



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

García Cabeza, Ignacio

Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 101, 2008, pp. 9-25

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019652002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evoluc

RESUMEN: Rev
terapéuticas más
cognitivas, famil
psicosis.
PALABRAS CL
psicodinámicas,
res.

La neces
sente desde h
cosis en la clí
trabajan entre
tamiento del
constante, ana
les, adaptació
en un medio
argumentos,
todas las guía
pesar de ello
daje exclusiv
miento, tratar
síntomas mer
de la autoesti
en pacientes c
mo libro una
camos las rela
medad (con lo
y la participac
distintos a las
dificultades in
con estudios p

A lo lar
rapéutico trac
modalidades
estrictamente
péuticas, trata
mente merece

modalidades de intervención: psicodinámica/psicoanalítica, cognitivo-conductual, familiar, grupal e integradora. En todos ellos comenzando desde su evolución a lo largo de la historia llegaremos a su situación actual, revisando los resultados de los estudios más significativos en cada modelo de intervención.

Abordaje psicoanalítico/psicodinámico

Aunque Freud (1924) dudaba de la eficacia del método psicoanalítico como forma de abordaje terapéutico de la psicosis (4) y sus incursiones en este campo pueden calificarse de meras anécdotas; de forma paralela, aunque la publicación de sus trabajos es posterior debido probablemente al respeto que le infunde su maestro, Paul Federn realiza un intenso y fructífero trabajo con pacientes esquizofrénicos. Para él la psicosis sería una enfermedad del «yo», el yo pierde sus defensas narcisistas, no se encuentra a salvo y, como consecuencia es invadido por el inconsciente. Su enfoque terapéutico se basa en la represión y defensa, en la sustitución del ello por el yo. Sin embargo y sin lugar a dudas su mayor aportación fue demostrar que la transferencia es posible con pacientes psicóticos. También estableció las bases para la terapia familiar, al integrar a miembros de la familia en el proceso terapéutico (5).

Para C. Jung en el paciente psicótico existiría una desconexión entre el yo y su material arcaico, poniéndose aquél en peligro de disolución. El paciente psicótico no asimila los arquetipos (experiencias emocionales derivadas del inconsciente colectivo) y la psicoterapia permitiría la posibilidad de llegar a experimentarlos como algo pleno de significado en el contexto personal y cultural (6).

M. Klein (1946) tampoco llegó a tratar pacientes psicóticos pero plantea hipótesis que desarrollarán principalmente sus sucesores en Reino Unido (Bion, Fairbairn, Rosenfeld y Segal). Define conceptos que serán de sumo interés en la psicoterapia del paciente psicótico como los introyectos, proyecciones y relaciones objetales, etc., y, específicamente, desarrolla la existencia de una fase esquizo-paranoide fisiológica, primer paso del desarrollo del yo. La terapia ayudaría a superar esta fase por medio de una relación terapéutica con los aspectos sanos del yo escindido, cuyo objetivo sería desarrollar la capacidad de tolerar la ambivalencia y entrar en una posición depresiva (7). Margaret Mahler (1968) redefiniría esta teoría situando el problema en el proceso de individuación y separación (8).

Uno de los períodos más productivos surge con los interpersonalistas (Meyer, White, Kemp, Sullivan, Fromm-Reichmann, Searles, Will, Arieti), influenciados por la Psicología social y mucho más eclécticos en sus planteamientos, darán lugar al desarrollo de la visión neoanalítica en Estados Unidos. Desplazan el interés

hacia la comu
zofrenia como
ma de otros.
seguridad, so
tes valorando
mina a la rec
insight (9). Fr
y «psicoterap
tiles, de actitu
(10). Harold
tanto del paci
nes e ideas, re

Paralelamente
del profundo
can a los paci
zan en Zurich
reconocidos p
con una orien
(*Sociedad Int*
largo de estos
se por todos
coterapéutica

Gaetano
el diálogo y l
ta es posible
transicionales
cia, de la int
papel de conf
debería a la i
psicosis, la ri
su fusión con
del terapeuta

La eficacia
que presentab
bles, partían d
tes de Chesn
encontrado b
más destacado
donde esta m
tratamiento fa

modalidades de intervención: psicodinámica/psicoanalítica, cognitivo-conductual, familiar, grupal e integradora. En todos ellos comenzando desde su evolución a lo largo de la historia llegaremos a su situación actual, revisando los resultados de los estudios más significativos en cada modelo de intervención.

Abordaje psicoanalítico/psicodinámico

Aunque Freud (1924) dudaba de la eficacia del método psicoanalítico como forma de abordaje terapéutico de la psicosis (4) y sus incursiones en este campo pueden calificarse de meras anécdotas; de forma paralela, aunque la publicación de sus trabajos es posterior debido probablemente al respeto que le infunde su maestro, Paul Federn realiza un intenso y fructífero trabajo con pacientes esquizofrénicos. Para él la psicosis sería una enfermedad del «yo», el yo pierde sus defensas narcisistas, no se encuentra a salvo y, como consecuencia es invadido por el inconsciente. Su enfoque terapéutico se basa en la represión y defensa, en la sustitución del ello por el yo. Sin embargo y sin lugar a dudas su mayor aportación fue demostrar que la transferencia es posible con pacientes psicóticos. También estableció las bases para la terapia familiar, al integrar a miembros de la familia en el proceso terapéutico (5).

Para C. Jung en el paciente psicótico existiría una desconexión entre el yo y su material arcaico, poniéndose aquél en peligro de disolución. El paciente psicótico no asimila los arquetipos (experiencias emocionales derivadas del inconsciente colectivo) y la psicoterapia permitiría la posibilidad de llegar a experimentarlos como algo pleno de significado en el contexto personal y cultural (6).

M. Klein (1946) tampoco llegó a tratar pacientes psicóticos pero plantea hipótesis que desarrollarán principalmente sus sucesores en Reino Unido (Bion, Fairbairn, Rosenfeld y Segal). Define conceptos que serán de sumo interés en la psicoterapia del paciente psicótico como los introyectos, proyecciones y relaciones objetales, etc., y, específicamente, desarrolla la existencia de una fase esquizo-paranoide fisiológica, primer paso del desarrollo del yo. La terapia ayudaría a superar esta fase por medio de una relación terapéutica con los aspectos sanos del yo escindido, cuyo objetivo sería desarrollar la capacidad de tolerar la ambivalencia y entrar en una posición depresiva (7). Margaret Mahler (1968) redefiniría esta teoría situando el problema en el proceso de individuación y separación (8).

Uno de los períodos más productivos surge con los interpersonalistas (Meyer, White, Kemp, Sullivan, Fromm-Reichmann, Searles, Will, Arieti), influenciados por la Psicología social y mucho más eclécticos en sus planteamientos, darán lugar al desarrollo de la visión neoanalítica en Estados Unidos. Desplazan el interés

hacia la comu
zofrenia como
ma de otros.
seguridad, so
tes valorando
mina a la rec
insight (9). Fr
y «psicoterap
tiles, de actitu
(10). Harold
tanto del paci
nes e ideas, re

Paralelamente
del profundo
can a los paci
zan en Zurich
reconocidos p
con una orien
(*Sociedad Int*
largo de estos
se por todos
coterapéutica

Gaetano
el diálogo y l
ta es posible
transicionales
cia, de la int
papel de conf
debería a la i
psicosis, la ri
su fusión con
del terapeuta

La eficacia
que presentab
bles, partían c
tes de Chesn
encontrado b
más destacado
donde esta m
tratamiento fa

rencias en los resultados entre psicoterapia de orientación al *insight* y de apoyo. Este hecho junto con el avance de la psiquiatría biológica y modelos sociosanitarios con intereses económicos distintos a la implementación de programas terapéuticos de larga duración como parte de los tratamientos, han colocado en entredicho la eficacia de las psicoterapias psicodinámicas y, la reciente publicación de las recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia por el PORT (*Schizophrenia Patient Outcome Research Team*) excluye de éstas dichas intervenciones (2).

Sin embargo aunque quizás esta afirmación sea demasiado prematura y tajante, no es menos cierto que sólo algunos pacientes se benefician de este tipo de intervenciones. Bachmann y otros (2003) consideran básico algunos principios para su aplicabilidad: excluyendo las aproximaciones más clásicas, enfatizando en el presente sobre el pasado, utilizando las interpretaciones con extrema cautela, con objetivos concretos como afianzar el proceso de individuación, la estabilización de los límites del yo y la identidad e integrando las experiencias psicóticas y, llevada a cabo siempre por terapeutas experimentados (23).

McGlashan (1994) propone con acierto la integración de estrategias de apoyo en los abordajes de las psicoterapias introspectivas (24). Apoyo e *insight* no son excluyentes y los encuadres de las terapias deben ajustarse a las necesidades de los pacientes y las posibilidades de terapeutas y dispositivos asistenciales. La aproximación psicodinámica actual se debe centrar en entender al paciente psicótico en su contexto biográfico, con su personalidad y circunstancias vitales y no como un sujeto incomprensible, falto de emociones y significado en su discurso. Se inspira en la interacción entre paciente y terapeuta actuando ésta como detonante de la mejoría de la situación psicosocial del enfermo, intentando siempre que el paciente adquiera seguridad y autonomía y que sobre éstas pueda analizar sus vulnerabilidades y el significado de sus experiencias psicóticas, buscando soluciones realistas y reconstruyendo una imagen de sí mismo integrada y estable.

Abordaje cognitivo-conductual

Aunque no existe un modelo de enfermedad específico sobre el que se sustentan estas técnicas en los enfermos esquizofrénicos, sí está ampliamente aceptado el de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) como hipótesis de trabajo ya que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales (25). Centrada inicialmente en el tratamiento de la depresión, el propio Beck (1952) realizó alguna incursión en el tratamiento de los delirios (26).

Clásicamente la terapia cognitivo-conductual incluye las fases de valoración, identificación de problemas clave, intervención y prevención de recaídas, apor-

tando durante
comienza con
ansiedad, ide
posteriorment
correlato cog
miento involu
respuesta rac
realización de
imaginación,
conductual pe
delirio y pens
para las alucin
actividades, a
vidades grati
intenta mejor
miento y adhe
terapia cognit
avalados por
sión de Dicke
lución frente

Por todo
cognitivo-con
al tratamiento
mayor adapta
del mismo.

Entre las
tratamiento d
macológico: s
puede benefi
negativos en l
y otros (199
Enhacement»
recaídas y es
que con otras
(2005) demu
malestar asoc
en el individu

También
ro de estudios
do dudoso (33)

rencias en los resultados entre psicoterapia de orientación al *insight* y de apoyo. Este hecho junto con el avance de la psiquiatría biológica y modelos sociosanitarios con intereses económicos distintos a la implementación de programas terapéuticos de larga duración como parte de los tratamientos, han colocado en entredicho la eficacia de las psicoterapias psicodinámicas y, la reciente publicación de las recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia por el PORT (*Schizophrenia Patient Outcome Research Team*) excluye de éstas dichas intervenciones (2).

Sin embargo aunque quizás esta afirmación sea demasiado prematura y tajante, no es menos cierto que sólo algunos pacientes se benefician de este tipo de intervenciones. Bachmann y otros (2003) consideran básico algunos principios para su aplicabilidad: excluyendo las aproximaciones más clásicas, enfatizando en el presente sobre el pasado, utilizando las interpretaciones con extrema cautela, con objetivos concretos como afianzar el proceso de individuación, la estabilización de los límites del yo y la identidad e integrando las experiencias psicóticas y, llevada a cabo siempre por terapeutas experimentados (23).

McGlashan (1994) propone con acierto la integración de estrategias de apoyo en los abordajes de las psicoterapias introspectivas (24). Apoyo e *insight* no son excluyentes y los encuadres de las terapias deben ajustarse a las necesidades de los pacientes y las posibilidades de terapeutas y dispositivos asistenciales. La aproximación psicodinámica actual se debe centrar en entender al paciente psicótico en su contexto biográfico, con su personalidad y circunstancias vitales y no como un sujeto incomprensible, falto de emociones y significado en su discurso. Se inspira en la interacción entre paciente y terapeuta actuando ésta como detonante de la mejoría de la situación psicosocial del enfermo, intentando siempre que el paciente adquiera seguridad y autonomía y que sobre éstas pueda analizar sus vulnerabilidades y el significado de sus experiencias psicóticas, buscando soluciones realistas y reconstruyendo una imagen de sí mismo integrada y estable.

Abordaje cognitivo-conductual

Aunque no existe un modelo de enfermedad específico sobre el que se sustentan estas técnicas en los enfermos esquizofrénicos, sí está ampliamente aceptado el de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) como hipótesis de trabajo ya que integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales (25). Centrada inicialmente en el tratamiento de la depresión, el propio Beck (1952) realizó alguna incursión en el tratamiento de los delirios (26).

Clásicamente la terapia cognitivo-conductual incluye las fases de valoración, identificación de problemas clave, intervención y prevención de recaídas, apor-

tando durante
comienza con
ansiedad, ide
posteriorment
correlato cog
miento involu
respuesta rac
realización de
imaginación,
conductual pe
delirio y pens
para las alucin
actividades, a
vidades grati
intenta mejor
miento y adhe
terapia cognit
avalados por
sión de Dicke
lución frente

Por todo
cognitivo-con
al tratamiento
mayor adapta
del mismo.

Entre las
tratamiento d
macológico: s
puede benefi
negativos en l
y otros (199
Enhacement»
recaídas y es
que con otras
(2005) demu
malestar asoc
en el individu

También
ro de estudios
do dudoso (33

la mejora del funcionamiento social mediante la identificación y resolución de problemas en actividades de la vida diaria, relaciones sociales, empleo y ocio. Así el enfoque ya no se dirige directamente a los síntomas sino también a cambios comportamentales. Benton y Schroeder (1990) en un meta-análisis que incluye 27 estudios controlados concluye que el entrenamiento en habilidades sociales mejora el funcionamiento social y personal, reduce reingresos y atenúa síntomas (34). También incluiríamos entre estos abordajes específicos los relacionados con la rehabilitación o entrenamiento cognitivo, la psicoeducación, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de autonomía en la vida diaria o técnica de habilidades de apoyo al empleo u ocupacionales, etc.

Dentro de los abordajes combinados existen diversos programas específicos que intentan abordar los déficits cognitivos que interfieren en la adquisición de habilidades sociales de los pacientes esquizofrénicos. Liberman y otros (1986, 1998) desarrollan el «*Social and Independent Living Skills*», con un formato muy estructurado y compuesto por 12 módulos que cubre las áreas de medicación, manejo de síntomas, comunicación, integración en la comunidad, autocuidado y ocio (35; 36). A partir de éste se han desarrollado otros, quizás el más conocido en nuestro país sea el «*Integrated Psychological Therapy*» (IPT) desarrollado por Brenner y cols. (1992, 1994), que incluye 5 subprogramas acerca de la diferenciación conceptual (funcionamiento ejecutivo), percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales básicas y resolución de problemas interpersonales (37; 38). Los resultados que obtuvo Brenner sobre los efectos cognitivos de su intervención no son tan evidentes cuando se aplica al día a día del paciente. Otros programas de rehabilitación cognitiva son el «*Cognitive Enhancement Therapy*» (CET) desarrollado por Hogarty y Flescher que ha demostrado su eficacia en pacientes ambulatorios (39-41) y el «*Cognitive Adaptation Training*» (CAT) de Velligan y Bow-Thomas, más parecido a tratamientos comunitarios con visitas domiciliarias y apoyo in situ (42).

En general la terapia cognitiva está evolucionando hacia modelos globales y más centrados en la persona y su situación y menos en los síntomas. Chadwick y otros (1996) describen cómo los síntomas suelen aparecer en períodos de ansiedad, de amenaza para el yo y recomiendan tener en cuenta estos factores en las intervenciones (43). Turkington y otros (2006) definen cuáles deberían ser las etapas clave que la terapia cognitivo-conductual debe incluir en el momento actual: 1) desarrollo de una alianza terapéutica basada en la perspectiva del paciente; 2) desarrollo de explicaciones alternativas a los síntomas de la esquizofrenia; 3) reducir el impacto de síntomas positivos y negativos; 4) ofrecer alternativas al modelo médico para facilitar la adherencia al tratamiento (30). Chadwick (2006) (44) da un paso más allá y describe un modelo de intervención cognitiva que define como basado en la persona donde la relación terapéutica, entendida desde un punto de

vista rogeriana también la m experiencias p elementos de y articular los Abandona pu terapéutica de *Development* rrollo infantil cado y experi vo y alcanza l cuatro domin la experiencia

Al igual tegias de apoy tra cada vez m Mientras los terapéutica y en ésta, según empiezan a c (47). Sin emb la ausencia de fenómenos in cias psicóticas

Abordaje fam

La esqui familiar. Los dencia que lo secuencia de familias ante es infrecuent para la esqui pias familiare gramas terap proteger los e familiares, su psicosis entre

la mejora del funcionamiento social mediante la identificación y resolución de problemas en actividades de la vida diaria, relaciones sociales, empleo y ocio. Así el enfoque ya no se dirige directamente a los síntomas sino también a cambios comportamentales. Benton y Schroeder (1990) en un meta-análisis que incluye 27 estudios controlados concluye que el entrenamiento en habilidades sociales mejora el funcionamiento social y personal, reduce reingresos y atenúa síntomas (34). También incluiríamos entre estos abordajes específicos los relacionados con la rehabilitación o entrenamiento cognitivo, la psicoeducación, el entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de autonomía en la vida diaria o técnica de habilidades de apoyo al empleo u ocupacionales, etc.

Dentro de los abordajes combinados existen diversos programas específicos que intentan abordar los déficits cognitivos que interfieren en la adquisición de habilidades sociales de los pacientes esquizofrénicos. Liberman y otros (1986, 1998) desarrollan el «*Social and Independent Living Skills*», con un formato muy estructurado y compuesto por 12 módulos que cubre las áreas de medicación, manejo de síntomas, comunicación, integración en la comunidad, autocuidado y ocio (35; 36). A partir de éste se han desarrollado otros, quizás el más conocido en nuestro país sea el «*Integrated Psychological Therapy*» (IPT) desarrollado por Brenner y cols. (1992, 1994), que incluye 5 subprogramas acerca de la diferenciación conceptual (funcionamiento ejecutivo), percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales básicas y resolución de problemas interpersonales (37; 38). Los resultados que obtuvo Brenner sobre los efectos cognitivos de su intervención no son tan evidentes cuando se aplica al día a día del paciente. Otros programas de rehabilitación cognitiva son el «*Cognitive Enhancement Therapy*» (CET) desarrollado por Hogarty y Flescher que ha demostrado su eficacia en pacientes ambulatorios (39-41) y el «*Cognitive Adaptation Training*» (CAT) de Velligan y Bow-Thomas, más parecido a tratamientos comunitarios con visitas domiciliarias y apoyo in situ (42).

En general la terapia cognitiva está evolucionando hacia modelos globales y más centrados en la persona y su situación y menos en los síntomas. Chadwick y otros (1996) describen cómo los síntomas suelen aparecer en períodos de ansiedad, de amenaza para el yo y recomiendan tener en cuenta estos factores en las intervenciones (43). Turkington y otros (2006) definen cuáles deberían ser las etapas clave que la terapia cognitivo-conductual debe incluir en el momento actual: 1) desarrollo de una alianza terapéutica basada en la perspectiva del paciente; 2) desarrollo de explicaciones alternativas a los síntomas de la esquizofrenia; 3) reducir el impacto de síntomas positivos y negativos; 4) ofrecer alternativas al modelo médico para facilitar la adherencia al tratamiento (30). Chadwick (2006) (44) da un paso más allá y describe un modelo de intervención cognitiva que define como basado en la persona donde la relación terapéutica, entendida desde un punto de

vista rogeriana
también la m
experiencias p
elementos de
y articular los
Abandona pu
terapéutica de
Development
rrollo infantil
cado y experi
vo y alcanza l
cuatro domin
la experiencia

Al igual
tegrías de apoy
tra cada vez m
Mientras los
terapéutica y
en ésta, según
empiezan a co
(47). Sin emb
la ausencia de
fenómenos in
cias psicóticas

Abordaje fam

La esqui
familiar. Los
dencia que lo
secuencia de
familias ante
es infrecuent
para la esqui
pias familiare
gramas terap
proteger los e
familiares, su
psicosis entre

En este apartado vamos a considerar dos tipos de intervención familiar: la sistémica y la psicoeducativa. Los modelos de intervención psicoanalíticos para familias están prácticamente abandonados porque a pesar de numerosas modificaciones e intentos de aproximación no han conseguido evitar la sensación de que refuerzan los sentimientos de culpa de los padres o de uno contra el otro (47) y, además se vieron rápidamente desplazados por modelos sistémicos, más breves en su intervención y que permitían el trabajo en equipo, más seguro y gratificante (3).

En los años cincuenta surgen las primeras aproximaciones a la terapia familiar de la mano de autores norteamericanos como Bateson, Lidz, Wynne y Bowen. La psicosis sería un síntoma de una interacción familiar disfuncional y, en general, aporta un modelo bastante útil para entender las tensiones familiares.

Los dos grandes grupos que desarrollan la terapia familiar sistémica son el de Milán (48; 49) y el de Heidelberg (50), éstos dedicados sobre todo a las psicosis esquizoafectivas y trastorno bipolar. Los primeros describen seis etapas en el desarrollo de las psicosis que incluyen, desde el juego parental con continuas provocaciones sin grandes crisis que puede durar años, hasta el debut de la psicosis en la quinta etapa y, por último, la perpetuación de la psicosis y la adopción de estrategias que permiten obtener algún tipo de beneficio a todos los miembros. Durante las etapas intermedias el niño se alía con el padre que le parece más débil, alcanza con él una relación de privilegio para, posteriormente enfrentarse al poder del progenitor dominante y que, en la cuarta etapa, se rompa la alianza inicial convirtiéndose en una entre los dos padres y sintiéndose el hijo rechazado y castigado. El grupo de Heidelberg conceptualiza los síntomas esquizofrénicos, los positivos tanto una desviación de la conducta esperada como una exhibición de la conducta no-esperada y los negativos como una omisión de la conducta esperada (51).

Las intervenciones actuales incluyen la neutralidad del terapeuta cuando en otros momentos se recomendaba su participación, la movilización de los propios recursos de la familia, enfatizar en los aspectos de interacción y comunicación familiar, reinterpretación de las mismas e inducir a la actividad. Pretende poner de manifiesto cómo las personalidades y estrategias de los distintos miembros de la familia influyen en todos los demás, modificando sus comportamientos. Cuando alguien enferma puede ser abandonado desde el punto de vista emocional o de forma concreta pero, también como alternativa, crearse importantes lazos de dependencia o fuertes alianzas. El modelo sistémico pone también de manifiesto cómo se puede producir la exclusión del paciente dentro del sistema familiar o cómo las recaídas en una persona vulnerable pueden aumentar o disminuir por las actitudes de los demás (47).

Se han realizado escasas investigaciones en la evaluación de la terapia familiar sistémica entre las que destacamos el estudio del grupo de Levene en Canadá

(52) y el estudio de intervenciones excelentes res

Las terapias, quizás por ser más dominantes en el mundo, Michael Gold (59) e Ian Fallot (60) prevención de la psicosis especial hincapié en la aportación de información expresada por Fallon incorporada al equipo de Hogarty (2000) desarrolla lo que él llama educativos, con un componente cognitivo de la psicosis, para do

En los años sesenta, multifamiliar, participan los padres, habilidades sociales desarrollarse en los Estados Unidos (64).

Se han realizado intervenciones, que incluyen intervenciones más allá de los hallazgos positivos existiendo diferencias (68), donde la terapia multifamiliar es utilizada para la esquizofrenia, utilizada en los años sesenta entendiendo p

Abordaje grup

La terapia familiar inicia en los

en grupo y lecturas de apoyo. La psicoterapia de grupo se ha mostrado similar en eficacia a la psicoterapia individual (71; 72) y en algunos casos más aún (73-75), aumentando el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y rehospitalizaciones, mejorando cumplimiento, relaciones sociales y funcionamiento global. Kanas (1996) revisa todos los estudios con terapia de grupo encontrando resultados muy favorables sobre todo en el ámbito ambulatorio y más pobre en el caso de grupos durante los internamientos (76).

La terapia de grupo, al margen de ser menos costosa, aporta una serie de beneficios en el abordaje del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen el insight y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta. El grupo ejerce así una acción multiplicadora de los efectos terapéuticos: facilita a los pacientes un contexto realista y específico de referencia, facilita las relaciones del paciente con el equipo terapéutico, facilita un mejor conocimiento y autoconocimiento y por último facilita y acelera el proceso terapéutico (77; 78).

Otra de las particularidades de la psicoterapia de grupo es su flexibilidad, siendo posible la aplicación de distintas aproximaciones teóricas (educativas, cognitivas, interpersonales, analíticas, etc.) dentro del marco grupal, si bien al igual que con las intervenciones individuales, la tendencia actual es hacia la integración de los distintos abordajes, predominando sobre los marcos teóricos de intervención las necesidades del paciente y su situación clínica. Así nosotros proponemos un modelo flexible e integrador, que partiendo del ambiente socializador que supone el grupo, del apoyo, consejo y técnicas de afrontamiento del «aquí y ahora» permita cuando el grupo adquiere la suficiente cohesión, los pacientes están estabilizados, con buena tolerancia a la de ansiedad y viviendo escasas experiencias psicóticas, la utilización de las mismas con fines terapéuticos. En resumen, podemos decir que, partiendo en la crisis y primeros estadios de la terapia, cuando los pacientes tienen poca capacidad de mirar al pasado, de posturas básicamente de apoyo e interacción, llegamos en las fases más avanzadas de la psicoterapia grupal a un abordaje dinámico de la problemática del paciente, si bien a lo largo de todo el proceso se mantiene presente estrategias de apoyo, afrontamiento e interpersonales (79).

Abordaje integrador y terapias combinadas

Controvertido en su definición, aplicación y encuadre terapéutico se está convirtiendo en una constante en nuestros días el intento de integrar en contraposición a la diversificación de modelos en los que la práctica cotidiana hace, como hemos

visto en los m
menos distan

Podemo
rico como po
terapia conve
pia cognitivo
ha aplicado p
tomas psicóti
cada de «role
yección histó
experiencia c
imposibles.

Sin duda
cosis son los p
la integración
«modelo adap
con un mode
Interescandin

El progr
esquizofrenia
psicoterapéu
forma contin
mentan. Dent
to que se inici
y terapéutica
sis y a partir d
en crisis, com
pia o terapia i
de la evolucion
las indicacion
como del Nac
mas terapéuti
pitalizaciones
siderable de l
calidad de vic

Sobre es
Rosenbaum e
Europa, McG
tratamientos p
y con proyect

en grupo y lecturas de apoyo. La psicoterapia de grupo se ha mostrado similar en eficacia a la psicoterapia individual (71; 72) y en algunos casos más aún (73-75), aumentando el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y rehospitalizaciones, mejorando cumplimiento, relaciones sociales y funcionamiento global. Kanas (1996) revisa todos los estudios con terapia de grupo encontrando resultados muy favorables sobre todo en el ámbito ambulatorio y más pobre en el caso de grupos durante los internamientos (76).

La terapia de grupo, al margen de ser menos costosa, aporta una serie de beneficios en el abordaje del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen el insight y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta. El grupo ejerce así una acción multiplicadora de los efectos terapéuticos: facilita a los pacientes un contexto realista y específico de referencia, facilita las relaciones del paciente con el equipo terapéutico, facilita un mejor conocimiento y autoconocimiento y por último facilita y acelera el proceso terapéutico (77; 78).

Otra de las particularidades de la psicoterapia de grupo es su flexibilidad, siendo posible la aplicación de distintas aproximaciones teóricas (educativas, cognitivas, interpersonales, analíticas, etc.) dentro del marco grupal, si bien al igual que con las intervenciones individuales, la tendencia actual es hacia la integración de los distintos abordajes, predominando sobre los marcos teóricos de intervención las necesidades del paciente y su situación clínica. Así nosotros proponemos un modelo flexible e integrador, que partiendo del ambiente socializador que supone el grupo, del apoyo, consejo y técnicas de afrontamiento del «aquí y ahora» permita cuando el grupo adquiere la suficiente cohesión, los pacientes están estabilizados, con buena tolerancia a la de ansiedad y viviendo escasas experiencias psicóticas, la utilización de las mismas con fines terapéuticos. En resumen, podemos decir que, partiendo en la crisis y primeros estadios de la terapia, cuando los pacientes tienen poca capacidad de mirar al pasado, de posturas básicamente de apoyo e interacción, llegamos en las fases más avanzadas de la psicoterapia grupal a un abordaje dinámico de la problemática del paciente, si bien a lo largo de todo el proceso se mantiene presente estrategias de apoyo, afrontamiento e interpersonales (79).

Abordaje integrador y terapias combinadas

Controvertido en su definición, aplicación y encuadre terapéutico se está convirtiendo en una constante en nuestros días el intento de integrar en contraposición a la diversificación de modelos en los que la práctica cotidiana hace, como hemos

visto en los m
menos distan

Podemo
rico como po
terapia conve
pia cognitivo
ha aplicado p
tomas psicóti
cada de «role
yección histó
experiencia c
imposibles.

Sin duda
cosis son los p
la integración
«modelo adap
con un mode
Interescandin

El progr
esquizofrenia
psicoterapéu
forma contin
mentan. Dent
to que se inici
y terapéutica
sis y a partir d
en crisis, com
pia o terapia i
de la evolución
las indicacion
como del Nac
mas terapéuti
pitalizaciones
siderable de l
calidad de vic

Sobre es
Rosenbaum e
Europa, McG
tratamientos p
y con proyect

dominan las intervenciones comunitarias, en Noruega y Australia las cognitivas y en Dinamarca las psicodinámicas

Sus aportaciones en los últimos años, con el desarrollo de programas de intervención temprana, están revitalizando el interés por la psicoterapia de la psicosis, por lo que al menos queremos reseñar unas palabras sobre ellos, ya que hoy en día se han convertido en una de las principales fuentes de interés en este campo y, sin duda, en la que se está produciendo más investigación e inversión. A principios de los años noventa diversas investigaciones relevan las necesidades especiales de jóvenes con psicosis precoz y el efecto iatrogénico de intervenciones convencionales y las posibilidades de prevención secundaria que se abren. Los programas se fundamentan en la detección precoz de casos nuevos, la reducción de demora en la instauración de un tratamiento eficaz y la provisión de un tratamiento óptimo y continuo durante los primeros años de enfermedad. La intervención se realiza en tres momentos: intervención prepsicótica; detección precoz del primer episodio (período prodrómico o período no diagnosticado ni tratado) y manejo óptimo del primer episodio y el período crítico.

Queremos reflejar lo que por ejemplo el modelo implantado en Melbourne (94) define como una atención integral y que debe cumplirse en cualquier caso: serían intervenciones biológicas (tratamiento psicofarmacológico), psicológicas (intervenciones educativas, de apoyo y cognitivas) y sociales (integrando a la familia en el tratamiento y proporcionando asistencia práctica en temas económicos, vivienda, académicos, laborales, etc.) integradas para proporcionar el máximo beneficio al paciente. Es éste además el modelo más extendido en Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido y Noruega; el resto de países escandinavos, sin abandonar estas directrices, presentan las peculiaridades ya señaladas.

En general y a modo de conclusión podemos afirmar que todo es útil y nada específico, que las distintas intervenciones (sin olvidar las psicofarmacológicas ni los recursos hospitalarios, comunitarios y de rehabilitación) no deben entenderse como excluyentes sino como complementarias, en el abordaje psicoterapéutico de la psicosis y que son posiblemente los modelos comprensivos y globales de tratamiento, adaptados a cada paciente, su situación clínica y sociofamiliar, los que nos pueden permitir encontrar soluciones, no siempre sencillas, para una enfermedad multifactorial, como es la esquizofrenia y, sobre todo, para la persona que la padece que debe ser siempre el principio y fin del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BLEUL, J. *International Update Treatment*
- (2) LEHMAN, A. *Update Treatment*
- (3) ALAN, J. *des del paciente. Psicosis*, 2003.
- (4) FREUD, S.
- (5) FEDER, J.
- (6) JUNG, C. *Routledge*, 1960.
- (7) KLEIN, D. *Psychoanalysis*,
- (8) MAHLER, P.
- (9) SULLIVAN, P.
- (10) FROMM, J. *Hormé*, 1989.
- (11) SEAR, J. *International Update*
- (12) ALAN, J. *Fundación para*
- (13) BENE, J. *1987*.
- (14) MEN, J.
- (15) SJÖSTRÖM, M. *Psiquiatría Scand*
- (16) BOYE, J. *Psychoanalysis*,
- (17) SAND, J. (eds.), *Psychothe* University Press
- (18) ROBE, J. *and Therapeutic*
- (19) MCG, J. *Schizophrenia ar*
- (20) MAY, J. *Archives of Gene*
- (21) MAY, J. *Forms of Treatm*
- (22) GUND, J. *Outcome of Two*
- (23) BACH, J. *and Overview», 31, pp. 155-176.*

dominan las intervenciones comunitarias, en Noruega y Australia las cognitivas y en Dinamarca las psicodinámicas

Sus aportaciones en los últimos años, con el desarrollo de programas de intervención temprana, están revitalizando el interés por la psicoterapia de la psicosis, por lo que al menos queremos reseñar unas palabras sobre ellos, ya que hoy en día se han convertido en una de las principales fuentes de interés en este campo y, sin duda, en la que se está produciendo más investigación e inversión. A principios de los años noventa diversas investigaciones relevan las necesidades especiales de jóvenes con psicosis precoz y el efecto iatrogénico de intervenciones convencionales y las posibilidades de prevención secundaria que se abren. Los programas se fundamentan en la detección precoz de casos nuevos, la reducción de demora en la instauración de un tratamiento eficaz y la provisión de un tratamiento óptimo y continuo durante los primeros años de enfermedad. La intervención se realiza en tres momentos: intervención prepsicótica; detección precoz del primer episodio (período prodrómico o período no diagnosticado ni tratado) y manejo óptimo del primer episodio y el período crítico.

Queremos reflejar lo que por ejemplo el modelo implantado en Melbourne (94) define como una atención integral y que debe cumplirse en cualquier caso: serían intervenciones biológicas (tratamiento psicofarmacológico), psicológicas (intervenciones educativas, de apoyo y cognitivas) y sociales (integrando a la familia en el tratamiento y proporcionando asistencia práctica en temas económicos, vivienda, académicos, laborales, etc.) integradas para proporcionar el máximo beneficio al paciente. Es éste además el modelo más extendido en Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido y Noruega; el resto de países escandinavos, sin abandonar estas directrices, presentan las peculiaridades ya señaladas.

En general y a modo de conclusión podemos afirmar que todo es útil y nada específico, que las distintas intervenciones (sin olvidar las psicofarmacológicas ni los recursos hospitalarios, comunitarios y de rehabilitación) no deben entenderse como excluyentes sino como complementarias, en el abordaje psicoterapéutico de la psicosis y que son posiblemente los modelos comprensivos y globales de tratamiento, adaptados a cada paciente, su situación clínica y sociofamiliar, los que nos pueden permitir encontrar soluciones, no siempre sencillas, para una enfermedad multifactorial, como es la esquizofrenia y, sobre todo, para la persona que la padece que debe ser siempre el principio y fin del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BLEUL, J. H. *International Update Treatment*
- (2) LEHMAN, A. F. *Update Treatment*
- (3) ALAN, J. *des del paciente. Psicosis*, 2003.
- (4) FREUD, S. *Psychoanalysis*, 1960.
- (5) FEDER, J. *Psychoanalysis*, 1960.
- (6) JUNG, C. *Routledge*, 1960.
- (7) KLEIN, D. *Psychoanalysis*, 1960.
- (8) MAHLI, J. *Psychoanalysis*, 1960.
- (9) SULLIVAN, P. *Psychoanalysis*, 1960.
- (10) FROMM, J. *Hormé*, 1989.
- (11) SEAR, J. *International Update Treatment*
- (12) ALAN, J. *Fundación para la Psicosis*, 1987.
- (13) BENE, J. *International Update Treatment*
- (14) MEN, J. *International Update Treatment*
- (15) SIÖST, J. *Psychiatria Scandinavica*, 1987.
- (16) BOYE, J. *Psychoanalysis*, 1960.
- (17) SAND, J. *Psychoanalysis*, 1960.
- (18) ROBE, J. *and Therapeutic*
- (19) MCG, J. *Schizophrenia and*
- (20) MAY, J. *Archives of General Psychiatry*, 1960.
- (21) MAY, J. *Forms of Treatment*
- (22) GUND, J. *Outcome of Treatment*
- (23) BACH, J. *and Overview*, 1960.

- (24) MCGLASHAN, T. H., «What Has Become of the Psychotherapy of Schizophrenia», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90 (supl. 384), pp. 147-152.
- (25) ZUBIN, J.; SPRING, B., «Vulnerability, a New View of Schizophrenia», *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, pp. 103-126.
- (26) BECK A. T., «Successful Outpatient Psychotherapy of a Chronic Schizophrenic with a Delusion Based on Borrowed Guilt», *Psychiatry*, 1952, 15, pp. 305-312.
- (27) RECTOR, N. A.; BECK, A. T., «Cognitive Behavioural Therapy for Schizophrenia: an Empirical Review», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001, 189, pp. 278-87.
- (28) DICKERSON, F. B., «Update on Cognitive Behavioral Psychotherapy for Schizophrenia: Review of Recent Studies», *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2004, 18, pp. 189-205.
- (29) TURKINGTON, D., y otros, «Cognitive-behavioral Therapy for Schizophrenia: a Review», *J. Psychiatr. Pract.*, 2004, 10, pp. 5-16.
- (30) TURKINGTON, D.; KINGDON, D.; WEIDEN, P. J., «Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163, pp. 365-373.
- (31) TARRIER, N., y otros, «A Trial of Two Cognitive-behavioural Methods of Treating Drug-resistant Residual Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients: I Outcome», *Br. J. Psychiatry*, 1993, 162, pp. 524-32.
- (32) BECK, A. T.; RECTOR, N. A. «Cognitive Approach to Schizophrenia: Theory and Therapy», *Annual Review of Clinical Psychology*, 2005, 1, pp. 577-606.
- (33) BELLACK, A. S.; MUESER K. T., «Psychosocial Treatment for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1993, 19, pp. 317-336.
- (34) BENTON, M. K.; SCHROEDER, H. E., «Social Skills Training with Schizophrenics: a Meta-analytic Evaluation», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, pp. 741-747.
- (35) LIBERMAN, R. P.; MUESER, K. T.; WALLACE, C. J., «Social Skills Training for Schizophrenic Individual at Risk of Relapse», *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143, pp. 523-526.
- (36) LIBERMAN, R. P., y otros, «Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with Persistent Schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155, pp. 1087-1091.
- (37) BRENNER, H., y otros, «Treatment of Cognitive Disfunctions and Behavioural Deficits in Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1992, 18, pp. 21-26.
- (38) BRENNER, H., y otros, *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patient*, Toronto, Hogrefe y Huber, 1994.
- (39) HOGARTY, G. E.; FLESHER, S., «Developmental Theory of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25, pp. 677-692.
- (40) HOGARTY, G. E.; FLESHER, S., «Developmental Theory of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25, pp. 693-708.
- (41) HOGARTY, G. E., y otros, «Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia: Effects of a 2-years Randomised Trial on Cognition and Behaviour», *Archives of General Psychiatry*, 2004, 61, pp. 866-876.
- (42) VELLIGAN, D. I.; BOW-THOMAS, C. C., «Two Case Studies of Cognitive Adaptation Training for Outpatients with Schizophrenia», *Psychiatric Services*, 2000, 51, pp. 25-29.
- (43) CHADWICK, P.; BIRCHWOOD, M.; TROWER, P., *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, Nueva York, Wiley, 1996.
- (44) CHADWICK, P., *Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*, Chichester, Wiley, 2006.
- (45) ROGERS, C., *On Becoming a Person*, Londres, Constable, 1961.
- (46) VIGOTSKY, L. S., *Mind in Society*, Cambridge, MIT Press, 1978.

- (47) CULL
Investigación y T
(48) SELV
Therapy of Schiz
(49) SELV
for the Conduct
(50) STIER
STIERLIN, H.; W
Berlin y Heidelb
(51) RETZ
Schizoafectivo
(52) LEVE
Patient and Fam
(53) LEHT
the Turku Projec
(54) GOLD
Schizophrenics»
(55) LEFF
Schizophrenic P
(56) LEFF
Schizophrenic P
(57) ANDR
coeducación, Bu
(58) HOGA
Maintenance Ch
Psychiatry, 1986
(59) HOGA
Maintenance Ch
Controlled Study
(60) FALL
Schizophrenia: a
(61) FALL
Schizophrenia:
Psychiatry, 1985
(62) HOGA
Guilford, 2003.
(63) MCF
NASRALLAH, H. A
(64) BLOC
with Psychosis. A
(65) ABRA
Family Participa
Clinical Psychol
(66) POSN
American Journ
(67) HUXL
a Review of the I

- (24) MCGLASHAN, T. H., «What Has Become of the Psychotherapy of Schizophrenia», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 90 (supl. 384), pp. 147-152.
- (25) ZUBIN, J.; SPRING, B., «Vulnerability, a New View of Schizophrenia», *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, pp. 103-126.
- (26) BECK A. T., «Successful Outpatient Psychotherapy of a Chronic Schizophrenic with a Delusion Based on Borrowed Guilt», *Psychiatry*, 1952, 15, pp. 305-312.
- (27) RECTOR, N. A.; BECK, A. T., «Cognitive Behavioural Therapy for Schizophrenia: an Empirical Review», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001, 189, pp. 278-87.
- (28) DICKERSON, F. B., «Update on Cognitive Behavioral Psychotherapy for Schizophrenia: Review of Recent Studies», *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2004, 18, pp. 189-205.
- (29) TURKINGTON, D., y otros, «Cognitive-behavioral Therapy for Schizophrenia: a Review», *J. Psychiatr. Pract.*, 2004, 10, pp. 5-16.
- (30) TURKINGTON, D.; KINGDON, D.; WEIDEN, P. J., «Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163, pp. 365-373.
- (31) TARRIER, N., y otros, «A Trial of Two Cognitive-behavioural Methods of Treating Drug-resistant Residual Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients: I Outcome», *Br. J. Psychiatry*, 1993, 162, pp. 524-32.
- (32) BECK, A. T.; RECTOR, N. A. «Cognitive Approach to Schizophrenia: Theory and Therapy», *Annual Review of Clinical Psychology*, 2005, 1, pp. 577-606.
- (33) BELLACK, A. S.; MUESER K. T., «Psychosocial Treatment for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1993, 19, pp. 317-336.
- (34) BENTON, M. K.; SCHROEDER, H. E., «Social Skills Training with Schizophrenics: a Meta-analytic Evaluation», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, pp. 741-747.
- (35) LIBERMAN, R. P.; MUESER, K. T.; WALLACE, C. J., «Social Skills Training for Schizophrenic Individual at Risk of Relapse», *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143, pp. 523-526.
- (36) LIBERMAN, R. P., y otros, «Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons with Persistent Schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155, pp. 1087-1091.
- (37) BRENNER, H., y otros, «Treatment of Cognitive Disfunctions and Behavioural Deficits in Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1992, 18, pp. 21-26.
- (38) BRENNER, H., y otros, *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patient*, Toronto, Hogrefe y Huber, 1994.
- (39) HOGARTY, G. E.; FLESHER, S., «Developmental Theory of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25, pp. 677-692.
- (40) HOGARTY, G. E.; FLESHER, S., «Developmental Theory of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25, pp. 693-708.
- (41) HOGARTY, G. E., y otros, «Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia: Effects of a 2-years Randomised Trial on Cognition and Behaviour», *Archives of General Psychiatry*, 2004, 61, pp. 866-876.
- (42) VELLIGAN, D. I.; BOW-THOMAS, C. C., «Two Case Studies of Cognitive Adaptation Training for Outpatients with Schizophrenia», *Psychiatric Services*, 2000, 51, pp. 25-29.
- (43) CHADWICK, P.; BIRCHWOOD, M.; TROWER, P., *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, Nueva York, Wiley, 1996.
- (44) CHADWICK, P., *Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*, Chichester, Wiley, 2006.
- (45) ROGERS, C., *On Becoming a Person*, Londres, Constable, 1961.
- (46) VIGOTSKY, L. S., *Mind in Society*, Cambridge, MIT Press, 1978.

- (47) CULL
Investigación y T
(48) SELV
Therapy of Schiz
(49) SELV
for the Conduct
(50) STIER
STIERLIN, H.; W
Berlin y Heidelb
(51) RETZ
Schizoafectivo
(52) LEVE
Patient and Fam
(53) LEHT
the Turku Projec
(54) GOLD
Schizophrenics»
(55) LEFF,
Schizophrenic P
(56) LEFF,
Schizophrenic P
(57) ANDR
coeducación, Bu
(58) HOGA
Maintenance Ch
Psychiatry, 1986
(59) HOGA
Maintenance Ch
Controlled Study
(60) FALL
Schizophrenia: a
(61) FALL
Schizophrenia:
Psychiatry, 1985
(62) HOGA
Guilford, 2003.
(63) MCF
NASRALLAH, H. A
(64) BLOC
with Psychosis. A
(65) ABRA
Family Participa
Clinical Psychol
(66) POSN
American Journ
(67) HUXL
a Review of the I

- (68) MCFARLANE, W. R., y otros, «Multiple-family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52, pp. 679-687.
- (69) PHARO, F., y otros, «Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida)», en *La Biblioteca Cochrane Plus*, Oxford, Update Software Ltd., 2007.
- (70) LAZELL, E., «The Group Treatment of Daementia Praecox», *Psychoanalytical Review*, 1921, 8, pp. 168-179.
- (71) LEVENE, H. I., y otros, «The Aftercare of Schizophrenics: an Evaluation of Groups and Individual Approaches», *The Psychiatric Quarterly*, 1970, 44, pp. 296-304.
- (72) HERZ, M. I., y otros, «Individual Versus Group Aftercare Treatment», *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, pp. 808-812.
- (73) PURVIS, S.; MISKIMIS, R., «Effects of Community Follow-up on Posthospital Adjustment of Psychiatric Patients», *Community and Mental Health Journal*, 1970, 6, pp. 374-382.
- (74) O'BRIEN C. B., y otros, «Group Versus Individual Psychotherapy with Schizophrenics: a Controlled Outcome Study», *Archives of General Psychiatry*, 1972, 27, pp. 474-478.
- (75) DONLON, P. T.; RADA, R. T.; KNIGHT, S. W., «A Therapeutic Aftercare Setting for Refractory Chronic Schizophrenic Patients», *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, pp. 682-684.
- (76) KANAS, N., *Group Therapy for Schizophrenic Patients*, Washington, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
- (77) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; GARCÍA-ORDÁS, A., «Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia», *Revista de la AEN*, 1992, 12, pp. 203-207.
- (78) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; CAPILLA T., «Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos», *Revista de la AEN*, 1993, 45, pp. 103-112.
- (79) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; GARCÍA CABEZA, I.; FRAILE FRAILE, J. C., «Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios», *Revista de la AEN*, 1999, 72, pp. 573-586.
- (80) HOBSON, R. F., *Forms of Feeling: the Heart of Psychotherapy*, Londres, Tavistock Publications, 1985.
- (81) RYLE, A.; KERR, I. B., *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*, Chichester, Wiley, 1990.
- (82) KERR, I. B.; BIRKETT, P. B. L.; CHANEN, A., «Clinical and Service Implications of a Cognitive Analytic Model of Psychosis», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, 37, pp. 515-523.
- (83) KERR, I. B.; CROWLEY, V.; BEARD, H., «A Cognitive Analytic Therapy-Based Approach to Psychotic Disorder», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.
- (84) ALANEN, Y. O., y otros, *Towards Need-specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*, Berlin y Heidelberg, Springer-Verlag, 1986.
- (85) ALANEN, Y. O., y otros, «Need-adapted Treatment of New Schizophrenic Patients: Experiences and Results of the Turku Project», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83, pp. 363-372.
- (86) ALANEN, Y. O., y otros, *Early Treatment for Schizophrenic Patients. Scandinavian Psychotherapeutic Approaches*, Oslo, Scandinavian University Press, 1994.
- (87) ALANEN, Y. O., y otros, «The Finish Integrated Model for early Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell, 2000.
- (88) CULLBERG, J., y otros, «One-year Outcome in First Episode Psychosis Patients in the Swedish Parachute Project», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 106, pp. 276-285.

- (89) CULLBERG, J., «The
Treatment: a Th
Approaches and
(90) CULLBERG, J.,
Delineating Need
(eds.), *Evolving*
(91) ROSENBERG, S.,
Comparative Le
Psychiatry, 2005
(92) JOHANNESEN, J. O.,
centre Study in
Approaches and
(93) MCGILL, R.,
Research Challe
their Effectivene
(94) EDWARDS, J.,
para la Investiga

Agradecimientos

Agradecemos
este trabajo.* Ignacio Gar
CorresponaServicio de re
** Fecha de re

- (68) MCFARLANE, W. R., y otros, «Multiple-family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52, pp. 679-687.
- (69) PHARO, F., y otros, «Intervención familiar para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida)», en *La Biblioteca Cochrane Plus*, Oxford, Update Software Ltd., 2007.
- (70) LAZELL, E., «The Group Treatment of Daementia Praecox», *Psychoanalytical Review*, 1921, 8, pp. 168-179.
- (71) LEVENE, H. I., y otros, «The Aftercare of Schizophrenics: an Evaluation of Groups and Individual Approaches», *The Psychiatric Quarterly*, 1970, 44, pp. 296-304.
- (72) HERZ, M. I., y otros, «Individual Versus Group Aftercare Treatment», *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, pp. 808-812.
- (73) PURVIS, S.; MISKIMIS, R., «Effects of Community Follow-up on Posthospital Adjustment of Psychiatric Patients», *Community and Mental Health Journal*, 1970, 6, pp. 374-382.
- (74) O'BRIEN C. B., y otros, «Group Versus Individual Psychotherapy with Schizophrenics: a Controlled Outcome Study», *Archives of General Psychiatry*, 1972, 27, pp. 474-478.
- (75) DONLON, P. T.; RADA, R. T.; KNIGHT, S. W., «A Therapeutic Aftercare Setting for Refractory Chronic Schizophrenic Patients», *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, pp. 682-684.
- (76) KANAS, N., *Group Therapy for Schizophrenic Patients*, Washington, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
- (77) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; GARCÍA-ORDÁS, A., «Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia», *Revista de la AEN*, 1992, 12, pp. 203-207.
- (78) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; CAPILLA T., «Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos», *Revista de la AEN*, 1993, 45, pp. 103-112.
- (79) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.; GARCÍA CABEZA, I.; FRAILE FRAILE, J. C., «Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios», *Revista de la AEN*, 1999, 72, pp. 573-586.
- (80) HOBSON, R. F., *Forms of Feeling: the Heart of Psychotherapy*, Londres, Tavistock Publications, 1985.
- (81) RYLE, A.; KERR, I. B., *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*, Chichester, Wiley, 1990.
- (82) KERR, I. B.; BIRKETT, P. B. L.; CHANEN, A., «Clinical and Service Implications of a Cognitive Analytic Model of Psychosis», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, 37, pp. 515-523.
- (83) KERR, I. B.; CROWLEY, V.; BEARD, H., «A Cognitive Analytic Therapy-Based Approach to Psychotic Disorder», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.
- (84) ALANEN, Y. O., y otros, *Towards Need-specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*, Berlin y Heidelberg, Springer-Verlag, 1986.
- (85) ALANEN, Y. O., y otros, «Need-adapted Treatment of New Schizophrenic Patients: Experiences and Results of the Turku Project», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83, pp. 363-372.
- (86) ALANEN, Y. O., y otros, *Early Treatment for Schizophrenic Patients. Scandinavian Psychotherapeutic Approaches*, Oslo, Scandinavian University Press, 1994.
- (87) ALANEN, Y. O., y otros, «The Finish Integrated Model for early Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell, 2000.
- (88) CULLBERG, J., y otros, «One-year Outcome in First Episode Psychosis Patients in the Swedish Parachute Project», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 106, pp. 276-285.

- (89) CULLBERG, J., «The Treatment: a Therapeutic Approaches and their Effectiveness», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.
- (90) CULLBERG, J., «Delineating Needs for Psychiatric Care», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.
- (91) ROSENBERG, S., «Comparative Longitudinal Study in Psychiatric Care», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.
- (92) JOHANNESSEN, J. O., «Centre Study in Psychiatric Care», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.
- (93) MCGILL, R., «Research Challenges in the Treatment of Psychosis», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.
- (94) EDWARDS, J., «Research for the Investigation of Psychosis», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los que colaboraron en este trabajo.

* Ignacio García Cabeza, Responsable del Servicio de Investigación y Evaluación de la Práctica Clínica.

** Fecha de recepción del artículo.