

GRUPOS DE DURACIÓN LIMITADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA: DESCRIPCIÓN DEL MODELO

Eduardo Ruiz Parra.

(Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría, Hospital de Basurto. Spain).

Miguel Ángel González Torres.

(Prof. Titular Departamento de Neurociencias de la Universidad del País Vasco.
Jefe de Servicio, Servicio de Psiquiatría, Hospital de Basurto. Spain).

(Este trabajo ha recibido una ayuda económica de la Universidad del País Vasco /
Euskal Erriko Unibertsitatea para la evaluación de la investigación en la esquizofrenia).

RESUMEN: El presente artículo describe brevemente las características técnicas de un modelo de grupos terapéuticos ambulatorios orientados al tratamiento de la esquizofrenia. El enfoque utilizado es integrador. Los grupos siguen un patrón semiestructurado y están diseñados como grupos cerrados de duración limitada (20 sesiones). Se estructuran en cuatro fases de las que describiremos sus características, su duración, los fenómenos que se producirán en cada una, la actitud a mantener por el terapeuta, y las áreas de trabajo y aquellas a desestimar.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente, con una prevalencia en torno al 1%, con un pronóstico negativo.

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 o nula en el caso de los antipsicóticos clásicos, y moderada en el de los atípicos. 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 sobre el pronóstico a medio plazo con dificultades. Asimismo, existen dudas sobre si en un pequeño porcentaje de pacientes la medicación podría empeorar el pronóstico (Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F; 2002). Por otro lado, los problemas para mantener la adherencia al tratamiento farmacológico son mas la norma que la excepción. Es probable que los pacientes que puedan funcionar exitosamente con un abordaje terapéutico que solo incluya tratamiento psicofarmacológico y hospitalizaciones breves constituyan una minoría (McGlashan TH, Keats CJ; 1989).

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.

Es en este contexto algunos trabajos tratan de definir subgrupos de pacientes que se beneficiarían de tratamiento esencialmente psicoterapéutico (Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J, Rökköläinen V; 2002), advirtiendo una mayor efectividad del mismo puesta en relación con la indicación. Por otro lado, otros autores (4 Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, et al; 1995,) (Grotstein JS) proponen modificaciones técnicas en el abordaje de pacientes con déficit en la capacidad atencional y la memoria de trabajo con el objeto de aumentar la efectividad del tratamiento en este subgrupo. Por último, los trabajos de Tienari (Tienari P, Wyne LC, Moring J, et al; 1994) (que detectaban un aumento de la incidencia de esquizofrenia en adoptados vulnerables genéticamente solo si las familias adoptantes tenían un funcionamiento alterado) sientan un precedente para la búsqueda de factores protectores familiares y psicosociales sobre una base de vulnerabilidad genética al desarrollo de esquizofrenia.

La eficacia de los tratamientos grupales de la esquizofrenia ha sido demostrada en varios estudios (Kanas N; 2002), tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios, desde múltiples modelos.

El formato grupal esta 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, disminuir su sentimiento de aislamiento mediante fenómenos de universalización. El grupo ofrece “experiencias de socialización, modelos de comportamiento y una transferencia mas compartida y menos dependiente del terapeuta” lo cual probablemente determina mejores resultados que los obtenidos en psicoterapia individual (Guimón J, Totorika K;1983).

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 sociosanitarios y no se concibe como alternativa a los mismos. A la hora de diseñar el modelo tuvimos en cuenta la necesidad de definirlo en una duración limitada y en un formato semiestructurado que facilitaran su uso en investigación y la reproducibilidad del mismo. Previamente habíamos trabajado en grupos abiertos ambulatorios con un

modelo integrador y semiestructurado. El paso a un modelo cerrado y a tiempo limitado nos obligó a aumentar el grado de estructuración y diferenciar de forma más marcada fases en el grupo, así como a diseñar intervenciones técnicas más específicas para cada una de ellas. En esta tarea nos fue de gran ayuda el trabajo metodológico realizado en grupos de tiempo limitado por McKenzie (McKenzie KR; 1990) El modelo teórico elegido es mixto. Recoge aspectos de la terapia grupal de orientación interpersonal (Yalom ID; 1995) y se identifica con otros desarrollos integradores sobre terapia grupal en el tratamiento de la esquizofrenia (Kanas N; 1996), si bien añade una mayor estructuración longitudinal. Estamos abiertos, no obstante, a otras múltiples influencias.

DATOS BASICOS

Los grupos son un grupos cerrados. De tiempo limitado (20 sesiones). Mantienen una frecuencia semanal. Se inician con 12 miembros, previniendo los abandonos, con un número ideal final de 8-9 miembros. Los conducen dos terapeutas. Se realizan de forma ambulatoria.

Los miembros son mayores de edad con un diagnostico de esquizofrenia y un compromiso de asistencia y confidencialidad.

Los criterios de exclusión son: padecer un retraso mental, demencia, delirium, trastorno amnésico o dependencia activa de otras sustancias distintas de nicotina; una necesidad clínica de otro dispositivo más intensivo, incompatible con un tratamiento ambulatorio; un alto riesgo suicida; y un riesgo heteroagresivo alto.

ESTRUCTURA GENERAL DEL CONJUNTO DE LAS SESIONES

En cada sesión los pacientes elegirán uno o varios temas, que suplirán sus necesidades como afectados por el trastorno. Discutirán en torno al tema, elaborándolo de una forma que permita una introspección no amenazante, constructiva. Por último, compartirán grupalmente estrategias de afrontamiento de las dificultades evidenciadas. Se desalentará y evitará el material que exponga a los conflictos inconscientes a los pacientes y que los inunde con introspecciones dolorosas. Se tendrá precaución con

temas relacionados con la ira, la agresión y la orientación y la identidad sexual (Kanas N.; 1999). El terapeuta no hará referencia a aspectos inconscientes y todas sus intervenciones verbales se harán en un plano manifiesto.

El terapeuta será activo y directivo, manteniendo a los pacientes focalizados en el tema. Las intervenciones serán claras, consistentes y concretas. Se adaptarán las intervenciones propias o de otros pacientes para que sean accesibles a todos los miembros del grupo. Se repetirán las aseveraciones sobre temas importantes. Los comentarios se realizarán de forma diplomática y de apoyo, y los terapeutas deberán mantenerse abiertos y dispuestos a dar sus opiniones sobre temas importantes. Los terapeutas animarán a la interacción entre los pacientes. Las discusiones se focalizarán en el “aquí y ahora”, se desalentarán los enfoques reconstructivos. Cuando los pacientes estén interactuando productivamente sobre temas adecuados, se mantendrá inactivo y permitirá que discorra la discusión. Cuando los miembros del grupo se muestren desorganizados, no puedan mantenerse en un tema, o cuando se muestren inactivos o discutiendo aspectos irrelevantes, el terapeuta intervendrá para proveer de estructura o ayudar a los pacientes a focalizarse en el tema. Cuando el ambiente sea tenso o no seguro, el terapeuta cambiará el tema o comentará el potencial peligro y sugerirá un cambio de tema (Kanas; 1999). La inclusión de un nuevo tema por parte de alguno de los pacientes en la parte final del grupo será desalentada con tacto, señalándose la falta de tiempo en la sesión actual para desarrollar a fondo el tema y sugiriendo su inclusión al principio del grupo siguiente.

El terapeuta realizará resúmenes verbales del conjunto de las intervenciones, dando cohesión al tema, facilitando la presentación de las diferencias o los puntos en común, clarificando, vinculando lo extragrupal e individual con lo grupal y el aquí y ahora de la sesión, conectando el tema actual con temas anteriores del grupo.

El terapeuta favorecerá que el análisis de las cuestiones las lleve a cabo el propio grupo, evitando que se genere una interacción dirigida de forma predominante hacia él. En general, referirá las cuestiones que se generen en el grupo hacia los mismos pacientes.

No estarán prohibidos los contactos fuera del grupo, aunque es deseable que se restituyan al grupo.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LAS SESIONES

Siguiendo el modelo de McKenzie (McKenzie KR; 1990) la experiencia grupal constara de 4 fases. A continuación pasamos a detallar cuales son dichas fases; sus características; su duración aproximada; los fenómenos que previsiblemente se producirán en cada una de ellas; la actitud que habrá de mantener el terapeuta; y con que áreas se trabaja y cuales se desestiman.

A pesar de que se señala la duración en número de sesiones de cada fase dicha estimación es sólo orientativa. El terapeuta se habrá de mantener atento al desarrollo del grupo difiriendo o facilitando el paso a la siguiente fase según convenga a los intereses del grupo.

Las fases no son discretas, se solapan entre si de forma natural. En el tipo de grupo que nos atañe, por motivos de economía de tiempo, se permitirá dicho solapamiento entre las fases, pero se desalentara la tendencia del grupo a volver a temas propios de fases anteriores como mecanismo de resistencia a trabajar grupalmente los temas propios de la fase actual. Esto es así si, por ejemplo, el grupo esta elaborando temas relacionados con las dificultades interpersonales en la fase correspondiente y pasa a elaborar temas relacionados con el afrontamiento de síntomas sin un claro matiz interpersonal.

En cada una de las fases el grupo trabajará con temas específicos de dicha fase. El terapeuta facilitara, cuando sea necesario, que el grupo elabore dichos temas Si el grupo se centra en temas propios de otra fase, desaconsejara el trabajo con temas propios de otra fase o, como alternativa, reconducirá al grupo hacia las cuestiones específicas de la fase actual.

Nos adherimos al modelo de factores terapéuticos grupales propuesto por Yalom (Yalom ID; 1995). En cada una de las fases, como se describirá a continuación, tendrán mayor trascendencia (de forma espontánea y al ser favorecidos activamente por el terapeuta) unos factores terapéuticos en detrimento de otros.

FASE INICIAL O DE COMPROMISO

Discurre a lo largo de las 6 primeras sesiones. En esta fase se empieza el grupo y a lo largo de la misma se creará un ambiente de seguridad y apoyo, los pacientes aprenderán a mantener una dinámica característica en sus intervenciones (elección del tema, discusión en el grupo, desarrollo de mecanismos de afrontamiento) y se trabajara a un nivel fundamentalmente sintomático.

El primer día del grupo se orientará a los pacientes en los objetivos y reglas básicas del grupo. Se explica la duración (90 minutos) y la frecuencia (semanal) de las sesiones, el número de sesiones (20), los días festivos o vacacionales y la fecha prevista de finalización de la experiencia. Se aclaran las normas básicas de confidencialidad y asistencia. Se señala que el grupo es verbal. Se define el grupo como un instrumento de tratamiento en el cual, a través de hablar en las sesiones acerca de los temas que les preocupan con respecto a su padecimiento y las dificultades derivadas del mismo, así como reflexionar sobre estos temas entre todos, puedan descubrir nuevas formas de afrontar sus problemas. Se remarca que esta forma de tratamiento no es un sustituto del tratamiento farmacológico o el seguimiento psiquiátrico, sino un tratamiento complementario. Se detallan temas que suelen ser habituales en estos grupos: las alucinaciones auditivas; los delirios persecutorios, autorreferenciales y de grandiosidad; inserción y difusión del pensamiento; el pensamiento desorganizado; las preocupaciones y dudas en torno a lo normal o enfermizo de sus comportamientos o su forma de pensar las situaciones; los sentimientos y preocupaciones respecto a tener que tomar medicaciones; las relaciones con los otros; las sensaciones de estigmatización; las relaciones con el sistema sanitario; los sentimientos de soledad, de depresión y de desesperanza ... Se les indica que estos temas no son excluyentes. Que se espera que sean ellos los que traigan los temas que les preocupan a cada grupo, que no habrá un tema prefijado al inicio de cada grupo. No obstante, se les explica que el terapeuta podrá intervenir desalentando algún tema por entender que puede ser prácticamente imposible trabajar con él de forma adecuada dadas las características del grupo.

En el primer grupo se les aclara que se espera que sean ellos quienes den sus opiniones y elaboren los temas y no tanto que el terapeuta les dé todo tipo de respuestas a sus dudas. El principal poder para elaborar los temas esta en ellos, y sus opiniones y

perspectivas tienen un valor importante en este grupo. Los dos objetivos principales del tratamiento serán:

1. Aprender formas de afrontar los síntomas, aprendiendo a comprobar la realidad y a manejarse con las alucinaciones y los delirios.
2. Aprender formas de mejorar la relación interpersonal, a través de la discusión y a través de la experiencia de interactuar con otros durante la sesión.

Una vez definidas estas normas básicas, los objetivos del grupo y otras aclaraciones de interés se señala a los pacientes que es esperable que requieran de un tiempo para adaptarse a la dinámica del grupo y que una de las funciones del terapeuta es la de ayudarles en dicha tarea.

Realizado todo esto se incita a los pacientes a que se presenten entre sí. Si durante el transcurso de la presentación no se inician ya los primeros temas de elaboración del grupo el terapeuta se invitara a los miembros a compartir aquellos temas que son problemáticos para ellos.

Es esperable que, sobre todo en los primeros grupos, los pacientes expongan sus temas como preguntas dirigidas al terapeuta, a la espera de una respuesta o guía del mismo; o que el grupo se mantenga en silencio ante los temas propuestos por alguno de los pacientes, sin iniciar comentarios personales sobre los mismos; o que ni siquiera se inicie un esfuerzo comunicativo, creándose una situación similar a la primera. Es un fenómeno normal y si el grupo evoluciona favorablemente con la ayuda del terapeuta este lo conducirá a una cultura grupal que incluya la tarea de los miembros del grupo de elaborar los temas. Mas adelante, en el grupo bien orientado, es un fenómeno también observable, y generalmente transitorio, que tiende a ocurrir típicamente al inicio de cada sesión. La actitud del terapeuta en este punto inicial es crucial de cara a la posterior evolución del grupo. El terapeuta facilitara la comunicación entre los miembros del grupo. Evitara caer en el papel que se le asigna porque si lo hiciera con constancia se crearía un grupo con un tipo de relación diádica de los miembros, con un paciente en papel pasivo y un terapeuta activo en el papel de experto, y se desecharía así el rico potencial de las interacciones transversales entre los miembros del grupo, con una postura activa y de responsabilidad en la elaboración de sus propios problemas y los de los demás. El terapeuta habrá de devolver la tarea al grupo con respecto al tema

señalado. Una formula útil es, por ejemplo, comentar: “X ha comentado esto, que opinan los miembros del grupo sobre ello...”.

Es útil conocer cuales son las respuestas grupales más típicas ante las situaciones que aumentan la tensión en el grupo, y el inicio del mismo es una situación con esas características. Por ejemplo, los grupos humanos tienden a dar respuestas cohesionadas de tipo primitivo, que les alejan de la tarea que tienen encomendada (en este caso la explicada al principio del grupo, que es probable que hayan comprendido). Son lo que se conoce como supuestos básicos. El ejemplo del párrafo anterior es un típico caso de funcionamiento del grupo bajo un supuesto básico de dependencia, que es, con mucho, el supuesto básico que más se apreciara en este tipo de grupos. Otros supuestos básicos son el de ataque-fuga y el de emparejamiento. Conocer dichas formas de funcionamiento grupal permite al terapeuta saber ubicarse e interpretar mejor los acontecimientos que se producen en el grupo, percibir mejor los aumentos de tensión en el grupo, y por lo tanto, facilitar salir de estas situaciones para realizar el trabajo que se ha propuesto al grupo.

Al final del primer grupo es adecuado reforzar de forma positiva el hecho de que se hayan producido las primeras interacciones grupales admitiendo que pueden haber requerido un esfuerzo “valiente” por parte de los miembros o preguntando directamente que tal se han sentido en su primer día de grupo.

Ya refiriéndonos al conjunto de las sesiones que conformaran la fase inicial es típico (y deseable) que los miembros inicien una revelación de sus síntomas, con una evitación (también deseable) de temas más impersonales y “psicológicos”. Los miembros tenderán a identificarse unos con otros de forma rápida (dada la gran homogeneidad del grupo) en base a compartir síntomas, experiencias (hospitalizaciones, toma de medicación antipsicótica...). Estos aspectos facilitan el desarrollo de la cohesión grupal. Desde el punto de vista de los factores terapéuticos que intervienen se dan fenómenos de universalización y de instilación de esperanza que promoverán cambios positivos.

Por tanto, los temas adecuados para esta fase son todos aquellos que exploren aspectos sintomáticos de la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, alteraciones formales

del pensamiento...). Los pacientes los escogen, luego se elaboran grupálmente y, por último se exploran mecanismos de afrontamiento (siempre, a ser posible, a partir de material vivencial aportado por los propios pacientes). El terapeuta inhibirá el trabajo interpersonal, que se reserva para el momento en el cual el grupo tiene una historia más dilatada, se toleren las diferencias y el grupo suponga un soporte confiable donde poder hablar de estos aspectos.

El grupo en esta fase tiene marcados elementos de apoyo, una duración excesiva de la misma podría implicar que los pacientes se encuentran cómodamente instalados en el conjunto de sentimientos positivos y de apoyo que les da el grupo evitando mostrar diferencias individuales, que les separan de los demás.

FASE DE DIFERENCIACIÓN

Se desarrolla a lo largo de las 6 sesiones siguientes. Supone una fase de transición en lo que respecta a los temas y mantiene límites borrosos con la fase previa y la posterior. Se inicia con una referencia a temas sintomáticos y finaliza con la presencia incipiente de temas interpersonales y más emocionales.

En esta fase, los pacientes comenzaran a exponer sus diferencias, probablemente de forma no muy marcada ni radical, por ejemplo refiriéndose a características propias o diferenciales de sus síntomas, personalizando más su padecimiento, también aportando opiniones distintas, si no contrapuestas, a la hora de valorar y afrontar problemas comunes. Los otros pacientes pueden percibir y comentar matizaciones o aspectos ocultos en torno a un problema personal que ha presentado un paciente, que a veces el propio paciente no percibía, y que le pueden dar un nuevo significado más fructífero para el paciente.

El terapeuta facilitará el proceso de diferenciación promoviendo la expresión e identificación de diferencias y alentando la exploración de dichas diferencias entre los miembros.

Los pacientes pueden tener temores a que estar en desacuerdo con los demás de lugar a rechazo, humillación o pérdida de control.

Con respecto al modelo de desarrollo grupal propuesto por McKenzie y al tipo de intervenciones que éste propone (McKenzie KR; 1990) , el tipo de grupo que nos

ocupa requeriría de variaciones técnicas específicas, puesto que no habrá de alentarse la expresión de rabia o ira por ser considerados temas potencialmente peligrosos. El terapeuta siempre habrá de mantenerse atento al nivel de tensión que pueden tolerar los miembros del grupo. La diferenciación se realizara aquí a un nivel más sutil, más limitado.

Al final de esta fase los pacientes habrían de sentir que el grupo es un elemento seguro que va a tolerar las diferencias individuales, solo esto permite que los pacientes se atrevan a hablar más abiertamente de sus dificultades interpersonales.

FASE DE TRABAJO INTERPERSONAL

Durará 6 sesiones. La temática del grupo cambia o adquiere un nuevo matiz. Se introducen las dificultades en la relación con los demás, con los pares, con la familia, con el sistema sanitario. Los síntomas son revisados a la luz de las relaciones con los demás. Se exploran sentimientos negativos, de frustración, de desesperanza o de tristeza. Se toma más conciencia de la incertidumbre inherente al diagnóstico y las limitaciones que pueden haber quedado. Se adquiere un sentido de responsabilidad sobre el propio destino a un nivel más complejo.

Continúa la diferenciación de los miembros y cobra un nuevo valor la mutualidad.

El trabajo interpersonal se realiza en el aquí y ahora. Centrándose en las relaciones actuales fuera del grupo o en el grupo. En general resulta menos amenazador para los pacientes hablar de las relaciones extragrupalas que de las intragrupalas. Dada la duración del grupo resulta más aconsejable que el terapeuta tolere dicha elección. Es aconsejable y fructífero en nuestra experiencia trabajar con ese plano extragrupal puesto que los pacientes toleran mejor dicha situación, se produce un aumento de la capacidad de explorar sus conflictos y los pacientes interactúan aportando sus propias vivencias personales (evitando dar consejos estereotipados o caer en intelectualizaciones) en asuntos similares. No obstante no se renuncia, tras un periodo de elaboración de sus dificultades interpersonales extragrupalas que las defina bien y cree una dinámica rica, a ponerlas en relación con las relaciones interpersonales que se crean en el grupo y a explorar las mismas.

FASE DE DESPEDIDA

Comprende las dos últimas sesiones. Conviene que el terapeuta recuerde la inminente finalización del grupo si percibe que el grupo evita hablar de este tema.

Los temas fundamentales del grupo son las dudas para asumir la responsabilidad de uno mismo sin el apoyo del grupo y la revisión de las aportaciones del grupo.

Puede ser útil favorecer que al final del grupo cada paciente pueda expresar su despedida al grupo en una ronda de intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F. Introduction. En Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, editors. *Psicosis psychological approaches and their effectiveness*. Londres: Gaskell; 2002:1-29.
2. McGlashan TH, Keats CJ. *Schizophrenia: treatment process and outcome*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1989.
3. Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J, Rökköläinen V. The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, editors. *Psicosis psychological approaches and their effectiveness*. Londres: Gaskell. 2002. p. 235-265.
4. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schiz Bull*. 1995; 21:379-393.
5. Grotstein JS. Orfans of the "real": 1. Some modern and postmodern perspectives on the neurobiological and psychosocial dimensions of psychosis and other primitive mental disorders. En: Allen JG, Collins DT, editors. *Contemporary treatment of psychosis*. Narthral: Jasón Aronson.
6. Tienari P, Wyne LC, Moring J, et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br J Psy*. 1994; 164:20-26.
7. 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.

8. Guimón J, Totorika K. Psicoterapia grupal para la competencia social del esquizofrénico. *Psiquis*.1983; IV (2):35-40.
9. McKenzie KR. *Introduction to time-limited group psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1990.
10. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. 4ª edición. Nueva York: Basic Books; 1995.
11. Kanas N. *Group therapy for schizophrenic patients*. Washington: American Psychiatric Press; 1996
12. Kanas N. *Group psychotherapy for schizophrenic and bipolar patients*. En: Schnurmer VL, Pines M, editors. *Group psychotherapy of the psychoses. Concepts, interventions and contexts*. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 1999.