

Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia

S. Lemos Giráldez^a, O. Vallina Fernández^b, A. García Saiz^b, A. M. Gutiérrez Pérez^b,
M. Alonso Sánchez^b y J. A. Ortega Ferrández^b

^a Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. ^b Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria)

Evaluation of the effectiveness of integrated psychological therapy in long-term evolution of patients with schizophrenia

Resumen

Introducción. Los programas de terapia psicosocial han resultado eficaces en la prevención de recaídas y en el control de los síntomas y la mejora funcional de pacientes con esquizofrenia, siendo una opción terapéutica indicada, además del tratamiento farmacológico. La eficacia del paquete terapéutico aquí utilizado ha confirmado tener efectos favorables en estudios de seguimiento a corto plazo y se somete de nuevo a comprobación 4 años después.

Método. Se analizan los efectos clínicos y del funcionamiento social de 20 pacientes ambulatorios con esquizofrenia (con medidas pretratamiento, postratamiento y seguimiento de 4 años) de un programa de intervención psicosocial grupal que incluye psicoeducación y la terapia psicológica integrada (IPT) junto a intervención familiar con psicoeducación, terapia conductual y entrenamiento en solución de problemas.

Resultados. Los análisis intragrupo demuestran mejoría sostenida en el grupo de tratamiento, comparativamente con un grupo control de 15 pacientes que seguían un tratamiento estándar. Todos los pacientes fueron tratados con medicación antipsicótica. Tras el período de seguimiento, sin embargo, las diferencias intergrupos tienden a debilitarse.

Conclusiones. Los hallazgos revelan que el paquete de intervención mantiene sus efectos favorables tras los 4 años de seguimiento. No obstante, el procedimiento de intervención requiere mayor estudio y se señala la conveniencia de mantener la intervención psicosocial indefinidamente, adaptándose a las necesidades de cada paciente.

Palabras clave: Intervención psicosocial. Terapia psicológica integrada. Estudio de seguimiento. Esquizofrenia.

Summary

Introduction. Psychosocial therapy programs have been effective in relapse prevention, symptoms control, and functional improvement in patients with schizophrenia. Accordingly, and in addition to medication, they are currently an indicated therapy component. Therapy efficacy of the package used in this study was positive in short-term follow-ups and is now appropriate to analyze them four years later.

Method. Clinical and social functioning effects of a psychosocial intervention package, consisting of psychoeducation and integrated psychological therapy (IPT) with patients, and psychoeducation, behavioral therapy and problem solving training with families, were studied in 20 out-patients with schizophrenia (using pre-treatment, post-treatment and four-year follow-up measures).

Results. Within groups results indicate a sustained improvement in the treatment group as compared to a 15 out-patients comparison group that received standard treatment. All participants were on stable regimens of antipsychotic medications. After the follow-up period, however, between groups differences tend to diminish.

Conclusions. The overall findings indicated that this package has produced encouraging effects still apparent in the 4 year follow-up. However, the intervention procedure merits further investigation, and suggestions are made to keep a low-level, long-lasting psychosocial intervention, adapted to each patient's needs.

Key words: Psychosocial intervention. Integrated psychological therapy. Follow-up study. Schizophrenia.

Correspondencia:

Serafín Lemos Giráldez
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
Pl. Feijoo, s/n
33003 Oviedo
Correo electrónico: slemos@uniovi.es

INTRODUCCIÓN

Existe amplia evidencia científica respecto a la mayor eficacia de los programas que combinan tratamiento farmacológico y psicosocial, comparativamente con el exclusivo uso de tratamiento neuroléptico, para prevenir el riesgo de recaídas en la esquizofrenia^{1,2}. Como consecuencia, la inclusión de intervención psicológica ha sido

sugerida en las directrices clínicas de diversas asociaciones profesionales internacionales y en las guías de consenso de expertos^{3,6}, incluyendo diferentes modalidades de tratamientos psicológicos^{7,8}.

La mayoría de las intervenciones psicosociales en la esquizofrenia se han concretado en: *a*) intervenciones familiares psicoeducativas y conductuales⁹; *b*) entrenamiento en habilidades sociales y destrezas para vivir en la comunidad¹; *c*) tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes¹⁰⁻¹³, y *d*) paquetes integrados multimodales^{2,14}.

Uno de los programas multimodales y estructurados de intervención psicosocial en la esquizofrenia es la terapia psicológica integrada (conocida como IPT), que fue desarrollada por Brenner et al. en Berna y posteriormente aplicada con éxito en Alemania, Suiza, Estados Unidos y otros países^{8,15,16}. La IPT ha sido una aportación muy valiosa para la rehabilitación psicosocial de los pacientes con esquizofrenia al combinar diversos procedimientos basados en la terapia de conducta, dirigidos a corregir los déficit generalmente mostrados por éstos, en un marco teórico bien cimentado. La IPT se compone de cinco módulos o subprogramas de aplicación colectiva en pequeños grupos de 4-7 pacientes que incluyen: *a*) diferenciación cognitiva; *b*) percepción social; *c*) comunicación verbal; *d*) habilidades sociales, y *e*) solución de problemas interpersonales. Los dos primeros subprogramas se dirigen a desarrollar funciones cognitivas básicas, mientras que los tres últimos incluyen actividades orientadas a la adquisición y mejora de las habilidades interpersonales y de solución de problemas cotidianos.

Cada uno de los subprogramas de la IPT consta de tareas sencillas y estructuradas en las primeras sesiones y que progresivamente van siendo más complejas y abiertas. Del mismo modo, las actividades y los materiales utilizados son emocionalmente neutros en las fases iniciales de cada módulo, para después exigir paulatinamente una mayor implicación afectiva del paciente en su ejecución y el aprendizaje en el manejo del estrés y de las emociones.

Los subprogramas de la IPT, con excepción del primero (diferenciación cognitiva), vienen siendo utilizados en un protocolo de intervención psicosocial de 12 meses de duración que incluye, además, psicoeducación con pacientes ambulatorios atendidos en la Unidad de Salud Mental del Hospital Sierrallana de Torrelavega (Cantabria) desde 1996. Se ha optado por prescindir del subprograma de diferenciación cognitiva ante el dudoso efecto de generalización que se deriva de los progresos obtenidos en las funciones específicamente entrenadas para el funcionamiento social, siendo más efectivo el entrenamiento cognitivo en grupo para los déficit primarios relacionados con la vulnerabilidad¹⁷, y atendiendo también a la investigación realizada por sus autores¹⁸ comparando la aplicación en espejo (cognitivo-social o inversa) de los subprogramas de la IPT, que demostró mejores efectos siguiendo un orden social-cognitivo, si bien se apreció mejoría clínica con ambos formatos. Los

cambios observados indicaron que la intervención cognitiva no tiene un impacto significativo sobre los niveles conductuales y, en consecuencia, no resulta de gran utilidad para un entrenamiento social más efectivo. Por el contrario, comenzar por la rehabilitación social parece ejercer un efecto descendente más apreciable hacia funciones cognitivas básicas, activando habilidades de afrontamiento, desarrollando procesos cognitivos no deteriorados y mejorando el autoconcepto.

Complementariamente a la IPT, y siguiendo la experiencia acumulada sobre las terapias familiares⁹, también se lleva a cabo un programa de intervención familiar grupal sin la presencia del paciente, consistente en psicoeducación y terapia conductual, desarrollada en tres módulos de entrenamiento en comunicación, solución de problemas y afrontamiento. Las sesiones terapéuticas familiares están estructuradas y organizadas siguiendo las técnicas conductuales de instrucciones, ensayo, modelado, refuerzo social, actividades *in vivo* y tareas para casa.

Los resultados de la evolución clínica de los pacientes y sus familiares que, además del tratamiento farmacológico, siguieron el programa de intervención psicosocial, comparativamente con otros pacientes que fueron atendidos siguiendo un protocolo estándar de medicación y revisiones ambulatorias, fueron dados a conocer al final de los 12 meses de duración del programa¹⁹ y tras 9 meses de seguimiento^{20,21}. En resumen, los resultados demostraron que en el seguimiento el grupo de intervención mejoró significativamente la sintomatología clínica y el funcionamiento social, mientras que el grupo de comparación apenas experimentó cambios. Por otra parte, la tasa de recaídas sintomáticas fue del 10% en el grupo de intervención psicosocial frente al 26,7% en el grupo de comparación.

Transcurridos 4 años desde la finalización del programa de intervención psicosocial, estimamos de utilidad evaluar de nuevo la efectividad del programa terapéutico analizando el estado clínico, el funcionamiento social de estos pacientes y la tasa de recaídas.

MÉTODO

Sujetos

El programa terapéutico fue aplicado a 28 pacientes ambulatorios, divididos en cuatro grupos, que cumplían los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para la esquizofrenia y cuya media de edad al comienzo era de 31,5 años (desviación típica, DT=5,44) y el tiempo de evolución de la enfermedad era de 8,91 años (DT=2,57), de los cuales el 70% eran varones. El grupo control o de comparación estuvo compuesto de 18 pacientes de similares características, cuya media de edad era de 30 años (DT=4,64) y la duración media de la enfermedad era de 8,64 años (DT=2,6), de los cuales el 80% eran varones. Ambos grupos fueron similares en dichas características, no resultando estadísticamente significativas. Tanto los pacientes del grupo índice o de tratamiento psicosocial como los del grupo comparativo pro-

cedían de la misma población y fueron asignados a ambos grupos por el orden de llegada a la unidad de salud mental. Todos los pacientes seguían tratamiento regularmente con antipsicóticos típicos o atípicos a dosis similares.

La convivencia del paciente con la familia fue un requisito imprescindible para su inclusión en cualquiera de los dos grupos, así como el compromiso de los familiares a acudir regularmente a las actividades terapéuticas programadas.

De los 28 pacientes inicialmente adscritos al grupo índice fueron excluidos ocho por diversas razones: enfermedad física grave (n = 1), negativa a dar consentimiento informado (n = 3), abandono temprano del tratamiento, traslado a otra unidad terapéutica, dificultades de desplazamiento e inicio simultáneo de programa de formación profesional (n = 4). De los 18 pacientes del grupo comparativo, fueron excluidos tres por no dar consentimiento, por abandono del programa y por cambio de domicilio. En consecuencia, los grupos índice y comparativo para posteriores análisis quedaron compuestos por 20 y 15 pacientes, respectivamente.

Instrumentos

Se realizaron cuatro valoraciones del estado clínico de los pacientes y de su funcionamiento (al comienzo del programa terapéutico, 12 meses después, coincidiendo con el final del programa, y tras seguimientos de 9 meses y de 4 años) utilizando los siguientes instrumentos:

Estado clínico del paciente

- Se utilizó la versión española del Inventario sintomático de Frankfurt (*Frankfurter Beschwerde-Fragebogen*, FBF)^{22,23}, compuesto de 98 ítems. Se trata de una escala autoaplicada que explora 10 áreas sintomáticas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida automatismos, anhedonia/angustia, sobreestimulación) sintetizadas en dos subescalas de características de rasgo y de estado.
- La versión ampliada (24 ítems) de la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-E) desarrollada por Lukoff, Nuechterlein y Ventura²⁴, a partir de la escala original²⁵, para valorar ansiedad y depresión, trastornos del pensamiento, anergia, activación y hostilidad. El estado del paciente fue evaluado por clínicos diferentes, quienes llevaron a cabo el programa de intervención psicosocial con el fin de garantizar la objetividad de las observaciones.

Estrés

Se aplicó a los pacientes la *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS)²⁶ con una lista de 55 sucesos potencialmente estresantes según la adaptación española de Labrador²⁷.

Medidas familiares

- La Escala de funcionamiento social (SFS)²⁸ se utilizó para valorar la opinión de los familiares sobre las siguientes áreas del funcionamiento de los pacientes que viven en la comunidad: aislamiento social, funcionamiento interpersonal, actividades prosociales, ocio y autonomía.
- El Cuestionario familiar (FQ) de Barrowclough y Tarrrier²⁹, que incluye 59 conductas potencialmente perturbadoras del paciente y son valoradas en una escala tipo Likert de 5 puntos en tres subescalas: número de conductas perturbadoras, carga familiar que originan y capacidad de manejo de las mismas por los familiares (*coping*).
- El Cuestionario de afrontamiento familiar (FCQ)³⁰, que explora las estrategias utilizadas por los familiares de los pacientes psicóticos para el manejo de la enfermedad, en 27 ítems que son contestados en una escala tipo Likert de 4 puntos y que se agrupan en siete subescalas (información, comunicación positiva, intereses sociales, coerción, evitación, resignación e implicación social del paciente). El análisis factorial de los ítems permitió derivar tres factores: 1. Estrategias de afrontamiento positivo orientadas hacia el problema (actitudes que tratan de modificar la relación persona-situación, mediante búsqueda de información, implicación del paciente y comunicación positiva). 2. Estrategias orientadas a controlar las emociones (evitación, resignación y coerción). 3. Mantenimiento de contactos sociales.

Procedimiento

El programa de intervención psicosocial de 12 meses, descrito en anteriores informes^{21,31,32}, consistió en sesiones de psicoeducación y terapia conductual dirigidas a los familiares y psicoeducación e IPT (percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y solución de problemas interpersonales) con los pacientes siguiendo el procedimiento descrito por sus autores¹⁶. Los temas de psicoeducación tratados, así como algunas preocupaciones mostradas por los familiares y los pacientes se indican en la [tabla 1](#).

Siguiendo el modelo propuesto por Falloon et al. se llevaron a cabo sesiones terapéuticas con los familiares cuyo objetivo fue mejorar la comunicación, el aprendizaje de habilidades de solución de problemas y estrategias de manejo del estrés en el hogar^{33,34}. Un esquema global del programa se presenta en la [tabla 2](#) y los contenidos de la terapia familiar conductual se presentan en la [tabla 3](#).

RESULTADOS

Se han realizado comparaciones intragrupos para comprobar la evolución de los pacientes al finalizar el programa terapéutico y después de 4 años de segui-

TABLA 1. Síntesis de los contenidos de las sesiones de psicoeducación con pacientes y familias, y principales temas de preocupación

Sesión	Contenidos	Ejemplos de temas de preocupación para las familias	Ejemplos de temas de preocupación para los pacientes
1	Esquizofrenia: causas, tipos y síntomas	<i>Síntomas:</i> ¿cómo distinguir los síntomas negativos de la pereza? <i>Causas:</i> ¿por qué enfermó nuestro hijo?, ¿qué hicimos mal? <i>Curso:</i> ¿cómo va a evolucionar?, ¿qué será de él?	<i>Síntomas:</i> trastornos cognitivos básicos, ¿por qué no me puedo concentrar? <i>Causas:</i> ¿por qué enfermé? <i>Curso:</i> ¿Cuándo recuperaré mis capacidades mentales? ¿Acabaré en un psiquiátrico?
2	La vulnerabilidad: factores de protección y de riesgo	¿Es la emoción expresada culpa nuestra? ¿Qué es eso del estrés?	¿Se pueden tomar dosis esporádicas o bajas de alcohol y drogas? ¿Ser vulnerable quiere decir inútil? ¿Qué puede hacer una persona vulnerable?
3	Tratamiento farmacológico y efectos secundarios	¿Qué hace la medicación? ¿Por qué no se quitan los síntomas del todo? ¿Durante cuánto tiempo tendrá que tomar medicación?	¿Cuánto tiempo tengo que tomar los medicamentos? ¿Qué pasa si no los tomo? Los síntomas siguen, mi cabeza está peor, me dejan tonto, no puedo hacer nada bien, me canso
4	Prevención de recaídas: identificación de signos prodrómicos	¿Va a seguir recayendo? ¿Empeorará cada vez más? ¿Cómo sabemos que está recayendo? ¿Tenemos que estar todo el rato pendientes?	¿Cuántas veces recaeré? ¿Cómo me voy a comprometer con algo si «me va a venir en cualquier momento»? ¿Cómo lo puedo evitar?
5	Cómo puede ayudarse la familia: control de la carga familiar	Para todo esto sólo se cuenta con los de casa: ¿cómo reparto la carga? Sólo acepta mis cuidados, no quiere nadie más a su lado	
6	Habilidades para la convivencia: fijando metas y normas	Yo digo una cosa y mi marido otra. ¿Quién cambia ahora sus costumbres? Ya es demasiado tarde. Es inútil fijar reglas, hace lo que quiere	
7	Habilidades básicas para una buena comunicación	¿Cuál es la mejor manera de decirle las cosas? ¿Se le puede contrariar? ¿Cómo tocamos los temas conflictivos?	
8	Cómo afrontar situaciones especiales de convivencia	¿Cómo y para qué levantarse primero? ¿Qué hacemos con el dinero? ¿Qué pasa con los horarios?	
9	Asociaciones de familiares y autoayuda	¿Para qué vale la asociación? ¿Qué actividades realiza?	
10	Recursos comunitarios y prestaciones	¿Qué ayudas existen?: transporte, becas, pensiones, cursos, trabajo, servicios sociales municipales, etc.	

miento. Debe señalarse que en la última valoración se ha reducido la muestra tanto del grupo índice como del grupo comparativo en tres sujetos, respectivamente. Uno de los pacientes del grupo índice cambió de domicilio a otra localidad y en los demás casos se perdió contacto telefónico o por otros medios.

El grupo índice experimentó una mejoría clínica importante y significativa entre el nivel basal al comienzo del programa y la finalización del mismo en todas las escalas de la BPRS y en la mayoría de los aspectos valorados con la FBF (tabla 4), y además dicha mejoría se mantiene 4 años después.

Se puede apreciar también un patrón idéntico de mejoría en el funcionamiento interpersonal (SFS), en el número de conductas perturbadoras, la carga familiar y, en

consecuencia, la necesidad de solucionarlas (FQ), así como en el estilo de afrontamiento positivo demostrado por los familiares (factor 1 del FCQ). En todas las variables señaladas los cambios significativos que tienen lugar pueden considerarse consecuencia del programa terapéutico y se mantienen en el tiempo.

En el grupo comparativo, en cambio, no se apreciaron modificaciones sustanciales en las medidas del estado clínico o del funcionamiento social, mostrando, por el contrario, un aumento de conductas de aislamiento social (SFS). Los estilos de afrontamiento familiar revelan tendencias significativas hacia un estilo fundamentalmente orientado hacia el control de las emociones, pero con disminución también significativa del afrontamiento positivo de los problemas y de la relación social (tabla 5).

TABLA 2. Desarrollo del programa de intervención con los pacientes y los familiares

<i>Programa terapéutico para los pacientes</i>				
<i>Psicoeducación</i>	<i>Percepción social</i>	<i>Comunicación verbal</i>	<i>Habilidades sociales</i>	<i>Solución de problemas</i>
1 mes (4 sesiones)	2 ¹ / ₂ meses (10 sesiones)	2 ¹ / ₂ meses (10 sesiones)	3 meses (24 sesiones)	3 meses (9 sesiones)
<i>Programa terapéutico para los familiares</i>				
<i>Psicoeducación</i>	<i>Comunicación verbal</i>	<i>Solución de problemas</i>	<i>Terapia contuctual</i>	
2 ¹ / ₂ meses (10 sesiones)	¹ / ₂ -1 mes (2-4 sesiones)	3 meses (9 sesiones)	3 meses (9 sesiones)	

Las comparaciones intergrupos han sido realizadas mediante la técnica no paramétrica de la U de Mann-Whitney y revelan que al comienzo del tratamiento los sujetos del grupo índice mostraban puntuaciones basales significativamente más altas en motricidad (FBF), así como en ansiedad-depresión, anergia y activación (BPRS), mayor nivel de estrés, mayor grado de autonomía (a juicio de sus familiares) y un estilo de afrontamiento de éstos más orientado hacia el control de las emociones (tabla 6). Estas diferencias resultaron espontáneas, y comprobadas una vez efectuada la asignación de los sujetos a cada grupo. Al final de tratamiento, sin embargo, las diferencias observadas entre ambos grupos se concretan en una tendencia hacia la mejoría clínica (puntuación total del BPRS) y del funcionamiento social (SFS) superior en el grupo índice, mostrando, además, los familiares del grupo índice cambios significativos en las estrategias de afrontamiento positivo ha-

cia el problema y el control de las emociones (FCQ) (tabla 7).

En la valoración realizada tras 4 años de seguimiento, sin embargo, las medidas del estado clínico y del funcionamiento social tienden a igualarse en ambos grupos, aunque tomando como indicador clínico el número de pacientes que mostraron en algún momento del período de seguimiento recaídas sintomáticas se comprobó que fue de cinco casos en el grupo índice (29,4%) y de seis (50%) en el grupo comparativo (tabla 8). La suavización de las diferencias intergrupos podría atribuirse no sólo a un supuesto debilitamiento de los efectos del programa terapéutico con el paso del tiempo, sino también, en gran medida, a la sistemática implementación posterior del programa de intervención psicosocial aquí expuesto en los servicios de salud mental de Torrelavega (Cantabria), al que más tarde fueron derivados los pacientes del grupo comparativo.

TABLA 3. Ejemplo de las cuestiones abordadas en la terapia familiar

<i>Actividades para una comunicación adecuada</i>	<i>Actividades de solución de problemas</i>	<i>Actividades para el afrontamiento positivo</i>
Solicitar opiniones al paciente; no pensar por él, dejar de adivinar sus contestaciones	Abordar los problemas más comunes en el grupo: actividad nocturna y levantarse tarde; desinterés por las cosas;	Saber aumentar y disminuir las exigencias y la estimulación del paciente
Aprender a dar mensajes simples, claros y breves	inactividad; horarios de entradas, salidas y domésticos; mala administración del dinero; negación o resistencia a tomar medicación; hostilidad en el domicilio;	Aprender a manejar diferencialmente los refuerzos
Repetir únicamente una idea central si existe déficit cognitivo; si no es así, secuenciar las ideas, no más de dos o tres por comunicación	desimplificación de la vida y tareas domésticas; la falta de comunicación, los silencios; consumo de alcohol y drogas;	Reestructuración cognitiva para creencias disfuncionales sobre obligaciones maternas, el estigma, la culpa o responsabilidad en la enfermedad, etc.
Seleccionar los momentos del día y los estados de ánimo adecuados para comunicarse	amistades y costumbres sexuales	Ajuste de expectativas familiares entre «no hay nada que hacer» y «aquí no ha pasado nada»
Hacer críticas adecuadas y oportunas, centradas en las conductas del paciente y no en su persona		Entrenamiento en relajación
Felicitar agradecer y alabar; evitar el «ya lo sabe, no necesita que se lo digamos»		Tratamiento cognitivo-conductual de reacciones adaptativas ansiosas, depresivas o mixtas

TABLA 4. Análisis de varianza (ANOVA) de los cambios (*main effects*) observados en el grupo índice, comparando las puntuaciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento

Variables	Pretratamiento (n = 20)	Postratamiento (n = 20)	Seguimiento (n = 17)	F	p	Scheffé*
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)			
FBF						
Pérdida de control	3,15 (2,74)	1,55 (2,14)	1,41 (1,80)	3,46	0,039	1-2
Percepción simple	1,85 (2,06)	0,65 (1,39)	0,94 (1,75)	2,53	0,089	
Percepción compleja	2,40 (2,26)	1,25 (2,00)	1,12 (2,09)	2,14	ns	
Lenguaje	4,15 (3,10)	2,15 (2,18)	1,47 (2,62)	7,03	0,002	1-3
Cognición y pensamiento	3,80 (2,86)	1,50 (2,04)	1,59 (2,24)	5,70	0,006	1-2, 1-3
Memoria	3,65 (2,92)	2,10 (2,43)	1,88 (2,34)	2,67	0,079	
Motricidad	2,55 (2,52)	1,20 (1,94)	1,23 (2,08)	2,39	ns	
Pérdida automatismos	3,80 (2,89)	2,40 (2,23)	1,71 (1,96)	3,66	0,032	1-3
Anhedonia/angustia	3,60 (2,30)	2,05 (2,33)	1,18 (1,94)	5,77	0,005	1-3
Sobrestimulación	3,40 (2,96)	1,50 (2,09)	1,53 (2,37)	3,67	0,032	1-2
Puntuación total	32,15 (23,50)	16,30 (18,16)	13,94 (19,10)	4,51	0,015	1-3
Frankfurt rasgo	18,35 (12,62)	10,25 (9,89)	7,56 (9,97)	4,94	0,011	1-3
Frankfurt estado	14,00 (11,33)	6,10 (8,68)	6,41 (9,48)	3,98	0,024	1-2
BPRS						
Ansiedad/depresión	9,35 (3,54)	5,85 (2,23)	6,41 (3,24)	7,51	0,001	1-2, 1-3
Trastornos del pensamiento	7,90 (4,22)	5,05 (1,96)	5,29 (2,17)	5,43	0,007	1-2, 1-3
Anergia	8,40 (3,17)	5,40 (1,50)	5,29 (2,08)	10,76	0,000	1-2, 1-3
Activación	5,15 (2,56)	3,55 (0,83)	3,53 (1,01)	5,91	0,005	1-2, 1-3
Hostilidad	4,80 (1,94)	3,65 (1,18)	3,76 (1,75)	2,90	0,064	1-2
Puntuación total	40,80 (9,44)	29,15 (4,21)	31,12 (7,84)	13,76	0,000	1-2, 1-3
SRRS: estrés	689,40 (449,32)	377,95 (395,60)	492,82 (396,02)	2,87	0,065	
SFS						
Aislamiento social	10,25 (3,04)	11,80 (1,94)	12,00 (2,85)	2,51	0,091	
Funcionamiento interpersonal	16,30 (4,99)	21,75 (3,43)	20,406 (5,67)	6,95	0,002	1-2
Actividades prosociales	15,75 (9,46)	15,80 (8,61)	18,62 (2,48)	0,54	ns	
Ocio	15,30 (4,72)	16,15 (3,80)	16,50 (5,40)	0,33	ns	
Autonomía	33,10 (6,87)	35,45 (2,96)	34,50 (1,38)	0,97	ns	
Desempeño	18,35 (6,74)	21,75 (5,86)	19,69 (8,39)	1,21	ns	
Puntuación total	109,80 (23,53)	123,60 (15,05)	120,69 (26,14)	2,20	ns	
FQ						
Conductas perturbadoras	90,10 (17,83)	74,60 (16,22)	72,62 (18,63)	3,74	0,030	1-2
Carga familiar	43,55 (29,72)	22,55 (15,65)	18,06 (18,75)	6,92	0,002	1-2, 1-3
Afrontamiento	36,70 (32,46)	13,85 (19,79)	10,81 (11,76)	6,83	0,002	1-2, 1-3
FCQ						
Factor 1	26,45 (5,02)	30,75 (4,45)	26,94 (6,72)	3,74	0,030	1-2
Factor 2	12,65 (3,45)	12,05 (2,52)	13,12 (2,45)	0,63	ns	
Factor 3	15,55 (3,27)	15,05 (2,84)	13,44 (3,16)	2,19	ns	

*Cambios que resultaron significativos (1: pretratamiento; 2: postratamiento; 3: seguimiento); DT: desviación típica; ns: no significativo.

DISCUSIÓN

Las intervenciones psicosociales en pacientes ambulatorios con esquizofrenia que incluyen psicoeducación, terapia conductual familiar e IPT están en consonancia con las recomendaciones de los expertos internacionales, que subrayan la necesidad de favorecer una adecuada alianza entre clínicos, familiares y pacientes, de desarrollar en familiares estrategias de afrontamiento positivo de los problemas, de entrenar a los pacientes en el control del estrés, en la superación de los déficit en el pro-

cesamiento de los estímulos sociales, en las habilidades de comunicación verbal y en la solución de problemas interpersonales, y de mantener programas de duración suficiente para consolidar los avances obtenidos de forma coordinada con la farmacoterapia.

Entre las recomendaciones del proyecto PORT para el tratamiento de la esquizofrenia³⁵ se establece: *a*) tratamientos psicológicos individuales o grupales dirigidos a los déficit específicos empleando combinaciones de apoyo, educación y entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales, y *b*) intervenciones familiares de al me-

TABLA 5. Análisis de varianza (ANOVA) de los cambios (*main effects*) observados en el grupo comparativo, comparando las puntuaciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento

Variables	Pretratamiento (n = 15)	Postratamiento (n = 15)	Seguimiento (n = 12)	F	p	Scheffé*
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)			
FBF						
Pérdida de control	2,00 (1,96)	2,13 (1,85)	1,33 (1,49)	0,732	ns	
Percepción simple	1,40 (1,99)	1,27 (2,12)	0,92 (1,50)	0,107	ns	
Percepción compleja	1,73 (1,90)	1,27 (1,98)	1,08 (1,24)	0,496	ns	
Lenguaje	3,20 (2,98)	3,27 (3,41)	2,92 (3,00)	2,542	ns	
Cognición y pensamiento	3,07 (2,71)	3,07 (3,24)	1,67 (2,01)	1,112	ns	
Memoria	2,53 (2,45)	3,00 (2,10)	2,08 (2,47)	0,517	ns	
Motricidad	1,00 (1,36)	1,60 (1,35)	1,50 (1,93)	0,641	ns	
Pérdida automatismos	2,40 (2,53)	3,07 (2,99)	2,25 (2,56)	0,363	ns	
Anhedonia/angustia	2,80 (2,21)	2,93 (3,21)	2,08 (1,83)	0,420	ns	
Sobrestimulación	1,97 (2,00)	1,87 (1,73)	1,00 (1,20)	1,106	ns	
Puntuación total	21,93 (17,69)	23,27 (19,22)	16,83 (15,40)	0,478	ns	
Frankfurt rasgo	12,93 (10,28)	14,40 (11,43)	10,67 (9,80)	0,416	ns	
Frankfurt estado	9,07 (8,00)	9,07 (8,51)	6,17 (6,09)	0,607	ns	
BPRS						
Ansiedad/depresión	6,87 (2,43)	8,80 (6,04)	6,33 (1,67)	1,239	ns	
Trastornos del pensamiento	7,90 (4,22)	6,93 (3,71)	6,75 (4,41)	0,988	ns	
Anergia	6,07 (2,12)	6,73 (3,03)	6,08 (2,50)	0,733	ns	
Activación	3,40 (1,30)	3,33 (0,90)	3,67 (1,30)	0,748	ns	
Hostilidad	4,33 (2,02)	4,47 (2,77)	3,67 (1,23)	0,605	ns	
Puntuación total	32,20 (7,44)	36,07 (9,96)	33,58 (6,24)	0,863	ns	
SRRS: estrés	402,33 (421,32)	392,33 (464,89)	321,75 (304,69)	0,148	ns	
SFS						
Aislamiento social	9,26 (2,43)	10,67 (2,22)	12,33 (2,81)	5,118	0,011	1-3
Funcionamiento interpersonal	15,27 (4,57)	16,33 (4,20)	17,00 (4,73)	0,518	ns	
Actividades prosociales	12,73 (6,33)	19,67 (8,07)	13,33 (10,90)	0,769	ns	
Ocio	15,53 (5,01)	13,93 (4,83)	14,25 (6,05)	0,382	ns	
Autonomía	30,13 (6,42)	30,80 (6,63)	31,92 (5,24)	0,257	ns	
Desempeño	18,53 (5,57)	18,93 (6,91)	16,08 (7,11)	0,721	ns	
Puntuación total	101,13 (19,99)	99,87 (26,73)	103,33 (31,33)	0,060	ns	
FQ						
Conductas perturbadoras	86,26 (16,80)	85,20 (24,75)	71,50 (13,75)	2,329	ns	
Carga familiar	35,07 (26,33)	33,20 (32,75)	16,58 (16,91)	1,866	ns	
Afrontamiento	15,47 (11,33)	11,13 (11,20)	7,42 (9,34)	1,891	ns	
FCQ						
Factor 1	27,00 (4,97)	24,73 (4,81)	20,75 (5,05)	5,390	0,009	1-3
Factor 2	10,27 (3,45)	9,80 (4,04)	14,83 (2,76)	8,106	0,001	1-3
Factor 3	15,60 (2,44)	16,60 (3,20)	12,25 (3,255)	7,639	0,002	1-3

*Cambios que resultaron significativos (1: pretratamiento; 2: postratamiento; 3: seguimiento); DT: desviación típica; ns: no significativo.

nos 9 meses de duración que deben proporcionar una combinación de educación sobre la enfermedad, apoyo familiar, intervención en crisis y entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

Los resultados de este estudio revelan cambios notables producidos en el grupo índice por un programa de intervención psicosocial que, en gran medida, integra dichos elementos en contraposición a los cambios observados en el grupo comparativo; sin embargo, puede apreciarse que al final del seguimiento las diferencias disminuyen en los análisis intergrupos. Esta disminución de

los efectos puede atribuirse bien, como se ha señalado, a la inclusión posterior del grupo de comparación en un tratamiento de similares características, bien a la tendencia a decaer los efectos si la intervención no se sostiene en el tiempo. Es probable que la terapia psicosocial deba aplicarse desde una perspectiva de acompañamiento vital indefinido, tal vez a bajo nivel o considerando las variaciones en intensidad y momento de aplicación en cada caso individual.

Conviene señalar, sin embargo, algunas limitaciones en el control de las variables al haberse formado los gru-

TABLA 6. Comparación de las puntuaciones medias pretratamiento: valores U de Man-Whitney y significación estadística

Variables	Grupo índice (n = 20)	Grupo comparativo (n = 15)	U	p
	Media (DT)	Media (DT)		
FBF				
Pérdida de control	3,15 (2,74)	2,00 (1,96)	120,0	
Percepción simple	1,85 (2,06)	1,40 (1,99)	129,5	
Percepción compleja	2,40 (2,26)	1,73 (1,90)	123,5	
Lenguaje	4,15 (3,10)	3,20 (2,98)	123,5	
Cognición y pensamiento	3,80 (2,85)	3,07 (2,71)	126,0	
Memoria	3,65 (2,92)	2,53 (2,45)	117,0	
Motricidad	2,55 (2,52)	1,00 (1,36)	92,5	0,005
Pérdida automatismos	3,80 (2,89)	2,40 (2,52)	104,0	
Anhedonia/angustia	3,60 (2,30)	2,80 (2,21)	125,0	
Sobrestimulación	3,40 (2,96)	3,40 (2,96)	106,5	
Puntuación total	32,15 (23,50)	21,93 (17,69)	110,5	
Frankfurt rasgo	18,35 (12,62)	12,93 (10,28)	110,0	
Frankfurt estado	14,00 (11,33)	9,07 (8,00)	110,5	
BPRS				
Ansiedad/depresión	9,35 (3,54)	6,87 (3,81)	96,0	0,074
Trastornos del pensamiento	7,90 (4,22)	7,90 (4,22)	129,5	
Anergia	8,40 (3,17)	6,07 (2,12)	84,5	0,028
Activación	5,15 (2,56)	3,40 (1,30)	77,5	0,014
Hostilidad	4,80 (1,94)	4,33 (2,02)	128,5	
Puntuación total	40,80 (9,44)	32,20 (7,44)	71,5	0,008
SRRS: estrés	689,40 (449,32)	402,33 (421,32)	86,5	0,003
SFS				
Aislamiento social	10,25 (3,04)	9,26 (2,43)	112,5	
Funcionamiento interpersonal	16,30 (4,99)	15,27 (4,57)	131,5	
Actividades prosociales	15,75 (9,46)	12,73 (6,33)	127,0	
Ocio	15,30 (4,72)	15,53 (5,01)	147,5	
Autonomía	33,10 (6,87)	30,13 (6,42)	85,0	0,030
Desempeño	18,35 (6,74)	15,83 (5,57)	138,5	
Puntuación total	109,80 (23,53)	101,13 (19,99)	110,5	
FQ				
Conductas perturbadoras	90,10 (17,83)	86,26 (16,80)	140,0	
Carga familiar	43,55 (29,72)	35,07 (26,33)	133,0	
Afrontamiento	36,70 (32,46)	15,47 (11,33)	102,5	
FCQ				
Factor 1	26,45 (5,02)	27,00 (4,97)	134,0	
Factor 2	12,65 (3,45)	10,27 (3,45)	92,5	0,005
Factor 3	15,55 (3,27)	15,60 (2,44)	145,0	

DT: desviación típica.

pos índice y de comparación por asignación consecutiva y no por aleatorización. De hecho, aunque ambos grupos presentaron características globalmente similares en la evaluación inicial, se observó diferencia significativa en la valoración realizada por el personal asistencial con la BPRS al manifestar el grupo de comparación un nivel de alteración clínica inicial inferior al grupo índice y en algunas variables familiares (de las escalas FQ y FCQ). Ello aconseja no sólo interpretar con cautela la efectividad de la terapia, sino realizar posteriores investigaciones con grupos más numerosos y con un diseño al azar para garantizar la neutralidad.

Una cuestión no abordada directamente en el diseño de este estudio es la verdadera atribución de los efectos clínicos y del funcionamiento social observados en los pacientes del grupo índice. Cabría preguntarse si la mejora puede deberse a los efectos directos que el programa terapéutico multimodal ejerce sobre la conducta de los pacientes y la mejora en la capacidad de manejo del estrés o bien a efectos indirectos derivados del mismo; por ejemplo, mediatizados por un mejor cumplimiento de la medicación de los pacientes tratados, además de la adquisición de destrezas. La respuesta a dicha cuestión, que requeriría el control aleatorio de las variables estu-

TABLA 7. Comparación de las puntuaciones medias postratamiento: valores U de Man-Whitney y significación estadística

Variables	Grupo índice (n = 20)	Grupo comparativo (n = 15)	U	p
	Media (DT)	Media (DT)		
FBF				
Pérdida de control	1,55 (2,14)	2,13 (1,85)	111,5	
Percepción simple	0,65 (1,39)	1,27 (2,12)	122,5	
Percepción compleja	1,25 (2,00)	1,27 (1,98)	143,5	
Lenguaje	2,15 (2,18)	3,27 (3,41)	139,0	
Cognición y pensamiento	1,50 (2,04)	3,07 (3,24)	110,5	
Memoria	2,10 (2,43)	3,00 (2,10)	106,5	
Motricidad	1,20 (1,94)	1,60 (1,35)	106,5	
Pérdida automatismos	2,40 (2,23)	3,07 (2,99)	137,5	
Anhedonia/angustia	2,05 (2,33)	2,93 (3,22)	141,0	
Sobrestimulación	1,50 (2,09)	1,87 (1,73)	122,5	
Puntuación total	16,30 (18,16)	23,26 (19,22)	110,5	
Frankfurt rasgo	10,25 (9,89)	14,40 (11,43)	109,5	
Frankfurt estado	6,10 (8,68)	9,07 (8,51)	108,0	
BPRS				
Ansiedad/depresión	5,85 (2,23)	8,80 (6,04)	108,5	
Trastornos del pensamiento	5,05 (1,96)	6,93 (3,71)	106,5	
Anergia	5,40 (1,50)	6,73 (3,03)	122,0	
Activación	3,55 (0,83)	3,33 (0,90)	116,0	
Hostilidad	3,65 (1,18)	4,47 (2,77)	131,5	
Puntuación total	29,15 (4,21)	36,07 (9,96)	96,0	0,074
SRRS: estrés	377,95 (395,60)	392,33 (464,89)	135,0	
SFS				
Aislamiento social	11,80 (1,94)	10,67 (2,22)	105,0	
Funcionamiento interpersonal	21,75 (3,43)	16,33 (4,20)	46,5	0,000
Actividades prosociales	15,80 (8,61)	9,67 (8,07)	79,0	0,017
Ocio	16,15 (3,80)	13,93 (4,83)	100,5	0,099
Autonomía	35,45 (2,96)	30,80 (6,63)	82,5	0,023
Desempeño	21,75 (5,86)	18,93 (6,91)	115,5	
Puntuación total	123,60 (15,05)	99,87 (26,73)	62,5	0,003
FQ				
Conductas perturbadoras	74,60 (16,22)	85,20 (24,75)	113,5	
Carga familiar	22,55 (15,65)	33,20 (32,75)	136,5	
Afrontamiento	13,85 (19,79)	11,13 (11,20)	149,5	
FCQ				
Factor 1	30,75 (4,45)	24,73 (4,81)	53,0	0,001
Factor 2	12,05 (2,52)	9,80 (4,04)	99,0	0,093
Factor 3	15,05 (2,84)	16,60 (3,20)	105,5	

DT: desviación típica.

diadas, es imposible ofrecer con nuestros datos. Sin embargo, y aunque esto ocurriera, habría que dar por bueno el programa psicosocial si también o decisivamente contribuye a favorecer el cumplimiento de un recurso terapéutico como la farmacoterapia, que ha demostrado ser esencial en la mejoría clínica.

Es razonable pensar, no obstante, que la exclusiva utilización de tratamientos farmacológicos produzca un estancamiento en los pacientes y en sus familias y que supuestamente intervenciones integrales en esquizofrenia producen mejorías integrales. Se ha podido comprobar cómo el uso de los subprogramas de la IPT desde el

principio de la intervención reduce el elevado nivel de activación (*arousal*) de los pacientes con esquizofrenia y motivan al paciente debido a su relevancia para los problemas reales, produciendo también, indirectamente, mejoría en habilidades básicas de procesamiento de la información.

La aplicación de programas integrados como el aquí descrito deben incluir en su formato la intervención familiar. Actualmente sería impensable una modalidad de intervención comunitaria en esquizofrenia que no incorporase este recurso. El trabajo con las familias deberá organizarse en torno a una serie de elementos comunes a las diversas modalidades de intervención familiar

TABLA 8. Comparación de las puntuaciones medias en el seguimiento: valores U de Man-Whitney y significación estadística

Variables	Grupo índice (n = 17)	Grupo comparativo (n = 12)	U	p
	Media (DT)	Media (DT)		
FBF				
Pérdida de control	1,41 (1,80)	1,33 (1,49)	99,5	
Percepción simple	0,94 (1,75)	0,92 (1,50)	99,5	
Percepción compleja	1,12 (2,09)	1,08 (1,24)	87,0	
Lenguaje	1,47 (2,62)	2,92 (3,00)	73,5	
Cognición y pensamiento	1,59 (2,24)	1,67 (2,01)	97,5	
Memoria	1,88 (2,34)	2,08 (2,47)	99,5	
Motricidad	1,23 (2,08)	1,50 (1,93)	90,0	
Pérdida automatismos	1,71 (1,96)	2,25 (2,56)	92,5	
Anhedonia/angustia	1,18 (1,94)	2,08 (1,83)	58,0	0,053
Sobrestimulación	1,53 (2,37)	1,00 (1,20)	100,5	
Puntuación total	13,94 (19,10)	16,83 (15,40)	85,0	
Frankfurt rasgo	7,56 (9,97)	10,67 (9,80)	79,5	
Frankfurt estado	6,41 (9,48)	6,17 (6,09)	96,0	
BPRS				
Ansiedad/depresión	6,41 (3,24)	6,33 (1,67)	83,5	
Trastornos del pensamiento	5,29 (2,17)	6,75 (4,41)	92,5	
Anergia	5,29 (2,08)	6,08 (2,50)	80,0	
Activación	3,53 (1,01)	3,67 (1,30)	101,0	
Hostilidad	3,76 (1,75)	3,67 (1,23)	101,0	
Puntuación total	31,12 (7,84)	33,58 (6,24)	67,5	
SRRS: estrés	492,82 (396,02)	321,75 (304,69)	77,5	
SFS				
Aislamiento social	12,00 (2,85)	12,33 (2,81)	87,5	
Funcionamiento interpersonal	20,406 (5,67)	17,00 (4,73)	60,0	
Actividades prosociales	18,62 (2,48)	13,33 (10,90)	68,0	
Ocio	16,50 (5,40)	14,25 (6,05)	63,5	
Autonomía	34,50 (1,38)	31,92 (5,24)	67,5	
Desempeño	19,69 (8,39)	16,08 (7,11)	72,5	
Puntuación total	120,69 (26,14)	103,33 (31,33)	65,5	
FQ				
Conductas perturbadoras	72,62 (18,63)	71,50 (13,75)	87,5	
Carga familiar	18,06 (18,75)	16,58 (16,91)	91,0	
Afrontamiento	10,81 (11,76)	7,42 (9,34)	82,5	
FCQ				
Factor 1	26,94 (6,72)	20,75 (5,05)	34,5	0,003
Factor 2	13,12 (2,45)	14,83 (2,76)	57,5	0,074
Factor 3	13,44 (3,16)	12,25 (3,255)	74,0	

DT: desviación típica.

y que han mostrado su eficacia: educación sobre la esquizofrenia, tratamiento de la emoción expresada, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en mejora de la comunicación, reducción del contacto interpersonal, ampliación de las redes sociales de los familiares y ajuste de las expectativas familiares sobre el paciente³⁶. Con esta integración se consiguen resultados positivos sobre el estado clínico del paciente, sobre su nivel general de estrés, sobre sus habilidades sociales y de afrontamiento general y sobre su índice de recaídas. Paralelamente se consigue cambios familiares positivos en el estilo familiar de afrontamiento de la enfermedad,

en los niveles de carga familiar y en sus actitudes hacia la misma.

Por otra parte, un formato de tratamiento como el aquí expuesto es perfectamente aplicable desde nuestros entornos clínicos asistenciales.

En cuanto a los elementos que componen la terapia, en nuestra opinión, se hace necesaria una ampliación y actualización de los mismos. De esta manera es fundamental disponer de un protocolo de evaluación que nos proporcione información detallada de las áreas fundamentales que deben medirse en la esquizofrenia: funcionamiento premórbido, trastornos básicos, síntomas

primarios y secundarios, procesos cognitivos básicos, síntomas prodrómicos, precipitantes, estresores psicosociales, habilidades de afrontamiento, funcionamiento psicosocial y funcionamiento familiar (incluyendo éste los niveles de emoción expresada, la carga familiar objetiva y subjetiva y estilos de afrontamiento familiar).

Respecto al módulo de percepción social, como es sabido, el trabajo con lectura de claves sociales y de emociones es fundamental. En este sentido trabajar solamente con información visual estática resulta bastante limitador, por lo que se debería ampliar el módulo con la inclusión de material auditivo (grabaciones de conversaciones sin imagen) y audiovisual (escenas sociales en vídeo). Esto permitiría un entrenamiento más detallado y profundo de los elementos no verbales de la comunicación, aspectos claves para el manejo de la expresión de emociones y de la referencialidad. Por otro lado, el desarrollo de las nuevas terapias cognitivas para el tratamiento de sintomatología psicótica residual y los nuevos modos de relación con el paciente psicótico que éstas promulgan³⁷ deben ser añadidos a estos paquetes para enriquecerlos y seguir ampliando el espectro de actuación de los mismos.

Finalmente nos parece de gran relevancia avanzar en un proceso de ajuste de la terapia a los pacientes. En esta línea pensamos que se puede describir un tipo de pacientes que se puede beneficiar particularmente de esta modalidad de tratamiento y para quienes pensamos que está especialmente indicada. Se trataría de un paciente de entre 18 y 40 años, sin consumo continuado de drogas (sí se incluye el consumidor esporádico), que conviva con su familia y que ésta se implique activamente en el tratamiento o bien, en su caso, que no obstruya o distorsione gravemente el mismo, que no haya pasado prolongados ingresos hospitalarios y con un ligero o moderado déficit ejecutivo frontal. En este sentido, y de acuerdo con el modelo trifactorial de deterioro cognitivo propuesto por Spaulding et al.³⁸, los pacientes esquizofrénicos sin deterioro ejecutivo frontal deberían recibir entrenamiento en tareas de rehabilitación de baja redundancia, centradas en el manejo del estrés, la autorregulación, la prevención de recaídas y el manejo de los síntomas y de la medicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liberman RP, Kopelowicz A, Smith TE. Psychiatric rehabilitation. En: Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Comprehensive textbook of psychiatry/VII*. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 1999; p. 3218-45.
2. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153:607-17.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154(Suppl 4).
4. Canadian Psychiatric Association. Canadian practice guidelines for the treatment of schizophrenia. *Canad J Psychiatry* 1998;43(Suppl 2).
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Psychosocial interventions in management of schizophrenia: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN, 1998.
6. McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. The expert consensus guidelines series: treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 11):1-80.
7. Scholler NR, Fenton WS. Issue theme: psychosocial treatment in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:5-155.
8. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* 2001; 13:345-64.
9. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema* 2000; 12:671-681.
10. Chadwick P, Sambrooke S, Rasch S, Davies E. Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behavior therapy for voices. *Behav Res Ther* 2000; 38:993-1003.
11. Yusupoff L, Haddock G. Options and clinical decision making in the assessment and psychological treatment of persistent hallucinations and delusions. En: Perris C, McGorry PD, editores. *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*. New York: Wiley, 1998; p. 111-28.
12. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Cognitive therapy for psychosis: formulation, treatment effects, and service implications. *J Mental Health* 1998;7:123-33.
13. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove: Erlbaum, 1994.
14. Falloon IRH, Held T, Roncone R, Coverdale JH, Laidlaw T. Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Austral New Zealand J Psychiatry* 1998;32: 43-9.
15. Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzle N, Reed D, Liberman RP. *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*. Bern: Hogrefe and Huber, 1994.
16. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1996.
17. Hodel B, Brenner HD. Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90(Suppl 284): 108-15.
18. Brenner HD, Hodel B, Roder V, Corrigan P. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): basic assumptions, current status and future directions. En: Ferrero FP, Haynal AE, Sartorius N, editores. *Schizophrenia and affective psychoses: nosology in contemporary psychiatry*. London: John Libbey, 1992; p. 201-9.
19. Vallina Fernández O. *Aplicación de la terapia psicológica integrada al trastorno esquizofrénico* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Oviedo, 1998.
20. Vallina-Fernández O, Lemos-Giráldez S, Roder V, García-Saiz A, Otero-García A, Alonso-Sánchez M, et al. An integrated psychological treatment program for schizophrenics. *Psychiatric Services* 2001;52:1165-7.
21. Vallina-Fernández O, Lemos-Giráldez 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: 167-79.
22. Söllwold L, Huber G. *Schizophrenie basisstörungen*. Berlin: Springer Verlag, 1986.
23. Jimeno Bulnes N, Jimeno Valdés A, Vargas Aragón ML. *El síndrome psicótico y el inventario de Frankfurt: conceptos y resultados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1996.

24. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Manual for expanded brief psychiatric rating scale (BPRS). *Schizophr Bull* 1986;12:594-602.
25. Overall JE, Gorham DR. Brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962;10:799-812.
26. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Med* 1967;11:213-8.
27. Labrador FJ. El estrés: nuevas técnicas para su control. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 1992.
28. Birchwood M, Smith J, Cocrane R, Wetton S, Copestake S. The social functioning scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990;157:853-9.
29. Barrowclough C, Tarrrier N. Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention. London: Chapman and Hall, 1992.
30. Magliano L, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Morosini PL, Maj M. A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: development and factor analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94: 224-8.
31. Vallina O, Lemos S, García A, Otero A, Alonso M, Gutiérrez AM. Integrated psychological treatment for schizophrenic patients. *Psychology in Spain* 1999;3:25-35.
32. Vallina O, Lemos S, García A, Otero A, Alonso M, Gutiérrez AM. Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema* 1998;10:459-74.
33. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:887-96.
34. Falloon IRH, Laporta M, Fadden G, Graham-Hole V. Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills. London: Routledge, 1993.
35. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24:1-10.
36. Lef J. Manejo familiar de la esquizofrenia. En: Shriqui CL, Nasrallah HA, editores. Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. Washington: American Psychiatric Press, 1996; p. 777-800.
37. Garety P, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 2000; 26:73-86.
38. Spaulding WD, Sullivan M, Weiler M, Reed D, Richardson C, Storzbach D. Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90 (Suppl 284):116-24.