

**I JORNADAS BUENAS PRÁCTICAS en SALUD MENTAL**  
Subdirección General Salud Mental

# **PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PERSONAS CON UN TRASTORNO PSICÓTICO**

---



*Francisco Rosagro Escámez*  
*Montserrat Del Olmo Gracia*

*Psiquiatra*  
*Enfermera*  
*CSM Adultos San Andrés*  
*4 diciembre 2014*

# PSICOTERAPIA DE GRUPO (PG) EN PERSONAS CON UN TRASTORNO PSICÓTICO

---

- **Introducción** *¿Por qué psicoterapia grupal?*
- *¿Qué **ventajas** tiene el grupo?*
- **Revisión** sobre la PG en la Esquizofrenia *¿Qué modelos han mostrado eficacia?*
- **Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.**
  - Características generales.
  - Grupo cerrado. Nivel básico.
- **Discusión** del modelo.
- **Nuestra** experiencia. Resultados y valoración.

# INTRODUCCIÓN

---

**Medicación antipsicótica:** indispensable aunque con limitaciones.

- ❖ Problemas en síntomas negativos y funcionalidad.
- ❖ Problemas en la adherencia al tratamiento farmacológico.

- *“Sólo una minoría puede desenvolverse con éxito con un abordaje que sólo incluya tto farmacológico y hospitalizaciones breves”.*
- *“En la mayoría es necesaria al menos una intervención psicoterapéutica que complemente al tto farmacológico”.*

(Ruiz Parra, E y cols)

# INTRODUCCIÓN

---

Interés de los clínicos por **técnicas terapéuticas complementarias** al tratamiento psicofarmacológico.

- Eficacia de los ttos grupales demostrada (Kanas, 2002) en pacientes hospitalizados y ambulatorios, desde múltiples modelos.

# VENTAJAS DEL GRUPO

---

## Utilidad del **formato grupal**

- o Compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas.
- o Contrastar la realidad de sus experiencias de forma directa o indirecta.
- o Recibir apoyo y apoyar altruistamente a los demás.
- o Mejorar su habilidad para relacionarse con otros.
- o Disminuir su sentimiento de aislamiento mediante fenómenos de universalización.

# VENTAJAS DEL GRUPO

---

Logros en el contexto grupal en el bienestar del paciente y su calidad de vida.

- ✓ Superar el aislamiento.
- ✓ Lograr comunicarse.
- ✓ Mejorar la autoestima.
- ✓ Salir de la desesperanza.
- ✓ Comprender, aceptar, reconocer y revelar las experiencias psicóticas.

Mejor calidad en el tto.

Intervención coste - eficiente.

# VENTAJAS DEL GRUPO

---

El grupo ofrece:

- “**experiencias de socialización** realistas,
- nuevos modelos de comportamiento y
- una transferencia más compartida y menos dependiente del terapeuta”.

(ventajas respecto a individual).

# VENTAJAS DEL GRUPO

---

- ✓ Contexto **más realista**.
- ✓ Favorece **mayor autonomía** (ayuda del resto de miembros y no sólo del terapeuta, incluso él puede ayudar a otros).
- ✓ Grupo terapéutico como **grupo de referencia** para sus miembros.
- ✓ Permite observación, exploración, reflexión y conocimiento sobre los otros, y sobre sí mismo a través de los otros (**reacción especular**).
- ✓ Favorece el **insight y aprendizaje interpersonal** (múltiples interacciones y focos).
- ✓ Mayores probabilidades de **vinculación** terapéutica.

# VENTAJAS DEL GRUPO

---

**COHESIÓN GRUPAL**  
sustituto de relación  
terapéutica

- ❖ Suma de relaciones en diferentes direcciones y a diferentes niveles (interpersonal, grupo como un todo).
- ❖ Se establece de forma natural por la necesidad de pertenencia al grupo.
- ❖ Dificultades en primeras fases. En fases avanzadas dificultades para relaciones de mutualidad y reciprocidad.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

---

- Nació en EEUU, principios s.XX (Tost Pardell y cols).
- Lazell, 1921: consejo y técnicas didácticas en pacientes crónicos.
- Tres enfoques: (efectividad similar)
  - Educativo.
  - Psicodinámico.
  - Interpersonal.
- Modelo ideal: ***combinación flexible de los distintos enfoques teóricos.***

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

---

- Intervención viabile y adaptable a servicios sanitarios.
- Alternativa eficiente dentro de servicios públicos con recursos limitados.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

## **1) Intervenciones grupales multifamiliares:**

- Modelo psicoeducativo y elementos de modificación de conducta.
  - Útil en prevención de recaídas.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

## 2) Terapia de grupo basada en las teorías del aprendizaje y cognitivas:

- ❖ **Terapia de grupo basada en las técnicas de modificación de conducta:** útil en adherencia farmacológica.
- ❖ **Terapia cognitivo conductual:** desesperanza, depresión y autoestima, nivel de satisfacción de usuarios.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

## ❖ **Terapia cognitivo conductual:**

- ❖ **Intervenciones psicoeducativas:** prevención de recaídas, adherencia farmacológica.
- ❖ **Terapia de entrenamiento en habilidades sociales:** funcionamiento social, adquisición habilidades sociales y generalización a entornos más amplios, sintomatología negativa.
- ❖ **TCC de los síntomas psicóticos:** reducción gravedad síntomas positivos.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

## ❖ Terapia cognitivo conductual... PERO...

### Intervenciones psicoeducativas



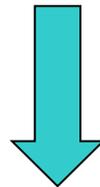
- Escasa atención sobre necesidades interpersonales.
- No permite correcciones sobre interacciones desadaptativas en el aquí y ahora.
- Puede no cubrir temas relevantes para los miembros del grupo.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

## ❖ Terapia cognitivo conductual... PERO...

**Terapia de  
entrenamiento  
en habilidades  
sociales**



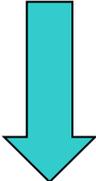
- Entornos altamente estructurados por el grado de organización y necesidades de espacio y material (UR, HD, Residencias).

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

## ❖ Terapia cognitivo conductual... PERO...

**TCC de los  
síntomas  
psicóticos**



- Réplica de la individual sin aprovechar potencial del grupo.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

## 3) Terapia de grupo de orientación dinámica:

- **Psicoanalítica:** teoría de las relaciones objetales, psicología del self.
- **Grupoanalítica:** grupo como un todo (Bion).
- **Interpersonal:** factores terapéuticos grupales, enfoque en el aquí y ahora (Yalom).

PERO...

- Favorece regresión y altamente ansiógeno exacerbando síntomas psicóticos.
- Aborda escasamente la sintomatología psicótica (IP).

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

---

- Grados variables de integración en anteriores modelos.

# REVISIÓN SOBRE LA PG EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA: Modelos ppales

## ○ TERAPIA DE GRUPO INTEGRADORA

(Kanas): recoge las influencias de los distintos modelos.

<i><u>Del enfoque psicoeducativo</u></i>	Estructura, seguridad y afrontamiento de los síntomas.
<i><u>Del enfoque dinámico</u></i>	Discusión abierta y selección material por los pacientes.
<i><u>Del enfoque interpersonal</u></i>	Trabajo en el aquí y ahora, disminución del aislamiento y mejoría interacción interpersonal.

Ventajas sobre otros enfoques, PERO...

- Abordaje limitado síntomas psicóticos y ansiógeno en fases más avanzadas.



---

**Modelo ambulatorio de PG  
orientado al tratamiento de la  
Esquizofrenia (Ruiz Parra y cols)**

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

## ○ Enfoque **integrador**:

- Psicoterapia grupal integradora.
- Terapia grupal interpersonal (factores terapéuticos grupales).
- Análisis grupal – grupoanálisis (matriz grupal, fenómenos especulares).
- Modelo cognitivo sobre los síntomas psicóticos.
- Mc Kenzie (fases y organización grupos limitados en el tiempo, roles sociales).

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

- Patrón semiestructurado. Cuatro fases.
- Dos encuadres posibles:
  - **Grupos cerrados de duración limitada** (20 sesiones). Nivel básico.
  - **Grupo abierto de duración prolongada.**

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

- Complemento al tratamiento psicofarmacológico y psiquiátrico convencional.
- Jerarquía de niveles complejidad progresiva:
  - Nivel básico, intermedio y avanzado.
- Adaptada a las características pacientes, capacidades y formación terapeutas y recursos de los centros.



---

***GRUPOS CERRADOS DE  
DURACIÓN LIMITADA***

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

- Grupo **cerrado**.
- Pacientes con **evolución más benigna** y sistema de apoyo más adecuado.
- Grupo **homogéneo**.

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

- Tiempo limitado: **20 sesiones.**
- Duración de la sesión: **60-90 minutos.**
- Frecuencia: **semanal.**
- Inicio: **12 miembros** (8-9 tras abandonos).
- **Dos terapeutas.**
- **Ambulatorio.**

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

## ***Criterios de inclusión***

- Diagnóstico de:

Esquizofrenia.  
Trastorno esquizofreniforme.  
Trastorno esquizoafectivo.  
Trastorno de personalidad grupo A.

- Mayores de edad y compromiso de asistencia y confidencialidad respecto a la identidad e información aportada.

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

## ***Selección e inclusión:***

- Mínimas condiciones

- NO desorganizados, perplejos e incapaces de focalizar su atención en algo que no sea su mundo psicótico; pacientes muy temerosos, angustiados o paranoides; intranquilos, muy verborreicos u hostiles.
- cierto control de sí mismos con posibilidad de verbalizar experiencias psicóticas y atender y escuchar a los demás.

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

## ***Criterios de exclusión***

- Retraso mental.
- Trastorno orgánico cerebral asociado (Demencia, Delirium, Trastorno amnésico).
- Dependencia activa de sustancias (excepto nicotina).
- Rasgos antisociales marcados.
- Alto riesgo suicida y/o riesgo heteroagresivo alto.
- Necesidad clínica de otro dispositivo más intensivo (HD, hospitalización), incompatible con un tto ambulatorio.

# Modelo ambulatorio de PG orientado al tratamiento de la Esquizofrenia.

---

## ***Objetivos generales:***

- ✓ Adecuado seguimiento y cumplimiento.
- ✓ Evitar recaídas y mejorar ajuste premórbido (familiar, social y laboral).
- ✓ Mejorar el conocimiento de su trastorno y de sí mismo y realizar ajustes y cambios en sus relaciones interpersonales si distorsionadas.
- ✓ Disminuir los factores de estrés y vulnerabilidad.
- ✓ Lograr cambios en sus mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento para conseguir hacer frente a dichos factores de estrés.



# Estructura general de las sesiones

---

- 1º En cada sesión elegirán uno o varios **temas** (1-2/sesión) relacionado con sus necesidades como afectados.
- 2º Discutirán en torno al tema (introspección no amenazante, constructiva).
- 3º Compartirán grupalmente **estrategias de afrontamiento** de las dificultades evidenciadas (a partir del material aportado por los propios pacientes).

# Temas posibles

---

Aquellos que exploren aspectos sintomáticos de la esquizofrenia:

- Alucinaciones auditivas.
- Delirios persecutorios, autorreferenciales y de grandiosidad.
- Inserción y difusión del pensamiento.
- Pensamiento desorganizado.
- Inadecuación afectiva.
- Preocupaciones y dudas sobre la normalidad o lo enfermizo de sus pensamientos, decisiones o comportamientos.
- Sentimientos y preocupaciones respecto a tener que tomar medicación. Efectos adversos y actitudes respecto a la misma.
- Temores respecto a las recaídas y el ingreso.

# Temas posibles

---

## Temas interpersonales:

- Relaciones con los otros.
- Problemas de relación con la familia.
- Problemas en la adaptación social, académica y laboral.
- Sensaciones de estigmatización.
- Relación con el sistema sanitario.
- Sentimientos de soledad, depresión y desesperanza.
- Otros.

Evitar material que exponga a los conflictos inconscientes y precaución con temas de ira, agresión y orientación e identidad sexual.



# Actitudes del terapeuta

---

- **Activo y directivo**, manteniendo a los pacientes focalizados en el tema.
- **Inactivo** cuando pacientes interactuando productivamente sobre temas adecuados.
- Favorecer ambiente de participación activa por parte de los pacientes para trabajar sus propias dificultades.
- Crear entorno seguro.

# Desarrollo de las sesiones

---

- Modelo de McKenzie, 1990.
  - Fase inicial o de compromiso.
  - Fase de diferenciación.
  - Fase de trabajo interpersonal.
  - Fase de despedida o de terminación.
- Diferir o facilitar el paso a la siguiente fase según convenga.
- Respetar temas propios de cada fase.



# Discusión

---

- Ventajas:
  - Trato más personalizado de problemas relacionados con la enfermedad.
- Limitaciones:
  - Resistencias del terapeuta.
  - Intensa afectación neuropsicológica.

# Discusión

## Resultados esperados:

- ✓ mejor *evolución*,
- ✓ mayor *adherencia al tto*,
- ✓ 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,
- ✓ mejor capacidad para la *interacción social*,
- ✓ mejor *calidad de vida*.



# Discusión

---

- Modelo sencillo y de utilidad en el tto ambulatorio de psicóticos que no requieren recursos de alta intensidad.
- Distintos profesionales con distintos tipos de formación.



# NUESTRA EXPERIENCIA

---

- Metodología
- Resultados “objetivos”
- Valoración “subjetiva”

# Metodología

---

- N=16
  - Primer grupo (2013)=9
  - Segundo grupo (2014)=10
  - Tres sujetos participaron en ambos grupos (resultados primer grupo para evitar sesgos).
- Media de edad = 37.06 años (DT 8.880, rango de 21 a 51).
- Entrevistas de valoración
  - Excluidos: 5

# Metodología

## ○ Estudio descriptivo y de intervención

VARIABLES RECOGIDAS	SOCIO DEMOGRÁFICAS	CLÍNICAS	ESCALAS
Al inicio del grupo (pre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Situación de pareja</li> <li>○ Nivel de estudios</li> <li>○ Situación laboral</li> <li>○ Tipo de convivencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Objetivos marcados</li> <li>○ Diagnóstico</li> <li>○ Abandonos</li> <li>○ Faltas de asistencia a las sesiones</li> <li>○ Número de ingresos*</li> <li>○ Número de citas con facultativo*</li> <li>○ Cambios en la medicación antipsicótica u otros psicofármacos*</li> </ul> <p><i>*período de 6 meses previo al grupo y período durante el grupo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Habilidades de la vida cotidiana (LSP- life skill profile)</li> <li>○ Adaptación social (SASS- Social Adaptation Self-evaluation Scale)</li> <li>○ Insight (IS-Insight Scale)</li> </ul>
Al final del grupo (post)		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Satisfacción</li> <li>○ Utilidad subjetiva</li> </ul> <p style="text-align: center;">*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ LSP</li> <li>○ SASS</li> <li>○ IS</li> </ul>

# Metodología

---

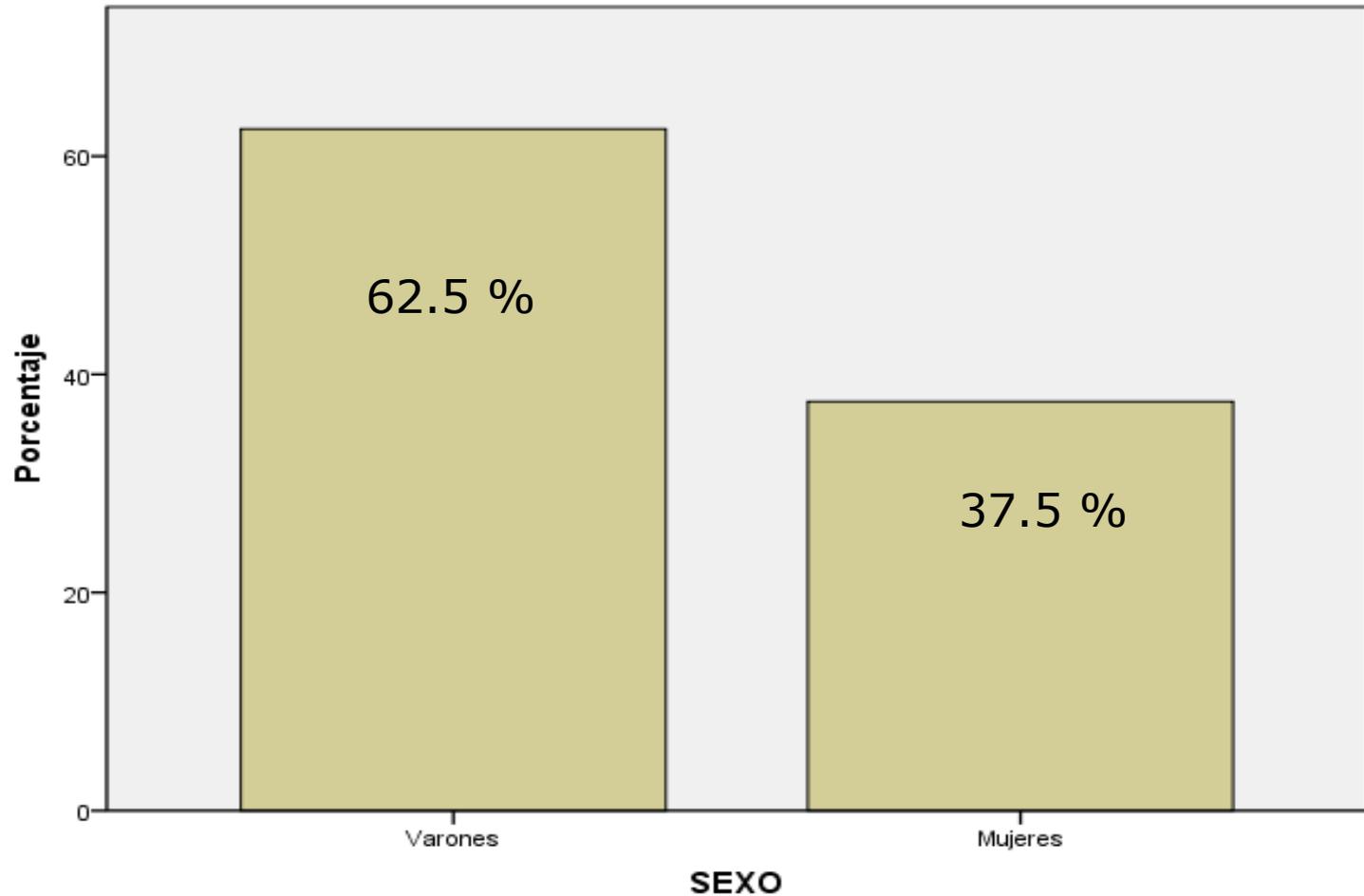
- Análisis estadístico:
  - Análisis **descriptivo** variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, índices de *satisfacción* y *utilidad subjetiva*.
  - Análisis **cuantitativo** diferencia *pre – durante el grupo* en los indicadores clínicos, y *pre-post* para los resultados de las escalas (cálculo de la *t de Student*).



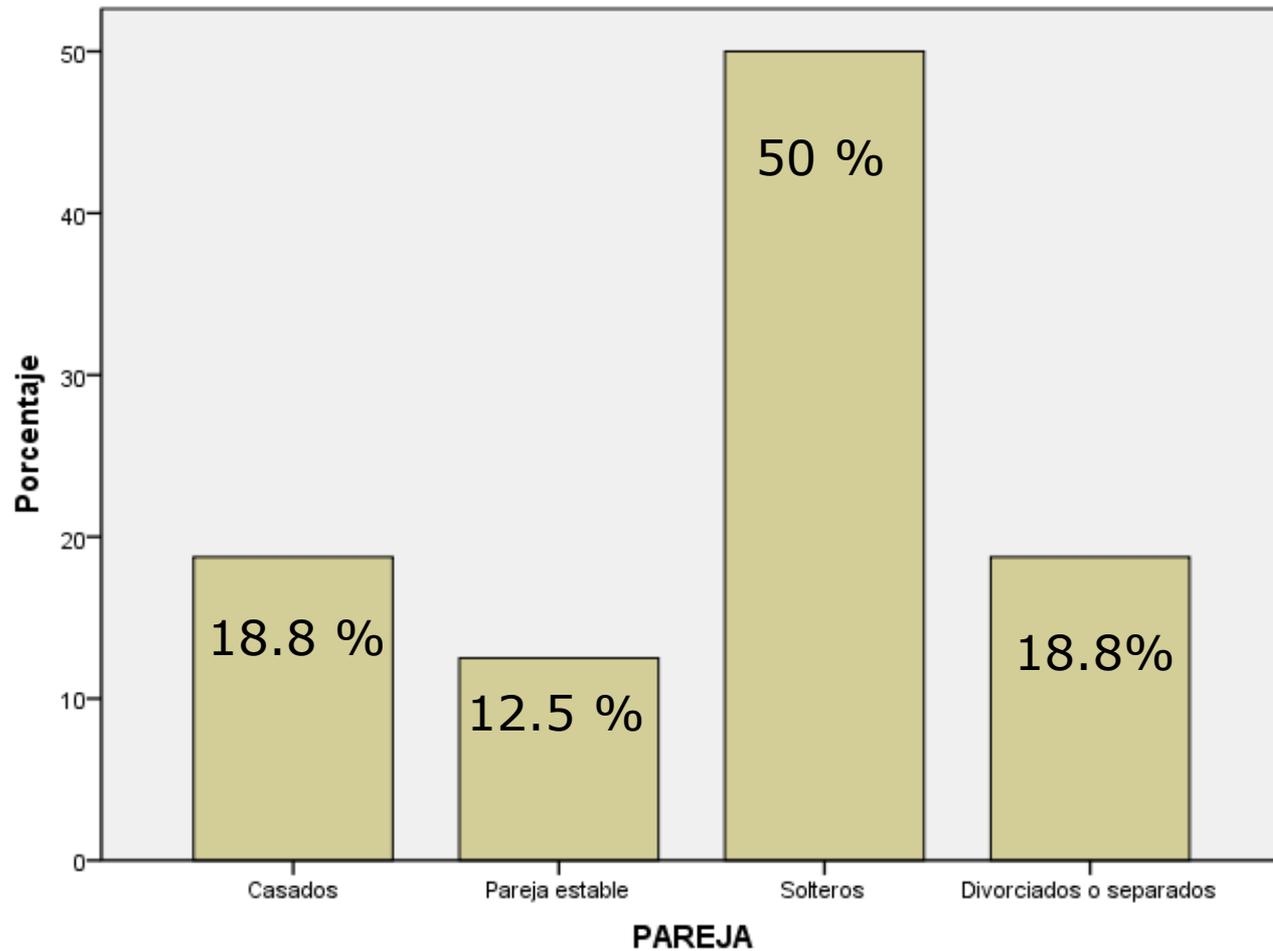
# RESULTADOS

# Nuestra experiencia

---

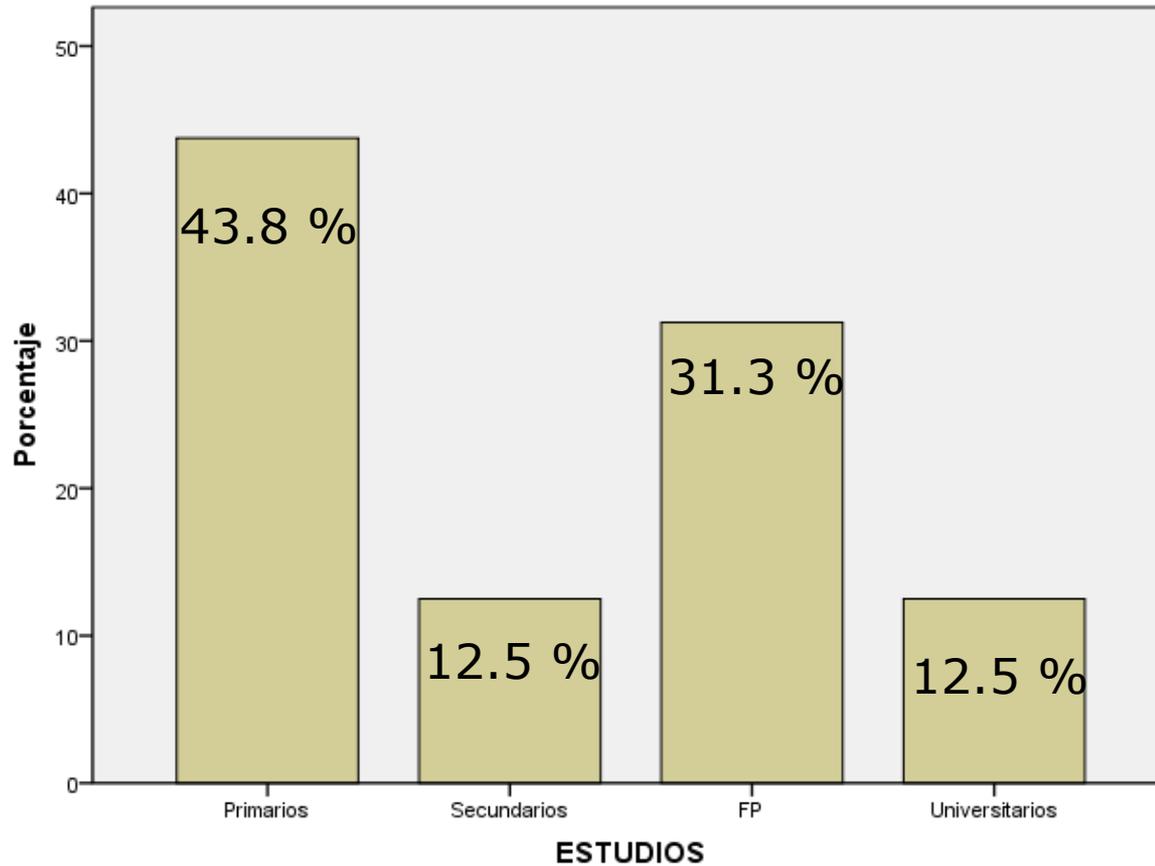


# Nuestra experiencia



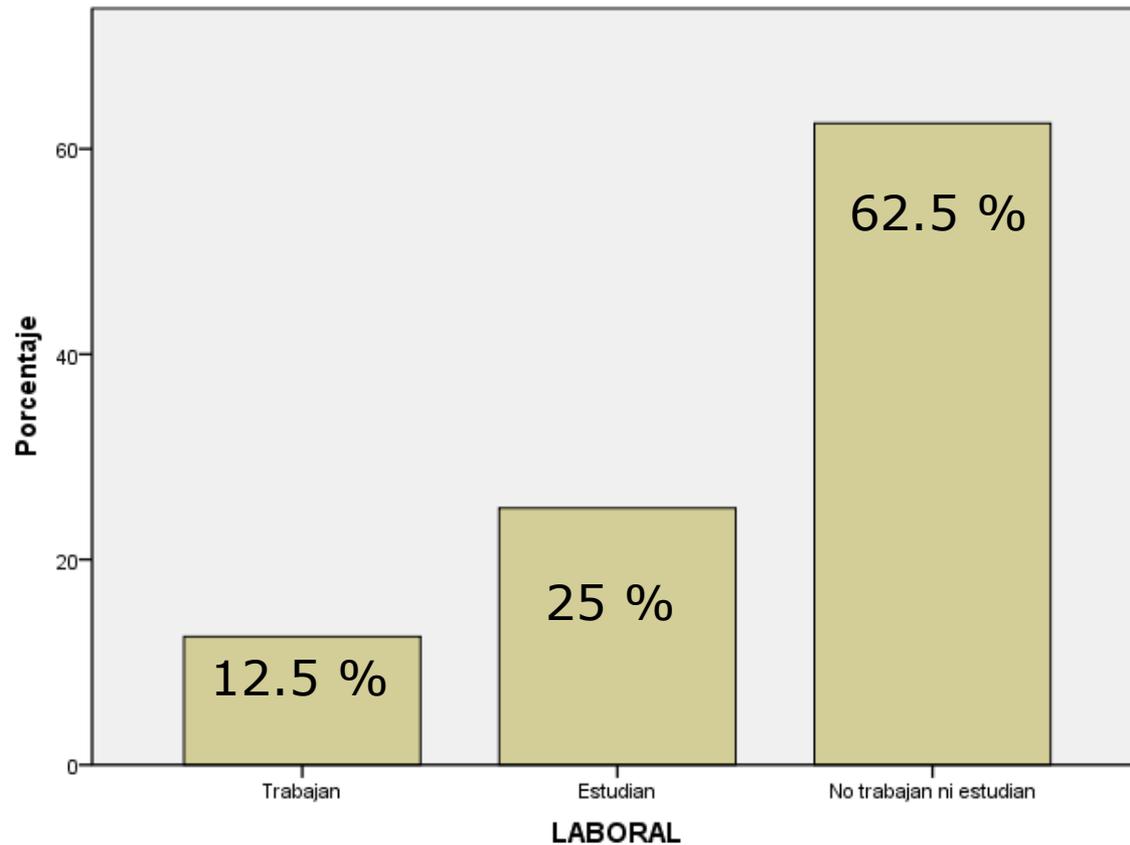
# Nuestra experiencia

---

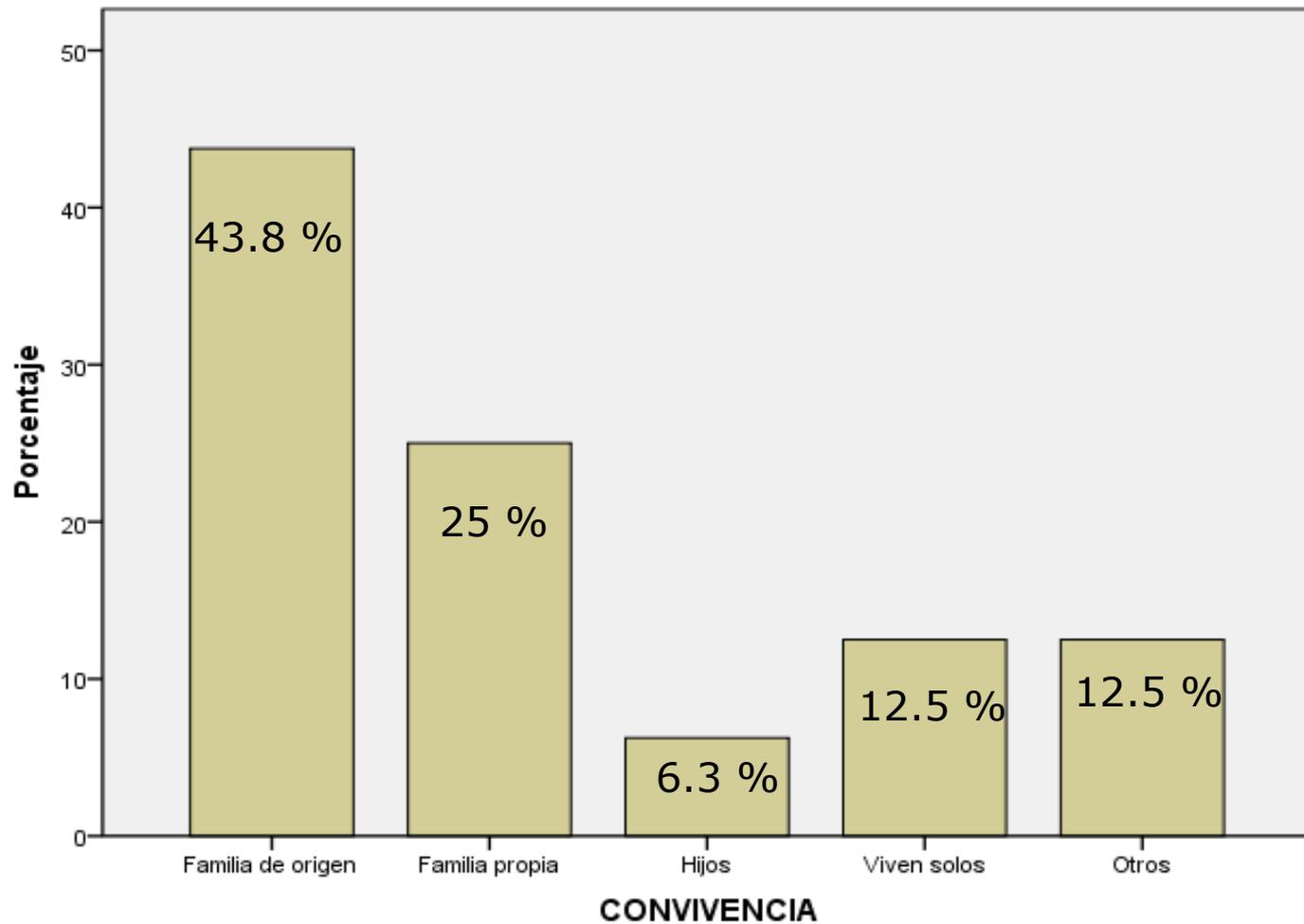


# Nuestra experiencia

---

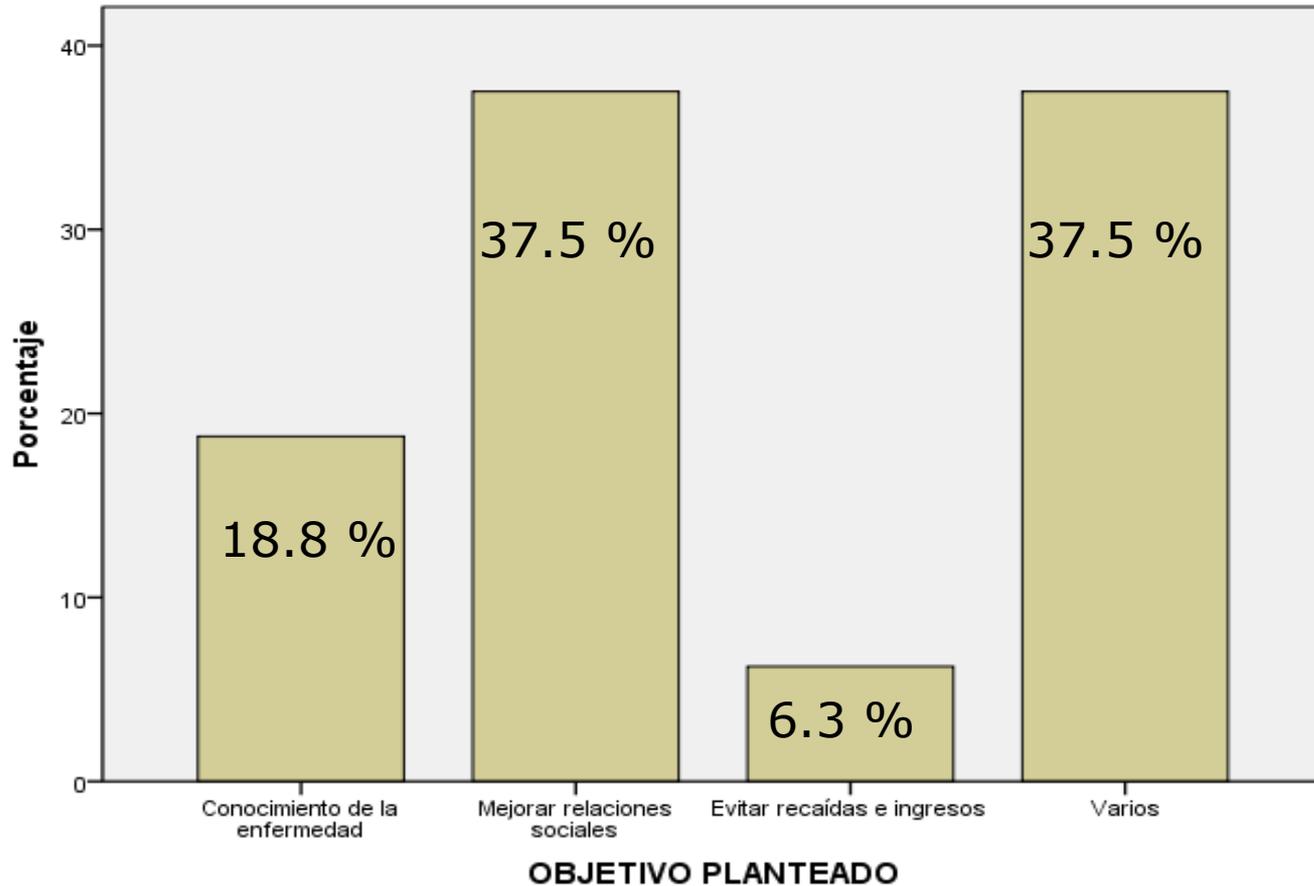


# Nuestra experiencia



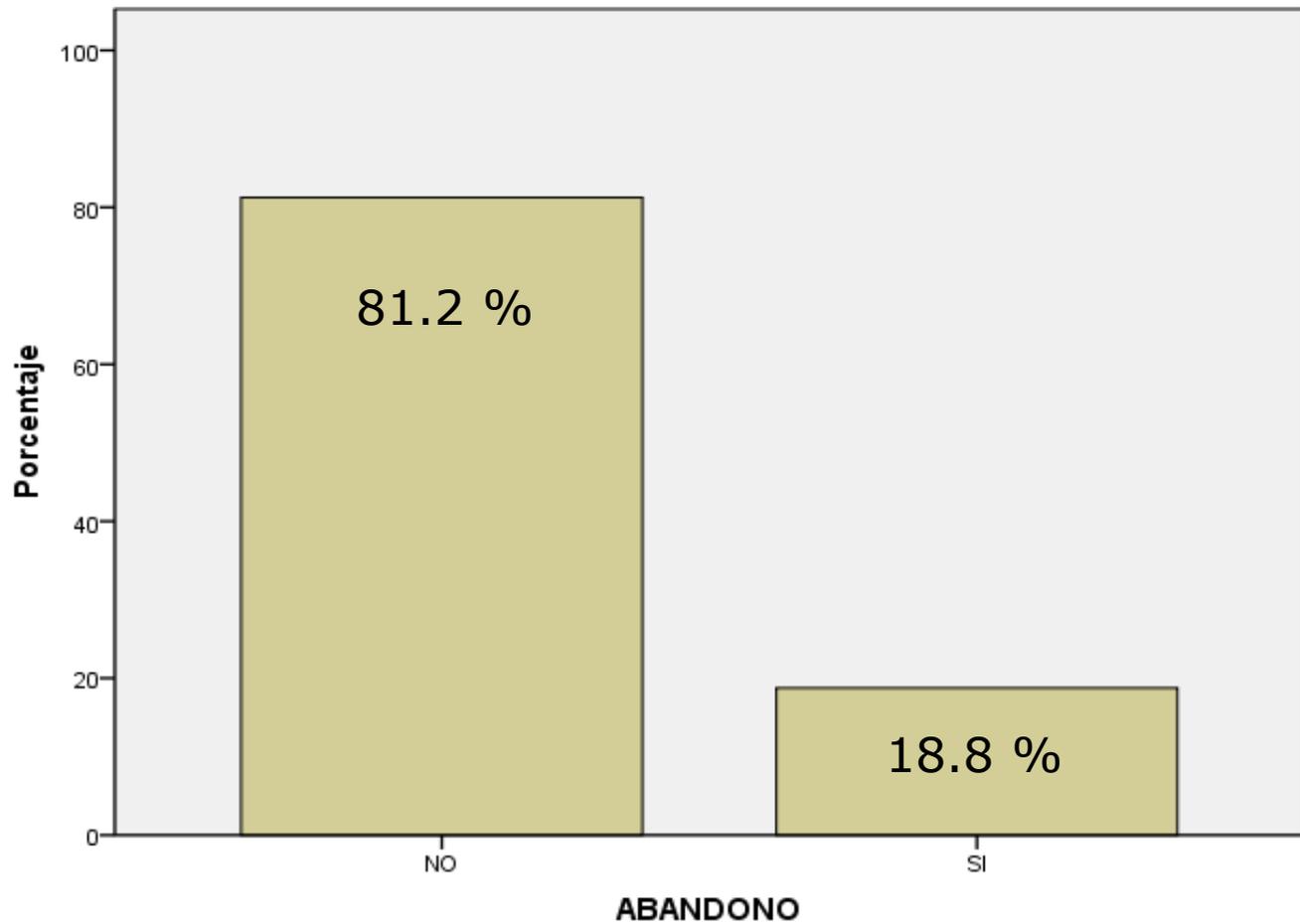
# Nuestra experiencia

---

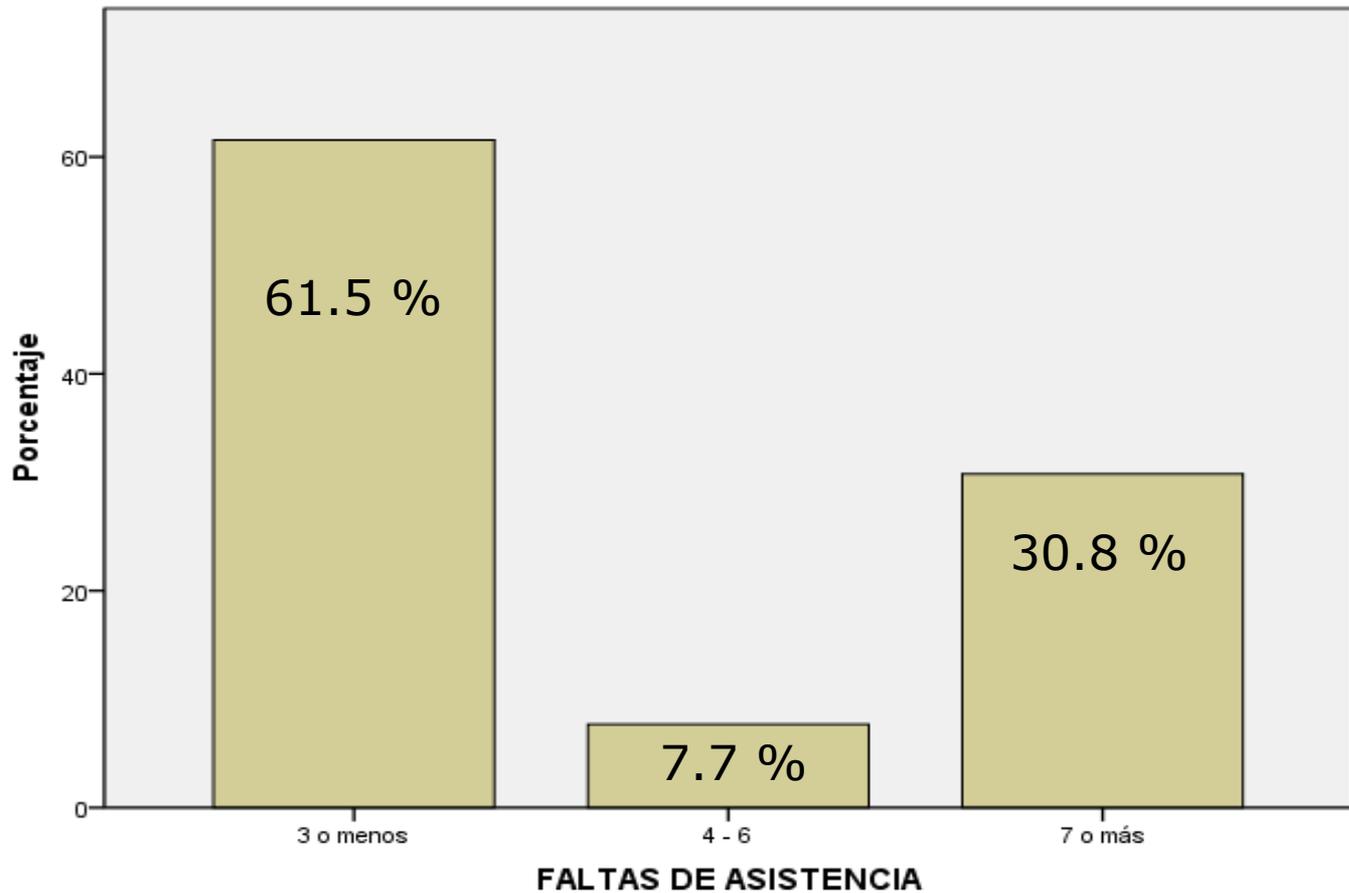


# Nuestra experiencia

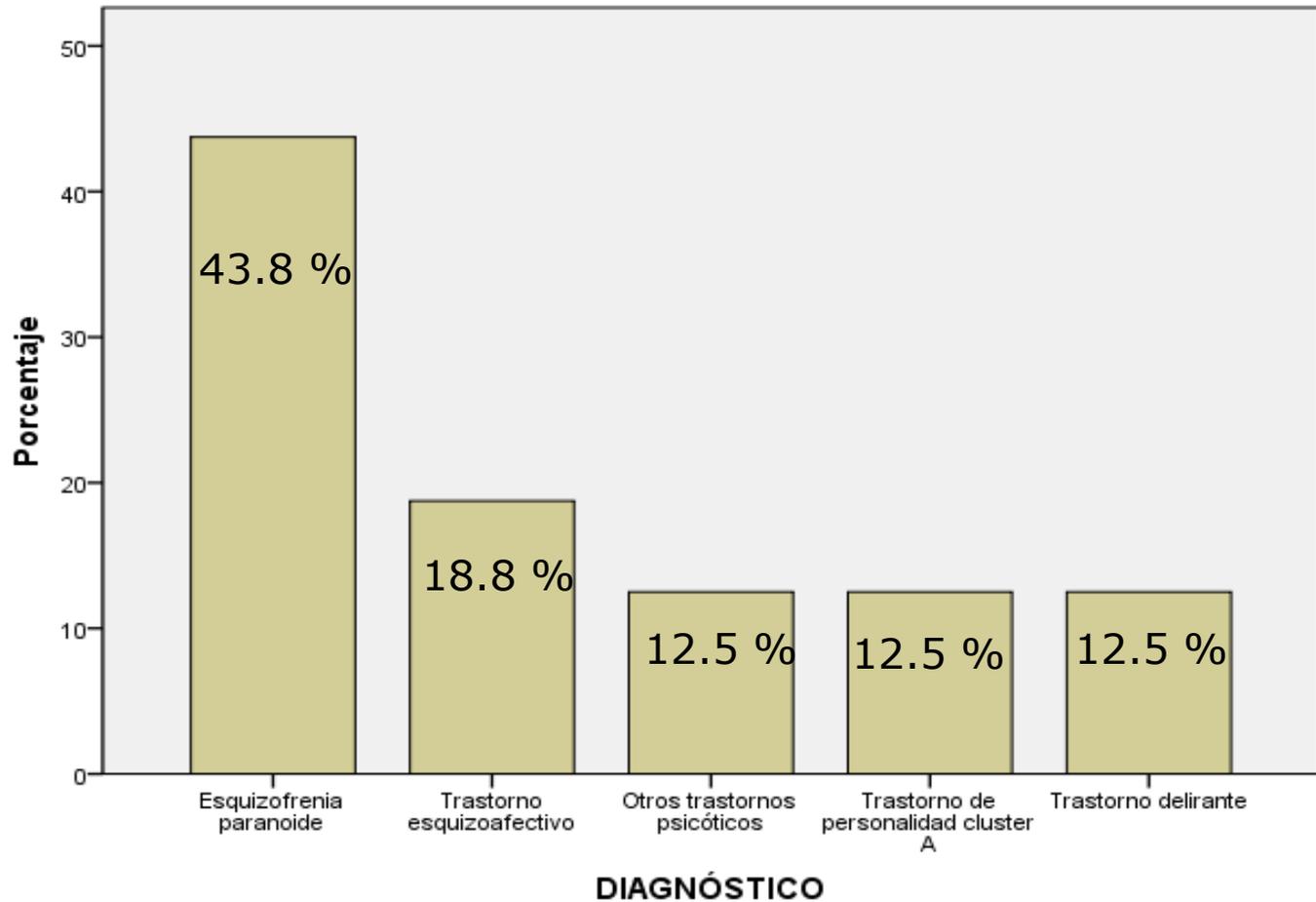
---



# Nuestra experiencia



# Nuestra experiencia



# Nuestra experiencia

PERÍODO	Seis meses antes del grupo	Durante el grupo (seis meses)
INGRESOS HOSPITALARIOS	2	1*
CITAS CON FACULTATIVO (media)	4.50	3.81
TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO (aumento)	4	3
OTROS FÁRMACOS (aumento)	5	3

\* Abandono previo al ingreso

\*\* Resultados estadísticamente no significativos

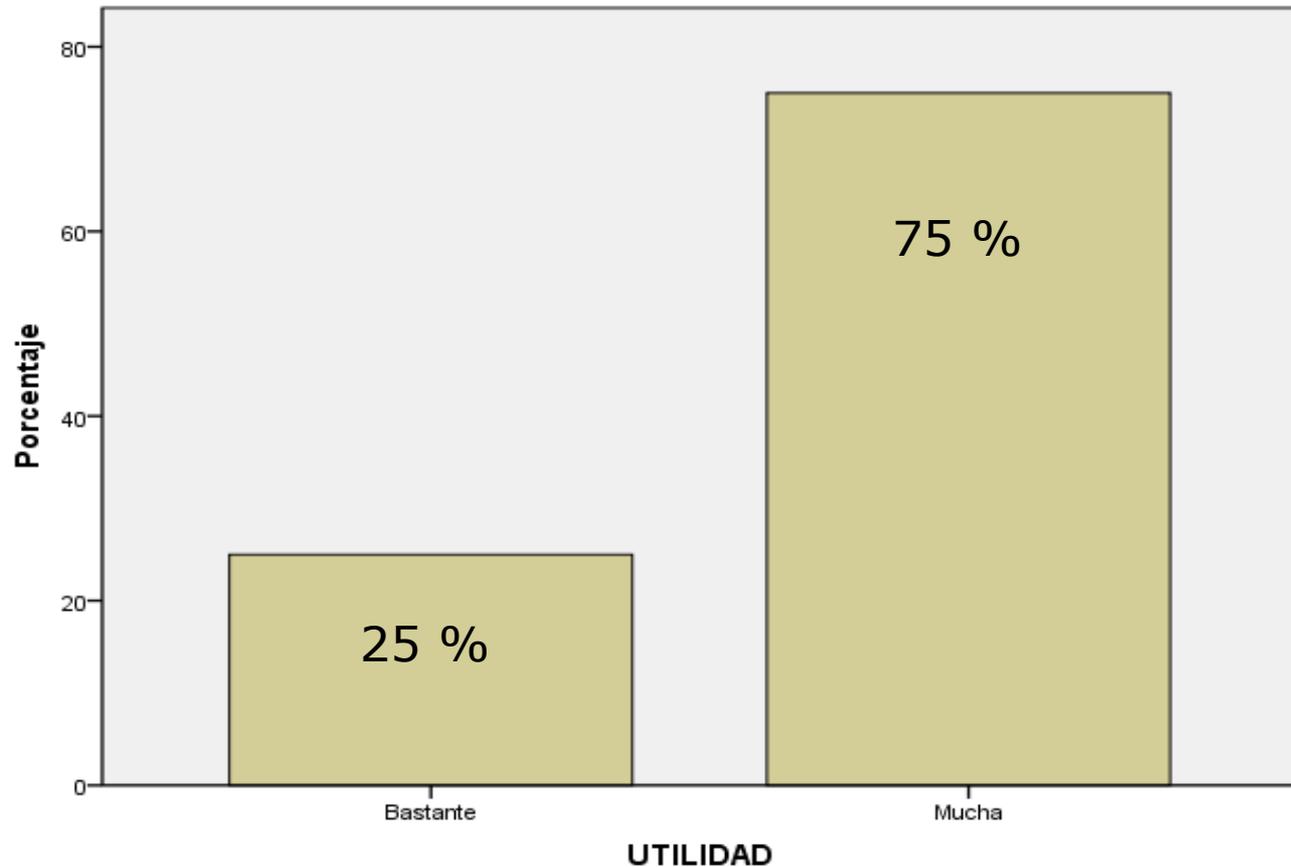
# Nuestra experiencia

---

TIPO DE ESCALA	PRE	POST
LSP autocuidado	36.15	37.15
LSP comportamiento social interpersonal	35.54	36.69 (p=0.021)
LSP comunicación - contacto social	19.15	20.54
LSP comportamiento social no personal	22.08	22.85
LSP vida autónoma	19.38	21.54
LSP global	132.31	138.46 (p=0.008)
SASS	36.42	38.25
IS	9.55	9.00

# Nuestra experiencia

- **Satisfacción media global:** 7.92 (DT 0.289; rango de 0 a 8).



# Nuestra experiencia

---

- Nuestros resultados encaminados a:
  - mejor adherencia al tratamiento (asistencia con regularidad)
  - pautas más estables de *medicación*
  - desarrollo de estrategias efectivas en prevención de *recaídas*
  - disminución del número de hospitalizaciones
  - mejor capacidad para la *interacción social (LSP comportamiento social interpersonal)*
  - mejor nivel de funcionamiento (LSP global)
  - gran satisfacción y elevada utilidad subjetiva

\* *Se precisa mayor tamaño muestral.*



# Nuestra experiencia

---

- Valoración subjetiva

# BIBLIOGRAFÍA

---

- (1) ***Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia.*** Tost Pardell L et al. Plan de calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N°2007/13.
- (2) ***Grupos de duración limitada en el tratamiento de la esquizofrenia: descripción del modelo.*** Eduardo Ruiz Parra, Miguel A. González Torres. Avances en salud mental relacional, Noviembre 2005; vol. 4 (3).
- (3) ***Basurto-PGIP. Un abordaje manualizado de psicoterapia grupal integradora en psicosis.*** Eduardo Ruiz Parra et al. Actas Españolas de Psiquiatría, 2010; vol. 38(2): 72-86.

# BIBLIOGRAFÍA

---

- (4) ***Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios.***  
M. González de Chávez et al. Revista AEN, 1999; vol. XIX (72): 573-586.
- (5) ***Reflexiones sobre la terapia grupal en pacientes con primeros episodios psicóticos.***  
Tardío, P. Temas de psicoanálisis, 2011 (2): 1-17.



GRACIAS POR LA ATENCIÓN

---