia de grupo psicoeducativa, de los cuales cuatro (Bechdorf et al., 2004; Bechdorf et al., 2005; Bradshaw, 1996; Millson et al., 1993) ya habían sido detectados en revisiones anteriores.

Millson et al (Millson et al., 1993) presentan un ECA de escaso tamaño muestral (12 participantes) que se lleva a cabo en una unidad hospitalaria de intoxicación acuosa. Comparan una intervención psicoeducativa grupal dirigida a reducir la ingesta de agua con el tratamiento hospitalario regular. Los miembros del grupo de tratamiento bebieron significativamente menos fluido que los del grupo control, pero la reducción en la ingesta de fluidos se disipó rápidamente cuando desapareció la terapia de grupo.

Bradshaw (Bradshaw, 1996) compara una intervención grupal de entrenamiento en habilidades de afrontamiento con terapia grupal de resolución de problemas. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es una intervención psicoeducativa, entendida en un sentido amplio (recoge intervenciones propias de la modificación de la conducta), que incluye: establecimiento de metas individuales, entrenamiento en relajación, manejo del tiempo, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de cohesión grupal. Sólo aportan datos de evidencia de superioridad del entrenamiento en habilidades de afrontamiento en lo que se refiere a las medidas de consecución de objetivos, para las que se utilizó una escala no estandarizada.

Atkinson et al (Atkinson et al., 1996) comparan una intervención grupal psicoeducativa ambulatoria (que incluye educación y resolución de problemas) con la lista de espera. Evidencian una mejoría significativa de la calidad de vida y el funcionamiento social a favor de la intervención. No se advirtieron diferencias sobre la psicopatología ni el cumplimiento.

Los artículos de Buchkremer et al (Buchkremer et al., 1997) y de Hornung et al (Hornung et al., 1999) nos presentan los resultados de un ECA multicéntrico con 191 participantes y su seguimiento a dos y cinco años. El estudio tiene cinco ramas. Las cuatro de tratamiento incluyen: grupo psicoeducativo para pacientes (Entrena-

miento sobre la Medicación Psicoeducativo) y grupo de tiempo libre; grupo psicoeducativo para pacientes, grupo de tiempo libre y psicoterapia cognitiva (Entrenamiento en Habilidades de Resolución de Problemas y Mejora de Estrategias de Afrontamiento); grupo psicoeducativo para pacientes, grupo de tiempo libre y grupo psicoeducativo para familiares (*Counselling* de Personas Clave); y grupo psicoeducativo para pacientes, grupo de tiempo libre, psicoterapia cognitiva y grupo psicoeducativo para familiares. El grupo control es un grupo de tiempo libre (57 participantes). Para conseguir un adecuado tamaño muestral se combinaron los diferentes grupos de tratamiento para comparar el grupo psicoeducativo para pacientes con el control. Por este motivo, aunque la comparación entre el grupo total de tratamiento y el control muestra un adecuado poder estadístico, los resultados son difíciles de evaluar en referencia a los módulos individuales de tratamiento. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en lo que refiere al resultado principal, la tasa de rehospitalización, en el seguimiento a dos años, lo cual se confirma en el seguimiento a cinco años. Se analizan otras múltiples variables secundarias, entre las cuales destaca una mejoría significativa en el funcionamiento global en el grupo de intervención terapéutica en el seguimiento a dos años, que no se mantiene en el seguimiento a cinco años.

Merinder et al (Merinder et al., 1999) nos presentan un ECA que compara una intervención psicoeducativa breve combinada (grupo psicoeducativo para pacientes junto a grupo psicoeducativo para familiares) con el tratamiento estándar. El efecto que podría producir sobre los pacientes la intervención sobre los familiares podría actuar como factor de confusión. Se evidencia una mejoría significativa en el grado de conocimiento sobre la esquizofrenia al final del ensayo, que no se mantiene en el seguimiento a un año. La intervención psicoeducativa no parece influir sobre las recaídas, el cumplimiento, la psicopatología, el insight y el funcionamiento social.

Los artículos de Pitschel-Walz et al (Pitschel-Walz et al., 2006) y Bäuml et al (Bäuml et al., 2007) nos presentan los resultados de un ECA multicéntrico y su seguimiento a dos años y a siete años

respectivamente. Aunque hemos decidido finalmente incluir este ensayo en la revisión lo que se compara es la combinación de un grupo psicoeducativo para pacientes y un grupo psicoeducativo dirigido exclusivamente a sus familiares, ambos de breve duración (ocho sesiones cada uno) con el tratamiento habitual. En el artículo de Pitschel-Walz et al se analizan los resultados sobre el total de la muestra (236 participantes) y se describe una reducción significativa de la tasa de rehospitalización a los 12 y a los 24 meses en el grupo de pacientes que recibieron la intervención psicoeducativa combinada. Bäuml et al realizan un seguimiento hasta siete años de los incluidos en su centro (101 pacientes) y evidencian una reducción significativa de la tasa de hospitalización y del número medio de días de ingreso en un hospital psiquiátrico en el grupo de intervención. No obstante, no es posible conocer el efecto por separado de la intervención psicoeducativa grupal dirigida a los pacientes sobre los resultados.

En resumen, en lo que se refiere a la psicoterapia de grupo psicoeducativa para pacientes en la esquizofrenia la evidencia es todavía incierta y contradictoria. Por otro lado, en algunos estudios la intervención se presenta combinada con otras intervenciones siendo difícil establecer cual es la contribución particular de la terapia grupal psicoeducativa en los resultados de los ensayos. Con todo, la heterogeneidad de las intervenciones dificulta su análisis conjunto.

#### 4.1.3.5. Otros ECAs no incluidos en los demás apartados

Como previamente hemos señalado, sólo hemos hallado otros dos artículos (Hogarty et al., 2004; Hogarty et al., 2006) (ambos describen los resultados de un único ensayo controlado aleatorizado con 121 participantes) no incluidos en ninguna otra de las modalidades de intervención grupal descritas previamente. Evalúan la eficacia de una intervención específica de rehabilitación cognitiva, de formato grupal, La Terapia de Mejora Cognitiva (*Cognitive Enhancement Therapy*), de dos años de duración, comparándola con Terapia de Apoyo. Los autores definen una serie de variables de resultados compuestas —la velocidad de procesamiento de la información, la neurocognición, la variable síntomas, el estilo cognitivo, la cognición social, y el ajuste

social—, de carácter globalizador, cuyo valor se determina por la combinación de una serie de medidas realizadas a través de diversas pruebas conocidas o desarrolladas al efecto. Se evidencia una mejoría significativa al final del tratamiento a favor de la Terapia de Mejora Cognitiva en lo que respecta a la velocidad de procesamiento, neurocognición, síntomas, estilo cognitivo, cognición social y ajuste social (Hogarty et al., 2004). Al año de seguimiento dicha mejoría se mantiene, excepto en lo que se refiere a la variable neurocognición (Hogarty et al., 2006).

#### 4.1.4. Resumen

De lo descrito hasta el momento cabría seleccionar y destacar de forma sintética los siguientes puntos:

- Existe un nivel suficiente de evidencia <sup>(1a)</sup> para recomendar el Entrenamiento en Habilidades Sociales en los pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados. Dicha intervención parece tener un efecto positivo moderado sobre la adquisición de habilidades sociales y su generalización a entornos más amplios (las dificultades para generalizar lo aprendido en la terapia ha sido una crítica típica al modelo que no se confirma) y sobre la sintomatología negativa. Si bien podría disminuir la sintomatología de otro tipo y las recaídas, su efecto sobre las mismas no es tan prominente.
- También existe un nivel suficiente de evidencia <sup>(1a)</sup> como para recomendar la Terapia Psicológica Integrada en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados. En concreto parece tener un efecto positivo moderado sobre la neurocognición, la sintomatología positiva y negativa, y el funcionamiento psicosocial. Además, parece ser útil tanto en pacientes ingresados como en pacientes ambulatorios; y tanto en la fase aguda como en la fase crónica de la enfermedad.
- La terapia grupal cognitivo conductual, a diferencia de la terapia individual cognitivo con-

<sup>1a</sup> : Evidencia obtenida de un ensayo aleatorizado grande o de un metaanálisis de al menos 3 ECA (tomado de: National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2006)

ductual, no ha demostrado todavía su eficacia en el control de la sintomatología psicótica. Es necesario realizar nuevos ECA con mayores tamaños muestrales.

- La terapia grupal psicoeducativa muestra evidencia insuficiente y contradictoria sobre su efecto sobre los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Además de que las intervenciones son heterogéneas, en algunos estudios se introducen factores de confusión relevantes, con lo cual opinamos que no es posible el metaanálisis de los estudios.
- La Terapia de Mejora Cognitiva podría tener un efecto positivo sobre el procesamiento de la información, el estilo cognitivo, la cognición social y el ajuste social. Sin embargo, la evidencia es aún insuficiente<sup>(lb)</sup> para recomendarla, y es necesario realizar nuevos ECA con calidad metodológica.
- La terapia de grupo orientada al insight en pacientes ingresados podría tener efectos negativos sobre la severidad de la enfermedad que sugieren su contraindicación en este grupo de pacientes<sup>(lb)</sup>.

## 4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS AFINES

A grandes rasgos podríamos clasificar los modelos de psicoterapia de grupo en la esquizofrenia en dos grandes grupos: aquellos que se centran en abordar a los propios pacientes y los que se dirigen a los familiares de los mismos.

La psicoterapia o, más apropiadamente, las intervenciones grupales (multifamiliares) para familiares de pacientes con esquizofrenia se han mostrado como una opción eficaz que tiene efectos positivos tanto en los familiares como en los propios pacientes y su evolución clínica. La inmensa mayoría de las intervenciones de este tipo utilizan un modelo psicoeducativo al que, en ocasiones se añaden elementos tomados de la modificación de conducta. Si bien no es

nuestro objetivo describir en extensión dichas intervenciones (dado que no son objeto de la revisión propuesta), si señalaremos que algunos modelos disponibles, como la Terapia de Grupo Multifamiliar de McFarlane (McFarlane, 2004), el Modelo Psicoeducativo de Anderson (Anderson et al., 2001) y la Terapia Conductual Familiar de Falloon (Falloon, Boyd & McGill, 1984; Falloon, Laporta, Fadden & Graham-Hole, 1993) disponen de adecuados manuales cuya lectura podría orientar sobre su utilización.

En relación a la terapia de grupo orientada a los propios pacientes, podríamos clasificar la misma en tres grandes 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.

### 4.2.1. Terapias de grupo basadas en las teorías del aprendizaje y cognitivas (terapias de grupo cognitivo conductuales de la esquizofrenia)

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.

En primer lugar repasaremos la terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia para luego describir las intervenciones grupales más habituales.

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.
- Las que trabajan por la modificación, disminución o superación de los síntomas psicóticos.

En el primer grupo se encontrarían las *Intervenciones Psicoeducativas*. Además, se han diseñado intervenciones dirigidas a rehabilitar déficit en distintas áreas:

<sup>lb</sup>: Evidencia obtenida de un ECA pequeño o de un metaanálisis de menos de 3 ECA (tomado de: National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2006)

- 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 University of Central Los Angeles* (UCLA) (Liberman, 1993).
- 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) (Wykes & Reeder, 2005).
- Intervenciones mixtas (abordan ambos tipos de déficit): la más reconocida es la *Terapia Psicológica Integrada* (IPT) (Roder et al., 1996).

En el segundo grupo nos encontramos las *Terapias Cognitivo Conductuales de los Síntomas Psicóticos*. A pesar de que mantienen algunas diferencias entre sí, no deja de existir un flujo de influencia constante entre ellas.

La Economía de Fichas es una técnica que no constituye un tipo de terapia de grupo.

Las Intervenciones Psicoeducativas se llevan a cabo indistintamente de forma individual (de manera informal, como ingrediente de la asistencia básica en las consultas de seguimiento del paciente; o de forma estructurada y diferenciada del resto del tratamiento) o grupal. Merece la pena señalar que casi todas las intervenciones psicoterapéuticas, individuales o grupales, estructuradas o no, que se realizan con el paciente con esquizofrenia, suelen incluir un componente psicoeducativo.

Dentro de las intervenciones de rehabilitación cognitiva sólo la *Terapia de Mejora Cognitiva* puede ser considerada una forma de terapia de grupo. El resto son programas que no pueden ser claramente considerados de esta manera, dado que la mayoría de las intervenciones se realizan o se podrían realizar de forma individual. En ocasiones, alguna de las intervenciones se lleva a cabo reuniendo a varios individuos, si bien esto no es esencial.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales y la *Terapia Psicológica Integrada* son programas de intervención grupales.

Por último, se han desarrollado variantes grupales de las *Terapias Cognitivo Conductuales de los Síntomas Psicóticos*.

#### 4.2.1.1. Intervenciones psicoeducativas grupales

Los Grupos Psicoeducativos son intervenciones estructuradas, que siguen un formato de clase y suelen requerir de cierto grado de participación activa por parte de los pacientes, en ocasiones en forma de ejercicios o tareas. Siguen un programa prediseñado que aborda progresivamente distintas áreas. Como mínimo se incluye la educación sobre las causas de la enfermedad (modelo de vulnerabilidad), sus síntomas, los tratamientos farmacológicos y sus efectos adversos, los tratamientos psicológicos, el pronóstico y los factores protectores y de riesgo de recaídas.

Sin embargo, se pueden realizar desde programas más simples hasta más complejos. Estos últimos pueden incluir como áreas añadidas a abordar: la adherencia a la medicación, la prevención de recaídas (identificación de síntomas precoces de recaída, desarrollo de estrategias individualizadas frente a la recaída inminente), el manejo de las crisis...

Un ejemplo de un programa de estas características es el grupo de *Entrenamiento en el Manejo de Medicación Psicoeducativo* (Hornung et al., 1996). Es un programa en cuatro fases:

1. *Fase de Información*: (sesiones 1-3): tiene dos objetivos primarios, que los pacientes se conozcan entre si y que amplíen su conocimiento sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles en base a la experiencia y conocimiento de los miembros del grupo, suplementados por un experto. Además, cada paciente describirá la medicación que toma en ese momento, sus efectos y efectos secundarios, su forma de administración...
2. *Fase de Registro de las Conductas con Respecto a la Medicación*: (sesión 4 en adelante). Se introduce la *Hoja de Registro Semanal de Medicación*. Se trabaja con ella en el grupo entre las sesiones 4 y 6. Los pacien-



tes registran la medicación prescrita, las desviaciones sobre la misma, la situación durante la toma y el estado subjetivo en el momento de la toma. Esta metodología revela los prejuicios respecto a la medicación, que luego se pueden trabajar en grupo.

3. *Fase de Reconocimiento Temprano de las Recaídas Inminentes*: (sesiones 5-6) A través del análisis de las recaídas previas se aprende a reconocer los factores que dispararon las recaídas, cuales son los signos de alerta, qué estrategias aplicaron y cuales podrían aplicar en un futuro. Los pacientes adquieren un conocimiento sobre qué condiciones de vida les suponen un incremento del riesgo. Si estas condiciones de vida no pueden cambiarse, se puede acordar una intensificación de la terapia farmacológica.
4. *Fase Práctica y de Desarrollo*: Puede tener una duración más variable. Se trabaja para la cooperación adecuada con el psiquiatra. El paciente pasa a realizar ya la *Agenda del Paciente*, que reemplaza a los registros de medicación. En ella el paciente registra aspectos del tratamiento una vez a la semana (no una vez al día): tipo y dosis de medicación, cambios en esta semana en comparación con la anterior, sensación subjetiva de bienestar, citas con el terapeuta y aspectos relevantes a trabajar durante la discusión terapéutica. Además de dicha agenda se realiza un *Esquema de Crisis*: se diseñan estrategias de acción individuales como respuesta a síntomas tempranos. Se puede trabajar con la cooperación de personas significativas para el paciente en el manejo del reconocimiento y manejo de los signos tempranos. Las estrategias de afrontamiento de crisis son incluidas en la Agenda, junto con los signos tempranos individuales y una lista de contacto con los números telefónicos (terapeuta, institución,...).

#### 4.2.1.2. Entrenamiento en habilidades sociales: módulos de habilidades para la vida social e independiente de la UCLA (Liberman, 1993)

Es un programa psicoterapéutico que consta de ocho módulos independientes que pueden agruparse en tres áreas principales:

- Manejo de la enfermedad:
  - Manejo independiente de la medicación.
  - Manejo de los síntomas por uno mismo.
  - Reingreso en la comunidad.
- Habilidades básicas para la vida:
  - Manejo del abuso de sustancias.
  - Habilidades de conversación básicas.
  - Esparcimiento y ocio.
- Avanzada:
  - Aspectos básicos en el puesto de trabajo.
  - Amistad en intimidad.

Cada módulo enseña de forma muy estructurada el conjunto de habilidades necesarias (entre cuatro y nueve) para conseguir un objetivo específico. Por ejemplo, el módulo de habilidades básicas de conversación tiene como objetivo *que el paciente se implique en relaciones interpersonales breves pero placenteras*, para ello se enseñan cinco habilidades: habilidades de comunicación verbal y no verbal, comenzar una conversación amistosa, mantener una conversación, finalizar una conversación de forma placentera y poner todas las habilidades juntas.

El formato de los módulos es tan consistente y las tareas a realizar en el mismo están tan claramente especificadas que no se requiere un entrenamiento o cualificación especial para conducir un módulo. Por otro lado, la intervención se puede personalizar para cada paciente definiendo los objetivos a cubrir y aplicando los módulos asociados a dichos objetivos.

Cada módulo mantiene una estructura unitaria para cada una de las habilidades, que se repite entre las distintas habilidades y entre los distintos módulos. Se sigue la siguiente secuencia:

1. Introducción de la habilidad.
2. Demostración en video.
3. Resolución de problemas de recursos.
4. Resolución de problemas de resultados.
5. Asignación in vivo.
6. Tareas para casa.

Esta estructura repetitiva permite atenuar la repercusión que las dificultades cognitivas tienen en el aprendizaje de habilidades.

#### 4.2.1.3. Terapia de mejora cognitiva (Hogarty & Flesher, 1999a; Hogarty & Flesher, 1999b; Hogarty & Greenwald, 2006)

El programa de (Terapia de Mejora Cognitiva) es una intervención integrada de tipo grupal, (incluye entre seis y ocho pacientes) que se dirige a la rehabilitación de los déficit neuropsicológicos y de la cognición social, en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, en la fase de recuperación de la enfermedad. Se basa en la hipótesis de que el daño en los procesos para identificar y utilizar los aspectos esenciales de las situaciones sociales, y las interacciones con otros, constituye un factor fundamental que limita la ejecución social en el paciente con esquizofrenia. Esta inspirado en la Terapia Psicológica Integrada del grupo de Brenner (Roder et al., 1996), que describiremos más adelante, y en los trabajos de Ben-Yishay et al (Ben-Yishay & Diller, 1993) con pacientes con daño cerebral traumático.

El programa se inicia con ejercicios a través del uso de *software* informático para rehabilitación atencional y de memoria y resolución de problemas. Posteriormente los pacientes son incorporados a grupos de cognición social. Los pacientes realizan ejercicios diseñados para facilitar el desarrollo de la habilidad para ponerse en la perspectiva de la otra persona (determinar sus pensamientos, sentimientos y probables comportamientos) a través de la utilización de señales verbales y no verbales. Se trabajan los aspectos fundamentales de la cognición social: percepción del contexto social, evaluación del afecto de los otros, regulación del propio afecto, reevaluación de los encuentros interpersonales previos, utilización de la reciprocidad y formación de la comprensión compartida.

#### 4.2.1.4. Terapia Psicológica Integrada (IPT) (Merlo et al., 2002; Roder et al., 1996)

La Terapia Psicológica Integrada (IPT) se ha incluido dentro de los denominados programas de habilidades sociales de segunda generación. A pesar de lo señalado en el apartado anterior sobre la función que tiene la estructura repetitiva de los módulos de habilidades sociales, en algunos pacientes esta estrategia se mostraba claramente insuficiente. Por este motivo, se diseñaron intervenciones que rehabilitaran primero las dificultades neuropsicológicas para,

en un segundo tiempo, hacer efectivas las intervenciones dirigidas a rehabilitar el déficit del funcionamiento social.

La IPT se compone de cinco subprogramas terapéuticos integrados:

1. Subprograma de Diferenciación Cognitiva: pretende mejorar las habilidades cognitivas a través de ejercicios grupales muy estructurados (como búsqueda de sinónimos y antónimos, tarjetas con palabras que hay que adivinar...).
2. Subprograma de Percepción Social: se dirige a mejorar el aprendizaje y la interpretación de las situaciones sociales. Con este objetivo, se utilizan diapositivas que describen situaciones sociales según un nivel de complejidad (mayor o menor número de estímulos y carga emocional asociada).
3. Subprograma de Comunicación Verbal: se dirige a facilitar el respeto y la atención a las comunicaciones de los demás, comprender el contenido de la comunicación, y formular y transmitir respuestas relevantes.
4. Subprograma de Habilidades Sociales: trabaja con situaciones de diferentes áreas sociales, utilizando técnicas de la terapia conductual (instrucción, juego de roles, refuerzo, tareas para casa...).
5. Subprograma de Resolución de Problemas Interpersonales: utiliza la secuencia clásica del enfoque de resolución de problemas, pero en formato grupal.

Los subprogramas iniciales se centran en rehabilitar los trastornos perceptivos y cognitivos, los últimos en rehabilitar el déficit social. El grado de interacción interpersonal y la carga emocional aumentan progresivamente según se van adquiriendo habilidades para tolerarlos. En la medida que aumenta la duración de la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo y al grupo.

#### 4.2.1.5. Terapias de grupo cognitivo conductuales de los síntomas psicóticos (Birchwood & Tarrier, 1995; Chadwick, 2006; Chadwick et al., 1996; Fowler et al., 1995; Kingdon & Turkington, 2008; Valiente, 2002; Wright, 2009)

Utilizan los principios y las técnicas propias de la terapia individual cognitivo conductual (TCC) de los síntomas psicóticos, aplicándolos en un formato grupal e incorporando las sugerencias prácticamente admitidas por todas las escuelas de psicoterapia grupal, teóricas (modelo de factores grupales) y prácticas de Yalom.

La TCC aplica el modelo ABC para explicar los síntomas psicóticos. En el caso de la alucinación se entiende ésta como un suceso activador o antecedente (A); que se presenta en unas determinadas condiciones (desencadenantes ambientales o internos); y que genera una interpretación o creencia sobre la misma (B o belief), que a su vez produce unas consecuencias (C) emocionales o conductuales. En el caso del delirio, éste se ubica como creencia (B) evidenciándose un suceso o sucesos activadores (A) y, de nuevo, unas consecuencias (C) emocionales y conductuales; también se tienen en cuenta las creencias evaluativas subyacentes en torno al propio delirio. Tanto los delirios como las alucinaciones, son reconceptualizados como puntos en un continuo con la normalidad que se definen desde un punto de vista multidimensional. Se definen nuevos modelos etiopatogénicos para los síntomas psicóticos, que son introducidos directamente en la formulación terapéutica.

Se pueden definir una serie de fases o áreas de trabajo:

1. *Compromiso*: tiene una importancia esencial en este tipo de pacientes y se trabaja con múltiples recursos. Se definen unos obstáculos a su establecimiento con el objeto de identificarlos. Se utilizan unas estrategias bien definidas para facilitar el compromiso. Por último, se describen una serie de conductas facilitadoras o habilidades básicas del terapeuta (empatía, autenticidad, aceptación positiva) que se presentan en forma de recursos técnicos.
2. *Evaluación y análisis conductual*: se lleva a cabo un análisis funcional del síntoma.
3. *Promoción de la autorregulación de los síntomas*: a través de estrategias que modifican su frecuencia, intensidad o repercusión. De esta forma los pacientes recuperan cierta capacidad de control sobre sus síntomas.
4. *Educación sobre el modelo de psicosis*: para aumentar el entendimiento sobre el síntoma se educa sobre la formulación cognitiva y el modelo de vulnerabilidad y estrés. Se introducen los modelos etiopatogénicos del delirio (modelo del "sesgo atribucional autoserviente", modelo de la experiencia anómala, modelo de alteración del razonamiento probabilístico, modelos neuropsicológicos de las anomalías en el sistema de control central) y de la alucinación (modelo de la subvocalización, modelos de filtración anómala de la actividad mental, modelos del *input*, y modelo dimensional de las imágenes mentales). Para una mejor comprensión de estos modelos sugerimos la lectura del texto de Valiente (Valiente, 2002) y de Sánchez Gómez et al (Sánchez Gómez, Ruiz Parra & Eguiluz Urruchurtu, 2005).
5. *Creación de un modelo de psicosis en colaboración*: se conforma una teoría individualizada sobre los factores que han intervenido en la formación y mantenimiento de la psicosis. Incluye cinco elementos: identificación de las experiencias anómalas y las creencias delirantes; clarificación de las creencias del paciente sobre las mismas; clarificación de la explicación de estos fenómenos por el paciente; valoración del estado de ánimo, la autoestima y algunos aspectos del funcionamiento cognitivo; e inclusión de los factores de vulnerabilidad personales, biológicos, psicológicos y aprendizajes traumáticos durante el desarrollo.
6. *Modificación de creencias delirantes o interpretaciones paranoides o creencias sobre otros síntomas psicóticos*: se prepara a los pacientes para la intervención y luego se utilizan métodos de reencuadre cognitivo, como el diálogo socrático (dirigido a cuestionar la evidencia sobre la que se apoya la creencia delirante, la consistencia del sistema delirante,...), los autorregistros y los experimentos conductuales. Puede reencuadrarse el delirio como una respuesta entendible para dar sentido a la experiencia.
7. *Modificación de creencias disfuncionales sobre las alucinaciones*: se utilizan los mis-

mos procedimientos. Si bien se definen estrategias para abordar algunas creencias específicas sobre las alucinaciones (poder de la alucinación; obediencia a la misma; e identidad, propósito y significado de las alucinaciones).

8. *Modificación de creencias disfuncionales intermedias y centrales, y de la autoestima negativa:* para favorecer la comprensión del delirio y las alucinaciones en términos de función psicológica, y para reducir la vulnerabilidad, se interviene para conectar las creencias delirantes y sobre las alucinaciones con las creencias evaluativas sobre el yo y sobre los demás. Con este fin se utilizan, además de las técnicas habituales (cuestionamiento socrático, autorregistros y experimentos conductuales), otras técnicas, como registros de continuo cognitivo, juegos de rol emocionales, uso de otros como puntos de referencia, actuar “como si”, uso específico de la autorrevelación, uso de metáforas, “prueba histórica de las creencias centrales” y reconstrucción de memorias tempranas.
9. *Prevención de recaídas:* a través del desarrollo de estrategias de afrontamiento de futuros problemas.

Por otro lado, diversos autores están definiendo técnicas de intervención dirigidas a otras áreas sintomáticas distintas al delirio o las alucinaciones, como, por ejemplo, las técnicas dirigidas al manejo de los trastornos del curso del pensamiento (Wright, 2009).

#### 4.2.2. Terapia de grupo dinámica

Bajo este epígrafe pueden hallarse intervenciones grupales de muy variada índole. Algunas con elementos contrapuestos entre sí. Podríamos distinguir tres tipos de aproximaciones: las aproximaciones psicoanalíticas, las aproximaciones grupoanalíticas y del grupo como un todo, y las aproximaciones interpersonales (Schermer & Pines, 1999).

No obstante, en el 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.

En este sentido los primeros enfoques que se aplicaron desde el punto de vista psicoanalítico favorecían una regresión extrema para luego reconstruir la estructura psíquica del sujeto. Esta actitud favorecía que muchos pacientes empeoraran en su enfermedad. Además, en relación a los pacientes en los que podría producir una mejoría, la probabilidad de llevar a cabo un tratamiento tan intensivo, duradero y, por lo tanto, costoso, era prácticamente inexistente.

Actualmente, la mayoría de los terapeutas que trabajan en este enfoque, o lo integran con otros enfoques, 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. En el caso de pacientes con trastornos mentales graves la terapia ha de estar orientada a objetivos o ser focal. Se elude, por otro lado, la interpretación y el análisis de las experiencias infantiles o del desarrollo. El fortalecimiento de las funciones del yo, especialmente la prueba de realidad, se convierte en un objetivo prioritario. Por último, la relación transferencial con el terapeuta se considera esencial para el establecimiento y la continuación del tratamiento (Urlic, 1999). Más allá de las diferentes conceptualizaciones de las diversas escuelas se aprecia una tendencia a la convergencia en los puntos señalados anteriormente.

Dada la amplia variedad de enfoques presentes hemos decidido hacer una somera referencia a los mismos.

En lo que se refiere a la terapia de grupo psicoanalítica fundamentalmente podemos encontrar intervenciones grupales basadas en la teoría de las relaciones objetales (Kibel, 1981) y en la psicología del self (Josephs & Juman, 1985). Respecto al grupoanálisis destacamos a autores como Sandison (Sandison, 1991) y Urlic (Urlic, 1999), que han adaptado las conceptualizaciones de Foulkes (Foulkes, 2007a; Foulkes, 2007b; Foulkes, 2007c; Foulkes & Anthony, 2007) al tratamiento de pacientes psicóticos. Malawista & Malawista (Malawista & Malawista, 1988) y Johnson et al (Johnson, Geller, Gordon & Wexter, 1986) trabajan con conceptos relacionados con el grupo como un todo, concepto desarrollado fundamentalmente por Bion (Bion, 2000). Quizás, una de las aportaciones a la psicoterapia

de grupo de orientación dinámica más interesantes desde el punto de vista teórico y técnico sea la propuesta por García Badaracco (García Badaracco, 1992), que propone un modelo de tratamiento en comunidad terapéutica para los trastornos mentales graves basado en los conceptos psicoanalíticos.

Mención aparte merecen las aproximaciones interpersonales en el tratamiento de la esquizofrenia. De hecho, Yalom (Vinogradov & Yalom, 1996; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005), el principal autor de esta corriente, realizó un buen número de propuestas que hoy en día son comúnmente aceptadas por los terapeutas grupales, sean de la orientación que sean. 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 internados (Yalom, 1983).

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.

#### 4.2.3. Terapia de grupo integradora

Si bien en la práctica de los anteriores modelos se producen grados variables de integración, el principal enfoque de terapia de grupo integradora definido específicamente como tal es el propuesto por Kanas (Kanas, 1996). Es un modelo que recoge las influencias del modelo psicoeducativo, dinámico e interpersonal.

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 mejora de la interacción interpersonal. Se trata de eliminar las desventajas de cada enfoque por separado: el *enfoque psicoeducativo* presta escasa atención sobre las necesidades interpersonales, no permite realizar correcciones sobre las inte-

racciones desadaptativas que se producen en el aquí y ahora, y puede no cubrir temas que sean de especial relevancia para los miembros del grupo; el *enfoque dinámico* puede favorecer la regresión y ser muy ansiogeno, y por lo tanto, exacerbar los síntomas psicóticos; y el *enfoque interpersonal* aborda escasamente la sintomatología psicótica y puede resultar ansiogeno.

Cada sesión se divide en tres fases secuenciales que se reproducen a lo largo de la misma y de distintas sesiones: elección libre del tema, discusión y afrontamiento de las dificultades. El formato es semiestructurado. La selección del tema la realizan los propios pacientes y abarca el espectro sintomático e interpersonal propio de los mismos.

La actitud del terapeuta es semidirectiva, manteniéndose expectante cuando el grupo interactúa correctamente y proveyendo de estructura, resumiendo, animando a la participación de los pacientes. Los temas interpersonales habitualmente no se introducen inicialmente y necesitan de la instauración de cierto grado de cohesión.

#### 4.3. MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Se ha decidido presentar el manual elaborado de forma anexa al informe para facilitar su lectura independiente.

#### 4.4. PROPUESTAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN LAS ESTRUCTURAS AMBULATORIAS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

Tras la evaluación de los recursos de fácil disponibilidad con los que cuenta el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza nos hemos decantado por proponer un modelo de implantación en tres fases:

- Fase 1: Formación.
- Fase 2: Puesta en marcha de grupos en distintos dispositivos.
- Fase 3: Supervisión.

En la fase de formación proponemos el uso de la siguiente metodología:

- Publicación del manual: en este sentido los informes presentados a OSTEBA han sido habitualmente publicados por el Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, y el manual se presentará como un anexo del mismo. Por otro lado, la versión pdf de documento será accesible en la página web de Osteba: [www.osanet.euskadi.net:80/r85-20359/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_oste-ba/es\\_1215/pubost.html](http://www.osanet.euskadi.net:80/r85-20359/es/contenidos/informacion/publicaciones_oste-ba/es_1215/pubost.html).
- Difusión del documento en formato pdf por medio de las páginas web [www.osakidetza.net](http://www.osakidetza.net) (que se consulta sólo desde ordenadores del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza), [www.osakidetza.euskadi.net](http://www.osakidetza.euskadi.net) (accesible desde ordenadores externos a los del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza), [www.osanet.euskadi.net](http://www.osanet.euskadi.net), [www.saludmentalbizkaia.org](http://www.saludmentalbizkaia.org) (Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia), [www.saludmentallava.org](http://www.saludmentallava.org) (Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Araba), [www.osakidetza.euskadi.net/v19-smeghome/es/](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-smeghome/es/) (Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa), [www.hospitalbasurto.com](http://www.hospitalbasurto.com) (Hospital de Basurto), [www.hospitalcruces.com](http://www.hospitalcruces.com) (Hospital de Cruces), [www.hospitalzamudio.org](http://www.hospitalzamudio.org) (Hospital de Zamudio) y [www.hospitaldonostia.org](http://www.hospitaldonostia.org) (Hospital de Donostia), así como cualquier otra página web que pudiera considerarse de interés por ser habitualmente consultada por los profesionales.
- Comunicación a los centros de Salud Mental y Hospitales, por las vías habituales de difusión, de la existencia del documento y la posibilidad de utilizar el recurso por parte de distintos niveles profesionales (DUE, psiquiatras y psicólogos).
- Organización de talleres en las distintas Organizaciones de Servicios, con la debida publicidad de los mismos. El equipo responsable del proyecto ha elaborado material para la realización de dichos talleres (presentaciones de diapositivas).

En la fase de puesta en marcha de los grupos en los distintos dispositivos de salud, el objetivo sería favorecer la accesibilidad a los promotores

del proyecto para resolver dudas o solicitar aclaraciones. En los talleres se aportaría a los participantes una dirección de correo electrónico de referencia y se animaría a utilizarla si lo considerasen oportuno (EDUARDO.RUIZPARRA@osakidetza.net). Se sugiere iniciar la intervención en su forma abreviada temporalmente y sólo si existe mayor experiencia pasar a realizar nuevos grupos de mayor duración o secuenciales.

En la fase de supervisión sugerimos utilizar un formato de supervisión en grupo, a ser posible con una periodicidad mensual, en la que los terapeutas de los grupos puedan participar a lo largo del periodo de ejecución de su primer grupo completo en esta modalidad.

#### 4.5. DISEÑO DEL ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO QUE EVALÚE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN MANUALIZADA

Se diseñó un protocolo de ensayo clínico (ECA) para la evaluación de la efectividad de la intervención propuesta. El documento que refleja dicho protocolo, y que fue presentado al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de Basurto (CEIC) para la aprobación del proyecto de investigación, se anexa al final de este informe junto con su propio índice y referencias bibliográficas.

A modo de síntesis referiremos que el estudio es un ensayo controlado aleatorizado comparando dos intervenciones: una intervención terapéutica grupal integradora de corta duración (TGI-CD) con “tratamiento habitual” concomitante versus “tratamiento habitual” (TH). Las evaluaciones se realizarán básicamente, a los seis meses, a los 12 meses y a los 18 meses. La duración total del estudio es de 20 meses incluido el reclutamiento (dos meses). El estudio se está llevando a cabo en el Hospital de Basurto (Bilbao). El objetivo principal del estudio es valorar si la adición de una intervención grupal integradora ambulatoria de breve duración (20 sesiones), al tratamiento habitual, producirá como efecto una mejor evolución clínica en los pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia, que se evidenciará por una menor “discontinuación” de la pauta farmacológica antipsicótica inicial. Se describen otros objetivos secundarios.

#### 4.6. PUESTA EN MARCHA DEL ENSAYO CLÍNICO

Como se ha señalado, se presentó el protocolo de investigación al CEIC, que, tras su evaluación lo aprobó.

En el momento actual esta en marcha la fase de reclutamiento y recogida de datos basales. Los pacientes son reclutados en la unidad de hospi-

talización, donde se solicita su consentimiento informado, se realiza una evaluación diagnóstica estructurada estandarizada y se recogen parte de los datos basales. Al alta se completan algunos de los datos basales y se incorpora a los pacientes a un seguimiento ambulatorio en las propias consultas externas del Hospital de Bar-surto. Todavía no se ha realizado la aleatorización de los sujetos de la muestra.





## 5. CONCLUSIONES

---



Como previamente hemos señalado, la asistencia psicoterapéutica a los pacientes con trastornos psicóticos en entornos de salud pública requiere, probablemente, del uso de intervenciones grupales o limitadas en el tiempo de demostrada eficacia. Idealmente la combinación de ambas características podría ser la mejor de las opciones. Además, puede ser necesario que el aprendizaje de las mismas sea relativamente sencillo y puedan ser realizadas por profesionales con distintos niveles de formación psicoterapéutica.

En este sentido, tanto el *entrenamiento en habilidades sociales* como la *terapia psicológica integrada*, son dos intervenciones grupales que se han demostrado efectivas en la mejora de distintas dimensiones de la enfermedad. No es posible afirmar esto de intervenciones como la *terapia grupal cognitivo conductual* de los síntomas psicóticos, ni de la *terapia grupal psicoeducativa*. Esta última cumple con algunas de las características señaladas previamente: su aprendizaje es sencillo, es una intervención de duración limitada y grupal, y puede ser llevada a cabo por profesionales con diversa formación psicoterapéutica. Sin embargo, no hay 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 realizado (Pekkala & Merinder, 2005) 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 grupales.

El *entrenamiento en habilidades sociales* ha sido, probablemente, el tipo de intervención psicoterapéutica más utilizado en los últimos años. No obstante, en la práctica clínica, su utilización ha tendido a confinarse en entornos altamente estructurados, como unidades de rehabilitación, hospitales de día o entornos residenciales. Si bien, es una intervención manualizada y estandarizada relativamente sencilla de aprender y bien definida, que aparentemente podría ser utilizada en entornos comunitarios, el caso es que requiere de un grado de organización importante y de unas necesidades de espacio y material que limitan su utilización en el entor-

no ambulatorio estándar. Por otro lado, se ha postulado que la estructura modular facilita una individualización de los tratamientos, dado que se pueden seleccionar los módulos oportunos que pueden cubrir las necesidades individuales de un paciente dado. En nuestro entorno es difícil que se pueda dar la circunstancia de que exista un número amplio de módulos distintos abiertos a un tiempo, ni siquiera en los entornos estructurados de más peso. Probablemente la misma situación se da en otros entornos, con la excepción de unidades específicas con un gran volumen de pacientes, como la que promovió dicha intervención.

La *terapia psicológica integrada* es una intervención que probablemente, a pesar de sus evidentes ventajas, adolece de los mismos problemas que el entrenamiento en habilidades sociales. Además, se suma que es una intervención que requiere de un mayor grado de formación psicoterapéutica, y los requerimientos de organización y materiales son aún mayores. El programa completo puede ser de especial utilidad para obtener una mejora en el funcionamiento en el subgrupo de pacientes con un mayor deterioro neuropsicológico. Los subprogramas iniciales podrían ser difíciles de admitir por pacientes con un nivel cognoscitivo más normalizado.

Nuestro modelo de psicoterapia grupal integradora trata de dar salida a alguno de los problemas mencionados. Se ha diseñado como una intervención que requiere pocas necesidades estructurales y materiales, se adapta de forma conjunta a las distintas necesidades que pueden tener los pacientes del grupo, y puede llevarse a cabo fácilmente en entornos menos estructurados, del tipo de los entornos ambulatorios habituales. En su forma más básica no requiere, por parte del terapeuta, de un grado importante de formación en psicoterapia. El aprendizaje del modelo es sencillo. Puede ser llevado a cabo por distintos tipos de profesionales de la salud mental. El formato grupal permite la asistencia a un mayor número de pacientes y, como antes hemos señalado, facilita la resolución parcial de los problemas con la relación terapéutica que suelen presentar este tipo de pacientes. Por otro lado, si los terapeutas lo desean, pueden elegir entre un enfoque limitado en el tiempo, secuencial y de larga duración, en dependencia

de los recursos de tiempo y la carga asistencial del centro.

Nuestra experiencia clínica con este modelo era satisfactoria. Sin embargo, se advertía la necesidad de demostrar su eficacia a través de una metodología adecuada. En este sentido el primer paso ha sido la manualización del modelo, tal y como se publica en el presente trabajo. La manualización cumpliría varias funciones. Quizás las más importantes para nosotros en este momento son permitir la investigación sobre el modelo, facilitar la diseminación del mismo y permitir la formación de otros profesionales.

Después de revisar las fortalezas y dificultades metodológicas que presentan los trabajos de in-

vestigación realizados en psicoterapia de grupo en este tipo de pacientes, realizamos el diseño de un ensayo clínico aleatorizado que comparará la intervención propuesta con el tratamiento habitual. Tras la aprobación del protocolo de ensayo clínico por parte del respectivo comité ético de investigación clínica hemos iniciado la realización de un ensayo clínico, actualmente en fase de reclutamiento.

Paralelamente, hemos realizado una serie de propuestas para facilitar la diseminación del modelo en nuestra red de salud mental, que hacen hincapié en la metodología empleada para facilitar el aprendizaje del modelo y su utilización efectiva.

## BIBLIOGRAFÍA

---



1. Alexander F, & French T. M. Psychoanalytic therapy: Principles and application. New York: University of Nebraska Press.1980.
2. American Psichiatic Asociation (APA). Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. Barcelona: Ars Medica. 2005.
3. American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV-TR*. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. 2002.
4. Anderson CM, Reiss D, & Hogarty G. Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 2001.
5. Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, & Liberman R. P. Training persons with schizophrenia in illness self-management: A randomized controlled trial in japan. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 2002; 53(5): 545-7.
6. Atkinson J. M, Coia, D, A, Gilmour, W, H, & Harper, J. P. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1996; 168(2): 199-204.
7. Ayerra J. M, & López Atienza J. L. El grupo multifamiliar: Un espacio sociomental. *Avances En Salud Mental Relacional. Revista Internacional On-Line*. 2003; 2(1).
8. Barrowclough C, Haddock G. Lobban F, Jones S, Siddler R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 2006; 189: 527-32.
9. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel R. R, & Kesslering W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-Year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich psychosis information project study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 68(6):854-61.
10. Beal D, Duckro P, Elias J, & Hecht E. Graded group procedures for long term regressed schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1977; 164(2): 102-106.
11. Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004; 110(1): 21-8.
12. Bechdolf A, Köhn D, Knost B, Pukrop R, & Klosterkötter J. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: Outcome at 24 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005; 112(3): 173-9.
13. Beitman B. D, & Yue D. Learning psychotherapy: A time-efficient, research-based, and outcome-measured psychotherapy training program. New York: W.W. Norton. 2004a.
14. Beitman B. D, & Yue D. *Psicoterapia: Programa de formación*. Barcelona: Masson. 2004b.
15. Bellack A. S. *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: Guilford Press. 2004.
16. Bellack A. S, Turner S. M, Hersen M, & Luber R. F. An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital & Community Psychiatry*. 1984; 35(10): 1023-8.
17. Ben-Yishay Y, & Diller L. Cognitive remediation in traumatic brain injury: Update and issues. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1993; 74(2): 204-13.
18. Bender W, Gerz L, John K, Mohr F, Vaitl P, & Wagner U. Kognitive therapieprogramme bei patienten mit schizophrener residual-symptomatik. *Untersuchungen über wirksamkeit und klinische erfahrungen. Neuropsychiatrie*.1987; 2: 212-217.
19. Benton M. K, & Schroeder H. E. Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1990; 58(6):741-7.
20. Bion W. *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.2000.

21. Birchwood M. J, & Tarrrier N. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel. 1995.
22. Blumenthal S, Bell V, Schüttler R, & Vogel R. Ausprägung und entwicklung von basis-symptomen bei schizophre nen patienten nach einem kognitiven therapieprogramm. Schizophrenie.1993; 8: 20-28.
23. Bousoño M, González Torres M. A, Montejo A. L, Mayoral F, Olivares J. M, Ros S, et al. *Guia GEOPTe 2005*. Madrid: Ed Lilly SA. 2005.
24. Bradshaw W. Structured group work for individuals with schizophrenia: A coping skills approach. *Research on Social Work Practice*.1996; 6(2); 139.
25. Brenner H. D, Hodel B, Kube G, & Roder V. Kognitive therapie bei schizophre nen: Problemanalyse und empirische ergebnisse. [Cognitive therapy of schizophrenic patients: Problem analysis and empirical results]. *Der Nervenarzt*. 1987; 58(2); 72-83.
26. Brenner H. D, Seeger G, & Stamke W. G. Evaluation eines spezifischen therapieprogramms zum training kognitiver und kommunikativer fähigkeiten in der rehabilitation cronisch schizophre ner patienten in einem naturalistischen feldexperiment. In D. Hautzinger, & W. Schulz (Eds.), *Klinische psychologie und psychotherapie*. Tübingen: GWG/DGVT.1980; 31-46
27. Brenner H. D, Stamke W. G, & Brauchli B. Integriertes psychologisches therapieprogramm bei chronisch schizophre nen patienten: Untersuchungen zur differentialindikation. In H. Helmchen, M. Linden, & U. Rueger (Eds.), *Psychotherapie in der psychiatrie*. Berlin: Springer. 1982; 77-85.
28. Briand C, Bélanger R, Hamel V, Nicole L, Stip E, Reinharz D, et al. Implantation multisite du programme integrated psychological treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée. [Implementation of the multi-site integrated psychological treatment (IPT) program for people with schizophrenia. Elaboration of renewed version]. *Santé Mentale Au Québec*. 2005; 30(1): 73-95.
29. Briand C, Lesage A, Lalonde P, & et al. The IPT for patients with schizophrenia: Evidence of effectiveness during program implementation in various sites in Quebec, Canada. *Schizophrenia Research*.2003; 60(Suppl 1): 320.
30. Brown M. A, & Munford A. M. Life skills training for chronic schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1983; 171(8): 466-70.
31. Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, & Hornung W. P. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: Results of a 2-year follow-up.. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997; 96(6): 483-91.
32. Cañamares J, Castejón M, Florit A, González J, Hernández J. A, & Rodríguez A. E. *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis. 2001.
33. Chadwick P. *Person-Based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 2006.
34. Chadwick P, Birchwood M. J, & Trower P. *Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia*. Chichester; New York: Wiley. 1996.
35. Chien H. C, Ku C. H, Lu R. B, Chu H, Tao Y. H, & Chou K. R. Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia.. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003; 17(5): 228-36.
36. Corrigan P. W. Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1991; 22(3), 203-10.
37. Dalal F. *Taking the group seriously: Towards a post-foulkesian group analytic theory*. London; Philadelphia: J. Kingsley. 1998.
38. Daniels L. A group cognitive-behavioral and process-oriented approach to treating the social impairment and negative symptoms associated with chronic mental illness. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1998; 7(2): 167.
39. Dobson D. J, McDougall G, Busheikin J, & Aldous J. Effects of social skills training and



- social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington D.C.)* 1995; 46(4): 376-80.
40. Eckman T. A, Wirshing W. C, Marder S. R, Liberman R. P, Johnston-Cronk K, Zimmermann K, et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*. 1992; 149(11): 1549-55.
  41. Eguiluz I. Evolución actitudinal y clínica de pacientes esquizofrénicos a través de su participación en grupos de medicación. Thesis, Lejona: Universidad del País Vasco. 1987.
  42. Eguiluz I, González Torres M. A, & Guimón J. Psychoeducational groups in schizophrenic patients. In J. Guimón, W. Fischer, & N. Sartorius (Eds.), *The image of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment*. Basel: Karger. 1999.
  43. Eguiluz I, González Torres M. A, Muñoz P, Guadilla M, & Gonzalez G. Evaluación de la eficacia de los grupos psicoeducativos en pacientes esquizofrénicos. *Actas Luso Españolas De Neurología Psiquiatría Y Ciencias Afines*. 1998; 26(1), 29-34.
  44. Eguiluz I, González Torres M. A, Muñoz P, Anguiano J. B, & Fernández Rivas A. Grupos psicoeducativos en esquizofrenia. *Anales De Psiquiatría*. 1998; 14, 42-49.
  45. Erikson E. H. *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós. 2000.
  46. Falloon I. R. H, Boyd J. L, & McGill C. W. *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press. 1984.
  47. Falloon I. R. H, Laporta M, Fadden G, & Graham-Hole V. *Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills*. London; New York: Routledge. 1993.
  48. Finch B. E, & Wallace C. J. Successful interpersonal skills training with schizophrenic inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977; 45(5): 885-90.
  49. Foulkes S. H. *Grupoanálisis terapéutico*. Barcelona: Cegaop Press. 2007<sup>a</sup>.
  50. Foulkes S. H. *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegaop Press. 2007<sup>b</sup>.
  51. Foulkes S. H. *Psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegaop Press. 2007<sup>c</sup>.
  52. Foulkes S. H, & Anthony E. J. *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaop Press. 2007.
  53. Fowler D. R, Garety P. A, & Kuipers L. *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester; New York: Wiley, 1995.
  54. Fuentes I, García S, Ruiz J. C, Soler M. J, & Roder V. Social perception training in schizophrenia: A pilot study. *Int J Psychology and Psychological Therapy*. 2007; 7(1): 1-12.
  55. Funke B, Reinecker H, & Commichau A. Grenzen kognitiver Therapiemethoden bei schizophrenen Langzeitpatienten. [The limits of cognitive training methods in long-term schizophrenic patients]. *Der Nervenarzt*. 1989; 60(12): 750-6.
  56. Gabbard G. O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. 2005.
  57. García Badaracco J. E. *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones. 1992.
  58. García S, Fuentes I, Ruiz J. C, Gallach E, & Roder V. Application of the IPT in a Spanish sample: Evaluation of the "social perception subprogramme". *Int J Psychol Psychol Ther*. 2003; 3(2): 299-310.
  59. González Torres M. A, & 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.
  60. González Torres M. A, Abeijón Merchán J. A, Bustamante Madariaga S, Elizagárate Zabala E, Larrínaga Vélez M, Lasa Zulueta A, et al. Informe de evaluación. Abordaje de los trastornos de la personalidad en la red

- de salud mental del País Vasco. Proyecto de investigación comisionada. Vitoria-Gazteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco. 2007.
61. Goulet J, Lalonde P, Lavoie G, & Jodoin F. Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez de jeunes psychotiques. [Effect of patient education on neuroleptic treatment of young psychotic patients]. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie.* 1993; 38(8): 571-3.
  62. Granholm E, McQuaid J. R, McClure F. S, Auslander L. A, Perivoliotis D, Pedrelli P, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry.* 2005; 162(3): 520-9.
  63. Granholm E, McQuaid J. R, McClure F. S, Link P. C, Perivoliotis D, Gottlieb J. D, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-Month follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2007; 68(5): 730-7.
  64. 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.
  65. Guimón J. *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas.* Madrid: Biblioteca Nueva. 2003.
  66. Gutride M. E, Goldstein A. P, & Hunter G. F. The use of modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1973; 40(3): 408-15.
  67. Halperin S, Nathan P, Drummond P, & Castle D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2000; 34(5): 809-13.
  68. Harper-Giuffre H, MacKenzie K. R, & Sivitilli D. Interpersonal group psychotherapy. In H. Harper-Giuffre, & K. R. MacKenzie (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders.* American Psychiatric Press Inc. 1992; 105-45.
  69. Hayes R. L, Halford W. K, & Varghese F. T. Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning\*. *Behavior Therapy.* 1995; 26(3): 433-449.
  70. Heim M, Wolf S, Göthe U, & Kretschmar J. Kognitives training bei schizophrenen erkrankungen. [Cognitive training in schizophrenic diseases]. *Psychiatrie, Neurologie, Und Medizinische Psychologie.* 1989; 41(6): 367-75.
  71. Hermanutz M, & Gestrich J. Kognitives training mit schizophrenen. [Cognitive training of schizophrenic patients. Description of the training and results of a controlled therapeutic study]. *Der Nervenarzt.* 1987; 58(2): 91-6.
  72. Hodel B. Reaktionsdefizite und ihre wirkungen auf den therapieerfolg bei schizophren erkrankten. *Schizophrenie.* 1994; 9: 31-38.
  73. Hogarty G. E. *Personal therapy for schizophrenia and related disorders: A guide to individualized treatment.* New York Guilford Press. 2000.
  74. Hogarty G. E, & Flesher S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1999a; 25(4): 677.
  75. Hogarty G. E, & Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1999b; 25(4): 693.
  76. Hogarty G. E, & Greenwald D. P. *Cognitive enhancement therapy: The training manual.* University of Pittsburgh Medical Center Available At: [Http://Www. Cognitivenenhancementtherapy. Com.](http://www.cognitivenenhancementtherapy.com) 2006.
  77. Hogarty G. E, Anderson C. M, Reiss D. J, Kornblith S. J, Greenwald D. P, Javna C. D, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia.

- I. One-Year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion.. Archives of General Psychiatry. 1986; 43(7): 633-42.
78. Hogarty G. E, Anderson C. M, Reiss D. J, Kornblith S. J, Greenwald D. P, Ulrich R. F, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-Year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal indicators in the course of schizophrenia (EPICS) research group. Archives of General Psychiatry. 1991; 48(4): 340-7.
  79. Hogarty G. E, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior.. Archives of General Psychiatry. 2004; 61(9): 866-76.
  80. Hogarty G. E, Greenwald D. P, & Eack S. M. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy.. Psychiatric Services (Washington, D.C.). 2006; 57(12): 1751-7.
  81. Hogarty G. E, Greenwald D, Ulrich R. F, Kornblith S. J, DiBarry A. L, Cooley S, et al. Three-Year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. The American Journal of Psychiatry. 1997; 154(11): 1514-24.
  82. Hornung W. P, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G, & Reker T. Long-Term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons--results of a five-year follow-up. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1999; 249(3): 162-7.
  83. Hornung W. P, Kieserg A, Feldmann R, & Buchkremer G. Psychoeducational training for schizophrenic patients: Background, procedure and empirical findings.. Patient Education and Counseling. 1996; 29(3): 257-68.
  84. Hornung W. P, Klingberg S, Feldmann R, Schonauer K, & Schulze Mönking H. Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training: Results of a 1-year follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998; 97(3): 213-9.
  85. Hubmann W, John K, Mohr F, Kreuzer S, & Bender W. Soziales verhaltenstraining mit chronisch schizophrenen patienten. In R. Schüttler (Ed.), Theorie und praxis kognitiver therapieverfahren bei schizophrenen patienten. München: Zuckschwerdt. 1991; 118-28.
  86. Johnson D, Geller J, Gordon J, & Wexler B. E. Group psychotherapy with schizophrenic patients. The pairing group. International Journal of Group Psychotherapy. 1986; (36): 75.
  87. Josephs L, & Juman L. The application of self psychology principles to long-term group therapy with schizophrenic inpatients. *Group*, 9, 21. 1985.
  88. Kanas N. Group therapy for schizophrenic patients. Washington DC: American Psychiatric Press. 1996.
  89. Kanas N, Rogers M, Kreth E, Patterson L, & Campbell R. The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization. A controlled study. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1980; 168(8): 487-92.
  90. Kaplan H. I, Sadock B. J, & Sadock V. A. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004.
  91. Kibel H. D. A conceptual model for short-term inpatient group psychotherapy. American Journal of Psychiatry. 1981; 138(1): 74.
  92. Kingdon D. G, & Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia. New York: Guilford Press. 2008.
  93. Kingsep P, Nathan P, & Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2003; 63(1-2): 121-9.
  94. Kopelowicz A, Wallace C. J, & Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: A brief method of im-

- proving the continuity of care.. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.). 1998; 49(10): 1313-6.
95. Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez Smith V, Mintz J, & Liberman R. P. Disease management in latinos with schizophrenia: A family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*. 2003; 29(2): 211-27.
  96. Kraemer S, Sulz K. H, Schmid R, & Lässle R. Kognitive therapie bei standardversorgten schizophre nen patienten. [Cognitive therapy of schizophrenic patients managed by standard means]. *Der Nervenarzt*. 1987; 58(2): 84-90.
  97. Kraemer S, Zinner H. J, Riehl T, Gehringer M, & Möller H. J. Kognitive therapie und verhaltenstraining zur förderung sozialer kompetenz für chronisch schizophrene patienten. In G. E. Küne, H. D. Brenner, & G. Huber (Eds.), *Kognitive therapie bei schizophre nen*. Jena: Gustav Fischer. 1990; 73-82.
  98. Kuipers E, Leff J. P, & Lam D. *Esquizofrenia: Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós. 2004.
  99. Kurtz M. M, & Mueser K. T. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(3): 491-504.
  100. Lawrence R, Bradshaw T, & Mairs H. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006; 13(6): 673-81.
  101. Leff J. P. *Advanced family work for schizophrenia: An evidence-based approach*. London: Gaskell. 2005.
  102. Lemos Giráldez S, Vallina Fernández O, García Saiz A, Gutiérrez Pérez A. M, Alonso Sánchez M, & Ortega Ferrández J. A. [Evaluation of the effectiveness of integrated psychological therapy in long-term evolution of patients with schizophrenia]. *Actas Españolas De Psiquiatría*. 2004; 32(3): 166-77.
  103. Levin D, Diamond R, & Goldstein S. A study of alternating leadership for group psychotherapy in an aftercare clinic. *Perspect Psychiatr Care*. 1985; 23(1): 33-8.
  104. Levine J, Barak Y, & Granek I. Cognitive group therapy for paranoid schizophrenics: Applying cognitive dissonance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998; 12(1): 3-12.
  105. Lewis L, Unkefer E. P, O'Neal S. K, Crith C. J, & Fultz J. Cognitive rehabilitation with patients having persistent, severe psychiatric disabilities.. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003; 26(4): 325-31.
  106. Liberman R. P. *Rehabilitacion integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martinez Roca. 1993.
  107. Liberman R. P, Wallace C. J, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro J. V, & Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*. 1998; 155(8): 1087-91.
  108. Liberman R. P, Wallace C. J, Falloon I. R, & Vaughn C. E. Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. *Comprehensive Psychiatry*. 1981; 22(6): 627-30.
  109. Lieberman J. A, Stroup T. S, McEvoy J. P, Swartz M. S, Rosenheck R. A, Perkins D. O, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*. 2005; 353(12): 1209-23.
  110. Lockwood C, Page T, & Conroy-Hiller T. Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. *JBH Reports*. 2004; 2(10): 309-338.
  111. Lukoff D, Wallace C. J, Liberman R. P, & Burke K. A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 1986; 12(2): 274.
  112. MacKenzie K. R. *Introduction to time-limited group psychotherap*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1990.
  113. MacKenzie K. R. *Time-Managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1997.

114. MacKenzie K. R, & Harper-Giuffre H. Introduction to group concepts. In H. Harper-Giuffre & K. R. MacKenzie (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders*. Amer Psychiatric Pub Inc. 1992; 29-51.
115. Malawista K. L, & Malawista P. L. Modified group as a hole psychotherapy with chronic psychotic patients. *Bull Meninger Clin*. 1988; 52- 114.
116. Malmberg L, & Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (3), CD001360. 2001.
117. Marder S. R, Wirshing W. C, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman T. A, et al. Two-Year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia.. *The American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(12): 1585-92.
118. Martindale P. B, Bateman A, Crowe M, & Margison F. *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell. 2000.
119. MartínezAzumendi O. El concepto de matriz en el grupoanálisis. *Clínica Y Análisis Grupal*. 1990; 12(55): 407-424.
120. Mausbach B. T, Bucardo J, McKIBBIN C. L, Goldman S. R, Jeste D. V, Patterson T. L, et al. Evaluation of a culturally tailored skills intervention for latinos with persistent psychotic disorders. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2008; 11(1), 61-75.
121. McFarlane W. R. *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: The Guilford Press. 2004.
122. Meder M, Morawiec M, & Sawicka S. Evaluation of the medication management module in Poland. *International Review of Psychiatry*, 1998; 10: 62-66.
123. Merinder L. B, Viuff A. G, Laugesen H. D, Clemmensen K, Misfelt S, & Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: A randomized controlled trial regarding its effectiveness.. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999; 34(6): 287-94.
124. Merlo M. C. G, Perris C, & Brenner H. D. *Cognitive therapy with schizophrenic patients: The evolution of a new treatment approach*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers. 2002.
125. Miller T. W, Wilson G. C, & Dumas M. A. Development and evaluation of social skills training for schizophrenic patients in remission.. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*. 1979; 17(6): 42-6.
126. Millson R. C, Smith A. P, Koczapski A. B, Cook M. I, Kragelj T. L, & Glackman W. B. Self-Induced water intoxication treated with group psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*. 1993; 150(5): 825-6.
127. Mueser K. T, & Penn D. L. Correspondence: Meta-Analysis examining the effects of social skills training on schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2004; 34(7): 1365-7.
128. Mueser K. T, Aalto S, Becker D. R, Ogden J. S, Wolfe R. S, Schiavo D, et al. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 2005; 56(10): 1254-60.
129. Muñoz P, Gonzalez Torres M. A, Anguiano J. B, 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 Psicosomática*. 2001; 22(5): 5-11.
130. Nadeem Z, McIntosh A, & Lawrie S. Schizophrenia. *Clinical Evidence*. 2007; (10): 1208-37.
131. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence. 2000.
132. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Gaskell. 2006.
133. Norcross J. C, & Goldfried M. R. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press. 2005.

134. O'Brien C. P, Hamm K. B, Ray B. A, Pierce J. F, Luborsky L, & Mintz J. Group vs individual psychotherapy with schizophrenics. A controlled outcome study. *Archives of General Psychiatry*. 1972; 27(4): 474-8.
135. Olbrich R, & Mussgay L. Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training: An evaluative study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*. 1990; 239(6): 366-9.
136. OMS. *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor. 1992.
137. Patterson T. L, Mautsach B. T, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, & Jeste D. V. Functional adaptation skills training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 2006; 86(1-3): 291-9.
138. Pekkala E, & Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (4), CD002831. 2005.
139. Penadés R, Boget T, Catalán R, Bernardo M, Gastó C, & Salamero M. Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2003; 63(3): 219-27.
140. Peter K, Glaser A, & Kühne G. E. Erste Erfahrungen mit der kognitiven Therapie schizophrener. [Initial experiences with cognitive therapy of schizophrenic patients]. *Psychiatrie, Neurologie, Und Medizinische Psychologie*. 1989; 41(8): 485-91.
141. Peter K, Kühne G. E, Schlichter A, Haschke R, & Tennigkeit M. Ergebnisse der kognitiven Therapie und der Verlauf schizophrener Psychosen im ersten bis zweiten Jahr nach der Entlassung. Zur Problematik und Langzeitwirkung kognitiver Therapie. In H. D. Brenner, & W. Böker (Eds.), *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Bern: Huber. 1992; 350-61.
142. Pfammatter M, Junghan U. M, & Brenner H. D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32 (Suppl 1): 564-80.
143. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-Analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*. 2002a; 32(5): 783-91.
144. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-Analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy.. *Psychological Medicine*. 2002b; 32(5): 763-82.
145. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel R, Wagner M, & Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich psychosis information project study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67(3): 443-52.
146. Roder V. Evaluation einer kognitiven schizophrenietherapie. In G. E. Kühne, H. D. Brenner, & G. Huber (Eds.), *Kognitive Therapie bei Schizophrenen*. Jena: Gustav Fischer. 1990; 27-39.
147. Roder V, Brenner H. D, Hodel B, & Kienzie N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Madrid: Ariel. 1996.
148. Roder V, Mueller D. R, Mueser K. T, & Brenner H. D. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32 (Suppl 1): 581-93.
149. Roder V, Studer K, & Brenner H. Erfahrungen mit einem integrierten psychologischen Therapieprogramm zum Training kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten in der Rehabilitation schwer chronisch schizophrener Patienten. [Experiences with an integrated psychological therapy program for training communication and cognitive abilities in the rehabilitation of severely ill chronic schizophrenic patients]. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie (Zurich, Switzerland)*: 1985. 1987; 138(1): 31-44.

150. Roder V, Zorn P, & Brenner H. D. Kognitiv-Behaviorale programme für schizophrene erkrankte zum aufbau sozialer kompetenz im wohn-arbeits-und freizeitbereich: Überblick und empirische ergebnisse. *Verhaltenstherapie Und Psychosoziale Praxis*. 2000; 32: 195-211.
151. Rogers C. R, Dorfman E. C, Gordon T. C, Hobbs N. C, Carmichael L. I, & Tubert S. T. *Psicoterapia centrada en el cliente*. 1997.
152. Ruiz Parra E, & González Torres M. A. 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.
153. San Emeterio M. T, Aymerich M, Faus G, Guillamón I, Illa J. M, 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.
154. Sandison R. The psychotic patient and psychotic conflict in group analysis. *Group Analysis*; 1991; 24(1): 73.
155. Sánchez Gómez P, Ruiz Parra E, & Eguiluz Urruchurtu I. Trastornos del contenido del pensamiento. In I. Eguiluz & R. Segarra (Eds.), *Introducción a la psicopatología*. Barcelona: Ars Medica. 2005; 105-40.
156. Schermer V. L, & Pines M. *Group psychotherapy of the psychoses: Concepts, interventions, and contexts*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 1999.
157. Schüttler R, Bell V, Blumenthal S, Neumann N. U, & Vogel R. Haben "kognitive" therapieprogramme messbaren einfluss auf basissymptome bei schizophrenien? In G. Huber (Ed.), *Idiopathische psychosen: Psychopathologie neurobiologie-therapie*. Stuttgart: Schattauer. 1990; 219-40.
158. Seo J. M, Ahn S, Byun E. K, & Kim C. K. Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia.. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007; 21(6): 317-26.
159. Smith T. E, Hull J. W, Romanelli S, Fertuck E, & Weiss K. A. Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *The American Journal of Psychiatry*. 1999; 156(11): 1817-8.
160. Spaulding W. D, Reed D, Sullivan M, Richardson C, & Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*. 1999; 25(4): 657-76.
161. Stramke W. G, & Hodel B. Untersuchungen zur wirksamkeit psychologischer therapieprogramme in der rehabilitation chronisch schizophrener patienten. In H. D. Brenner, E. R. Rey, & W. G. Stamke (Eds.), *Empirische schizophrenieforschung*. Bern: Huber. 1983; 216-34.
162. Sullivan H. S. *Conceptions of modern psychiatry*. New York: Norton. 1953a.
163. Sullivan H. S. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton. 1953b.
164. Sullivan H. S. *Schizophrenia as a human problem*. New York: Norton. 1962.
165. Takai A, Uematsu M, Kadama Y, Ueki H, & Sones K. Kognitives therapieprogramm bei chronisch schizophrenen japanern. Eine kontrollierte therapiestudie über die auswirkungen auf symptomatik und bewältigungsmechanismen. *Schizophrenie*. 1993; 8: 29-34.
166. Tarrrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia.. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 1998; 317(7154): 303-7.
167. Theilemann S. Beeinflussung kognitiver störungen bei schizophrenen und schizoaffektiven psychosen mit hilfe kognitiver therapie im vergleich zur soziotherapie. [Modification of cognitive disorders in schizophrenic and schizoaffective psychoses using cognitive therapy in comparison with sociotherapy]. *Der Nervenarzt*. 1993; 64(9): 587-93.
168. Tsang H. W, & Pearson V. Work-Related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin*. 2001; 27(1): 139-48.

169. Ueland T, & Rund B. R. A controlled randomized treatment study: The effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 109(1): 70-4.
170. Urlic U. The therapist's role in the group treatment of psychotic patients and outpatients. A foulkesian perspective. In V. L. Schermer, & M. Pines (Eds.), *Group psychotherapy of the psychoses: Concepts, interventions, and contexts*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 1999; 148-80.
171. Valencia M, Rascon M. L, Juarez F, & Murow E. A psychosocial skills training approach in mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2007; 37(10): 1393-402.
172. Valiente C. *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Editorial Síntesis. 2002.
173. Vallina-Fernandez O, Lemos-Giraldez S, Roder V, García-Saiz A, Otero-García A, Alonso-Sánchez M, et al. Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *Eur J Psychiatry*. 2001; 15(3): 167-179.
174. Van der Gaag M. *The results of cognitive training in schizophrenic patients*. The Netherlands: Eburon. 1992.
175. Vauth R, Joe A, Seitz M, Dreher-Rudolph M, Olbrich H, & Stieglitz R. D. Differenzielle kurz- und langzeitwirkung eines "training emotionales intelligenz" und des "integrierten psychologischen therapie-programms" für schizophrene patienten. [Differentiated short- and long-term effects of a "training of emotional intelligence" and of the "integrated psychologic therapy program" for schizophrenic patients?]. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*. 2001; 69(11): 518-25.
176. Vinogradov S, & Yalom I. D. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós. 1996.
177. Vita A, Cocchi A, Contini A, Giannelli A, Guerrini A, Invernizzi G, et al. Applicazione multicentrica del metodo riabilitativo strutturato IPT (terapia psicologica integrata) per pazienti schizofrenici. *Psichiatria Oggi*. 2001; 15: 11-18.
178. Wallace C. J, & Boone S. E. Cognitive factors in the social skills of schizophrenic patients: Implications for treatment. In *Nebraska symposium on motivation*. 1983.
179. Wallace C. J, & Liberman R. P. Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Researc*. 1985; 15(3): 239-47.
180. Wallace C. J, & Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 2004; 55(5): 513-5.
181. Wallace C. J, Liberman R. P, MacKain S. J, Blackwell G, & Eckman T. A. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *The American Journal of Psychiatry*. 1992; 149(5): 654-8.
182. Wright J. H. *Cognitive-Behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. 2009.
183. Wykes T, & Reeder C. *Cognitive remediation therapy for schizophreni: Theory and practice*. London; New York: Routledge. 2005.
184. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*. 2005; 77(2-3): 201-10.
185. Wykes T, Parr A. M, & Landau S. Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1999; 175: 180-5.
186. Wykes T, Steel C, Everitt B, & Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor.. *Schizophrenia Bulletin*. 2008; 34(3): 523-37.
187. Xiang Y. T, Weng Y. Z, Li W. Y, Gao L, Chen G. L, Xie L, et al. Efficacy of the community re-



- entry module for patients with schizophrenia in beijing, china: Outcome at 2-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 2007; 190: 49-56.
188. Xiang Y, Weng Y, Li W, Gao L, Chen G, Xie L, et al. Training patients with schizophrenia with the community re-entry module: A controlled study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006; 41(6): 464-9.
189. Yalom I. D. *Inpatient group psychotherapy*. New York : Basic Books, Inc. 1983.
190. Yalom I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books,. 1995.
191. Yalom I. D, & Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books. 2005.
192. Yalom V. J, & Vinogradov S. Terapia grupal interpersonal. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1996; 201-12.
193. Zimmer M, Duncan A. V, Laitano D, Ferreira E. E, & Belmonte-de-Abreu P. A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral integrated psychological therapy program: Positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 2007; 29: 140-147.



## ANEXO I: MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

---

## SUMARIO

1. Introducción .....	77
2. Integración en psicoterapia .....	84
3. Grupo de duración limitada .....	85
4. Entrevistas individuales de preparación al grupo .....	95
5. Aportaciones de la terapia cognitivo conductual .....	96
6. La perspectiva grupoanalítica .....	97
7. La perspectiva interpersonal del grupo .....	100
8. Grupo abierto de larga duración .....	105

## 1. INTRODUCCIÓN

Como es bien sabido, la esquizofrenia es un problema de salud frecuente. Los afectados de esquizofrenia generan una demanda de apoyo y asistencia y unos costes, tanto directos como indirectos, enormes a los sistemas de salud, sus familias y la comunidad. Esto es así porque a la alta frecuencia de la enfermedad (llega a afectar a una de cada cien personas) se suma el hecho de que es una enfermedad que debuta en fases tempranas de la vida, con aparición de síntomas graves (que requieren intervenciones complejas e intensivas), crónica y con tratamientos mantenidos a muy largo plazo (Kaplan et al., 2004). Por otro lado, los pacientes muestran un grado variable de discapacidad que en muchas ocasiones les imposibilita para hacerse cargo de sus propias necesidades como individuos a nivel social, académico, laboral, económico, residencial y del propio cuidado (Cañamares et al., 2001). Se genera en ellos, por lo tanto, una frecuente situación de dependencia de larga duración a distintos niveles.

Las necesidades del paciente con esquizofrenia son variadas y complejas. Citando a Cañamares et al (Cañamares et al., 2001) realizamos un repaso de las mismas:

La aspiración habría de ser la de tratar al paciente afectado por la esquizofrenia como un ciudadano de pleno derecho, para lo cual habrían de cubrirse no sólo sus necesidades generales como individuo, sino aquellas que, por el hecho de padecer la enfermedad y sus consecuencias, se convierten en un foco específico de intervención. Estas necesidades incluyen la atención y el tratamiento de salud mental, la atención en crisis, la rehabilitación psicosocial y el apoyo a la integración social, la rehabilitación laboral y el apoyo a la integración en el mundo del trabajo, el alojamiento y la atención residencial comunitaria, el apoyo económico, el apoyo y defensa de sus derechos como ciudadano y el apoyo a sus familiares.

La cobertura de dichas necesidades requiere de la presencia de una red de asistencia al paciente con esquizofrenia en la que intervienen distintos profesionales, recursos e instituciones. El

presente trabajo se centrará en un recurso específico (tratamiento psicoterapéutico grupal de los pacientes), ofertado desde un determinado nivel (el de la asistencia en salud mental), que requeriría de la compleja y necesaria integración con los demás recursos para la consecución de unos resultados óptimos. Por otro lado, la asistencia habría de individualizarse, realizándose una evaluación de las necesidades específicas de cada paciente en particular.

En nuestro medio el abordaje de los trastornos mentales en general, y de la esquizofrenia en particular, ha vivido una auténtica revolución en los últimos 40 años. Se han sucedido una serie de fases que van desde el predominio del tratamiento en manicomios hasta finales de los años setenta del pasado siglo, pasando por la desinstitutionalización de la reforma psiquiátrica de los años ochenta y el desarrollo de la psiquiatría comunitaria en nuestro país, hasta la época actual, en la cual el acceso universal a la salud mental se ha asociado a una creciente demanda asistencial que obliga a la gestión eficiente de los recursos.

En este sentido, los tratamientos grupales de los distintos trastornos psiquiátricos son intervenciones especialmente interesantes para un sistema de salud público, al combinar cualidades de coste-eficiencia y eficacia, y al permitir tratar a un mayor número de pacientes con menos inversión de tiempo y recursos humanos. Por otro lado, en la población de pacientes afectados por la esquizofrenia, este tipo de tratamiento psicológico probablemente añade, de forma general, especiales beneficios con respecto al tratamiento individual, dado que el déficit en la interacción social y el aislamiento así como las dificultades para la integración social, son más la norma que la excepción.

El formato grupal estaría especialmente recomendado, dado el enorme potencial del mismo, en este tipo de pacientes. Dada su naturaleza interpersonal 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 senti-

miento de aislamiento mediante fenómenos de universalización. El grupo ofrece experiencias de socialización, modelos de comportamiento y una transferencia más compartida y menos dependiente del terapeuta (Yalom & Leszcz, 2005), lo cual probablemente determina mejores resultados que los obtenidos en psicoterapia individual.

En el Territorio Histórico de Bizkaia el interés por la implementación de tratamientos grupales a amplios grupos de población psiquiátrica, se produjo desde los inicios de la desinstitucionalización. Particularmente desde el incipiente Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, así como desde el entonces Consorcio Uribe Kosta, actual Centro de Salud Mental de Uribe Kosta, se apostó por estos modelos de tratamiento grupal, inicialmente desde una orientación dinámica. Un área de interés especial fue la del tratamiento grupal de los trastornos mentales graves en regímenes más intensivos (hospitalización, hospitales de día), así como de la esquizofrenia en el entorno ambulatorio. A lo largo de los años dichos modelos se han ido perfeccionando y han ido recogiendo las nuevas aportaciones desde otras orientaciones, generándose un movimiento de integración teórica y técnica que han dado como resultado los actuales grupos de tratamiento de pacientes con esquizofrenia u otras enfermedades graves en distintos encuadres (hospitalización, hospitales de día, ambulatorios).

En la actualidad, en el Hospital de Basurto, se desarrolla una febril actividad grupal que incluye, en el terreno objeto de análisis en este manual, grupos de hospitalización en distintos formatos (grupos para pacientes internos según el modelo de sesión única de I. D. Yalom (Yalom, 1983), grupos con modificaciones técnicas para pacientes internos con dificultades neuropsicológicas o de la expresión verbal), grupos de hospital de día (que incluyen una miríada de formatos distintos que se acoplan en una intervención integrada) (González Torres & Touza Piñeiro, 2007) y varios grupos ambulatorios para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia o psicosis (Eguiluz, 1987; Eguiluz, González Torres & Guimón, 1999; Eguiluz, González Torres, Muñoz, Guadilla

& Gonzalez, 1998; Eguiluz, González Torres, Muñoz, Anguiano & Fernández Rivas, 1998; Muñoz et al., 2001; Ruiz Parra & González Torres, 2005). Dichos grupos (y otros para otro tipo de patologías) son llevados a cabo por distintos profesionales. Podría señalarse, sin temor a equivocarse, que el tratamiento grupal es un signo de identidad de este Servicio.

Por otro lado, en el Centro de Salud Mental de Uribe Kosta, principalmente se han venido desarrollando en todos estos años grupos multifamiliares de intervención en enfermedades mentales graves, que aprovechan las particularidades del formato de grupo grande aplicado a la salud mental (Ayerra & López Atienza, 2003).

Desde la perspectiva más clínica cabría decir que la medicación antipsicótica es un instrumento terapéutico prácticamente indispensable, aunque con visibles limitaciones. La eficacia de los antipsicóticos es evidente en lo que se refiere a la sintomatología positiva. Respecto a los síntomas negativos, la eficacia es escasa en el caso de los antipsicóticos clásicos, y moderada en el de los atípicos (Bousoño et al., 2005). El pronóstico funcional de la enfermedad depende, sobre todo, de la presencia de síntomas de los síndromes negativo, cognoscitivo o afectivo. Por este motivo, el uso de medicación produce una influencia positiva, pero limitada, sobre el pronóstico a medio plazo (Bousoño et al., 2005). Por otro lado, los problemas para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico son más la norma que la excepción (Nadeem et al., 2007). Es probable que los pacientes que puedan funcionar exitosamente con un abordaje terapéutico que sólo incluya tratamiento psicofarmacológico y hospitalizaciones breves constituyan una minoría (Gabbard, 2005).

La introducción del uso de antipsicóticos, y los recientes descubrimientos en neurociencias han supuesto grandes avances en la comprensión, el tratamiento y el pronóstico de la esquizofrenia. No obstante, el reduccionismo resultante ha desatendido los contextos psicosociales del trastorno esquizofrénico. La recuperación de los mismos, así como el estudio de la interacción entre los factores biológicos de la esquizofrenia y los ambientales y psicológicos, junto con

el imparable desarrollo de las neurociencias, son, probablemente, un nuevo punto de partida desde donde conceptualizar la enfermedad, orientar el tratamiento y mejorar el pronóstico de la esquizofrenia (Martindale et al., 2000). La psicoterapia se habrá de beneficiar de modificaciones conceptuales y técnicas para adaptarse a los descubrimientos sobre la neuropsicología de la esquizofrenia. Urge, asimismo, la necesidad de hacer un esfuerzo investigador y evaluador de las distintas formas de psicoterapia y su efectividad e indicaciones en la esquizofrenia.

En este trabajo presentaremos un modelo de tratamiento psicoterapéutico grupal de la esquizofrenia. Es un complemento al tratamiento psicofarmacológico y psiquiátrico convencional y la adecuada utilización de los recursos socio sanitarios, y no se concibe como alternativa a los mismos.

### 1.1. Psicoterapia en la esquizofrenia

No es el objetivo de este manual realizar una amplia descripción de los distintos modelos de psicoterapia que se realizan en el tratamiento de la esquizofrenia. En dependencia del formato y/o a quien vaya dirigida la intervención podemos señalar que existen intervenciones individuales, familiares y grupales.

Las intervenciones grupales en la esquizofrenia podrían clasificarse, de forma didáctica, aunque probablemente no exenta de controversia, en:

1. Intervenciones grupales derivadas de las escuelas cognitivo conductuales:
  - Grupos psicoeducativos.
  - Entrenamiento en habilidades sociales.
  - Terapia Psicológica Integrada.
  - Terapias cognitivo conductuales grupales de los síntomas psicóticos.
2. Intervenciones dinámicas:
  - Terapias de grupo de orientación analítica.
  - Terapia de grupo interpersonal.
3. Intervenciones integradoras.
4. Otras intervenciones: humanistas, ...

### 1.2. Enfoque integrador

Kanas (Kanas, 1996) revisó los pros y los contras de los distintos enfoques grupales que existían en el momento en el que diseñó el enfoque integrador y propuso desestimar aquellos aspectos poco útiles, deficitarios o poco oportunos de cada uno de los mismos para proponer su propio enfoque, que recogía los aspectos positivos de cada uno de ellos:

1. Del *enfoque psicoeducativo*: recogió la estructura, la seguridad y el afrontamiento de los síntomas. Es de hacer notar que dicho autor mantenía un concepto amplio del enfoque psicoeducativo, incluyendo en el mismo aquellos enfoques relacionados con la modificación de conducta.
2. Del *enfoque psicodinámico* (que en nuestra clasificación se correspondería con los grupos de orientación analítica): la discusión abierta y la elección de los temas por parte de los pacientes. Desestimó los enfoques reconstructivos y todos aquellos recursos técnicos que estimulaban la regresión, o incrementaban de forma significativa el nivel de tensión emocional del paciente porque promovían una peor evolución del mismo.
3. Del *enfoque interpersonal*: recogió la disminución del aislamiento, la mejoría de la interacción interpersonal y el trabajo en el aquí y ahora.

### 1.3. Enfoque integrador modificado

Si bien la mayoría de los profesionales que formamos parte del presente grupo de trabajo tuvimos una formación de base grupoanalítica, rápidamente nos abrimos a múltiples influencias que nos permitieron ampliar nuestra práctica grupal y desarrollar distintos tipos de grupos. En el tipo de grupos que presentamos en este manual asimilamos las propuestas del enfoque integrador de Kanas (Kanas, 1996) (que curiosamente coincidían en muchos aspectos con la metodología de trabajo que habíamos desarrollado espontáneamente), y ampliamos este enfoque con las nuevas aportaciones surgidas a lo largo de estos años. De forma resumida se

podría decir que el enfoque integrador se vio modificado de la siguiente forma:

1. *Enfoque psicoeducativo/cognitivo-conductual*: Se añadió el uso de estrategias cognitivas, conductuales y de modificación del input sensorial. En este sentido hemos de agradecer la influencia de las aportaciones realizadas por el grupo británico que diseño y desarrollo la terapia cognitivo conductual de los síntomas psicóticos. Esto nos permitió un abordaje más activo de este tipo de sintomatología.
2. *Enfoque psicodinámico/análisis grupal*: Nuestra formación grupoanalítica nos permitió entender de forma mas completa la influencia positiva que el enfoque grupal tiene sobre las dificultades en la relación terapéutica. La comprensión de la relación entre el miembro individual y el grupo como un todo nos permitió un máximo aprovechamiento de los factores terapéuticos específicos del grupo. El concepto de matriz grupal, propia del grupoanálisis, es una estructura conceptual que se ha demostrado de especial utilidad en la conducción de estos grupos.
3. *Enfoque interpersonal*: La inclusión de una elaboración por parte de los miembros del grupo de las dificultades en las relaciones interpersonales que presentaban en su vida cotidiana en el presente, fuera del grupo, se nos demostró menos amenazante y más fructífera que un análisis de las dificultades interpersonales dentro del grupo (sin excluirlo completamente).

#### 1.4. Fases dentro del grupo

Al estructurar las fases de cada sesión grupal asimilamos el enfoque de Kanas (Kanas, 1996), si bien lo matizamos. Dicho autor nos proponía seguir una secuencia de tres fases, que se presentarían de forma cíclica a lo largo de los grupos. En cada sesión de grupo se produciría esta secuencia una o, a lo sumo, dos veces:

1. Elección del tema: los pacientes eligen un tema, el criterio es que supla sus necesidades como afectados.

2. Discusión sobre el tema de la sesión: se realiza una introspección no dolorosa del mismo por el conjunto de los miembros del grupo.
3. Desarrollo de estrategias de afrontamiento: los propios pacientes acaban definiendo recursos que permiten manejar de una forma mas adaptada el tema de la sesión. En el desarrollo de nuestro enfoque integrador modificado apreciamos que, en ocasiones, podía suceder que el grupo no realizara ya esta última fase, dado que había temas que producían un beneficio a los miembros del grupo sólo a través de un recorrido por las dos primeras fases.

#### 1.5. Factores terapéuticos grupales

El modelo de factores terapéuticos grupales en el que nos basamos fue un modelo clásico y ampliamente reconocido por la mayoría de los terapeutas grupales, el descrito por Yalom (Vinnogradov & Yalom, 1996; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005). Enumeramos los factores que el autor originalmente describió:

1. Universalización.
2. Instilación de esperanza.
3. Compartir información.
4. Altruismo.
5. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.
6. Desarrollo de técnicas de socialización.
7. Conducta imitativa.
8. Aprendizaje interpersonal.
9. Cohesión.
10. Catarsis.
11. Factores existenciales.

Alguno de estos factores recibe nombres diferentes y es matizado de forma distintiva en los distintos modelos de psicoterapia, si bien habría un acuerdo casi universal entre los terapeutas grupales acerca de la utilidad de los factores terapéuticos descritos por Yalom. Para una descripción más completa de los mismos recomen-



damos la lectura de los textos de referencia del autor (Vinogradov & Yalom, 1996; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005).

### 1.6. Organización del grupo limitado en el tiempo

Mc Kenzie (Harper-Giuffre, MacKenzie & Sivitilli, 1992; MacKenzie, 1990; MacKenzie, 1997; MacKenzie & Harper-Giuffre, 1992) describió varias fases en el grupo limitado en el tiempo. Según su modelo más simplificado las fases serían las siguientes:

1. Fase inicial o de compromiso: los temas principales son los síntomas. Se produce la cohesión.
2. Fase de diferenciación: es una fase de transición. Comienza la expresión de diferencias, inicialmente centradas en los síntomas y posteriormente en el nivel más interpersonal.
3. Fase de trabajo interpersonal: se trabajan las dificultades interpersonales.
4. Fase de despedida.

A nuestro grupo de trabajo le fue de especial utilidad dicha clasificación de las fases del grupo, pues nos aportó un marco conceptual, que modificamos sutilmente en la fase de diferenciación en el caso de los grupos limitados en el tiempo, y más radicalmente para adaptarla a los grupos abiertos. Nos ayudó a decidir el tipo de intervenciones adecuadas en los distintos momentos temporales del grupo.

Es de señalar que el autor señalado propuso, de forma desarrollada, un modelo más complejo (compuesto por las fases de compromiso, diferenciación, individuación, intimidad, mutualidad y terminación) (Harper-Giuffre, MacKenzie & Sivitilli, 1992; MacKenzie, 1990; MacKenzie, 1997). Kanas (Kanas, 1996) nos advierte sobre la posibilidad de que los grupos que incluyen a pacientes esquizofrénicos no desarrollen la misma secuencia en su desarrollo que los grupos de pacientes neuróticos, debido a la incapacidad de estos pacientes para tolerar la ansiedad y los afectos intensos. En este sentido, se advierte un bloqueo para avanzar en las últimas fases del trabajo in-

terpersonal a partir de la fase de diferenciación, dado que estos pacientes muestran una escasa tolerancia al estrés que surge en la misma. Por nuestra parte, nos decantamos en el presente manual por el modelo más simplificado.

### 1.7. Roles sociales

De especial interés y utilizad nos pareció otra aportación de Mc Kenzie (MacKenzie, 1997), en este caso sobre los roles sociales. El autor revisó en su día la literatura sobre psicología social y apreció cierta constancia en la descripción de cuatro tipos de roles sociales (sociable, estructural, divergente y cauteloso), que pueden representar los distintos miembros del grupo puestos en contacto con el mismo.

Como el propio autor nos señala:

El concepto de rol social sirve de puente entre la personalidad de los miembros individuales y la función del miembro dentro del grupo y es fundamental para entender el funcionamiento social

(traducción por los autores de: MacKenzie, 1997)

#### a) *Rol sociable*

Los miembros que asumen este papel en el grupo se acercan a la interacción social desde un tono positivo, mostrando una actitud de confianza en los demás y siendo amigables. Apparentemente disfrutan relacionándose con los demás. Tienden a brindar apoyo o ayuda al resto de los miembros, en ocasiones en detrimento de si mismos. Su punto fuerte es el acercamiento emocional a los otros.

Estas características les hacen miembros especialmente valiosos en los momentos en los que el grupo se esta conformando, dado que facilitan el establecimiento de relaciones de confianza entre los miembros.

#### b) *Rol estructural*

Los miembros que asumen este rol se muestran especialmente activos en la tarea de organizar al grupo. Enfatizan la comprensión cognitiva frente a la emocional, y buscan que el grupo se adhiera a la tarea propuesta. En ocasiones aparentan competir con el terapeuta por el lideraz-

go del grupo. Para ellos la sensación de control o dominio sobre el proceso grupal es importante. En ocasiones tienden a la intelectualización y a preferir que el análisis de las cuestiones se base en hechos contrastables. Pueden dar consejo a los demás pero no lo aceptan con facilidad. Tienden a no revelar aspectos de sí mismos, sobre todo aquellos que incluyen un contenido emocional, y con frecuencia son poco o nada espontáneos.

Estas características los hacen especialmente útiles para el grupo en los momentos iniciales, en los que el grupo requiere de una estructura organizativa.

#### c) *Rol divergente*

Los miembros que adoptan este rol tienden a mantener una posición contraria a la de la mayoría del grupo en un buen número de temas, y a cuestionar las normas del grupo. Suelen ser bastante activos y a veces hasta impulsivos. Pueden mostrarse desafiantes. Suelen ser muy intuitivos captando los aspectos emocionales del grupo. Con frecuencia obligan al grupo a hablar sobre temas que los miembros han estado evitando. Todas estas características los ponen en un mayor riesgo de ser aislados o criticados por el resto del grupo, pues se convierten a veces en el repositorio de las tensiones negativas del grupo.

Con todo, son especialmente útiles en promover las interacciones del grupo y tienen una considerable influencia sobre el proceso grupal.

#### d) *Rol cauteloso*

Los miembros que adoptan este rol tienden a ser reticentes a hablar o expresar sus opiniones o experiencias en el grupo. Mantienen una aparente distancia del mismo. En ocasiones esa distancia se acompaña de un tono de enfado o insatisfacción. Al ser tan poco activos para con el grupo corren el riesgo de ser ignorados por el resto de los miembros o criticados por no participar de la interacción. Parecen desafiar el poder del grupo para incluirlos. Sin embargo, para el grupo pueden ser un modelo de autonomía y un recordatorio de los peligros de la sobreimplificación.

A nuestro juicio este modelo de roles sociales no debe ser entendido de forma rígida, cerrada,

ni excluyente. Por ejemplo, no es difícil advertir que la conducta social de cautela puede asociarse a distintas motivaciones, como evitar ser criticado, o a la propia ausencia de motivación social.

La definición de los roles nos da cierta orientación sobre las conductas sociales de los miembros en el grupo y sobre sus fortalezas y debilidades esperables en las distintas fases del grupo. Desarrollaremos estos puntos más adelante, al describir las fases del grupo.

Por otro lado, la adopción de un determinado rol social, despertada por la interacción con el grupo, nos orienta sobre las dificultades caracterológicas o clínicas de cada miembro individual. Por poner una serie de ejemplos: la adopción de un rol sociable puede ocultar dificultades para tolerar la intimidad, o la crítica o el conflicto; la adopción de un rol divergente con frecuencia se asocia a la presencia de rasgos de personalidad del cluster B; la adopción de un rol cauteloso puede revelar una personalidad con características fóbicas, o la propia sintomatología negativa del paciente esquizofrénico; y, por último, la adopción de un rol estructural puede asociarse a la presencia de rasgos obsesivos de carácter.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que lo que se puede advertir como problemático es la inflexibilidad en la adopción de roles adecuados a cada una de las situaciones cambiantes del grupo. Con frecuencia es motivo de regocijo el apreciar que, en lugar de mantener de forma invariable un único rol en cualquier circunstancia, un paciente es capaz de adoptar un rol más adaptado a la situación social que se le presenta en el grupo. Por otro lado, la adquisición de roles más flexibles y adaptados podría estar reflejando cambios caracteriológicos y clínicos en el paciente promovidos por la propia interacción grupal.

### 1.8. Ventajas del modelo integrador modificado

El modelo que presentamos, que definiremos como Modelo Integrador Modificado o evolucionado posee una serie de características que, probablemente, lo hacen especialmente prome-

tedor como modelo de aplicación en un sector público de salud mental, a saber:

1. Ha sido diseñado para ser aplicado en distintos formatos: podría ser aplicable en forma de grupo cerrado (limitado temporalmente) o de grupo abierto. Se espera que sea adaptable a la disponibilidad de tiempo y recursos, y a distintos pacientes con necesidades diferentes. Nuestra experiencia clínica en este sentido ha sido positiva.
2. Asimismo, nuestra experiencia con el modelo nos indica que podría ser aplicable en distintos encuadres: lo hemos venido utilizando tanto en un hospital de día como en un entorno ambulatorio. Sin embargo, en el contexto de las unidades de internamiento psiquiátrico, otro tipo de intervenciones grupales, como las del modelo de Grupo de Sesión Única, propuesto por Yalom (Yalom, 1983), podrían resultar más adecuadas, dada la alta rotación de los pacientes, la búsqueda de unos objetivos diferentes y la mayor heterogeneidad de los diagnósticos.
3. Lo hemos venido aplicando a pacientes en distintos niveles de gravedad y evolutivos del trastorno: podría utilizarse en fase de estabilización y en la fase de mantenimiento de la enfermedad y tenemos razones para pensar que probablemente admite, en el grupo ya conformado, cierto manejo de la fase aguda (dependiendo del nivel de gravedad de la misma).
4. Es probable que sea aplicable con distintos niveles de profundidad y por diferentes tipos de profesionales de la salud mental: en este sentido, el diseño se ha realizado para que la intervención pueda realizarse partiendo de la estructura básica del grupo y añadirse, dependiendo del grado y tipo de formación del profesional, desde el uso de unas herramientas de dinámica básica de grupos, hasta de técnicas de trabajo interpersonal en grupos o postulados propios del análisis grupal aplicado a grupos en esquizofrenia.

## 1.9. Inconvenientes del modelo

Los miembros del grupo de trabajo tenemos cierta experiencia en tareas de formación e implementación de terapia de grupo. Sabemos, por lo tanto, de la relativa frecuencia con la que algunos profesionales encuentran resistencias para iniciar con sus pacientes una terapia en formato grupal. Con frecuencia dichos profesionales nos cuentan como se encuentran más seguros en un formato individual, más conocido por ellos, y la incertidumbre que les genera cual habrá de ser su actitud ante un siempre cambiante grupo, donde los propios fenómenos grupales hacen que el papel del terapeuta individual se modifique y algunos aspectos del mismo no sea útiles en algunos momentos. Esta dificultad emocional puede ser un poderoso freno a la implementación de éste o cualquier otro modelo grupal. En nuestra experiencia cuatro soluciones, no mutuamente excluyentes, se han demostrado útiles:

1. *Aprendizaje en coconducción*: El terapeuta escasamente iniciado en intervenciones grupales puede realizar sus primeros grupos con un terapeuta más experimentado en este sentido.
2. *Supervisión*: Con frecuencia las resistencias se disipan cuando el terapeuta dispone de un espacio de reflexión sobre las intervenciones que ha realizado o los fenómenos que se suceden en el grupo.
3. *Aprendizaje experiencial*: El profesional o alumno es miembro participante de una experiencia grupal. Esto le permite entender mejor qué tipo de fenómenos y de relaciones se establecen en el grupo.
4. *Progresión en el grado de estructuración grupal*: En ocasiones hemos propuesto a otros profesionales o alumnos que inicien su primera experiencia como terapeutas grupales con formatos con alto grado de estructuración (por ejemplo: grupos psicoeducativos de breve duración, con apoyo visual o audio visual), para luego pasar a formatos semiestructurados.

Otro de los inconvenientes del modelo es que no permitiría tratar en un entorno de salud mental

a pacientes que, por sus propias características, no se asimilarían bien a este formato: pacientes con marcadas tendencias violentas o suicidas, o con una exacerbación extrema de la sintomatología positiva en situaciones de mínima interacción social. Para estos pacientes un seguimiento individual, probablemente en un encuadre de mayor intensidad, sea más adecuado.

Asimismo, el modelo no está diseñado para pacientes con una dependencia activa a sustancias que requiera de una intervención específica sobre la misma.

## 2. INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

La integración en psicoterapia se produce de diferentes maneras, no siempre excluyentes entre sí, pues en ocasiones el producto terapéutico final es una amalgama de diferentes formas de integración.

Se han descrito cuatro formas de integración: el eclecticismo técnico, la integración teórica, el modelo de factores comunes en psicoterapia y la integración asimilativa (Norcross & Goldfried, 2005).

El eclecticismo técnico utiliza técnicas o procedimientos propuestos por distintas escuelas de psicoterapia con la única condición de que sean eficaces. Trata de encontrar el mejor tratamiento para cada persona y cada problema. Puede recoger procedimientos de distintas escuelas sin necesariamente suscribir las teorías que los sustentan.

La integración teórica pone el énfasis en integrar las teorías subyacentes de distintas corrientes de la psicoterapia y las técnicas, se derivan del enfoque teórico o integran técnicas terapéuticas de las psicoterapias originales.

El modelo de factores comunes en psicoterapia busca identificar los ingredientes nucleares que son comunes a los distintos tipos de psicoterapia. Postula que, los puntos en común entre las diferentes formas de psicoterapia son más relevantes en la eficacia de la terapia que los aspectos únicos de cada uno de ellas.

Por último, la integración asimilativa se produce cuando se mantiene una adhesión fuerte a un

tipo de psicoterapia, pero se incorporan selectivamente puntos de vista y técnicas de otros tipos de psicoterapia.

En nuestro modelo la integración fundamental se lleva a cabo a través del eclecticismo técnico. Como hemos señalado anteriormente, se recogen selectivamente las aportaciones técnicas de distintas corrientes para organizar una forma de terapia integrada.

El enfoque de factores comunes en psicoterapia se ve representado en nuestro propio modelo a través de la inclusión del modelo ateorico de factores terapéuticos grupales de Yalom (Vinogradov & Yalom, 1996; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005), y a través de las aportaciones, inicialmente orientadas a la terapia individual, del modelo de factores comunes de Beitman & Yue (Beitman & Yue, 2004b). Dicho modelo permite comprender el proceso de la terapia más allá de las orientaciones, o las técnicas o procedimientos empleados. Definen unas fases de este proceso: compromiso, búsqueda de pautas disfuncionales, cambio (a través de estrategias y técnicas para el cambio) y terminación. Puede ser útil tener en mente estas fases cuando se definen los problemas de un paciente. Los autores también definen la terapia como un proceso compartido, en el que el terapeuta y los pacientes definen conjuntamente cada una de las intervenciones. Para más información sobre este modelo remitimos a los lectores al texto de referencia (Beitman & Yue, 2004b).

Si bien la mayoría de los miembros de este grupo recibieron una formación inicial de tipo grupoanalítico, la conducción de este tipo de grupos dista mucho de parecerse a la descrita inicialmente por Foulkes (Foulkes, 2007a; Foulkes, 2007b; Foulkes, 2007c; Foulkes & Anthony, 2007) para pacientes neuróticos. A pesar de algunas diferencias de criterio entre los miembros del grupo estaríamos de acuerdo en señalar que, en el modelo definitivamente presentado en este manual, la estructura básica no es grupoanalítica, y más bien se produce una integración asimilativa de conceptos y recursos del grupoanálisis.

Por último, y en relación a las nuevas aportaciones realizadas desde el modelo británico de psicoterapia cognitivo conductual de los síntomas

psicóticos (Birchwood & Tarrier, 1995; Chadwick, 2006; Chadwick et al., 1996; Fowler et al., 1995; Kingdon & Turkington, 2008; Valiente, 2002; Wright, 2009), se ha realizado una integración asimilativa de conceptos y técnicas.

### 3. GRUPO DE DURACIÓN LIMITADA

Comenzaremos describiendo el *grupo de duración limitada*. Como se comentó en la sección de introducción, el grupo de duración limitada puede realizarse en varios niveles de intervención. Describiremos aquí el más básico. Conviene complementar esta sección con la sección de *entrevistas de preparación al grupo*, que nos indica como se realiza la selección de los pacientes, cuales son las indicaciones y contraindicaciones para este tipo de grupo y que función cumple una adecuada preparación al grupo. Un segundo nivel incorpora las *aportaciones desde la terapia cognitivo conductual*. En la sección dedicada al *nivel de comprensión desde la perspectiva del gruponálisis* del grupo de pacientes con esquizofrenia se describirán algunos elementos tanto teóricos como técnicos que pueden añadirse a los descritos en esta sección en dependencia de las capacidades y la formación de los terapeutas que conduzcan el grupo. Posteriormente, serán descritas las ricas aportaciones que provienen de la *perspectiva interpersonal* en la conducción de este tipo de grupos. Por último, señalar que estimamos conveniente a la hora de implantar este modelo grupal, iniciar el mismo por grupos de duración limitada en el tiempo, dado que los *grupos abiertos* están diseñados como variantes de este grupo original, añadiéndose elementos de diferenciación en relación a los fenómenos que invariablemente se producirán al pasarse del grupo limitado temporalmente al abierto. 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*, esto es, se invita a los pacientes a participar en varios grupos limitados en el tiempo que se siguen unos de otros.

#### 3.1. Datos básicos

Es un tipo de grupo cerrado, esto es, dirigido a un número limitado inicial de pacientes, intentando que no existan nuevas incorporaciones a

lo largo del tratamiento grupal. Cada grupo se iniciará con 12 miembros. Este número inicial de miembros minimizaría el impacto del esperable abandono de algunos pacientes y la necesidad de tener que incluir pacientes una vez iniciado el grupo por escasez de miembros para llevarlo a cabo. En realidad el número ideal de miembros es de 8-9. Esto sería compatible con el porcentaje de abandonos que tradicionalmente se describe en la literatura sobre grupos terapéuticos.

El grupo está limitado temporalmente, con 20 sesiones de periodicidad semanal y una hora de duración cada una de ellas.

Pueden conducir el grupo uno o dos terapeutas. Es preferible que sean dos, si bien no es estrictamente necesario.

Es un grupo homogéneo, es decir, los pacientes se seleccionan en relación a un punto en común, que es el padecimiento de una enfermedad similar. Los pacientes tendrán un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno esquizoafectivo, en sus diversas variantes, también algunos pacientes con trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad podrían beneficiarse de este tipo de asistencia.

Se plantea a los pacientes un compromiso de asistencia y de confidencialidad respecto a la identidad de los participantes y los temas referidos por otros durante las sesiones. Es necesario explicar estos puntos de forma explícita y clara. La previsión de que un paciente no podría mantener la confidencialidad sobre estos aspectos es una contraindicación formal de su entrada en el grupo.

#### 3.2. Criterios de exclusión

Son criterios de exclusión la existencia de un retraso mental, una demencia, un delirium o un trastorno amnésico. La dependencia activa de sustancias (a diferencia del abuso) podría ser merecedora de un entorno de tratamiento distinto.

Se evitará la inclusión de pacientes con marcados rasgos antisociales, por el escaso beneficio que probablemente obtengan de estos grupos y el riesgo de explotación de otros pacientes.

La seguridad es un factor importante en este tipo de grupos, por lo cual la existencia de un alto riesgo heteroagresivo o de un alto riesgo suicida contraindica la incorporación de un paciente al grupo.

El tratamiento no debería suplir la necesidad de un dispositivo más intensivo, tipo hospital de día o unidad de ingreso, cuando este estuviera claramente indicado. Si bien tenemos experiencia de este tipo de grupos en régimen de hospital de día, junto a otras intervenciones asociadas.

### 3.3. Fases en cada sesión

Característicamente cada sesión de grupo seguirá una estructura predefinida en dos o tres fases que se pueden repetir en un número limitado de ocasiones. En cada sesión los pacientes *elegirán un tema* (o dos a lo sumo) relacionado con sus necesidades como afectados por el trastorno, *discutirán 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 *compartirán* en el grupo *estrategias de afrontamiento* para las dificultades evidenciadas.

Los temas son elegidos por los propios pacientes, si bien el terapeuta habrá de mantenerse atento a la adecuación de los mismos, reservándose la potestad de desestimar algunos.

En una sesión tipo suelen aparecer uno o dos temas. Generalmente la inclusión de más de dos temas por sesión indica un trabajo excesivamente superficial sobre los temas propuestos.

La fase de estrategias de afrontamiento se muestra a veces innecesaria en dependencia del tema que esta elaborando el grupo dado que, en algunas ocasiones, lo que se espera como resultado final es la propia elaboración de una dificultad que presentan uno o varios pacientes.

### 3.4. Temas

Los temas los habrán de decidir los propios pacientes, esta es una diferencia con el enfoque psicoeducativo clásico. De este modo se favorece que los pacientes prioricen sus preocupa-

ciones principales y no queden limitados por una serie de temas predefinidos de antemano. Las únicas condiciones son que los temas suplan sus necesidades como afectados y que no sean considerados temas generadores de un nivel de tensión emocional no manejable por los miembros del grupo, lo cual depende en parte de las características de los pacientes incluidos y del momento evolutivo del grupo. Pasamos a considerar algunos de estos temas típicos, no sin antes señalar que no son excluyentes en absoluto: alucinaciones auditivas; delirios persecutorios, autorreferenciales; pensamiento desorganizado; toma de medicación; preocupaciones sobre la normalidad de sus comportamientos y decisiones; relaciones con los pares y la familia; relaciones con el sistema sanitario; temores respecto al ingreso; sentimientos de soledad, depresión, desesperanza;...

### 3.5. Temas a evitar

Se han de evitar en el grupo aquellos temas relacionados con la ira y la agresión, aquellos relacionados con la orientación y la identidad sexual y aquellos temas en los que se espera una polarización inamovible de los miembros (políticos, religiosos...).

Nunca se hará referencia a aspectos inconscientes, aunque sean especialmente evidentes. El trabajo sobre temas inconscientes aleja al paciente psicótico de su relación con el mundo real y puede generar estados de tensión emocional graves y regresión que favorecen, asimismo, la descompensación psicótica.

Lo retrospectivo siempre habrá de ponerse en contacto con el presente. No se utilizará un enfoque reconstructivo. El objetivo habrá de ser aprender a ser más consiente y manejar aspectos de la situación presente, no comprender como llego uno a tener la enfermedad.

### 3.6. Actitud del terapeuta

El terapeuta habrá de mostrarse activo y directivo, pero pasará a una posición de inactividad cuando el grupo interactúe productivamente sobre temas apropiados. Animará a la interacción de los pacientes y adaptará las intervencio-

nes propias y de los miembros del grupo para que sean accesibles a todos los miembros. Favorecerá la comunicación dentro del grupo. Proveerá de estructura o focalizará a los pacientes en el tema cuando discutan aspectos irrelevantes, no puedan mantenerse focalizados, estén desorganizados o se muestren inactivos. Repetirá las aseveraciones importantes. Realizará resúmenes verbales. Clarificará y dará cohesión al tema, pondrá de manifiesto los puntos en común y diferencias. Conectará el tema actual con los temas del pasado en el grupo y vinculará lo individual y extragrupal con el aquí y ahora del grupo.

Cuando el ambiente no sea seguro cambiará de tema o sugerirá un cambio del mismo.

Sugerimos desalentar temas nuevos al final de la sesión por dos motivos: que no habrá suficiente tiempo para trabajar el tema, y que es probable que el paciente que eligió el tema salga del grupo más tenso o angustiado por esta falta de elaboración. Típicamente la situación de un paciente sacando un tema (a veces central para él) en los últimos minutos de la sesión se suele manejar diciéndole al paciente cosas como:

Parece un tema importante para ti. ¿Qué te parece si lo retomamos al principio del próximo grupo? En este no parece que nos de tiempo a trabajarlo a fondo...

No se prohibirán los contactos fuera del grupo, pero se restituirán al grupo, esto es, se indicará que se hable en el grupo de estas relaciones.

Las intervenciones del terapeuta serán claras, concretas y consistentes. Habrán de adaptarse a las capacidades de comprensión de todos los miembros del grupo. El terapeuta tendrá que estar dispuesto a dar la propia opinión cuando sea necesario.

Sus comentarios serán "diplomáticos" y de apoyo, siempre en un plano manifiesto. Se referirá al aquí y ahora del grupo, evitando en lo posible cualquier enfoque reconstructivo.

Un punto importante es que el terapeuta habrá de favorecer que el análisis de las cuestiones lo lleve a cabo el propio grupo, evitando en lo posible la interacción dirigida hacia él. Referirá

las cuestiones del grupo hacia los pacientes con comentarios del tipo:

X ha dicho... ¿qué opinión os merece?

### 3.7. Fases del grupo

A la hora de delimitar la organización del grupo limitado en el tiempo nos fue de especial utilidad el modelo propuesto por Mc Kenzie (MacKenzie, 1990; MacKenzie, 1997). El autor es un metodólogo e investigador de psicoterapia de grupo especialmente interesado en la cualificación de los grupos limitados en el tiempo. Propone cuatro fases en el grupo:

1. Fase inicial o de compromiso: los pacientes tienden a hablar de sus síntomas, de lo que en común tienen los mismos. Se produce la cohesión del grupo.
2. Fase de diferenciación: tiende a ser una fase de transición hacia la siguiente fase. Se produce la expresión de diferencias entre los miembros del grupo, inicialmente en relación a sus síntomas y las características diferenciales de los mismos. Al final de esta fase los temas incluyen diferencias a un nivel interpersonal.
3. Fase de trabajo interpersonal: se elaboran y discuten en el grupo las dificultades interpersonales de sus miembros.
4. Fase de despedida: se elabora la finalización del tratamiento y las expectativas sobre la evolución posterior al mismo.

Cada fase del grupo se podría 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 habrá de mantener el terapeuta durante la misma y, por último, las áreas de trabajo y los temas que se cubrirán.

La duración de las fases es orientativa, en realidad se solapan entre sí. Se facilitará o diferirá el paso de una fase a otra dependiendo de los intereses y los objetivos del grupo

En los grupos limitados temporalmente el terapeuta desalentará, si es preciso, la tendencia a volver a fases anteriores como mecanismo de resistencia.

Durante la experiencia grupal se respetarán los temas propios de cada fase y se desaconsejarán los temas propios de otras fases o se reconducirá al grupo hacia los temas de la fase actual. Sin embargo, si el grupo sufre una tensión importante se permitirá el paso a una fase más segura transitoriamente, tolerándose dicho mecanismo de protección del grupo.

### 3.8. Fase inicial o de compromiso

Incluirá aproximadamente las seis primeras sesiones.

Los temas serán los síntomas. Se favorecerá la inclusión de temas comunes y se desestimaran o inhibirán los temas que evidencien o remarquen la presencia de diferencias. También, se favorecerán y reforzarán las actitudes de apoyo entre los miembros.

A pesar de que la división de las fases del grupo incluye una fase llamada interpersonal, es preciso señalar que los síntomas siempre surgen en un contexto interpersonal, del que son inseparables, por ejemplo: las alteraciones en la comunicación generan una respuesta en el otro que a su vez mantiene una influencia sobre el sujeto que las padece. Por otro lado, en el grupo se producen fenómenos interpersonales desde su inicio, por ejemplo: la asunción de roles determinados por parte de los miembros del grupo. Por último, es posible que los pacientes puedan traer como tema a lo largo de la terapia las dificultades que se encuentran para relacionarse con los demás, en un intento de resolverlas.

En esta fase del grupo una prioridad sería la consecución de la cohesión grupal. Por este motivo se evitará trabajar con aquellas áreas de lo interpersonal que carezcan de elementos de apoyo, y se regularán y disolverán aquellas áreas que amplifiquen la evidencia de dificultades en el área interpersonal, mas allá de las que sirven para que el paciente decida establecer un cambio necesario sobre el síntoma (por ejemplo: se le puede señalar a un paciente que no se le entiende,

que esto dificulta que sus preocupaciones y sus opiniones puedan incluirse en el grupo, y que, dado que el grupo tiene interés en incluirle, es necesario un cambio concreto en su forma de comunicarse). El trabajo sobre la asunción de roles determinados por parte de los pacientes no será explícito y se realizará preferentemente por parte del terapeuta y con el sentido de facilitar la cohesión y evitar los abandonos prematuros o fenómenos grupales negativos.

El análisis de la problemática relacional como "síntoma en si mismo" se evitará en esta fase inicial.

En esta fase se advertirá como, habitualmente de forma espontánea, el sujeto presenta su experiencia sintomática sin atender a las complejas ramificaciones que la misma tiene sobre su mundo interpersonal. Con frecuencia, cuando el sujeto es de alguna manera consciente del mismo, el síntoma se verbaliza descontextualizado, como una experiencia privada o en la que, a lo sumo, el otro (sus conductas, sus intenciones,...) forma parte del síntoma acomodándose al mismo, o es tenido por un observador pasivo del mismo. En otras ocasiones, el paciente presenta el síntoma en un nivel descriptivo, como si fuera un objeto ajeno al yo, con frecuencia utilizando una terminología aprendida en sus experiencias con profesionales, terminología que habla poco de la profunda experiencia vital que supone el síntoma. En esta primera fase, y sobre todo al principio de la misma, el terapeuta tolerará, e incluso ocasionalmente favorecerá, que los miembros del grupo presenten verbalmente sus síntomas de esta forma.

Los objetivos serán:

- Los ya señalados de conseguir un ambiente de seguridad y apoyo, y el establecimiento de la cohesión grupal.
- Aprender la dinámica de las intervenciones (elección del tema, discusión, mecanismos de afrontamiento).
- Aprender que son los miembros del grupo los principales agentes del cambio.
- Trabajar los síntomas (delirios, alucinaciones...).



Esta fase es crucial. Podría decirse que de cómo se desarrolle la misma dependerá la evolución del conjunto de la experiencia grupal.

Los factores terapéuticos principales serán: la cohesión, la universalización y la instilación de esperanza, también se puede sumar el impartir información...

Las intervenciones del terapeuta refiriéndose al grupo en su conjunto tienden a favorecer la cohesión:

El grupo se esta refiriendo a...

Por otro lado, el terapeuta intentará realizar resúmenes de la información que aporten los pacientes ligándola entre sí y dando un sentido común al tema, frecuentemente acabando el resumen de forma abierta para que los pacientes puedan añadir matizaciones o profundicen en el tema del grupo.

En lo que se refiere a los roles sociales cabe señalar que los pacientes que se adhieren a un rol social 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. En general, ambos son apreciados por sus esfuerzos en este sentido. Dado que los pacientes que se adhieren al rol divergente enfatizan las diferencias y tienen un estilo más confrontativo es importante que el terapeuta mantenga su atención focalizada en las intervenciones de dichos miembros del grupo y las pueda reencuadrar para favorecer el establecimiento de la cohesión grupal (MacKenzie, 1997). No obstante, la identificación prematura de los pacientes que presentarán este rol divergente en la fase de selección previa al grupo es de especial relevancia pues, en nuestra experiencia, la inclusión de más de dos pacientes por grupo con este perfil suele resultar problemática. Es necesario hacer un esfuerzo por evitar que estos pacientes se alienen del grupo o produzcan tensiones relevantes en el mismo. Los pacientes que representan un rol cauteloso tienden a mantenerse en silencio, observando el desarrollo del grupo. Puede resultar adecuado reforzar las escasas intervenciones que realizarán y conectarlas con los temas del

grupo, amplificando así el efecto de las mismas. Si el grupo se muestra preocupado por dichos miembros se puede normalizar la necesidad de ir a pequeños pasos a la hora de establecer una relación o unirse a un grupo de personas desconocidas.

El grupo en esta fase tendrá marcados elementos de apoyo. Si el grupo se mantiene en esta fase, resistiéndose para pasar a la siguiente, implicará la existencia de dificultades para establecer diferencias. En otros modelos de grupos como los grupos psicoeducativos o los grupos de autoayuda para afectados no se avanzará más allá de esta fase, que puede ser en si misma beneficiosa, pero nuestro objetivo va más allá del uso del grupo como mero elemento de apoyo y educación.

### 3.8.1. El primer día

Este primer día se explicarán los objetivos y reglas básicas del grupo.

Las reglas básicas del grupo serán lo que denominemos el encuadre. Se les explicará el mismo comentando cual es la duración de cada sesión (60 minutos), cuanto dura la experiencia (20 sesiones), cual será su periodicidad (semanal), y que días serán festivos y, por lo tanto, no habrá sesión. También se les explicará que es obligatoria la asistencia y la puntualidad. Se les hará hincapié en la necesaria confidencialidad con los temas que otros pacientes traigan en el grupo. Por último, se señalará que el grupo es verbal y que, por consiguiente, se espera que a través de este tipo de comunicación se desenvuelva el mismo.

Se referirán algunos aspectos fundamentales del sentido y del funcionamiento del grupo, en nuestra experiencia solemos utilizar frases similares a las siguientes:

“El grupo es un tratamiento en el cual a través de hablar de los temas que os preocupan y reflexionar sobre ellos aprendéis nuevas formas de enfrentaros a vuestra enfermedad”.

“No es un sustituto del tratamiento psiquiátrico o farmacológico”.

“Vuestras opiniones y perspectivas tienen un valor fundamental en el grupo”.

“Se espera que vosotros seáis los que opinéis y elaboréis los temas y no tanto que el terapeuta os dé las respuestas”.

Se les detallará algunos temas que son habituales en este tipo de grupo, si bien se aclarará que no son excluyentes. Se les señalará que el terapeuta tiene la potestad de sugerir un cambio de tema cuando sea poco probable poder trabajarlo dadas las características del grupo. Se aclarará que no habrá tema prefijado al inicio del grupo, ellos lo tienen que traer, esto es, el terapeuta no elige el tema, lo elegirán ellos de entre lo que les preocupa en relación a su padecimiento.

Se les señalará la secuencia típica de trabajo durante cada sesión (elegir tema relevante, discutir en torno al mismo, desarrollar grupalmente estrategias de afrontamiento respecto al problema en cuestión).

Se subrayará que los objetivos principales del grupo serán:

- Aprender formas de manejar los síntomas.
- Aprender formas de mejorar las dificultades para la relación con los demás.

Se les señalará que lo habitual es que en este tipo de grupos los pacientes requieran un breve periodo de adaptación y que una de las funciones del terapeuta es la de ayudarlos en este sentido. Otra función del terapeuta es la de hacer del grupo un lugar seguro, el terapeuta es el principal responsable de la seguridad en el grupo.

Acabado todo esto se inicia una ronda de presentaciones, que será la primera toma de contacto de los pacientes entre sí. Se iniciarán ya los primeros temas. La tarea principal del terapeuta llegados a este punto será la de facilitar la comunicación y facilitar la secuencia típica de cada grupo.

Al final del grupo se reforzarán positivamente las interacciones del grupo y se expresarán muestras de apoyo emocional.

### 3.8.2. Otras sesiones

Se facilitará que los miembros revelen sus síntomas. Se evitará hablar de los problemas en la relación con los demás como tema principal.

Se buscarán puntos en común más que diferencias.

Lo esperable es que se realicen identificaciones rápidas, dada la homogeneidad del grupo. De esta forma se generará la cohesión grupal.

### 3.8.3. Trabajo sobre síntomas

#### a) *Disgregación*

Se trabajará con el paciente, con un tono de apoyo, para que entienda que su comunicación esta alterada. Se asociará la dificultad para comprenderle con su confusión. Se le señalará que el grupo se compromete a aportarle *feedback* sobre la comunicación alterada siempre que ésta esté presente. Se le sugerirá que pare y reorganice su mensaje en frases cortas y se le devolverá si se le entiende. Se reforzará positivamente el esfuerzo comunicativo.

En ocasiones es difícil que el paciente participe del tema del grupo por sus dificultades, los demás pacientes no le incluyen porque no le entienden. En este punto el terapeuta hará un esfuerzo por recoger al menos alguna de sus comunicaciones y dotarla de cierto sentido en relación con el tema del grupo.

#### b) *Inadecuación afectiva*

Se trabajará con el paciente, también con un tono de apoyo, que entienda que su afecto es incongruente con lo que quiere expresar y que esto dificulta su comunicación. El grupo se comprometerá a darle *feedback* si aparece este evento. El paciente intentará modular conscientemente un afecto apropiado o explicar cual es el afecto que desea transmitir con su mensaje. Se reforzará positivamente el esfuerzo.

Por otro lado, el trabajo sobre la inadecuación afectiva en relación a fases posteriores de la terapia podría incluir el efecto que tiene la misma sobre la interacción social tanto dentro como fuera del grupo.

#### b) *Alucinaciones*

Se utilizará al grupo como referencia consensuada de lo real (validación consensuada). En este sentido, los miembros que las tuvieron y las critican son especialmente importantes al desarrollar en el grupo sus propias experiencias y la crítica sobre la veracidad de las mismas. A través de las experiencias de los miembros se sugeri-

rán estrategias cognitivas, conductuales, de modificación del input sensorial y fisiológicas. En numerosas ocasiones los pacientes aceptarán

de forma menos defensiva las aportaciones de otros pacientes que las de los terapeutas. Se reforzarán los logros.

Tabla 1: **Estrategias a seguir a través de las experiencias de los miembros del grupo**

Tipos de estrategias	Ejemplos de estrategias
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <i>Desviación de la atención</i>, técnicas de desviación de la atención a otros estímulos.</li> <li>* <i>Restricción de la atención</i>, reduciendo el rango de la atención.</li> <li>* <i>Autoafirmación</i>, usando la conducta verbal para dirigir el comportamiento o cambiar la atribución causal de una experiencia o acontecimiento.</li> </ul>
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <i>Aumento de la actividad</i>, en particular actividades que involucran interacción con los otros, como ejercicio o caminar.</li> <li>* <i>Aumento de la actividad social</i>, iniciar compromisos sociales.</li> <li>* <i>Reducción de la actividad social estresante</i>, retraerse o evitar el contacto social de forma temporal.</li> <li>* <i>Comprobación de la realidad</i>, comprobando la veracidad de las explicaciones causales de los acontecimientos o su interpretación.</li> </ul>
Modificación del input sensorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <i>Modificación de las aferencias sensoriales</i>, como por ejemplo <i>escuchar música</i>.</li> </ul>
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Estrategias para la modificación de estados fisiológicos maladaptativos, como por ejemplo la <i>relajación</i> o ejercicios de respiración.</li> </ul>

Fuente: Cañamares et al, 2001.

#### d) *Ideas delirantes*

Se podrá utilizar la validación consensuada para poner a prueba la realidad del delirio. Los pacientes que tuvieron un delirio y lo critican serán especialmente valiosos y de nuevo con frecuencia se tienden a apreciar como más admisibles por el paciente las intervenciones de los otros miembros que las del propio terapeuta.

Se podrá trabajar como interfieren en la vida del paciente, esta es la única posibilidad en delirios muy enquistados.

Los delirios son, a veces, especialmente difíciles de trabajar. En ocasiones será necesario desviar

el tema o integrar aspectos de la manifestación delirante con los acontecimientos grupales.

En ocasiones el paciente puede sentir que se invalidan sus experiencias. En este sentido es importante recordar que siempre es posible validar la experiencia emocional asociada al delirio, entendiendo como se siente si piensa eso.

Suele ser de utilidad que estén presentes dos terapeutas cuando se trabaja con este tipo de manifestaciones, de tal forma que uno pueda contrabalancear la posición del otro cuando se trabaja con este delicado material.

## EL CHIVO EXPIATORIO

Los pacientes especialmente dañados, excéntricos, rígidos en sus planteamientos o más inadecuados en su presentación pueden convertirse en chivos expiatorios. El chivo expiatorio es un miembro del grupo que recibe las críticas masivas del resto de los miembros, de forma más o menos explícita. Corre el riesgo de tener que tolerar una gran presión negativa del grupo e incluso de abandonarlo. Es especialmente relevante que él o los terapeutas detecten el riesgo de que uno de los miembros acabe representando este papel y sean capaces de eliminar dicho desenlace.

Los terapeutas habrán, en este caso, de favorecer una cultura de respeto ante la expresión verbal libre y de señalar lo necesario de esta actitud de respeto.

El chivo expiatorio puede presentarse en cualquier fase del desarrollo del grupo.

Lo que el chivo expiatorio representa a nivel dinámico es un aspecto no deseado de los miembros del grupo. Puede ser interesante indagar en la posibilidad de si los miembros del grupo pueden sentirse identificados con algunos de los aspectos que trae al grupo el chivo expiatorio. Por ejemplo, recoger indirectamente las situaciones en las que los miembros del grupo se han mostrado impermeables en torno a alguno de sus síntomas, o la actitud hacia los demás cuando los estaban sufriendo.

En otras ocasiones el o los terapeutas frenarían, en un afán de protección, al chivo expiatorio, facilitando un cambio de tema, reformulando la intervención del paciente en cuestión o señalando diligentemente la dificultad evidencia y como modificarla. A modo de ejemplo presentamos la siguiente viñeta clínica:

*En el contexto de un grupo especialmente cohesionado que se encuentra en la fase interpersonal una paciente diagnosticada de esquizofrenia paranoide con gran fragilidad, que muestra un patrón asociado de inestabilidad emocional e impulsividad, nos habla de una dificultad con su abuela, que la ha criado. Nos señala como ésta se muestra enfadada con ella sin motivo aparente y la desvaloriza. Éste es uno de los motivos por los cuales empezaba el grupo especialmente nervioso y taciturno. El grupo habla de la relación con sus familiares y la influencia que tiene su enfermedad sobre la misma, aportando distintas perspectivas: unos se han sentido apoyados por su familia, otros se sienten culpables por que su familia se preocupe por ellos. Mientras tanto la paciente se mantiene aparentemente distraída chocando dos canicas en la mano y produciendo un leve ruido con ellas, sin participar en la interacción, como si no le interesara el tema del que se está hablando. Se le caen pero consigue recogerlas en el aire en un movimiento brusco. El grupo se para. De nuevo el grupo empieza a hablar del mismo tema y la paciente vuelve a mostrar la misma actitud y a jugar con sus canicas. Los otros miembros se están dando cuenta de la actitud de la paciente, que aparenta "pasar" del grupo. De nuevo se le caen las canicas, pero esta vez ruedan por la sala. La situación resulta irritante. El terapeuta le pide en tono calmado que deje de jugar con las canicas pues hace ruido y corre el riesgo de que se caigan y esto detiene el grupo. A su vez, aprovecha a preguntarle si se dan situaciones similares a la ocurrida en el grupo cuando su abuela le habla. Ella señala que si, que con frecuencia evita mirarla, que su abuela siempre le agobia con las preocupaciones por los problemas con su abuelo. Entonces ella se entretiene con sus canicas y no es extraño que se le caigan. Uno de los pacientes le señala que quizás eso es lo que incomode a su abuela, que el mismo se ha sentido incómodo con la situación. La paciente señala que probablemente deba decirle a su abuela y a los miembros del grupo cuando se encuentra incómoda con la conversación en vez de evadirse y admite que tal vez ella produce crispación en su abuela a través de sus interrupciones. Otro paciente le dice que a veces su madre le cuenta los problemas que tiene con su padre y que él le dice directamente que no le interesa que le cuente esas cosas, pues al fin y al cabo es su padre<sup>2</sup>.*

<sup>2</sup> Esta y otras viñetas clínicas referidas en el presente manual no representan situaciones reales.

### 3.9. Fase de diferenciación

Su duración es aproximadamente de seis sesiones. Es una fase de transición, se iniciará con temas sintomáticos y acabará con temas interpersonales.

En esta fase los pacientes empezarán a exponer sus diferencias. Inicialmente no de forma marcada. Primero sobre las características de los síntomas y luego sobre las opiniones a la hora de afrontarlos.

Se percibirán y comentarán matizaciones sobre aspectos del problema de un paciente, que a veces estaban ocultos para el mismo, dando un significado más fructífero a la interacción.

Por otro lado, el terapeuta favorecerá la identificación, la expresión y la exploración de las diferencias.

Los pacientes pueden temer que expresar diferencias de lugar a rechazo, humillación o descontrol. Por eso se prestará atención al nivel de tensión que toleran los miembros. La diferenciación será sutil y limitada. A diferencia de en los grupos con pacientes neuróticos no se alentará la expresión de ira o rabia, que serán inhibidas.

En los grupos de pacientes neuróticos en esta fase se espera que se produzca una crítica al terapeuta. Las expectativas idealizadas del líder como alguien que aportará las respuestas oportunas, que se produce en la primera fase, choca con la actitud de éste, que mantiene el foco en las intervenciones de los pacientes. Se produce una desidealización del mismo, en la cuales algunos pacientes se muestran críticos con aspectos de la conducción del grupo. Esta fase es necesaria en el grupo de neuróticos, pues tras la desidealización del líder los pacientes toman conciencia de su necesaria autonomía y responsabilidad a la hora de hacerse cargo del grupo. En el grupo de pacientes con esquizofrenia este proceso está atenuado o no se produce. Sin embargo, el terapeuta trabajará con el grupo para que los pacientes se muestren más autónomos en el mismo y muestren su iniciativa en favorecer la tarea del grupo, facilitando una menor dependencia del terapeuta.

Al final de la fase los miembros tendrán que sentir que el grupo es un lugar seguro donde expresar sus diferencias, lo cual les permitirá

hablar abiertamente sobre sus dificultades interpersonales.

En lo que respecta a los roles sociales cabe señalar que 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 en este grupo es que alienten 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. Es de especial importancia en estos grupos que el terapeuta tenga siempre presente que la diferenciación se hará sólo de forma limitada y que la transición de temas sintomáticos a temas interpersonales se hará sólo muy gradualmente. El terapeuta, como figura transferencial, tiene un poder que le permite reforzar determinadas intervenciones que orienten al grupo en esta dirección o evitar reforzar otras en sentido contrario.

Los pacientes que se adscriben al rol sociable siguen representando una función cohesiva en el grupo. Pueden tener dificultades para expresar diferencias o tolerar las mismas. Sin embargo, en el tipo de grupos que nos ocupa, si la diferenciación se produce según el patrón previsto, es poco probable que tengan problemas para adaptarse a la nueva tarea del grupo, pues seguirán percibiendo al grupo como cohesionado. No es probable que los pacientes que se adhieren al rol estructural tengan especiales problemas con esta fase del grupo, pues se adaptarán al cambio de tarea.

Por último, los pacientes que representan un rol cauteloso pueden presentar dificultades en esta fase. Al hacerse la tarea más compleja (explorar las diferencias es más costoso que identificarse con lo que a uno le sucede) y exigir el grupo una mayor participación los pacientes que siguen este rol pueden replegarse. Es importante mantener la atención sobre estos miembros para favorecer que estén motivados y reforzar alguna de sus intervenciones.

### 3.10. Fase interpersonal

Durarán unas seis sesiones. En esta fase se introducen las dificultades interpersonales y los

síntomas serán revisados a la luz de la relación con los demás.

Se introducirán sentimientos negativos como la frustración, la desesperanza y la tristeza y se tomará mayor conciencia de las limitaciones y la incertidumbre asociada a la enfermedad.

Aparecerá en los pacientes un sentido de responsabilidad sobre el propio destino y la mutualidad. Continuará la diferenciación, ahora más compleja.

Se fomenta que los pacientes hablen en el grupo de sus dificultades interpersonales. Por un lado, los síntomas modulan la vida interpersonal de los pacientes, por otro las dificultades interpersonales detectadas influyen tanto en los síntomas como en la calidad de vida de los pacientes. En un primer momento en el grupo, la inclusión de una elaboración por parte de los miembros del grupo de las dificultades en las relaciones interpersonales que presentaban en su vida cotidiana es menos amenazante, y, por lo tanto, permite una discusión habitualmente más fructífera y abierta, que el análisis de las dificultades interpersonales entre los miembros del grupo. Las relaciones interpersonales y sus distorsiones siempre se analizan en un nivel consciente. No se analizan las relaciones del pasado, excepto cuando sea necesario para entender una situación presente y poniéndolas en relación con la situación actual. Como ya hemos señalado, se evita un enfoque reconstructivo.

Cuando el tipo de interacción interpersonal descrita por los pacientes representa un patrón interpersonal problemático, que también se evidencia dentro de la relación entre los miembros del propio grupo, podría ser adecuado vincular la situación interpersonal fuera del grupo con la que se evidencia dentro del mismo, pero siempre perveyendo su efecto sobre la tensión grupal. Esto también se hace cuando lo que los pacientes describen que ocurre fuera del grupo contrasta marcadamente con el tipo de interacción que se aprecia en el grupo, de cara a explorar los motivos de dicha disonancia. También se utiliza este recurso cuando el cambio interpersonal se ha producido dentro del grupo, pero no fuera todavía, introduciendo la noción de proceso de cambio.

Se ha de favorecer que cuando un paciente refiera al grupo una dificultad en la relación con

los demás la respuesta de los otros miembros se refiera a sus propias experiencias en torno al mismo tema, enfatizando la empatía. En ocasiones los pacientes toman distancia de lo que esta verbalizando otro paciente dando consejos de forma general, sin aportar su propia experiencia. Puede ser útil preguntar al resto de los pacientes si han pasado por algo parecido y cual es su experiencia en ese sentido.

La inclusión de un análisis de las dificultades con los demás puede ser una tarea más difícil para los pacientes con un rol cauteloso, dado que el nivel de complejidad y de participación activa en el grupo necesariamente vuelven a aumentar. En el caso de los pacientes con un rol estructural pueden presentarse problemas para incluir los aspectos emocionales.

### 3.11. Fase de despedida

Durarán aproximadamente dos sesiones. Si el grupo evitara el tema de la finalización el terapeuta lo traerá al grupo.

Los temas fundamentales serán las dudas sobre la capacidad para asumir la responsabilidad sobre uno mismo y sobre el futuro y la revisión de las aportaciones del grupo. Se espera que los pacientes tengan una visión realista de su futuro junto con cierta sensación de capacidad para hacer frente al mismo. Se facilitará que el propio grupo module visiones demasiado idealizadas del futuro, que no tengan en cuenta posibles dificultades.

Si no se produjera una despedida espontánea, ésta se podrá estructurar en forma de una ronda de despedida.

En muchas ocasiones los pacientes con un rol cauteloso demuestran al grupo como han generalizado aprendizajes de aspectos trabajados por el grupo en el entorno externo al mismo, y como, a pesar de su aparente retraimiento, han mantenido su atención en el proceso del grupo y son capaces de aportar valor a su experiencia con el grupo. Con frecuencia se ha producido un aprendizaje vicario. Estos pacientes pueden ser valiosos al presentar menos problemas con esta fase y servir de modelo a los demás en este sentido.

#### 4. ENTREVISTAS INDIVIDUALES DE PREPARACIÓN AL GRUPO

La entrevista o entrevistas individuales previas a la incorporación al grupo son, a nuestro juicio, una herramienta útil que permite conocer en cierta profundidad al paciente. A ser posible las realizará quien o quienes conduzcan luego el grupo, y no alguien ajeno al mismo. Nos aportan datos sobre el diagnóstico, el nivel de funcionamiento y las fortalezas y debilidades del paciente. Permiten valorar la adecuación de un enfoque grupal para el paciente en cuestión y de esta forma incluirlo en uno de los grupos o, por el contrario, sugerirle otro tipo de alternativas. Con una breve experiencia del terapeuta conduciendo grupos de este tipo éste será capaz de identificar, en estas entrevistas, patrones disfuncionales del paciente que tendrán su expresión en el grupo casi de forma inevitable. En ocasiones se puede realizar una primera aproximación a dichos patrones, sobre todo en aquellos que puedan implicar una dificultad añadida en la incorporación y adecuación inicial al grupo. Por último permiten diseñar objetivos terapéuticos personalizados.

Se recogerán los siguientes datos, sin ánimo de ser excluyentes: historia clínica completa, nivel de funcionalidad, toma de medicación y actitud hacia la misma, conciencia de enfermedad, nivel de funcionamiento interpersonal, funcionamiento familiar, patrones disfuncionales posibles, experiencias previas en grupos, expectativas y dudas respecto al tratamiento.

Puede ser interesante tratar de prever cual será el posible rol social que mantendrá el paciente de forma predominante en el grupo. En este sentido, tanto la forma de interactuar en la entrevista como algunas características de personalidad o clínicas serán pistas desde las cuales realizar inferencias. Esto es relevante de cara a la composición equilibrada del grupo.

Suele ser de utilidad dar cierta información al paciente sobre las características y los principios del grupo, el horario del mismo, su frecuencia y su duración, las normas básicas de confidencialidad (se indica que la ruptura de esta norma implica la inmediata salida del grupo del paciente en cuestión) y asistencia (se señala que en el formato grupal el compromiso no sólo se estable-

ce con el terapeuta, sino que también se realiza con los demás pacientes, pues la asistencia de los miembros de grupo es básica para que los miembros del grupo se beneficien del mismo), el lugar donde se lleva a cabo, y, si esta información se conoce, el número de pacientes, sus sexos y edades (siempre de forma general y con respeto a la confidencialidad de los demás pacientes). Con frecuencia los pacientes muestran ciertos temores a la incorporación a un tratamiento en formato grupal, algunos más generales y otros más idiosincrásicos. Puede ser útil abordarlos y atenuarlos. Proveer de cierta información de antemano permite que el paciente se muestre más seguro en su incorporación al grupo, al darle de herramientas cognitivas que hacen más predecible la experiencia. Se suele señalar que el grupo no tiene un enfoque reconstructivo y se espera que se hable sobre las dificultades actuales. Se describe el papel esperable en los participantes, la secuencia de intervención de los mismos (elección libre del tema, elaboración, conclusiones). Se señala abiertamente que el grupo sólo es un complemento a otras intervenciones, haciendo especial hincapié tanto en el seguimiento psiquiátrico farmacológico como en la necesaria puesta en práctica en el entorno habitual de las habilidades aprendidas en el grupo. Se normaliza la presencia de dificultades al inicio del grupo e incluso se describen las más habituales. Se señala claramente el papel del terapeuta, cuyas responsabilidades implican favorecer la comunicación, aportar seguridad y ser garante de las normas del grupo.

En nuestra experiencia el proceso de evaluación y preparación individual suele requerir de dos sesiones, la primera de una hora y la segunda frecuentemente de media hora. Durante las entrevistas asimismo se realiza una identificación y elaboración incipiente de las dificultades, una definición de objetivos individuales y el inicio de la definición de algunos patrones disfuncionales que se evidencian a través de la recogida formal de datos o de los comportamientos evidenciados en la relación terapéutica.

Resulta útil corregir expectativas erróneas que pudiera tener el paciente. Nosotros solemos utilizar la primera sesión para recoger todos los datos y, si consideramos que el paciente es candidato a incorporarse a psicoterapia de grupo,

dar la máxima información e identificar, señalar y corregir expectativas erróneas (por ejemplo: pensar que el grupo sólo es un medio para hacer amigos o conseguir pareja en una situación de deterioro interpersonal, o considerar que sólo el descubrimiento de las causas de su trastorno llevarán al cambio espontáneo del mismo), así como en esbozar los focos probables en la terapia para el paciente en cuestión y las expectativas concretas de cambio (objetivos). En este punto le señalamos al paciente que piense hasta la próxima sesión si éste le parece un tratamiento adecuado para su persona, si puede establecer los compromisos señalados, así como si desea redefinir o matizar algo de lo hablado hasta el momento. En la segunda sesión, si el paciente esta de acuerdo, y tras revisar dudas, matizaciones, o cambios de foco o perspectiva por parte del paciente, y reelaborarlas, se formaliza el compromiso de tratamiento y se fija la fecha de la primera sesión.

Es importante detectar la autorrevelación prematura por parte del paciente e intervenir sobre ella. En ocasiones en la primera entrevista el o la paciente nos aporta, sin ningún tipo de inhibición aparente y sin dar tiempo a que se cree la más mínima vinculación, material íntimo de cierta crudeza en una especie de descarga no reflexiva. El riesgo de dicha actitud esta en el abandono prematuro, bien en la fase de entrevistas o bien, lo cual podría ser peor, en la incorporación al grupo. El o la paciente puede quedarse con una sensación de gran vulnerabilidad o vergüenza por haber dicho demasiado sobre sí mismo sin pensar en el efecto que tendría. Si se detecta dicho comportamiento puede ser adecuado señalarlo en un tono correcto y respetuoso y comentar que a algunos pacientes les ocurre que cuando se encuentran en una situación nueva el nerviosismo que les genera les hace bien bloquearse o inhibirse, o bien hablar en profundidad de sí mismos sin pensar si se sienten lo suficientemente seguros en el entorno en el que lo hacen. De este segundo grupo, a algunos les ocurre, que cuando se van o cuando salen del grupo se sienten mal y con la sensación de haber “hablado demasiado” y a veces los sentimientos de vergüenza les impiden regresar a la siguiente sesión. Si el o la paciente se identifica con lo propuesto, el terapeuta le pedirá su permiso para comentarle con gentileza que eso

le esta ocurriendo durante el grupo si así fuera el caso, y evitar, de esta forma, que se sienta demasiado expuesto. Se le suele señalar que lo normal es que uno al principio no se ubique demasiado y a veces le cueste hablar y que el terapeuta es consciente de eso y una de sus tareas es facilitar su integración en el grupo y que participe de la comunicación de forma provechosa.

Por último, nos parece relevante señalar que cuando el paciente entre en el grupo la única referencia de vinculación con el mismo será el terapeuta, con lo cual la relación terapéutica que se inicie en estas entrevistas iniciales será la base de vinculación posterior con el grupo.

## 5. APORTACIONES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Como se puede apreciar, nuestro modelo admite bien la integración asimilativa de conceptos y técnicas propias de otras orientaciones. Este es el caso de la terapia cognitivo conductual sobre las alucinaciones y los delirios. Este tipo, o más bien tipos de intervenciones, no se centran en tratar los trastornos según el concepto clásico de psicoterapia, sino que vuelven su mirada hacia los síntomas. Esto permite una redefinición de los conceptos clásicos del delirio y la alucinación, que pasan a definirse según un concepto multidimensional (Valiente, 2002). Definen así dimensiones del delirio y la alucinación, que quedan así incluidas en un continuo con la normalidad. De todo esto se derivan nuevas formas de trabajar ambos síntomas.

### 5.1 Aportaciones de la terapia cognitivo conductual sobre el abordaje de las alucinaciones

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 alucinación (Valiente, 2002).

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 asignándolas 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 sino 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 intensidad (Valiente, 2002). 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.

## 5.2. Aportaciones de la terapia cognitivo conductual sobre el abordaje de los delirios

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 even-

to 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 experiencia (Valiente, 2002).

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 delirantes (Chadwick, 2006). 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 pueden 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.

## 6. LA PERSPECTIVA GRUPOANALÍTICA

Como se señaló en la introducción el presente manual está dirigido a ser utilizado por profesionales con diversos conocimientos y habilidades, y a poder ser aplicado en niveles progresivos de complejidad en dependencia de la formación y la experiencia de los terapeutas. En este sentido este capítulo abordará un nivel de lectura, comprensión e intervención en el grupo dirigido fundamentalmente a aquellos terapeutas que quieran incorporar en la conducción del grupo una visión del mismo más compleja, pero también más enriquecedora. El grupoanálisis, como inicialmente se concibió en la obra de Foulkes

(Foulkes, 2007a; Foulkes, 2007b; Foulkes, 2007c; Foulkes & Anthony, 2007), y los desarrollos que en torno al tratamiento de las psicosis se han realizado a partir del mismo, permiten entender los fenómenos que se producen en el seno del grupo de una forma más reveladora. Un principio básico de esta corriente es subrayar la estrecha correlación entre individuo y grupo y como ésta se lleva a cabo. Es por lo tanto, a nuestro juicio, una perspectiva que permite aprovechar al máximo el poder del grupo como medio para producir cambios terapéuticos en el paciente incorporado al mismo. El grupo en su conjunto actúa como elemento terapéutico más allá de las técnicas derivadas de la terapia individual que puedan aplicarse a los individuos concretos, y nosotros podemos modular su capacidad terapéutica desde el reconocimiento de los fenómenos que incluyen la referida interacción entre individuo y grupo.

En los grupos que hemos venido realizando en los últimos años este enfoque ha venido incorporado desde un primer momento dado que nuestra formación inicial fue grupoanalítica. En la elaboración de esta perspectiva nos es imprescindible citar la obra de Urlic (Urlic, 1999) y sus interesantes trabajos sobre la perspectiva grupoanalítica en pacientes con esquizofrenia.

En primer lugar es preciso señalar que el análisis grupal es, ante todo, una terapia orientada analíticamente, pero la mayoría de los terapeutas que trabajan con dicho enfoque estarían de acuerdo en señalar que, en el caso de pacientes con trastornos mentales graves (como es el caso de la esquizofrenia) dicha terapia estaría orientada a objetivos o focal. Se eludiría, por otro lado, la interpretación y el análisis de las experiencias infantiles o del desarrollo. El fortalecimiento de las funciones del yo, especialmente la prueba de realidad, se convertiría en un objetivo prioritario. Por último, la relación transferencial con el terapeuta se consideraría esencial para el establecimiento y la continuación del tratamiento (Urlic, 1999).

En su concepción original Foulkes (Foulkes & Anthony, 2007) definió unas condiciones para entender una psicoterapia como grupal, a las que añadió algunas más para definir una terapia como análisis grupal. Es de notar que Foulkes desarrolló sus ideas con grupos de pa-

cientes neuróticos. No obstante, desde entender las condiciones y como varían en el grupo de pacientes con esquizofrenia, podremos ubicarnos más adecuadamente frente al grupo.

Las condiciones de la psicoterapia de grupo serían tres:

- Se prioriza la comunicación verbal.
- El miembro individual es el objeto del tratamiento, no el grupo.
- El grupo en si principal es el principal factor terapéutico.

Por otro lado, las condiciones del análisis grupal incluirían las anteriores, pero además:

- La discusión de flujo libre, que sería análoga a la asociación libre del psicoanálisis.
- El análisis por el grupo del material producido por el grupo: las acciones e interacciones de sus miembros y el análisis de los procesos dinámicos del grupo.
- La aceptación de dos niveles de contenido en el grupo, el manifiesto y el latente.

Urlic (Urlic, 1999) analizó y redefinió estas condiciones para el grupo de pacientes con esquizofrenia. Se aceptarían las condiciones generales, pero:

1. Frente a la discusión de flujo libre se evidencia que estructurar la discusión evita el acceso al material inconsciente y la desorganización del grupo, por lo cual se evita la primera.
2. Se respetaría el espíritu de la quinta condición, pero se modifica. El grupo tiene la responsabilidad de analizar su propio material, sin embargo, dicho análisis no alcanza la profundidad propuesta por Foulkes.
2. Existen dos niveles de contenido, pero el grupo sólo trabaja en el plano manifiesto y nunca en el latente. 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.

El grupoanálisis nos propone que los pacientes que corrigen el comportamiento interpersonal desadaptativo en el grupo y se arriesgan con un nuevo comportamiento interpersonal en el aquí y ahora, tienden a generalizar éste a la realidad externa al grupo

### 6.1. La matriz grupal

Una aportación esencial del grupoanálisis es el concepto de matriz grupal. Este constructo es especialmente interesante en la conducción de grupos con pacientes esquizofrénicos, pues es, a nuestro juicio, el que de forma más práctica permite comprender la relación entre el grupo y el individuo en tratamiento. Martínez Azurmendi (Martínez Azumendi, 1990) elaboró una imprescindible revisión sobre el concepto en la obra de Foulkes. Foulkes amplió, matizó y modificó a lo largo de su obra este concepto. La matriz grupal es entendida como:

1. **Mente grupal:** el grupo es entendido como un todo, mayor que la suma de las partes.
2. **Red (network) de relaciones o comunicaciones:** se entiende que el individuo es un punto nodal en la red total de comunicaciones. Dicho individuo no es entendido como un sistema cerrado, sino como un sistema abierto. Desde este punto de vista la interpretación de las comunicaciones sólo tiene sentido en un fondo común de significados.
3. **Lugar simbólico:** el grupo puede ser depósito de distintas representaciones simbólicas para los individuos que lo componen.

Del concepto de matriz 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.

Un ejemplo práctico de la utilidad de este concepto podemos verlo en el siguiente párrafo:

*En un grupo de hospital de día dos pacientes con rasgos de personalidad alterados explotan al resto de los miembros durante los espacios en los que no está presente personal del hospital solicitándoles cigarrillos de forma intimidatoria. En el grupo no se habla de esto. En un momento determinado ambos pacientes se cruzan las miradas en una forma de intimidad. El terapeuta lo evidencia, pero desconoce su significado. El paciente más frágil, tranquilo hasta entonces, comienza entonces a mostrarse desorganizado y paranoide. El resto de los pacientes mantienen una actitud de apariencia tranquila. El aumento de la tensión que favorece la aparición de síntomas psicóticos en el miembro más frágil podría no sólo hablar del propio paciente sino, también, del aumento de la tensión en el grupo generado por la interacción de los dos miembros explotadores. El terapeuta mantiene un seguimiento más estrecho de las interacciones entre estos miembros y sus relaciones con el grupo en general.*

### 6.2. Niveles de lectura simbólica

Foulkes (Foulkes & Anthony, 2007) definió cuatro niveles:

1. **Nivel de realidad:** el de las relaciones convencionales de sus miembros.
2. **Nivel de transferencia:** incluye la reactualización en la relación presente de formas relacionales en el pasado.
3. **Nivel proyectivo:** se refiere a las identificaciones primitivas entre los miembros del grupo.
4. **Nivel primordial:** hace referencia a los arquetipos jungianos.

En ocasiones la lectura privada por parte del terapeuta de los acontecimientos del grupo desde los niveles transferencial y proyectivo

puede resultar de utilidad para orientar sus intervenciones.

El grupo, además, no sólo incluye fenómenos transferenciales. Todo grupo terapéutico posee elementos constructivos y de apoyo. La relación real y la alianza terapéutica con el terapeuta y de los pacientes entre sí son elementos de gran peso y relevancia.

### 6.3. Rasgos del terapeuta

Rogers (Rogers et al., 1997) definió los rasgos del terapeuta que se asocian a unos mejores resultados en la terapia, a saber:

1. Calidez no posesiva: el terapeuta demuestra un apoyo incondicional de lo que es el paciente, lo cual es distinto de la aprobación sistemática de todo lo que presenta el paciente.
2. Empatía: el terapeuta puede ponerse en el lugar del paciente.
3. Autenticidad: el terapeuta ha de mantener una coherencia.

Si bien ésta no es una aportación puramente grupoanalítica es cierto que da una orientación sobre la actitud del terapeuta durante la terapia.

### 6.4. Papel del terapeuta

Al principio el paciente establecerá una relación regresiva, 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 conductor (Urlíc, 1999). 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 permanente alternando en la elección entre desempeñar una función de apoyo o desempeñar una fun-

ción de análisis, potencialmente más ansiógena para los pacientes, pero con una mayor asociación al cambio de patrones disfuncionales de los mismos.

Idealmente el terapeuta habrá de asistir a los pacientes en proceso de aprendizaje espontáneo.

## 7. LA PERSPECTIVA INTERPERSONAL DEL GRUPO

No sería el objeto del presente manual describir exhaustivamente las aportaciones teóricas y técnicas de las terapias interpersonales, para ello referimos a los interesados a los autores de referencia (MacKenzie, 1997; Sullivan, 1953a; Sullivan, 1953b; Sullivan, 1962; Vinogradov & Yalom, 1996; Yalom, 1983; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005; Yalom & Vinogradov, 1996). Sin embargo, si queremos señalar, de forma resumida algunos aspectos de la misma y detenernos en las aportaciones de la terapia grupal interpersonal que nos resultan de particular interés para el desempeño del tipo de grupos que estamos describiendo.

Las características nucleares de este enfoque son:

- Los pacientes reproducen en el grupo sus formas de relación externas al grupo, que son actualizadas en el *aquí y ahora* de la interacción grupal, lo cual permite la observación y el análisis de las mismas sin la obligatoriedad de recurrir a enfoques reconstructivos.
- A su vez, las formas de relacionarse de los pacientes tienen su base en las experiencias biográficas de cada uno de ellos. Se hace especial hincapié en las experiencias biográficas tempranas, es decir, las formas de relación que se establecieron con los cuidadores, los hermanos y otras figuras significativas.
- La psicopatología tiene su base en un historial de desarrollo caracterizado por relaciones interpersonales distorsionadas (Sullivan, 1953b). La toma de conciencia de las propias relaciones interpersonales permite alcanzar la salud mental (Sullivan, 1953a).
- El espacio terapéutico permite corregir, a través de la experiencia, dichos patrones de interacción desadaptativos por medio del análisis

de los mismos y de su inadecuación en las circunstancias actuales. Otro mecanismo de cambio de dichos patrones es la vivencia, en el espacio terapéutico, de desenlaces distintos a los tradicionalmente esperados por el sujeto (*experiencia emocional correctora*). El paciente ya no recluta al otro en el papel complementario de su patrón interpersonal desadaptativo, papel que tiende a reforzar circularmente el patrón.

- Las nuevas formas de interacción aprendidas en el entorno terapéutico tienden a generalizarse en el ambiente externo.

No obstante, nos gustaría añadir algunas matizaciones y críticas al enfoque interpersonal clásico que, a nuestro juicio, son pertinentes en el caso de los grupos que nos ocupan:

- Probablemente la terapia interpersonal clásica pone un peso excesivo en el papel que tiene el inadecuado desarrollo de habilidades relacionales como factor etiológico de la esquizofrenia. Asimismo, la equivalencia que hace entre enfermedad mental y dificultades interpersonales es reduccionista.
- Lo que sí parece razonable pensar es que las formas de relación que el paciente vivió durante su infancia influenciarán la forma en que dichos pacientes se relacionaran en el momento actual y en el grupo; y que las formas más desadaptativas influirán en el pronóstico de la enfermedad y las habilidades del paciente para hacer frente a la misma.
- Además, las experiencias interpersonales más recientes, pero emocionalmente significativas, también pueden tener un peso en los patrones interpersonales actuales. La vida parece proporcionar experiencias patogénicas (y terapéuticas) en grado variable. Si no aceptáramos este punto tampoco podríamos aceptar la posibilidad de que se produjera un cambio en la psicoterapia (a menos que admitamos que sólo son posibles los cambios a través de la misma). La posibilidad de presentar nuevos problemas y la experiencia del cambio parece ser posible a lo largo de todo nuestro ciclo vital (Erikson, 2000).
- Por otro lado, si bien algunos pacientes con esquizofrenia presentan una situación pre-

mórbida que conlleva alteraciones en la esfera interpersonal (en forma de déficit interpersonales o funcionamientos interpersonales distorsionados), un buen número de ellos sufren de problemas en este área como consecuencia de la propia enfermedad.

Sea como fuere, parece innegable que la esquizofrenia incluye 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...).

Conviene ahora que describamos algunos conceptos principales de esta corriente y aclaremos nuestra posición al respecto.

### 7.1. El aquí y ahora

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 efectividad (Vinogradov & Yalom, 1996). A nuestro juicio, esto es especialmente útil cuando se trabaja con pacientes con trastornos mentales más leves y con cierta fortaleza yoica, y, por lo tanto, con cierta capacidad para tolerar la intensidad emocional que supone la evidenciación y el análisis de interacciones interpersonales problemáticas en vivo y en directo (encontrándose reunidos los sujetos implicados y con un compromiso de mantenerse durante toda la duración de la sesión y de acudir a la siguiente sesión), sin empeorar sintomáticamente o abandonar el grupo con graves consecuencias para su evolución.

Probablemente, para un buen número de pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados sería 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 frecuencia 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, a nuestro juicio, 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.

Sin embargo, 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:

- Por un lado, esto le permitirá tener una visión más amplia de las dificultades que el paciente presenta en el contexto social más amplio, dada la tendencia del paciente a reproducir en el grupo sus formas de interacción características tendrá una representación en vivo y en directo de las mismas.
- Por otro lado, le permitirá advertir los intentos de los pacientes por evitar confrontar sus dificultades interpersonales fuera del grupo. La presencia de una doble agenda es difícil de mantener, dado que es inevitable que el paciente reproduzca sus roles habituales en el grupo.

- En tercer lugar, le permitirá prever los problemas que puedan surgir en el grupo producidos por los patrones distorsionados de interacción.
- Por último, le permitirá intervenir, en el momento oportuno, desde el conocimiento del proceso grupal, en el beneficio del paciente o del grupo en su conjunto.

Además, en determinadas ocasiones 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.

Ejemplo:

*En un grupo abierto de larga duración un paciente, hasta entonces dependiente para todo de su familia, esta intentando ganar autonomía. Nos comenta que ha empezado a salir solo y a realizar algunas actividades de ocio sin su familia. Cuando tiene que relacionarse con terceros se siente inhibido y con frecuencia su frágil autoestima hace que piense que se van a reír de él. Esto le genera gran tensión y le plantea dudas sobre si debe seguir adelante. Los miembros del grupo le recuerdan como algo parecido le ocurrió al principio del grupo, se mantenía callado y en ocasiones pregunto si alguien se había reído, pero eso no se confirmó y ahora es un miembro participativo del grupo, que habla de sus problemas sin preocuparse aparentemente por que pensarán de él. Hasta entonces el grupo no había hecho mención explícita al patrón del paciente ni a como éste había ido cambiando, si bien para todos los miembros había sido evidente. El paciente admitió que creía que eso era lo que le había sucedido en el grupo y que si lo pudo cambiar en el grupo había motivos para pensar que po-*

*día hacerlo fuera. Durante los meses siguientes fue ampliando su autonomía y relacionándose con un mayor número de personas.*

## 7.2. El grupo como microcosmos social

Como previamente hemos señalado, el paciente tiende a reproducir el tipo y la gama de relaciones interpersonales habituales en su entorno social más amplio dentro del grupo. Cada paciente va a reproducir en el grupo una especie de microcosmos social. Además, con frecuencia tiende a hacerlo de forma rápida y evidente.

Sin embargo, el espacio terapéutico tiene unas características diferentes del contexto social habitual del paciente. Si el desarrollo del grupo ha sido el adecuado éste ofrecerá un entorno seguro, donde las consecuencias negativas que se pueden presentar en la vida real están atenuadas y abolidas en el contexto de una cultura grupal de tolerancia y bajo la atenta mirada de los terapeutas. Es probable, por lo tanto, que el paciente pueda arriesgarse en el grupo a probar nuevos comportamientos interpersonales más efectivos.

## 7.3. La experiencia emocional correctora

Para la corriente interpersonal la terapia es una *experiencia emocional correctora*, término introducido por Alexander (Alexander & French, 1980). 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 (Vinogradov & Yalom, 1996; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005).

Tanto el psicoanálisis como la terapia interpersonal han tratado de dar múltiples respuestas a porqué en la interacción entre dos individuos la ejecución por parte de uno de ellos de un patrón comportamental interpersonal elicitaba 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 conciente 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 elementos 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.

Ejemplo:

*Un paciente había tenido dificultades para seguir los tratamientos farmacológicos propuestos por los diferentes psiquiatras que le habían tratado. Con frecuencia acudía a la consulta de los mismos adoptando una aparente actitud de absoluta confianza en el profesional, que le llevaba a no participar en las decisiones sobre qué tipo de fármacos utilizar, simplemente les decía "usted es el experto y yo seguiré lo que usted me diga" para posteriormente quejarse de que los psiquiatras sólo querían controlar su conducta. Al principio de ser incluido en un grupo con frecuencia adoptaba una actitud de extrema confianza en lo que fuera a decir el terapeuta. Se solía referir a él de forma directa preguntándole sobre cual sería la pauta más correcta que habría de seguir para resolver un problema que tenía. El terapeuta en varias ocasiones enfatizó la importancia de las aportaciones del propio grupo con respecto a las suyas propias y refirió la cuestión al grupo. El paciente comenzó en algunas sesiones a mostrar una actitud más activa en el proceso grupal. En un momento en el que el grupo discutía sobre el tipo de relación que cada paciente establecía con su psiquiatra, el paciente se planteó mantener una postura más activa con el suyo, señalándole cuales eran sus temores al respecto y comunicándole los efectos secundarios de forma que encontrarán el fármaco que mejor se acomodara a sus necesidades.*

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 pacientes (Beitman & Yue, 2004).

#### 7.4. El aprendizaje interpersonal

En la terapia grupal interpersonal clásica, y sobre todo en relación a los grupos no estructurados de alta duración con pacientes con mayor fortaleza yoica, se describe una secuencia según la que se produce el aprendizaje interpersonal. Se identifica esta secuencia con el aprendizaje interpersonal en condiciones terapéuticas grupales. Pasamos a describir dicha secuencia, descrita por Yalom (Vinogradov & Yalom, 1996; Yalom, 1995; Yalom & Leszcz, 2005), a la que hemos decidido añadir una última fase, implícita en los trabajos del autor, y remarcar su carácter procedimental:

1. *Exhibición de la patología interpersonal*: los miembros del grupo muestran su comportamiento interpersonal desadaptativo en el aquí y ahora de la sesión.
2. *Retroalimentación y autoobservación*: los miembros se examinan unos a otros y comparten sus observaciones, se descubren las distorsiones interpersonales.
3. *Compartir reacciones*: los miembros señalan los puntos débiles de cada participante y comparten las respuestas y los sentimientos evocados por el comportamiento interpersonal de los otros.
4. *Estudiar el resultado del hecho de compartir reacciones*: se clarifican las distorsiones interpersonales y cada uno de los miembros empieza a tener una imagen más objetiva sobre su comportamiento y el impacto que tiene sobre los otros.
5. *Comprender la propia opinión del yo*: cada miembro toma conciencia del modo en que su comportamiento influye en las opiniones de los demás y, por consiguiente, en su propia autoestima.
6. *Desarrollar un sentido de la responsabilidad sobre la propia presentación del yo*: al comprender como el propio comportamiento y la sensación de estima personal están vinculados se toma conciencia de la responsabilidad de corregir las distorsiones interpersonales.
7. *Darse cuenta del poder de efectuar cambios en la presentación del yo*: pues uno puede cambiar lo que ha creado.
8. *Ejecución de cambios en la presentación del yo*: el individuo ensaya nuevos comportamientos interpersonales en el grupo y entra de nuevo en este proceso en espiral, revisando otros patrones antiguos o los nuevos, que pueden constituir patrones intermedios hacia otro más perfeccionado.

El *grado de carga afectiva* de cada uno de los elementos de esta secuencia sería directamente proporcional al potencial de cambio.

No obstante, nuestro criterio es que esta secuencia, tal y como se ha descrito, no resulta apropiada para los grupos de pacientes con esquizofrenia o trastornos similares.

Según hemos señalado anteriormente, nuestro grupo desestimó el uso sistemático del enfoque en el aquí y ahora puro, tal y como se describe en la literatura sobre terapia interpersonal grupal. Como se puede apreciar, la secuencia de aprendizaje interpersonal descrita en las líneas anteriores requiere de la elicitación y el análisis de los conflictos relacionales entre los propios miembros, en el aquí y ahora del grupo. Nosotros entendemos que dicha situación puede ser excesivamente amenazante para un buen número de pacientes psicóticos, y facilitar el agravamiento de su sintomatología o el abandono del tratamiento. En su lugar, los miembros abordarían en el grupo, de forma más o menos directa, sus dificultades interpersonales con terceras personas ajenas al grupo. Éstas se elaborarían con la participación activa de los distintos miembros del grupo. De esta forma se espera que los miembros desarrollen, en un ambiente de mutuo apoyo, un conocimiento sobre la forma en la que participan en la génesis de sus dificultades interpersonales y el malestar asociado a las mismas. El grupo también será un espacio donde discutir sobre nuevas formas de enfrentar las dificultades.

Por otro lado, también se ha señalado a lo largo del presente manual como una excesiva carga emocional puede tener efectos desorganizadores en el paciente psicótico. De hecho, es un deber del terapeuta monitorizar el nivel de tensión emocional en el grupo para evitar consecuencias negativas del mismo. Sin embargo, para nosotros no existe la exigencia de evocar niveles de tensión emocional altos para favorecer el



cambio. A nuestro entender la tensión emocional necesaria para producir cambios se puede mantener en unos niveles bajos, generalmente tolerables, sin que se resienta la posibilidad de que el paciente viva experiencias emocionales correctoras (que en este grupo de pacientes si se vería resentida con niveles altos de tensión emocional).

Además, también según nuestro criterio, otras formas de aprendizaje interpersonal, distintas de la descrita en la secuencia, podrían tener, en este tipo de grupos, un mayor peso. En este sentido, el *aprendizaje imitativo* tendría un valor más significativo. El hecho de que el paciente identifique algunos de sus problemas en los otros miembros y aprecie como el otro desarrolla nuevas formas de resolver sus conflictos facilita que el propio paciente se atreva con nuevos comportamientos interpersonales.

## 8. GRUPO ABIERTO DE LARGA DURACIÓN

La forma más cómoda de aprender a desarrollar el grupo abierto consiste en tener muy presente la configuración del grupo limitado en el tiempo y conocer las diferencias que se presentan sobre el modelo común cuando se definen cambios en la estructura del grupo, como la apertura del mismo (es decir la incorporación de nuevos pacientes y la salida de pacientes antiguos del grupo) o la duración indefinida del mismo (el grupo persiste, los pacientes no).

### 8.1. ¿Qué tienen en común el grupo limitado y el grupo abierto?

Todo grupo abierto tiene un principio en el que todos los pacientes son nuevos. Este punto de partida del grupo es en todo similar al del grupo limitado en el tiempo. Aconsejamos repasar todo el capítulo dedicado al grupo limitado en el tiempo, puesto que las fases, la actitud a mantener y las intervenciones técnicas por parte del terapeuta durante las mismas son iguales.

Recordaremos que en la fase inicial, que ahora llamaremos fase de compromiso inicial, el terapeuta trabajará por crear la cohesión grupal, una cultura grupal concreta (que incluye la percepción por parte de los pacientes de una responsabilidad con el análisis en grupo de sus propias dificultades y la búsqueda de meca-

nismos de adaptación a las mismas, y, por otro lado, un ambiente de tolerancia, contención y apoyo) y el aprendizaje por parte de los pacientes de una sistemática de trabajo en el grupo. Las referencias en torno a como se inicia el grupo el primer día son en todo válidas para el inicio del grupo abierto de duración extendida, si bien se incluirán referencias a las características añadidas a este nuevo tipo de grupo, esto es: el grupo es una experiencia sin delimitación temporal previa, pero cada individuo estará en el grupo el tiempo necesario para que consiga sus propios objetivos individuales (que habrán de ser cuando menos parcialmente esbozados en la o las entrevistas de preparación individual al grupo). La referencia a los días festivos y las vacaciones se realizará, en lo posible, en relación al año en curso. Se señalará a los pacientes, cuando exista incertidumbre con respecto a los periodos vacacionales, que el o los terapeutas harán por avisar con la suficiente antelación de las mismas. En este sentido la presencia de dos terapeutas ofrece ciertas ventajas pues se puede mantener de forma fija y programada los periodos vacacionales (dado que mientras uno de los terapeutas esté de vacaciones el otro podrá continuar con el grupo), lo cual permitirá a los pacientes programar sus vacaciones en relación a la terapia.

El paso a la segunda fase, que ahora llamaremos fase de diferenciación inicial, no necesariamente se realizará con la secuencia temporal asignada para el grupo de duración limitada. La duración extendida del grupo permite sentirse menos presionados y, si así se considera oportuno, prolongar la primera fase. No obstante, es importante tener en cuenta que, si esta fase dura demasiado, el o los terapeutas habrán de forzar el paso a la segunda fase, pues de lo contrario el grupo se mantendría en una actitud de apoyo autocomplaciente, imposibilitándose la aparición de diferencias y el aprendizaje sobre la tolerancia a las mismas que, finalmente, es lo que abrirá la puerta a un trabajo más interpersonal. A su vez, la segunda fase tendrá una duración temporal menos definida.

Cuando se alcanza la configuración del grupo, que el grupo de duración limitada denominábamos fase interpersonal y el grupo funciona a pleno rendimiento habremos alcanzado lo que llamaremos el grupo ya conformado. El grupo

habrá alcanzado un nivel evolutivo que será el deseable de forma habitual: se generará una dinámica en el grupo que permitirá 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, le hemos llamado fase interpersonal inicial.

Tabla 2: **Fases de los grupos cerrado y 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	Fase interpersonal inicial	
	Grupo conformado	Grupo conformado
Fase de despedida		

Por otro lado, señalaremos que la preparación de los pacientes para el grupo será similar. Para los pacientes que abran por primera vez este grupo sólo variará en que se señalarán los cambios en la estructura temporal tanto del grupo como de la experiencia del paciente en el grupo, y se definirá un esbozo de objetivos individualizados para el paciente en cuestión. Cuando se incorporen pacientes en el grupo ya conformado se podrá transmitir una imagen del grupo más conocida para el terapeuta en relación a las posibilidades de adecuación del paciente a las características del grupo en curso. Asimismo, se trabajarán las dificultades asociadas a la entrada en el grupo ya configurado.

## 8.2. El grupo ya conformado

En el grupo ya conformado, dependiendo de una serie de eventos relevantes, irán cambiando las dinámicas y los contenidos, que se asimilan a las distintas fases descritas. Así, el grupo se co-

locará en distintas posiciones, que mostrarán la configuración de las fases descritas.

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 asimilara en sus características a la fase de transición inicial.

Cuando se den las condiciones adecuadas se situarán en la posición interpersonal: discutirán activamente sobre temas interpersonales o de temas sintomáticos, pero con la inclusión extendida de la dimensión interpersonal. Para que esto ocurra los miembros del grupo tendrán que sentir un clima de tolerancia y seguridad en el grupo, que tolere las diferencias.

Tabla 3: **Fases del Grupo Inicial y del grupo ya conformado**

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

En este sentido el terapeuta tendrá que dilucidar no sólo en que posición se encuentra el grupo en un momento dado, sino que, además, tendrá que valorar si la posición es necesaria y adecuada en dicho momento o si es claramente una posición resistencial, obstaculizadora para el proceso terapéutico. En el primero de los casos tolerará al grupo que se mantenga transitoriamente en dicha fase, en el segundo facilitará que se produzca un cambio de posición. El ejemplo más útil sobre esta actitud del terapeuta lo encontramos en aquellas situaciones en las que el grupo tiene que enfrentar una pésima noticia (por ejemplo, que uno de sus miembros se ha descompensado y ha ingresado involuntariamente después de graves alteraciones de conducta). Que los miembros del grupo que hasta la sesión anterior mostraban una dinámica de trabajo interpersonal rica pasen a hablar de síntomas, sin expresión de diferencias, deberá ser tolerado sin forzar al grupo demasiado apresuradamente a volver a funcionar en el nivel de trabajo interpersonal, se entenderá como un mecanismo de protección sano, que evita que el grupo tenga que tolerar temas que, en ese momento, producirían un incremento de la tensión que se vendría a sumar a la ya existente, con riesgo de funcionamiento más patológico por parte de alguno de sus miembros.

### 8.3. Despedida de uno de los miembros del grupo

Cuando hay una previsión de que un paciente saldrá del grupo, bien sea por incompatibilidad del grupo, bien sea porque el paciente ha logrado sus objetivos, se procurará trabajar en lo posible su salida del grupo desde meses antes de su partida (en los grupos que llevamos a cabo tratamos de que exista un mínimo de dos me-

ses, que incluirán entre cuatro y ocho sesiones de grupo) para permitir al paciente realizar una elaboración sobre lo que supone abandonar el grupo.

En ocasiones sucederá que no se disponga de ese tiempo (por ejemplo porque el paciente inicia alguna actividad incompatible con el horario del grupo y no ha dispuesto de la antelación suficiente para poder disponer de un periodo ideal), e incluso que el paciente comunique que tendrá que abandonar el grupo de forma apresurada. Se intentará analizar por el grupo la situación que motiva la salida del grupo desde un punto de vista que incluya criterios de realidad.

Es importante, en cualquier caso, facilitar que el paciente pueda hacer elaboración de su salida del grupo. Si se evita hablar del tema de la partida del paciente el terapeuta facilitará la discusión del mismo. Son comunes las dudas sobre la capacidad de hacer frente a las situaciones que deparará el futuro y se suelen revisar los cambios producidos en el paciente y las aportaciones del mismo al grupo y del grupo hacia él. Es frecuente que en el grupo se haga referencia a miembros que salieron del grupo, la vinculación que se tuvo con ellos...

En los últimos minutos de la última sesión frecuentemente se suele dar una despedida espontánea, si no se produce el terapeuta estructurará la misma a través de una ronda de intervenciones de despedida. Si algún paciente se muestra mutista o inhibido en la despedida espontánea le invitaremos directamente a que diga unas palabras de despedida al miembro que se va. Bajo nuestro punto de vista es importante que el miembro que se va realice una despedida de los miembros. También el terapeuta o terapeutas se suelen despedirse formalmente del paciente.

En alguna ocasión en que algún paciente nos ha comentado en los últimos minutos del grupo que se iba sin avisar previamente en la sesión o sesiones anteriores le hemos propuesto acudir al menos a otra sesión para poder realizar la despedida de forma más elaborada.

#### 8.4. Incorporación de nuevos miembros

Al nuevo miembro se le preparará en la sesión o sesiones individuales previas a su incorporación.

Cuando se haya decidido que el paciente es candidato al grupo, se anuncia la incorporación del nuevo paciente al grupo al principio de la sesión previa a la incorporación. Es decir, el grupo conocerá con una sesión de antelación que se incorporará un nuevo paciente.

La incorporación de un nuevo miembro por regla general suele frenar al grupo y facilitar un cambio de posición del mismo, generalmente 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.

Al principio se presentará al nuevo miembro y se favorecerá que los miembros antiguos se presenten al nuevo y viceversa. Conviene incluir activamente al nuevo miembro sin presionarle demasiado. Al final de la sesión se preguntará al nuevo miembro como se ha sentido y se reforzarán sus intervenciones.

En nuestra experiencia sería adecuado un descubrimiento intuitivo por parte del recién llegado de cómo funciona el grupo. A diferencia de la primera sesión no se explicitarán los temas, la secuencia de la sesión o los objetivos (no obstante conviene recordar que todos estos aspectos habrán sido trabajados con el paciente en las sesiones de preparación individual al grupo).

De forma casi invariable el grupo "con experiencia" "arrastrará" rápidamente al nuevo miembro a su dinámica habitual.

Convendrá 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. En realidad, lo más probable es que, si el paciente hiciera esto, acabado el grupo sentiría que ha desvelado demasiado de sí mismo frente a unos perfectos desconocidos. Este tipo de situación favorece el abandono del paciente. Sería deseable que el o los terapeutas hubieran detectado diligentemente la tendencia a la exposición prematura del paciente durante las sesiones de preparación y la hubieran trabajado con él, advirtiéndole de dicho funcionamiento y las repercusiones que podría tener sobre su sentir tras el grupo, y aclarándole la posibilidad de intervenir frenando esa conducta si se detectase en el grupo.

Si, no obstante, sucede en el primer grupo del paciente, el o los terapeutas le señalarán cortésmente que puede ser bueno que mantenga una actitud más proclive a la escucha, que le permita entender en que sitio está y, de este forma sentir que el grupo es un lugar donde una puede depositar su confianza, que no se sienta presionado a tener que hablar por haber llegado nuevo y que el grupo entiende, porque todos sus miembros han pasado por lo mismo, que uno necesita un tiempo para hacerse a la idea.

Hay algunas situaciones grupales que son muy características de la llegada de un nuevo miembro, entre ellas citaremos algunas:

- Es frecuente que se cree la expectativa de que el nuevo miembro traerá aportaciones originales que resolverán un conflicto previo sin el esfuerzo de los miembros antiguos. Entonces los miembros antiguos transmitirán la responsabilidad de hablar al nuevo miembro adoptando postura de observadores pasivos. El terapeuta recordará que sólo la contribución activa del conjunto de los miembros del grupo hace que este funcione.
- Podría aparecer la desconfianza y recelo, el nuevo paciente será desconocido para el resto de los miembros y por lo tanto "convendrá hablar poco ante el extraño de nuestras intimidades". El o los terapeutas facilitaran la comunicación entre los miembros.

- Frecuentemente aparecerán “batallitas” entre los miembros antiguos del grupo, o comunicaciones sobre aspectos del grupo desconocidos para el nuevo paciente sin el esfuerzo de integrarle. En el fondo no serán sino intentos de que el nuevo miembro acate las normas implícitas del grupo, no ose cambiarlas. Implicará la ostentación de una posición de poder de los antiguos miembros sobre el nuevo. El o los terapeutas facilitaran revisar la comunicación del grupo para que, en ningún momento, excluya al nuevo miembro.

### **8.5. ¿Cuándo está indicado cada tipo de grupo?**

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. Facilitan la adquisición de recursos adecuados para estos pacientes, en un ambiente de apoyo, que favorece una elaboración de la traumática experiencia que supone un brote psicótico y las situaciones comúnmente asociadas al mismo.

Probablemente, 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, el paso por un grupo abierto de mayor duración tenga mayor sentido, pues permita un trabajo más amplio y continuado sobre dichas dificultades.



# ANEXO II: PROTOCOLO DE ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO (ECA)

## SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL DE BASURTO SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA BIZKAIA PROTOCOLO DE ENSAYO CLÍNICO

**Título del estudio:** EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL INTEGRADORA, DE BREVE DURACIÓN, EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO.

### Investigador principal:

Miguel Ángel González Torres  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital de Basurto  
Avda. Montevideo 18. Bilbao  
48013 Bizkaia. (España)  
MIGUELANGEL.GONZALEZTORRES@osakidetza.net

### Coordinador del proyecto:

Eduardo Ruiz Parra  
Centro Salud Mental de Santurtzi  
Salud Mental Extrahospitalaria Bizkaia  
Plaza Coscojales 9. Santurtzi  
48980 Bizkaia. (España)  
aglae@euskalnet.net

### Entidad financiadora:

Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías  
Sanitarias  
Donostia-San Sebastian, 1. Vitoria-Gazteiz  
01010 Álava-Araba. (España)  
osteba-san@ej-gv.es

### Lugar de implementación:

Hospital de Basurto  
Avenida Montevideo 18. Bilbao  
48013 Bizkaia. (España)

## SUMARIO

1. Resumen .....	113
2. Introducción.....	114
3. Objetivos del estudio.....	120
4. Diseño del estudio.....	120
5. Población del estudio .....	120
6. Medicación concomitante .....	121
7. Realización del estudio .....	121
8. Métodos de valoración .....	123
9. Intervenciones clínicas del estudio.....	123
10. Seguridad .....	124
11. Métodos estadísticos.....	124
12. Aspectos legales y éticos .....	125
13. Documentación.....	125
Bibliografía.....	127
Apéndices.....	129



## 1. RESUMEN

### a) *Título del protocolo:*

Eficacia de una intervención grupal integradora, de breve duración, en pacientes con esquizofrenia: un ensayo controlado aleatorizado.

### b) *Centros participantes:*

Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto.

Centro de Salud Mental de Santurzi. Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.

### c) *Duración del estudio:*

Veinte meses incluido el reclutamiento (dos meses).

### d) *Población del estudio:*

Pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV) en tratamiento ambulatorio.

### e) *Objetivos del estudio:*

El *objetivo principal* es valorar si la adicción de una intervención grupal integradora ambulatoria, de breve duración (veinte sesiones), al tratamiento habitual, producirá como efecto una mejor evolución clínica en los pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia, que se evidenciará por una menor "discontinuación" de la pauta farmacológica antipsicótica inicial (cambio de medicación antipsicótica o adicción de otros fármacos antipsicóticos o abandono del seguimiento).

Los *objetivos secundarios* incluyen valorar si la adicción de la intervención grupal al tratamiento habitual producirá como efectos:

- El uso de menores dosis de medicación antipsicótica.
- Una reducción del número de cambios de la medicación antipsicótica.
- Una mejor evolución clínica (BPRS, PANSS, CGI, rehospitalizaciones a un año).
- Una mejoría en el funcionamiento general (EEAG, SASS, "relación de pareja", "trabajo/estudios", "reunión con amigos").
- Una mejoría en su calidad de vida (SF-36).

### f) *Diseño del estudio:*

Ensayo controlado aleatorizado comparando dos intervenciones: intervención terapéutica

grupal integradora de corta duración (TGI-CD) con tratamiento habitual concomitante versus tratamiento habitual (TH). Evaluaciones basal, a los seis meses, a los 12 meses y a los 18 meses.

### g) *Número de pacientes:*

48, distribuidos aleatoriamente por igual en los dos grupos de tratamiento.

### h) *Criterios de inclusión:*

1. Diagnóstico de esquizofrenia confirmado por entrevista estructurada (SCID-I).
2. Mayor de edad (18 años o más).
3. Estar ingresado en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estancia (el reclutamiento se hará durante el ingreso, la intervención será ambulatoria, tras el alta del ingreso).
4. Estabilización relativa a lo largo del ingreso (definida clínicamente por su psiquiatra tratante durante el mismo).
5. Conformidad del paciente a participar en el estudio (firma de un consentimiento informado escrito).
6. Compromiso de confidencialidad si asiste al grupo.

### i) *Criterios de exclusión:*

1. Retraso mental.
2. Demencia, delirium, trastorno amnésico.
3. Dependencia activa (con consumo en las últimas cuatro semanas) de otras sustancias distintas de nicotina (evaluada con entrevista estructurada).
4. Necesidad clínica de otro dispositivo más intensivo (hospitalización, hospital de día), incompatible con un tratamiento ambulatorio, al inicio del estudio.
5. Ausencia de toma de medicación al inicio del estudio.
6. Riesgo suicida alto, definido como verbalizaciones suicidas o conductas suicidas en el mes anterior a su inclusión en el estudio, excepto si estaban vinculadas con una situación de descompensación y han mejorado con el tratamiento, como así se evidenciaría por la completa desaparición

de las conductas suicidas y la remisión de las verbalizaciones suicidas o su atenuación progresiva (en frecuencia, intensidad y grado de elaboración).

7. Riesgo heteroagresivo alto, definido como verbalizaciones agresivas o conductas agresivas en el mes anterior a su inclusión en el estudio, excepto si estaban vinculadas con una situación de descompensación y han mejorado con el tratamiento, como así se evidenciaría por la completa desaparición de las conductas agresivas y la remisión de las verbalizaciones agresivas o su atenuación progresiva (en frecuencia, intensidad y grado de elaboración y planificación).

8. Embarazo activo.

j) *Características de las intervenciones:*

- TGI: veinte sesiones, de una hora de duración, con una frecuencia semanal, manualizada.
- TH: una visita de seguimiento mensual de 30 minutos de duración, durante seis meses. Se registran visitas no regladas urgentes.

k) *Manejo de fármacos:*

Registro basal del antipsicótico inicial con el que fue dado de alta. Cambios de medicación a criterio clínico del psiquiatra tratante según las guías de buena práctica clínica. Se registran los cambios de medicación antipsicótica.

l) *Medidas principales de resultado:*

- Variable principal de eficacia:
  - Discontinuación del antipsicótico basal.
- Criterios de valoración secundarios de eficacia:
  - Medidas de evolución clínica general:
    - *Dosis media equivalente de medicación antipsicótica* (ARD o ARDS): Medida en Dosis Equivalentes de Clorpromacina.
    - *Número de veces que se cambia la medicación antipsicótica* (por cambio de fármaco o combinación con otro antipsicótico).
    - *Rehospitalizaciones a un año*: Definida como estancia en una unidad de internamiento psiquiátrico de  $\geq 36$  horas o en un hospital de día  $\geq 5$  días.

- *CGI-SCH*: Clinical Global Impresión-Schizophrenia Scale. CGI-SCH-S y CGI-SCH-I (Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia).

— Medidas de síntomas:

- *BPRS*: Brief Psychiatric Rating Scale (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica). Evalúa la gravedad de los síntomas psiquiátricos.
- *PANSS*: Positive and Negative Syndrome Scale (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia).

— Medidas de funcionamiento:

- *EEAG*: Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV.
- *SASS*: Social Adaptation Self-evaluation Scale (Escala Autoaplicada de Adaptación Social).
- Variables "relación de pareja", "trabajo/estudios", "reunión con amigos".

— Medida de calidad de vida:

- *SF-36*: Sort Form 36 (Escala Autoaplicada de Calidad de Vida).

II) *Consideraciones estadísticas:*

Se seguirá un procedimiento de aleatorización a través de asignación por una lista de números aleatorios. Ocultación de la secuencia de aleatorización. No es posible el ciego en los participantes ni en los ejecutores de las intervenciones. Ciego para los evaluadores.

El análisis estadístico de la variable de resultados principal se realizará mediante el uso del estadístico  $\chi^2$ . Utilizaremos el software estadístico SPSS.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. Antecedentes

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en torno al 1%, con un pronóstico negativo. Alrededor de un 75% de los pacientes sufren recaídas y mantienen una discapacidad continuada.

La medicación antipsicótica es un instrumento terapéutico prácticamente indispensable, aun-

que con visibles limitaciones. La eficacia de los antipsicóticos es evidente en lo que se refiere a la sintomatología positiva. Respecto a los síntomas negativos, la eficacia es reducida en el caso de los antipsicóticos clásicos, y moderada en el de los atípicos (Bousoño et al, 2005). Asimismo, los estudios de efectividad han comenzado a dibujar un panorama más complejo y pesimista (Lieberman et al, 2005). Es probable que el pronóstico funcional de la enfermedad dependa, sobre todo, de la presencia de síntomas de los síndromes negativo, cognoscitivo o afectivo. Por estos motivos se entiende que el uso de medicación podría producir una influencia positiva sobre el pronóstico a medio plazo, pero con dificultades. Por otro lado, los problemas para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico son más la norma que la excepción (Nadeem et al, 2007). Es probable que los pacientes que puedan funcionar exitosamente con un abordaje terapéutico que sólo incluya tratamiento psicofarmacológico y hospitalizaciones breves constituyan una minoría (Gabbard, 2002).

La introducción del uso de antipsicóticos, y los recientes descubrimientos en neurociencias han supuesto grandes avances en la comprensión, el tratamiento y el pronóstico de la esquizofrenia. No obstante, el monismo y reduccionismo resultantes han desatendido los contextos psicosociales del trastorno esquizofrénico. La recuperación de los mismos, así como el estudio de la interacción entre los factores biológicos de la esquizofrenia y los ambientales y psicológicos, junto con el imparable desarrollo de las neurociencias, serán, probablemente, un nuevo punto de partida desde donde conceptualizar la enfermedad, orientar el tratamiento y mejorar el pronóstico de la esquizofrenia. La psicoterapia se habrá de beneficiar de modificaciones conceptuales y técnicas para adaptarse a los descubrimientos sobre la neuropsicología de la esquizofrenia. Urge, asimismo, la necesidad de hacer un esfuerzo investigador y evaluador de las distintas formas de psicoterapia y su efectividad e indicaciones en la esquizofrenia y otros trastornos afines (Martindale et al, 2000).

A la hora de seleccionar e individualizar el tratamiento más adecuado para cada paciente con esquizofrenia se ha cobrado conciencia de la necesidad de que las decisiones clínicas se basen,

siempre dentro de lo posible, en las evidencias científicas disponibles. En este sentido el uso de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) ha devenido en una exigencia inexcusable a la hora de tomar decisiones en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y otras áreas de la psiquiatría y la medicina en general.

Sin embargo, la metodología de los ECA aplicada a la psicoterapia presenta enormes dificultades debido a la naturaleza del tratamiento. Si consideramos que el ECA se asienta sobre tres pilares: uso del placebo o grupo control, asignación al azar y doble ciego, podemos señalar que en el caso de los ensayos aplicados a las psicoterapias dos de éstos tres pilares presentan dificultades, en este caso insalvables. El doble ciego es, en psicoterapia, sencillamente imposible, al menos en su versión extrema aplicada en los ensayos farmacológicos. El uso del placebo presenta sí mismo grandes dificultades, pues no está claro qué intervención neutra, comparable en varios aspectos a la psicoterapia, pudiera ser adecuada. Tampoco el grupo control se establece con facilidad. En general se ha optado por sortear estas dificultades con ingenio, convirtiendo en ciego a quien analiza los datos, por ejemplo y tomando como grupo control lo que se denomina "treatment as usual", "usual care" o tratamiento estándar recibido por esos pacientes en el entorno de que se trate. Son opciones interesantes pero que no permiten equiparar exactamente la metodología del ECA en psicoterapia con el ECA en farmacología. Es por ello, que al revisar la literatura sobre abordajes psicoterapéuticos grupales de pacientes con esquizofrenia o trastornos psicóticos no debería bastarnos con los pocos trabajos que se acercan a los criterios típicos del ECA tradicional, sino que deberíamos también prestar atención a estudios con evidencias de "menor" calidad, pero que aportan también una enorme riqueza (González Torres et al., 2008).

A todos estos puntos se suma la gran dificultad para realizar estudios en psicoterapia con tamaños muestrales comparables con la investigación psicofarmacológica, como se evidencia, por lo general, al revisar los ECA sobre psicoterapia, uno de los principales motivos implicados es la dificultad para la financiación de este tipo de investigación en comparación con la psico-

farmacológica (frecuentemente financiada por los propios laboratorios con un interés orientado a beneficios económicos). Ante dicha coyuntura los investigadores en esta área tienden a publicar estudios con tamaños muestrales insuficientes o a buscar variables de resultados muy “sensibles a la intervención” o de fácil registro, pero que se alejan marcadamente de las “variables pesadas”, que suelen interesar más al clínico que va a indicar un tratamiento, o de las variables de resultados de primer orden (aquellas que delimitan una influencia clara sobre la vida del paciente, pero cuya recogida suele ser costosa y prolongada en el tiempo). Una alternativa que con frecuencia se utiliza es la de realizar un ensayo inicial con una pequeña muestra que sirva de experiencia piloto y de una primera orientación, en muchas ocasiones con más significación clínica que estadística, para, de forma posterior, realizar un ensayo con una muestra más amplia

Las autoridades sanitarias y las sociedades científicas han percibido en muchos lugares la necesidad de mejorar la respuesta a estos pacientes, desarrollándose guías de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia, como la de la American Psychiatric Association (2004) o la del National Institute of Clinical Excellence británico (2003), que son las que más habitualmente se utilizan como referencia en nuestro medio y en otros lugares del mundo. Un mero análisis de las mismas refleja algunas cuestiones complejas sobre el tratamiento de la esquizofrenia y trastornos afines:

- La investigación se ha centrado, de forma casi exclusiva, en la esquizofrenia, asumiéndose, en la práctica clínica, que el tratamiento de los trastornos afines se ha de realizar por aproximación al modelo de la esquizofrenia. Esto es así pese al gran esfuerzo por operativizar criterios fiables sobre los distintos diagnósticos que componen el espectro de la esquizofrenia (DSM-IV-TR, CIE-10). Una excepción parcial se podría aplicar al tratamiento psicofarmacológico.
- Si bien las intervenciones que implican al diagnóstico y al tratamiento farmacológico están bien definidas y se hacen, por lo tanto, estrictamente confiables (aunque basadas

sobre todo en estudios de eficacia y no de efectividad), a falta de evidencia contraria, las intervenciones psicoterapéuticas no lo están tanto. En este sentido se agradece el esfuerzo del NICE por definir cada una de las intervenciones psicoterapéuticas que estudia, sin embargo, sólo puede establecer definiciones bajo mínimos, que difícilmente reflejan las diferencias teóricas y técnicas dentro de cada una de las intervenciones que se pueden encontrar en la práctica cotidiana. Por otro lado, no deja de ser curioso que en la guía promovida por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido ni siquiera se contemple como un tratamiento específico diferenciado el tratamiento grupal (dado que probablemente sea el país de la Unión Europea donde más se ha imbricado la psicoterapia de grupo en el sistema público de salud por motivos históricos y culturales, hasta el punto de ser un pilar básico de su sistema nacional de salud).

- La mayoría de las revisiones sistemáticas sobre intervenciones psicoterapéuticas de distintos tipos o están basadas en tratamientos de tipo individual o, si incluyen ECA que comparan un tratamiento grupal específico lo combinan con ECA que comparan un tratamiento individual de una orientación similar a la hora de establecer conclusiones sobre la evidencia de eficacia.

Estas cuestiones se extienden a todos los intentos de sistematizar la evidencia científica.

En síntesis, en relación a la evidencia disponible sobre psicoterapia de la esquizofrenia en general, las intervenciones familiares en varias sesiones (Pilling et al, 2002a) y las intervenciones psicoeducativas (Pilling et al, 2002a; Pekkale et al, 2005) han demostrado ser beneficiosas en la prevención de recaídas. La terapia cognitivo conductual (Cormac et al, 2005) y el entrenamiento en habilidades sociales (Pilling et al, 2002b) tienen una eficacia desconocida sobre la prevención de recaídas. La terapia cognitivo conductual individual ha demostrado una eficacia modesta en el control de los síntomas positivos (Wykes et al., 2007). Es posible que la terapia de conducta (Nadeem et al, 2007), la terapia orientada al cumplimiento de la medicación (Nadeem et al, 2007) y las intervenciones psicoeducativas (Nadeem et al, 2007; Pekkala &

Merinder, 2005) sean beneficiosas para mantener la adherencia a los fármacos antipsicóticos. Por otro lado, las intervenciones familiares en múltiples sesiones tienen una eficacia desconocida sobre la adherencia a antipsicóticos (Pilling et al, 2002a). La psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis muestran evidencia insuficiente para recomendar su uso rutinario en el tratamiento de la esquizofrenia (Malmberg y Fenton, 2001), si bien los principios psicoanalíticos y psicodinámicos podrían considerarse de ayuda a los profesionales de la salud para comprender la experiencia de los pacientes con esquizofrenia y sus relaciones interpersonales (NICE, 2003).

A la hora de analizar la evidencia disponible en psicoterapia de grupo en la esquizofrenia o trastornos asociados nos encontramos con aspectos a tener en cuenta:

- La amplia variedad de enfoques disponibles: casi cada escuela de psicoterapia se ha asociado al uso de sus técnicas propias en una situación grupal. En ese sentido hay grupos psicoeducativos, de terapia cognitivo conductual, de entrenamiento en habilidades sociales, multifamiliares, de intervención neuropsicológica, de terapia interpersonal, psicodinámicos, de apoyo, gestálticos, integradores... Algunas de estas intervenciones han sido evaluadas en revisiones sistemáticas sin establecerse diferencias importantes con las intervenciones individuales, es el caso, por ejemplo, de los grupos psicoeducativos (Pekkala & Merinder, 2005).
- A grandes rasgos habría que diferenciar el tipo de grupos en dos grandes conjuntos: aquellos que aplican una técnica individual en un formato grupal por una cuestión de eficiencia de tiempo y costes, pero sin entender que puede haber factores específicos grupales terapéuticos que se pueden utilizar como elemento añadido al tratamiento y aquellos grupos que utilizan los factores específicos que aporta el grupo con respecto al tratamiento individual.

A fecha actual, dos revisiones sistemáticas (ambas incluyen ECA y no ECA) y dos metaanálisis abordan la efectividad del tratamiento grupal en la esquizofrenia. Una de las revisiones (Lawrence et al, 2006) se centra en un tipo específico de intervenciones (terapia grupal cog-

nitivo conductual para la esquizofrenia), pero dirigidas a demostrar eficacia sobre subpoblaciones de pacientes esquizofrénicos distintas, y la otra intenta recoger sistemáticamente ECA (sin conseguirlo adecuadamente) sobre terapia de grupo en esta población, pero sin atender al tipo de orientación (Lockwood et al, 2004). Los metaanálisis (Pilling et al, 2002; Pfammatter et al, 2006) se realizan sobre ECA específicos de una intervención intrínsecamente grupal: los programas de habilidades sociales para la esquizofrenia. La revisión sobre TGCC concluye la ausencia de evidencia clara para el uso de dicha intervención en la esquizofrenia. Una evaluación crítica de la revisión sistemática sobre psicoterapia de grupo general (Lockwood et al., 2004) muestra la ausencia de evidencia clara sobre el uso de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia. Por último, los dos metaanálisis presentan resultados contradictorios respecto a la adquisición de habilidades sociales y asertividad, la disminución de psicopatología y las tasas de hospitalización (si bien el primer metaanálisis incluye menos estudios en el segundo no se aportan datos relevantes para el análisis de los resultados).

Podemos extraer algunas conclusiones generales de los presentes trabajos de investigación:

- La inmensa mayoría de los ECA incluidos (sobre todo los de las revisiones sistemáticas) adolecen de dificultades metodológicas importantes de presentación variable como:
  - Ausencia del cálculo del tamaño muestral o imposibilidad de reclutar y mantener una muestra que cumpla para con el tamaño propuesto. De hecho ni uno sólo de los ECA consigue alcanzar un tamaño muestral adecuado. Con frecuencia diversos autores realizan un primer ensayo clínico con una pequeña muestra, de carácter piloto, que permite orientar la investigación posterior sobre el tipo de intervención grupal o las variables de resultados. Sin embargo, se aprecia una ausencia posterior de replicación de resultados con ensayos con tamaños muestrales adecuados.
  - Ausencia de uso de instrumentos estandarizados para el diagnóstico.
  - Dificultades con el ciego: a las inamovibles por el tipo de intervención (doble ciego

- clásico inexistente) se suma que en muchos estudios no se realiza un ciego para los evaluadores.
- Comparación de paquetes de intervenciones con evaluación de resultados para uno sólo de los ingredientes del paquete (actuando los otros como variables de confusión no controladas) (Buchkremer, 1997).
  - Problemas con la aleatorización: en algunos estudios la aleatorización se rompe en el nivel de análisis (Hornung, 1998).
  - Problemas con el análisis de los abandonos.
  - Dificultades para definir una variable de resultados principal y tendencia a significar variables de resultados del probable pull de variables secundarias (Daniels, 1998).
  - Ausencia de uso de escalas validadas.
  - Ausencia de datos importantes sobre resultados en las publicaciones de los ECA.
  - Análisis de resultados pre-post intervención sin comparación con el grupo control (Daniels, 1998).
  - Inclusión de ensayos no aleatorizados en las revisiones (Wykes et al, 1999; Kingsep et al, 2003).
- Las variables de resultados seleccionadas son muy variadas.
  - Ninguno de ellos establece una diferencia clara entre intervenciones que utilizan los factores específicamente grupales y aquellas que reproducen la intervención individual pero en un escenario grupal.
  - Por último, se puede deducir una *ausencia de evidencia clara sobre la eficacia de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia*.

Queda en evidencia, por consiguiente, la necesidad de realizar ensayos con calidad metodológica que aborden la eficacia de la terapia de grupo en la esquizofrenia.

Desde nuestro punto de vista una intervención grupal en el tratamiento de la esquizofrenia es necesaria por varios motivos: por un lado, permite una asistencia psicoterapéutica a esta población difícil de garantizar de otra forma; por

otro, la elección de un medio grupal permite algunas ventajas, pues disminuye el aislamiento social de los pacientes y permite trabajar en vivo y en directo las dificultades de interacción interpersonal; por último, el paciente maneja los síntomas de su enfermedad de una forma más integrada. Es una intervención coste eficiente que permite un buen manejo de los recursos asistenciales.

## 2.2. Psicoterapia de grupo integradora de corta duración

La Psicoterapia de Grupo Integradora de Corta Duración para pacientes con esquizofrenia (PGI-CD) es la versión limitada en el tiempo del modelo de Psicoterapia de Grupo Integradora (PGI).

El modelo de psicoterapia incluye e integra ingredientes tanto teóricos como técnicos de diversas escuelas de la psicología. Fundamentalmente recibe influencias de las corrientes cognitivas, conductuales, interpersonales, grupoanalíticas e integradoras de psicoterapia. Es un modelo semiestructurado. Tiene en cuenta los factores terapéuticos específicos grupales.

Se ha realizado una manualización del modelo, actualmente pendiente de publicación (Osteba) donde se explican con detalle sus características. El modelo está fundamentalmente orientado a su fácil aplicabilidad y difusión en entornos públicos de salud mental dadas algunas de sus cualidades: es aplicable en distintos formatos (grupo limitado temporalmente o grupo abierto de larga duración), en distintos encuadres (hospitales de día o entornos ambulatorio), a pacientes con distintos niveles de gravedad y evolutivos del trastorno, y con distintos niveles de complejidad y por diferentes tipos de profesionales (con diferentes grados de capacitación psicoterapéutica).

La PGI-CD es una intervención semiestructurada manualizada de veinte sesiones de una hora de duración con una periodicidad semanal. Cada sesión de grupo mantiene una estructura cíclica en la que se abordan uno o dos temas, se discuten entre los pacientes y se desarrollan estrategias de afrontamiento (siempre y cuando la elaboración cognitivo-emocional no halla sido

efectiva en sí misma). Los temas los seleccionan los pacientes y son todos aquellos que suplan sus necesidades como afectados por el trastorno si bien el/la terapeuta puede desestimar temas según unos criterios preestablecidos. Se abordan no sólo los síntomas, sino la repercusión emocional, conductual y cognitiva de los mismos y, en el sentido contrario, la influencia de estos elementos en la modulación sintomática. La progresión de la intervención esta delimitada por fases de duración relativamente preestablecida. La fase inicial o de cohesión (seis sesiones), la fase de diferenciación (seis sesiones), la fase interpersonal (seis sesiones) y la fase de despedida (dos sesiones). En los grupos limitados en el tiempo realiza un trabajo sobre los síntomas, progresando el mismo en un sentido de diferenciación de los miembros del grupo con respecto al sentido que tienen los síntomas para cada uno de los miembros y la relación que establece con ellos. Los síntomas así pasan de estar alienados a ser una vivencia inscrita en el contexto de la persona, ineludiblemente manifestada a través de la relación interpersonal.

### 2.3. Experiencia clínica

No se dispone de ensayos publicados sobre este tipo de intervención.

La experiencia clínica de los miembros del equipo de investigación en relación a este modelo es amplia. El modelo ha ido evolucionando intentando incluir aquellas aportaciones que se apreciaban útiles y de aplicación factible aparecidas en la literatura en los últimos años. En nuestra experiencia el modelo admite bien la incorporación modificada de nuevos conceptos y tipos de intervenciones técnicas. La experiencia clínica de estos treinta años nos orienta a pensar que los pacientes que han sido tratados según el modelo general de PGI 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.

### 2.4. Justificación

Se ha señalado la ausencia de una evidencia valorable respecto a la eficacia de la terapia de grupo en la esquizofrenia y la necesidad de ensayos clínicos que evalúen dicha eficacia. También, se ha señalado el potencial interés que tendría una intervención grupal en un entorno de salud pública. Por otro lado, queda en evidencia la ausencia de una intervención grupal que halla demostrado de forma clara su eficacia y sirva como patrón de intervención grupal.

En este sentido, el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto ha sido, en los últimos treinta años, un referente nacional en el desarrollo de herramientas de intervención grupal 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 integrador (Guimón, 2003). Los profesionales que hemos estado trabajando en esta área siempre hemos visto necesario el manualizar el modelo con un doble sentido: facilitar la investigación sobre el mismo y favorecer el uso del modelo de una forma fácil y asequible para los profesionales que deseen utilizarlo. El enfoque integrador engloba aquellas intervenciones que se han considerado más eficaces para el tratamiento grupal de la esquizofrenia.

Recientemente se ha realizado una manualización del modelo de Terapia Grupal Integradora para pacientes con esquizofrenia, pendiente de publicación, realizada con propósitos de investigación y difusión del modelo. El presente ensayo tratará de evaluar la eficacia de dicha intervención, diferente de las previamente publicadas en la literatura, en el grupo de pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia. El ensayo se realizará con un tamaño pequeño de la muestra (48 pacientes), en un intento de explorar la eficacia de la nueva intervención propuesta. Es un ensayo piloto. En nuestro objetivo, y a la luz de los resultados de este primer ensayo, estaría la realización posterior de un ensayo multicéntrico que incluyera un adecuado tamaño muestral. Exceptuando este punto (tamaño muestral) se intentará mantener determinados estándares de calidad a la luz de los anteriores ensayos clínicos realizados en intervenciones grupales en la esquizofrenia:

- Comparación de una intervención única y definida, que no forma parte de un paquete de tratamiento psicológico, con lo más parecido al uso del placebo (el estándar de oro de la investigación psicofarmacológica) en investigación en psicoterapia: el tratamiento habitual (frente a la comparación con la lista de espera u otra intervención psicológica cuya eficacia no esta claramente definida).
- Aleatorización con una metodología que garantice la ocultación de la secuencia de aleatorización.
- Definición de una única variable de resultados principal.
- Uso de instrumentos estandarizados para el diagnóstico.
- Mantenimiento del ciego para los evaluadores en las variables en el que éste sea posible.
- Utilización de escalas validadas para la medida de variables de resultados.
- Manejo de los abandonos en el seguimiento a través de un análisis por intención de tratar.

### 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

#### 3.1. Eficacia

##### 3.1.1. Objetivo principal

El *objetivo principal* es valorar si la adicción de una intervención grupal integradora ambulatoria, de breve duración (20 sesiones) al tratamiento habitual, producirá como efecto una mejor evolución clínica en los pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia, que se evidenciará por una menor “discontinuación” de la pauta farmacológica antipsicótica inicial (cambio de medicación antipsicótica o adicción de otros fármacos antipsicóticos o abandono del seguimiento).

##### 3.1.2. Objetivos secundarios

Los *objetivos secundarios* incluyen valorar si la adicción de la intervención grupal al tratamiento habitual producirá como efectos:

- El uso de menores dosis de medicación antipsicótica.

- Una reducción del número de cambios de la medicación antipsicótica.
- Una mejor evolución clínica (BPRS, PANSS, CGI, rehospitalizaciones a un año).
- Una mejoría en el funcionamiento general (EEAG, SASS, “relación de pareja”, “trabajo/estudios”, “reunión con amigos”).
- Una mejoría en su calidad de vida (SF-36).

### 4. DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un ensayo controlado aleatorizado (ECA) piloto. Seguimiento hasta los 18 meses desde el inicio de la intervención.

### 5. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

#### 5.1. Tipo y número de pacientes

##### a) *Tipo de muestra*

De conveniencia. Se recogerán los pacientes de la unidad de ingreso psiquiátrica de un hospital general público. El seguimiento se realizará de forma ambulatoria en las propias consultas externas del hospital. Pacientes esquizofrénicos (DSM-IV) de ambos sexos, con antecedentes de al menos un ingreso psiquiátrico, relativamente estabilizados, de edad adulta.

##### b) *Tamaño muestra*

Dado el carácter piloto del ensayo se decide llevar a cabo el estudio con 48 pacientes, evaluar resultados y abrir la posibilidad de continuar el estudio en un ensayo multicéntrico posteriormente.

#### 5.2. Criterios de inclusión

1. Diagnóstico de esquizofrenia confirmado por entrevista estructurada.
2. Mayor de edad (18 años o más).
3. Estar ingresado en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estancia (el reclutamiento se hará durante el ingreso, la intervención será ambulatoria, tras el alta del ingreso).
4. Estabilización relativa a lo largo del ingreso (definida clínicamente por su psiquiatra tratante durante el mismo). El objetivo de



este criterio es el de no abrumar al paciente con información compleja en el momento inicial del ingreso y facilitar que el consentimiento informado sea dado con una adecuada capacidad para comprender y consentir.

5. Conformidad del paciente a participar en el estudio (firma de un consentimiento informado escrito).
6. Compromiso de confidencialidad si asiste al grupo.

### 5.3. Criterios de exclusión

1. Retraso mental.
2. Demencia, delirium, trastorno amnésico.
3. Dependencia activa (con consumo en las últimas cuatro semanas) de otras sustancias distintas de nicotina (evaluada con entrevista estructurada).
4. Necesidad clínica de otro dispositivo más intensivo (hospitalización, hospital de día), incompatible con un tratamiento ambulatorio, al inicio del estudio.
5. Ausencia de toma de medicación al inicio del estudio.
6. Riesgo suicida alto, definido como verbalizaciones suicidas o conductas suicidas en el mes anterior a su inclusión en el estudio, excepto si estaban vinculadas con una situación de descompensación y han mejorado con el tratamiento, como así se evidenciaría por la completa desaparición de las conductas suicidas y la remisión de las verbalizaciones suicidas o su atenuación progresiva (en frecuencia, intensidad y grado de elaboración).
7. Riesgo heteroagresivo alto, definido como verbalizaciones agresivas o conductas agresivas en el mes anterior a su inclusión en el estudio, excepto si estaban vinculadas con una situación de descompensación y han mejorado con el tratamiento, como así se evidenciaría por la completa desaparición de las conductas agresivas y la remisión de las verbalizaciones agresivas o su atenuación progresiva (en frecuencia, intensidad y grado de elaboración y planificación).
8. Embarazo activo.

## 6. MEDICACIÓN CONCOMITANTE

Los pacientes mantendrán un seguimiento farmacológico para el tratamiento de su esquizofrenia según los estándares de buena práctica clínica definidos por las guías basadas en la evidencia de uso habitual (APA, 2004; NICE, 2003).

A la entrada del estudio se encontrarán en tratamiento farmacológico, decidido por su psiquiatra tratante previo, que se registrará.

Se estandarizará la intervención Tratamiento Habitual de forma paralela a la terapia grupal, tanto para el grupo de intervención como para el grupo control. Todos los pacientes realizarán durante un periodo de seis meses el seguimiento de su trastorno en las consultas externas del hospital, a cargo de una psiquiatra tratante. Los cambios de medicación se llevarán a cabo según criterio clínico de la misma y de acuerdo con los estándares señalados, en un intento de asimilar la intervención en lo posible a la práctica clínica habitual. Las dosis y los cambios de medicación antipsicótica quedarán registrados, así como la puntuación de la Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia al inicio del tratamiento y en las mediciones a seis y a doce meses.

Acabado el periodo de Tratamiento Habitual los pacientes serán referidos a sus correspondientes Centros de Salud Mental para realizar el seguimiento de su trastorno.

## 7. REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

La duración del estudio será de veinte meses.

Se definen pues, varias fases temporales en el estudio:

### a) Fase de reclutamiento

De una duración de dos meses, desde la aprobación del presente ensayo hasta los dos meses posteriores. En el momento en que se disponga de suficientes pacientes para empezar un grupo (12) y un número equivalente de controles se iniciará la intervención (se prevé un mes) continuándose con el reclutamiento hasta los dos meses. Por lo tanto, esta fase se solapará con la fase de inicio.

El reclutamiento se llevará a cabo entre pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría con diagnóstico de esquizofrenia, que se confirmará

con entrevista estructurada. Se intentará evaluar a todos los pacientes con este diagnóstico con el único condicionante de que sea posible la entrevista de evaluación. Aquellos que cumplan los criterios de inclusión, no cumplan los de exclusión y firmen el consentimiento informado serán la muestra del ensayo. Los psiquiatras tratantes recogerán la puntuación de la Escala de Impresión Clínica Global (en sus dos variantes: estado y grado de mejoría) al alta. Aunque esta evaluación no va a ser considerada la basal (si lo será el CGI en primera consulta ambulatoria de seguimiento) da información sobre las variaciones producidas en su estado clínico en el breve periodo que pase desde el alta de la unidad de hospitalización al seguimiento ambulatorio.

Los pacientes iniciarán el Tratamiento Habitual en menos de una semana tras el alta de la unidad de hospitalización.

#### b) *Recogida de datos basales*

Se realizará la recogida de los datos basales de forma previa a la aleatorización. El evaluador de estos datos será, por lo tanto, ciego a la asignación.

#### c) *Aleatorización*

Se asignará a los pacientes aleatoriamente al grupo de intervención o al grupo control.

#### d) *Fase de intervención*

Los pacientes asignados a la intervención grupal serán incorporados a la misma cuando conformen un número suficiente (12) para iniciar cada grupo. Previsiblemente el primer grupo se iniciaría al final del primer mes de reclutamiento y el segundo al final del segundo mes.

La intervención psicoterapéutica tendrá una duración de veinte sesiones y el Tratamiento Habitual se realizará para todos los pacientes durante seis meses a contar desde su inicio. En el caso de que algún paciente abandonara el grupo se le sugeriría continuar con el Tratamiento Habitual, si aceptara se le seguiría en consultas hasta completar los seis meses.

Las sesiones de tratamiento habitual tendrán una duración de treinta minutos una vez al mes. En ellas se registrará por parte del psiquiatra la fecha, la medicación que toma y las dosis y si ha realizado cambios de medicación antipsicótica. En la primera y en la última se registrará el CGI-SCH actual.

Hemos definido *Tratamiento Habitual* como: “un mínimo de una visita de treinta minutos de duración al mes por su psiquiatra de referencia en el que él mismo evaluará al paciente, realizará los cambios que se consideren oportunos en el tratamiento farmacológico y se intervendrá con elementos informativos y de apoyo no estructurados”.

Si el paciente, por su situación clínica, requiere de visitas con mayor frecuencia durante algún momento del seguimiento se respetará la designación de las visitas mensuales como regladas y se registrarán las visitas extraordinarias (que se denominarán “visitas urgentes”).

Es de señalar que la recogida de la variable CGI-SCH no respeta el ciego para el evaluador dado que, aunque se señale a los pacientes que no comenten a su psiquiatra la inclusión en una rama u otra del estudio es poco probable que esto, en la práctica, pueda mantenerse para todos los pacientes.

Por otro lado, se mantendrá a la psiquiatra tratante en un desconocimiento sobre cual es el valor de resultados principal en el estudio (lo cual es especialmente relevante dado que nunca ha sido utilizado antes en un estudio de evaluación de una intervención psicoterapéutica).

#### e) *Recogida de datos post intervención*

Se realizará por un evaluador ciego a la asignación de forma inmediatamente posterior a la finalización del Tratamiento Habitual (y por lo tanto todos los pacientes habrán finalizado la intervención grupal).

#### f) *Recogida de datos a los 12 meses del inicio de la intervención*

Se contactará con los pacientes participantes en el estudio por teléfono o, si no fuera posible contactar telefónicamente, por carta que incluya una cita de evaluación y la posibilidad de acordar la cita.

El evaluador será ciego a la intervención.

#### g) *Recogida de datos a los 18 meses del inicio de la intervención*

Seguirá el mismo procedimiento que la recogida a 12 meses.

## 8. MÉTODOS DE VALORACIÓN

### 8.1. Diagnóstico de esquizofrenia con entrevista estructurada

Se utilizará el SCID-I para confirmar el diagnóstico clínico de esquizofrenia, en concreto los módulos A, B, C, y D. Para la evaluación de los trastornos por uso de sustancias utilizaremos los módulos J y K del MINI (MINI Internacional Neuropsychiatric Interview). Ambas entrevistas están traducidas y validadas en castellano.

### 8.2. Medida de variable de resultados principal

Discontinuación del fármaco antipsicótico (antagonista de los receptores de la dopamina o antagonista de los receptores de la dopamina serotonina) que se tomará basalmente: Es una medida muy relacionada con la clínica. Si el tratamiento grupal es efectivo se apreciara una disminución de la discontinuación del tratamiento farmacológico que puede explicarse por varios motivos: una mayor estabilidad sintomática y en el funcionamiento y una mayor tolerancia a los efectos adversos de la medicación. Se podría argumentar que el paciente puede abandonar el seguimiento por mejoría, pero esto indicaría un desenlace negativo del tratamiento dado que el paciente previsiblemente empeorará sin seguimiento. En realidad, medir la discontinuación de la medicación es una forma indirecta de evaluar la eficacia del conjunto del tratamiento habitual. El efecto esperado de la intervención grupal es la potenciación del tratamiento habitual.

No se entenderá como discontinuación aquella situación en la que el psiquiatra tratante, dada la evolución positiva del paciente, indique, según su criterio clínico, suspender la toma de medicación antipsicótica. Es dudoso que se llegue a una situación de este tipo durante el periodo del estudio, debido a su brevedad.

### 8.3. Medidas de evolución clínica general

- Dosis media equivalente de medicación antipsicótica (ARD o ARDS): Medida en Dosis Equivalentes de Clorpromacina.
- Número de veces que se cambia la medicación antipsicótica (por cambio de fármaco o combinación con otro antipsicótico).

- Número de veces que se inicia la inclusión de medicación depot o consta.
- Número de veces que se elimina la medicación depot o consta.
- Rehospitalizaciones a un año: Definida como estancia en una unidad de internamiento psiquiátrico de  $\geq 36$  horas o en un hospital de día  $\geq 5$  días.
- CGI-SCH: Clinical Global Impresión-Schizophrenia Scale. Incluye las escalas CGI-SCH-S y CGI-SCH-I.

### 8.4. Medidas de síntomas

- BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale. Evalúa la gravedad de los síntomas psiquiátricos.
- PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia).

### 8.5. Medidas de funcionamiento

- EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV.
- SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale (Escala Autoaplicada de Adaptación Social).
- Variables "relación de pareja", "trabajo/estudios", "reunión con amigos".

### 8.6. Medidas de calidad de vida

- SF-36: Sort Form 36 (Escala de Calidad de Vida).

## 9. INTERVENCIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO

### 9.1. Descripción

En el presente ensayo se va a comparar una intervención de Psicoterapia Grupal Integradora de Corta Duración (PGI-CD) añadida al Tratamiento Habitual con el Tratamiento Habitual sólo.

La PGI-CD es una intervención semiestructurada manualizada de veinte sesiones de una hora de duración con una periodicidad semanal. Cada sesión de grupo mantiene una estructura cíclica

en la que se abordan uno o dos temas, se discuten entre los pacientes y se desarrollan estrategias de afrontamiento (siempre y cuando la elaboración cognitivo-emocional no halla sido efectiva en si misma). Los temas los seleccionan los pacientes y son todos aquellos que suplan sus necesidades como afectados por el trastorno si bien el/la terapeuta puede desestimar temas según unos criterios preestablecidos. Se abordan no sólo los síntomas, sino la repercusión emocional, conductual y cognitiva de los mismos y, en el sentido contrario, la influencia de estos elementos en la modulación sintomática. La progresión de la intervención esta delimitada por fases de duración relativamente preestablecida. La fase inicial o de cohesión (seis sesiones), la fase de diferenciación (seis sesiones), la fase interpersonal (seis sesiones) y la fase de despedida (dos sesiones). En los grupos limitados en el tiempo se trabajan los síntomas, progresando el trabajo sobre los mismos en un sentido de diferenciación de los miembros del grupo con respecto al sentido que tienen los mismos para cada uno de los pacientes y la relación que establece con ellos. Los síntomas así pasan de estar alienados a ser una vivencia inscrita en el contexto de la persona, ineludiblemente manifestada a través de la relación interpersonal.

El Tratamiento Habitual se ha definido extensamente de forma previa. Recordemos que queda definido como: “un mínimo de una visita de treinta minutos de duración al mes por su psiquiatra de referencia en el que él mismo evaluará al paciente, realizará los cambios que se consideren oportunos en el tratamiento farmacológico y se intervendrá con elementos informativos y de apoyo no estructurados”.

## 9.2. Asignación del tratamiento

La asignación al tratamiento se realizará al azar a través de una tabla de números aleatorios. De cara a ocultar la secuencia de aleatorización el investigador habrá de llamar telefónicamente al Servicio de Investigación del Hospital de Basurto que asignará al paciente a una de las dos intervenciones. El Servicio de Investigación forma parte de la misma Institución, pero es un servicio independiente del Servicio de Psiquiatría o de la Organización de Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.

## 9.3. Realización de las intervenciones

La secuencia ha quedado descrita previamente.

Se iniciara la adscripción al Tratamiento Habitual en menos de una semana desde el alta de la hospitalización. El Tratamiento Habitual durará seis meses a partir de la primera consulta y podrá estar presente incluso aunque el paciente asignado al grupo lo abandone.

La intervención de PGI-CD tendrá una duración de veinte semanas.

## 9.4. Ciego

No se puede realizar doble ciego, pero se realizará un ciego para el evaluador.

## 10. SEGURIDAD

No existen datos publicados sobre la seguridad de este tipo de intervención.

Si se conoce que el uso de estrategias técnicas en los grupos en esta población que impliquen enfoques centrados en lo retrospectivo y el uso de técnicas que favorezcan la regresión (silencios prolongados, uso de interpretaciones de la transferencia,...) pueden empeorar psicopatológicamente a los pacientes. En este tipo de intervención se evita activamente el uso de estas técnicas.

Todos los pacientes serán evaluados a través de seguimiento individual con un psiquiatra cualificado que monitorizará su estado clínico y tiene entera libertad a la hora de promover las intervenciones clínicas oportunas que considere en cada caso.

## 11. MÉTODOS ESTADÍSTICOS

### 11.1. Procedimiento de asignación aleatoria

La asignación al tratamiento se realizará al azar a través de una tabla de números aleatorios. Ocultación de la secuencia de aleatorización.

### 11.2. Justificación del tamaño de la muestra

El ensayo es un ensayo piloto a realizar sobre un total de 48 sujetos con distribución por igual entre el grupo de intervención y el de comparación.

### 11.3. Análisis estadístico

Analizaremos las variables cuantitativas con la t de Student o U de Mann-Whitney y las variables cualitativas con la prueba de  $\chi^2$ . Realizaremos de este modo un análisis de la distribución de la muestra y, al ser la variable principal de tipo categórico, aplicaremos en su análisis la prueba de  $\chi^2$ .

Se realizará análisis por intención de tratar en el seguimiento.

### 11.4. Valoración de la eficacia

#### 11.4.1. Criterio de valoración principal y análisis principal

La valoración principal de la eficacia se llevara a cabo a través del estudio de la variable principal, la discontinuación, por comparación de los resultados de dicha variable entre el grupo de intervención y el grupo control y su análisis a través de la prueba de  $\chi^2$ .

#### 11.4.2. Criterios de valoración y análisis secundarios

El resto de las variables serán analizadas a través de las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney en el caso de las variables cuantitativas o de la prueba de  $\chi^2$  en el caso de las cualitativas.

## 12. ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

### 12.1. Consentimiento informado

Se realizará consentimiento informado por escrito. Ver anexo.

### 12.2. Comité ético de investigación clínica (CEIC)

El presente estudio debe ser aprobado por el CEIC antes de su inicio.

A requerimiento del CEIC se remitirán informes periódicos de situación y terminación del estudio.

### 12.3. Confidencialidad de los sujetos

La confidencial de los sujetos participantes en el estudio tendrá las garantías oportunas, realizándose esfuerzos activos por parte del equipo investigador para garantizar la privacidad de los datos del sujeto.

Los datos estarán enmascarados en todos los análisis de datos.

## 13. DOCUMENTACIÓN

En el anexo se adjunta la documentación del estudio:

- Consentimiento informado.
- Recogida de datos basales.
- Plantilla recogida datos sobre la medicación.
- Escalas utilizadas en el estudio.



## BIBLIOGRAFÍA

1. APA. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2 Edition. Am J Psychiatry. 2004.
2. Bousño M, González Torres MA, Montejo AL, Mayoral F, Olivares JM, Ros S, Sanjuán J. Guía GEOPTe 2005. Madrid: Ed Lilly SA; 2005.
3. Cormac I, Jones C, Campbell C. Cognitive behavioural therapy for schizophrenia. En: The Cochrane Library, Issue 3, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Fecha de búsqueda 2004).
4. Gabbard GO. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica, 3ªed. Madrid: Panamericana, SA; 2002.
5. González Torres MA, Abeijón JA, Bustamante S, et al. Abordaje de los Trastornos de la Personalidad en la Red de Salud Mental del País Vasco. 2008. Osteba.
6. Guimón J. Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas. Madrid: Biblioteca Nueva, SL; 2003.
7. Huxley NA, Rendall M et al. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. J Nerv Ment Dis. 2000; 4:187-201.
8. Kanas N, Rogers M, Kreth E, et al: Psychiatric research in a military setting: evolution of a study on inpatient group psychotherapy. Milit Med. 1980; 143:552-555.
9. Kanas N. Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. Int J Group Psychother. 1986; 36:339-360.
10. Kanas N. Group therapy for schizophrenic patients. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
11. Kanas N. Group psychotherapy for schizophrenic and bipolar patients. En: Schnermer VL, Pines M, editors. Group psychotherapy of the psychoses. Concepts, interventions and contexts. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
12. Kanas N. Group psychotherapy and schizophrenia: an integrative model. En: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, editors. Psychosis psychological approaches and their effectiveness. Londres: Gaskell; 2002:120-133.
13. Lawrence R, Bradshaw T, Mairs T. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: A systematic review of literature. J Psychiatric and Ment Health Nursing. 2006;13:673-81.
14. Lockwood C, Page T, Conroy-Hiller T. Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. JBI Reports. 2004;2:309-338.
15. Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. En: The Cochrane Library, Issue 2, 2007. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd. (Fecha de búsqueda 2001).
16. Martindale PB, Bateman A, Crowe M, Margison F. Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness. London: Gaskell; 2000.
17. McKenzie KR. Introduction to time-limited group psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press; 1990.
18. Nadeem Z, McIntosh A, Lawrie SM. Schizophrenia. En: Godlee F, editor. Clinical Evidence. Londres: BMJ Publishing Group Ltd.;2007. (Fecha de búsqueda 2005).
19. NICE. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. Londres: Gaskell; 2003.
20. Pekkala E & Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. En: The Cochrane Library, Issue 3, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Fecha de búsqueda 2002).
21. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions from Meta-analyses. Schizophrenia Bull. 2006;32:64-80.
22. Pilling S, Babbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia I: Meta-analysis of family interventions and

- cognitive behaviour therapy. *Psychol Med.* 2002; 32:763-782.
23. Pilling S, Babbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia II: Meta-analysis of randomized controlled trial of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med.* 2002; 32:783-791.
24. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models and Metodological Rigor. *Schizophrenia Bull.*2008; 34:523-37.
25. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 4ª edición. Nueva York: Basic Books; 2005.



## APÉNDICES

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D/Dña: \_\_\_\_\_, he sido informado de que:

Se está realizando un ensayo clínico que compara una intervención de psicoterapia grupal ambulatoria de veinte sesiones de duración junto con un seguimiento ambulatorio, con el seguimiento ambulatorio, de cara a ver la eficacia de la primera de las intervenciones, en el cual se me ha invitado a participar.

Las personas participantes en el estudio serán asignados por azar a una de las dos intervenciones sin que este punto pueda modificarse.

Se recogerán algunos datos personales de las personas participantes y se solicitará la realización de algunos cuestionarios sencillos a los participantes. Toda la información recogida se hallará sujeta a la más estricta confidencialidad.

La firma de un consentimiento informado no implica necesariamente un compromiso permanente e inamovible con respecto a la participación en el ensayo clínico. En cualquier momento durante el desarrollo del mismo puede revocarse el consentimiento dado previamente sin consecuencia alguna para el tratamiento que el paciente pudiera recibir.

Yo, D/Dña: \_\_\_\_\_, tras haber entendido todo lo expuesto previamente y aclarado con el profesional encargado del estudio mis dudas al respecto del mismo, doy mi consentimiento para participar en el estudio señalado:

Firmado:  
(participante)

Nombre:

Firmado:  
(profesional)

Nombre:

En Bilbao, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## RECOGIDA DE DATOS BASALES

**Nombre del paciente:**

**Edad:**

**Sexo:** (H/M)

**Mantiene actualmente una relación de pareja:** (rodear con círculo) SI / NO

**Estado civil:** (rodear con círculo)

Solter@/ Casad@/ Pareja de hecho/ Separad@-divorciad@/ Viud@

**Nivel de estudios:** (rodear con círculo, se pone el máximo nivel completo)

Ninguno/ Primarios/ Secundarios/ Diplomaturas-FP/ Universitarios/ Otros (señalar cuales)

**Trabajo/Estudios:** (rodear con un círculo)

Trabajo actual/ Trabajo protegido actual/ Estudios actuales/ Estudios protegidos actuales/ No trabajo ni estudio.

**¿Con qué frecuencia se ha reunido con amigo/os/a/as en los últimos 6 meses?**

No tengo amigos / Tengo amigo/os/a/as pero nunca me he reunido con ellos en estos 6 meses / en 1 ocasión cada 2 meses o menos / en 1 ocasión al mes / en 1 ocasión cada 15 días / en 1 ocasión a la semana / en 2 o 3 ocasiones a la semana / en más de 3 ocasiones a la semana.

**Diagnóstico Clínico:**

**CGI basal:** (primera consulta)

**Número de hospitalizaciones psiquiátricas:** (un paciente que pasa directamente de una unidad de agudos a una de media estancia cuente como 1 ingreso, no como 2)

**Años desde el diagnóstico de la enfermedad:** (si sólo lleva meses se señala la cifra seguida de meses)

**Edad de inicio de la enfermedad:** (desde el diagnóstico)

**Antipsicóticos distintos o combinaciones de antipsicóticos que ha utilizado:**

**Profesional:**

**Fecha:**

PLANTILLA DE RECOGIDA DE DATOS SOBRE LA MEDICACIÓN

**Paciente**

Visita	Fecha	Ordinaria o Urgente (O/U)	Asistencia (S/N)	ARD o ARDS (y dosis)	Ssustituir o Añadir (S/N)



## 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

### MINI

#### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

#### Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert  
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de protocolo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora en que inició la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Hora en que terminó la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Duración total: \_\_\_\_\_

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
		<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

#### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren unas respuestas de sí o no.

#### PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

#### CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el periodo de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➔) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

#### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 Paris, Francia Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel.: + 91 564 47 18 Fax: + 91 411 54 32 e-mail: iap@landex.es	Marelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: mor0619@aol.com
--	--	--	--

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

**A. Episodio depresivo mayor**

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	●	NO	SI

A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SI	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto?	NO	SI	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SI  
●  
EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
ACTUAL

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL,  
CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4 a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	●	NO	SI	10
b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11	

●  
EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
RECIDIVANTE

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?  Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?	NO	SÍ	12
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

**A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:**

	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
CON SÍNTOMAS  
MELANCÓLICOS  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

6

**B. Trastorno distímico**

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SI	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más en el que se haya sentido bien?	NO	SI	18
B3	<b>Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SI	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SI	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SI	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SI	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SI	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SI	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SI	25
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	NO	SI	

NO SI  
TRASTORNO DISTÍMICO  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SÍ
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6).  
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO  
DE SUICIDIO.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

8

**D. Episodio (hipo)maniaco**

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha habido un periodo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas, y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico» o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?</p> <p>NO      SÍ</p>					
<p>D3      SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p><b>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía o irritable notó que:</b></p>					
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablabla usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?</p> <p>NO      SÍ</p>					

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?  EL EPISODIO EXPLORADO ERA:  ¿CODIFICÓ NO EN D4?  ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.  ¿CODIFICÓ SÍ EN D4?  ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	NO      SÍ      12  ↓      ↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIPOMANÍACO    MANÍACO  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>EPISODIO MANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	<b>EPISODIO MANÍACO</b>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ																	
<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>																		
ACTUAL	<input type="checkbox"/>																	
PASADO	<input type="checkbox"/>																	
NO	SÍ																	
<b>EPISODIO MANÍACO</b>																		
ACTUAL	<input type="checkbox"/>																	
PASADO	<input type="checkbox"/>																	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

10

## E. Trastorno de angustia

(● SIGNIFICA: BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió <b>subitamente</b> ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las que la mayoría de las personas no se sentirían así?	● NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	● NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		<b>Durante la peor crisis que usted puede recordar:</b>			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocos o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### F. Agorafobia

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? NO SÍ 19

SI F1 = NO, BODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? NO SÍ 20  
*Agorafobia actual*

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

12

**G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)**

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales.	● NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	● NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	● NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

**FOBIA SOCIAL**  
(trastorno de ansiedad social)  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor a actuar en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ● H4	SI	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PODRÍA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PODRÍA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ● H4	SI	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SI compulsiones	4
¿CODIFICÓ SI EN H3 O EN H4?		● NO	SI	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	● NO	SI	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SI	6
		TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(— SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? (EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO COMO REHEN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL)	— NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	— NO	SÍ	2
13	<b>En el último mes:</b>			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se le pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad en recordar alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	— NO	SÍ	
14	<b>Durante el último mes:</b>			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	— NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

MINI 3.0.0 (1 de enero de 2000)

### J. Abuso y dependencia de alcohol

(■ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1 ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?  NO  SÍ 1

J2 **En los últimos 12 meses:**

a ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? NO  SÍ  2

b ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? NO  SÍ  3  
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?  
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS.

c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? NO  SÍ  4

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? NO  SÍ  5

e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? NO  SÍ  6

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? NO  SÍ  7

g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? NO  SÍ  8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO  SÍ   
**DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL**

J3 **En los últimos 12 meses:**

a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? NO  SÍ  9  
¿Esto le ocasionó algún problema?  
CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.

b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.? NO  SÍ  10

c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público? NO  SÍ  11

d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? NO  SÍ  12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO  SÍ   
**ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas**

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

- K1 a. ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?
- NO    SI

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, speedball.**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.**Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (pobvo de ángel, peace pill), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.**Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nítrico (laughing gas), amyl o butyl nitrate (poppers).**Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, refer.**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («red»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmanc, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.**Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: \_\_\_\_\_

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA. SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA. CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO). **K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

- a. ¿Ha notado usted que necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO    SI    1
- b. ¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO    SI    2
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.
- c. ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO    SI    3
- d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO    SI    4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

17

- |   |  |    |    |   |
|---|--|----|----|---|
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?  | NO | SI | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?   | NO | SI | 7 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

NO      SI  
**DEPENDENCIA  
DE SUSTANCIAS  
ACTUAL**

**Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

- |      |   |    |    |    |
|------|---|----|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SI | 8  |
| b    | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?   | NO | SI | 9  |
| c    | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?  | NO | SI | 10 |
| d    | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?  | NO | SI | 11 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

NO      SI  
**ABUSO DE SUSTANCIAS  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

18

### L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SÍ** SÓLO PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑAS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE <b>SÍ</b> SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTRUCCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?  LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA <b>SÍ</b> A LO SIGUIENTE:  Si <b>SÍ</b> : ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ	SÍ	11
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

19

17	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SI	13
	b	<b>SI SI:</b> ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI	14
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:</b>					
18	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SI	15
19	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SI	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SI	17
L11		¿CODIFICÓ <b>SI EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ <b>SI</b> (EN VEZ DE <b>SI EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SI		
			TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ <b>SI EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ <b>SI</b> (EN VEZ DE <b>SI EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?  VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ <b>SI</b> EN L11?	NO SI		18
			TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13	a	¿CODIFICÓ <b>SI</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ <b>SI</b> EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO SI		
	b	SI CODIFICÓ <b>SI</b> EN L13a:  Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/ exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO SI		19
			TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

## ESCALAS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

### 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

20

#### M. Anorexia nerviosa

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
		<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> libras
		<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO	SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO SÍ  
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL

TABLETA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso		4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Pies/pulgadas		84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
Libras		144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
cm		38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
kg																
Hombre estatura/peso		5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Pies/pulgadas		105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
Libras		154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
cm		47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61
kg																

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y el sexo del paciente, tal como requiere el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la Metropolitan Life Insurance Table of Weights.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



### N. Bulimia nerviosa

(■ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un periodo de 2 horas?	■ NO	SI	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	■ NO	SI	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	■ NO	SI	9				
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	■ NO	SI	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	■ NO	SI	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SI					
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.	NO	SI	12				
N8	¿CODIFICÓ SI EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SI							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SI EN N7?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SI							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

22

### O. Trastorno de ansiedad generalizada

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		<b>En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:</b>			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO      SÍ  
**TRASTORNO  
DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)**

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y BODEAR CON UN CÍRCULO NO)

**P1 Antes de cumplir los 15 años:**

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SI	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SI	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SI	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SI	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SI	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SI	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SI	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

**P2 Después de cumplir los 15 años:**

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluidas las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SI	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SI
<b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

24

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

### Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan ME, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Traducciones	MINI 4.4 o versiones previas	MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Español	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonio		J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finés	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreo	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandés/Flamenco	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglés	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandés		I.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonés		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letón	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Noeuego	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugués	P. Amorim, T. Guterres	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, gracias a una beca de SmithKline Beecham y la European Commission. Los autores expresan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre anorexia nerviosa y bulimia.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



#### 4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Suspacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala positiva (PANSS-P)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidéz de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala negativa (PANSS-N)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
	1	2	3	4	5	6	7
<b>Escala compuesta (PANSS-C)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manerismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<b>Psicopatología general (PANSS-PG)</b>	<b>Puntuación directa:</b>			<b>Percentil:</b>			
	1	2	3	4	5	6	7

## 4.2. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

1. Preocupación somática	0	1	2	3	4
2. Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4
3. Barreras emocionales	0	1	2	3	4
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	0	1	2	3	4
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
6. Ansiedad somática	0	1	2	3	4
7. Alteraciones motoras específicas	0	1	2	3	4
8. Autoestima exagerada	0	1	2	3	4
9. Humor depresivo	0	1	2	3	4
10. Hostilidad	0	1	2	3	4
11. Suspiciousidad	0	1	2	3	4
12. Alucinaciones	0	1	2	3	4
13. Enlentecimiento motor	0	1	2	3	4
14. Falta de cooperación	0	1	2	3	4
15. Trastornos del pensamiento	0	1	2	3	4
16. Embotamiento o trastornos afectivos	0	1	2	3	4
17. Agitación psicomotriz	0	1	2	3	4
18. Desorientación y confusión	0	1	2	3	4



### 10.3. Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale, CGI-SCH)

#### I. Gravedad de la enfermedad

Considerando su experiencia clínica con pacientes esquizofrénicos, ¿cuán gravemente enfermo ha estado el paciente durante la semana pasada?

	<i>Normal, no enfermo</i>	<i>Minimamente enfermo</i>	<i>Levemente enfermo</i>	<i>Moderadamente enfermo</i>	<i>Marcadamente enfermo</i>	<i>Gravemente enfermo</i>	<i>Entre los más gravemente enfermos</i>
1. Síntomas positivos (p. ej., alucinaciones, delirios o comportamiento extravagante)	1	2	3	4	5	6	7
2. Síntomas negativos (p. ej., aplanamiento afectivo, amotivación o anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7
3. Síntomas depresivos (p. ej., tristeza, humor deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7
4. Síntomas cognitivos (p. ej., deterioro en la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7
5. Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7

#### II. Grado de cambio

Comparado con la evaluación previa, ¿cuánto ha cambiado el paciente? Puntúe la mejoría independientemente de que, a su juicio, se deba totalmente al tratamiento.

	<i>Muchísimo mejor</i>	<i>Mucho mejor</i>	<i>Levemente mejor</i>	<i>Sin cambios</i>	<i>Levemente peor</i>	<i>Mucho peor</i>	<i>Muchísimo peor</i>	<i>ND</i>
1. Síntomas positivos (p. ej., alucinaciones, delirios o comportamiento extravagante)	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Síntomas negativos (p. ej., aplanamiento afectivo, abulia o anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Síntomas depresivos (p. ej., tristeza, humor deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Síntomas cognitivos (p. ej., deterioro en la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Gravedad global	1	2	3	4	5	6	7	9

ND, información no disponible.



## 12.4. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

- 100 **Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.**
- 91 **Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 **Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales** (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 **Algunos síntomas leves** (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60 **Síntomas moderados** (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50 **Síntomas graves** (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 **Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación** (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 **La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio** (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 **Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo** (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 **Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo** (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada.



## 12.6. Escala Autoaplicada de Adaptación Social (Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS)

Por favor, responda a estas sencillas preguntas, teniendo en cuenta su opinión en este momento. Responda, por favor, a todas las preguntas, marcando una sola respuesta para cada pregunta. Muchas gracias.

¿Tiene usted un trabajo u ocupación remunerada? SI  NO

Si la respuesta es «sí»:

1. ¿En qué medida le interesa su trabajo?  
 Mucho       Moderadamente       Un poco       Nada en absoluto

Si la respuesta es «no»:

2. ¿En qué medida le interesan las tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas?  
 Mucho       Moderadamente       Un poco       Nada en absoluto

3. Cuando participa en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal (tareas domésticas, estudios, etc.):  
 Disfruta mucho       Disfruta bastante       Disfruta tan sólo un poco       No disfruta en absoluto

4. ¿Le interesan los hobbies/actividades de ocio?  
 Mucho       Moderadamente       Un poco       Nada en absoluto

5. La calidad de su tiempo libre es:  
 Muy buena       Buena       Aceptable       Insatisfactoria

6. ¿Con qué frecuencia busca usted el contacto con miembros de su familia (cónyuge, hijos, padre, etc.)?  
 Muy frecuentemente       Frecuentemente       Raras veces       Nunca

7. En su familia, las relaciones son:  
 Muy buenas       Buenas       Aceptables       Insatisfactorias

8. Aparte de su familia, se relaciona usted con:  
 Muchas personas       Algunas personas       Tan sólo unas pocas personas       Nadie

9. ¿Intenta usted establecer relaciones con otros?  
 Muy activamente       Activamente       De forma moderadamente activa       De ninguna forma activa

10. ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?  
 Muy buenas       Buenas       Aceptables       Insatisfactorias

11. ¿Qué valor le da usted a sus relaciones con los demás?  
 Gran valor       Bastante valor       Tan sólo un poco de valor       Ningún valor en absoluto

12. ¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted las personas de su círculo social?  
 Muy a menudo       A menudo       Raras veces       Nunca

13. ¿Respeta usted las normas sociales, las buenas maneras, las normas de educación, etc.?  
 Siempre       La mayor parte del tiempo       Raras veces       Nunca

14. ¿En qué medida está usted involucrado en la vida de la comunidad (asociaciones, comunidades de vecinos, clubes, iglesia, etc.)?  
 Plenamente       Moderadamente       Ligeramente       Nada en absoluto

15. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar la comprensión que tiene usted de ellas?  
 Mucho       Moderadamente       No mucho       Nada en absoluto

16. ¿Está usted interesado en la información científica, técnica o cultural?  
 Mucho       Moderadamente       Tan sólo ligeramente       Nada en absoluto

17. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?  
 Siempre       A menudo       A veces       Nunca

18. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado, excluido de su círculo?  
 Siempre       A menudo       A veces       Nunca

19. ¿Hasta qué punto considera usted que es importante su aspecto físico?  
 Muy importante       Moderadamente importante       No muy importante       Nada en absoluto

20. ¿En qué medida tiene usted dificultades para manejar sus recursos e ingresos?  
 Siempre       A menudo       A veces       Nunca

21. ¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?  
 En gran medida       Moderadamente       No mucho       Nada en absoluto

Puntuación total: \_\_\_\_\_



## 13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

1

**Instrucciones:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

## ESCALAS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud  
(Short-Form, SF-36)

2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

(Versión española 1.3 - July 13, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD, on behalf of the IQOLA Project.)