

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INTEGRADO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Óscar Vallina Fernández, Serafín Lemos Giráldez*, Ana García Sáiz,
Aurora Otero García, Marta Alonso Sánchez y Ana María Gutiérrez Pérez

Hospital Sierrallana, * Universidad de Oviedo

El presente estudio se ha realizado con 35 esquizofrénicos (20 pacientes de un grupo de intervención y 15 de un grupo control). Todos los sujetos fueron asignados aleatoriamente a uno de dichos grupos. Los pacientes del grupo experimental fueron sometidos durante un año a un paquete integrado de intervención psicológica, que incluyó cuatro módulos de la IPT (Brenner et al., 1994), así como a sesiones de psicoeducación y terapia conductual. Al mismo tiempo, sus familiares también recibieron un programa de psicoeducación y entrenamiento conductual. Los pacientes del grupo control recibieron el tratamiento ambulatorio estándar para la esquizofrenia. Se compararon ambos grupos con medidas pre-post tratamiento, a partir de los datos obtenidos al inicio y final de la terapia. El análisis de las medias de las medidas clínicas y familiares revelaron que el grupo de intervención clínica experimentó una mejoría mucho mayor que el grupo control.

Integrated psychological treatment for schizophrenic patients. The results of this study are based on a sample of 35 schizophrenic patients (20 patients in a therapy group, and 15 in a control group). The subjects were randomly assigned to one patient group. Patients assigned to therapy group received a one year-long integrated psychological program, which consisted of four IPT subprograms (Brenner et al., 1994), and psychoeducational and behavioural training sessions. Psychoeducation and behaviour therapy were also given to their family members. Patients assigned to control group received only standard treatment for schizophrenics in outpatients settings. The basis of all comparisons between groups were pre-post measurements: data registered before therapy and after therapy conclusion. An analysis of the mean scores of clinical and family measures indicated that the therapy group had improved to a greater extent than the control group.

Durante las dos últimas décadas se ha contemplado un trascendental avance en la búsqueda de terapias eficaces para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia (Be-

llack & Mueser, 1993; Birchwood & Shepherd, 1992; Penn & Mueser, 1995; Penn & Mueser, 1996; Slade & Haddock, 1996), de tal modo que en la actualidad ya existe un importante cuerpo de datos, replicados en múltiples estudios, que confirman la eficacia de distintos modelos de tratamiento familiar para la reducción de la expresión emocional, para mejorar las tasas de recaída de los pacientes y su evolución clíni-

Correspondencia: Serafín Lemos Giráldez
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
33003 Oviedo (Spain)
E-mail: slemos@sci.cpd.uniovi.es

ca y que, además, están asociados con la reducción de la carga familiar (Arévalo, 1990; Dixon & Lehman, 1995; Lam, 1991; Leff, 1996; Tarrier, 1996); programas psicoeducativos (Goldstein, 1995; Goldstein, 1996; Kazarian & Vanderheyden, 1992); de entrenamiento en habilidades sociales, dirigido a mejorar los aspectos conductuales, la sintomatología y el funcionamiento social (Benton & Schroeder, 1990; Corrigan, 1991); de habilidades de afrontamiento, para la reducción del impacto psicológico de la enfermedad y control de la sintomatología positiva de la psicosis (delirios y alucinaciones) (Birchwood & Tarrier, 1995; Tarrier, 1996; Yusupoff & Tarrier, 1996); y tratamientos integrados para mejorar el funcionamiento cognitivo y social (Brenner et al., 1994; Brenner, Hodel, Roder & Corrigan, 1992; Roder, Brenner, Hodel & Kienzle, 1996).

Las intervenciones psicológicas se presentan como un procedimiento efectivo para reducir el impacto de las experiencias psicóticas angustiosas, para mejorar el funcionamiento social de los pacientes y para reducir el estrés en las familias, en combinación con el tratamiento psicofarmacológico. Es interesante señalar que en todas las intervenciones psicológicas se empleó alguna estrategia de manejo de estrés, dirigida a ayudar a los pacientes y a los cuidadores a enfrentarse más eficazmente con los problemas de cada día; además de procedimientos de reducción de estrés asociados con los conceptos de emoción expresada, y centrados en la promoción de actitudes y conductas más tolerantes hacia los pacientes. Sin embargo, la eficacia de estas aproximaciones ha sido planteada por separado; de tal modo que las intervenciones se dirigieron en cada caso a uno de los componentes del problema: la familia, las habilidades del paciente (sociales, de solución de problemas, de afrontamiento general), la sintomatología positiva, o la implantación de apoyos ambientales.

Paradójicamente, y a pesar del reconocimiento de la multifactorialidad causal que tiene la esquizofrenia y, por tanto, de su abordaje multidimensional, los modelos de tratamiento integrados han sido muy poco utilizados. Esta carencia está siendo revisada, y actualmente existe una creciente unanimidad de criterio en torno a la necesidad de combinar e integrar los distintos procedimientos terapéuticos en programas generales que abarquen, de un modo global, las diversas y permanentes necesidades que presentan las personas con trastornos mentales crónicos (Chambon, Marie-Cardine & Dazord, 1996; Haddock & Slade, 1996; Lehman, Carpenter, Goldman & Steinwachs, 1995; Liberman, 1993; Liberman, Vaccaro & Corrigan, 1995; Penn & Mueser, 1996). Todos los investigadores están de acuerdo en la necesidad de combinar una serie de elementos, como componentes nucleares de la intervención, entre los que se contemplan: *enganche* (o conveniencia de que el tratamiento se dirija a las necesidades prácticas del paciente, se negocie el grado óptimo de independencia y colaboración en el proceso y se centre el trabajo en sus preferencias), *automanejo de la enfermedad* (apoyando las habilidades del paciente para supervisar y manejar su trastorno, preparándole para tomar un papel central en el cuidado a largo plazo), *rehabilitación* (para mitigar la incapacidad y reconstruir sus capacidades funcionales, identificando sus recursos y aumentando las conductas adaptativas) y *apoyos ambientales* (colaborando con los familiares a través de intervenciones psicoeducativas).

Uno de los escasos paquetes de intervención psicosocial en la esquizofrenia ha sido desarrollado por Brenner y colaboradores, apoyándose en un modelo de «capacidad de penetración» (Brenner et al., 1994; Brenner, Hodel, Genner, Roder & Corrigan, 1992; Brenner, Hodel & Roder, 1990; Brenner et al., 1992; Roder et al., 1996), que se basa en

tres supuestos fundamentales: (1) que los esquizofrénicos tienen deficiencias en los diferentes niveles funcionales de organización de la conducta; (2) que las deficiencias en uno de los niveles pueden perjudicar las funciones de los otros, por lo que se supone que tienen una capacidad penetrante, y (3) que los diferentes niveles guardan una relación jerárquica mutua.

Los niveles funcionales, a su vez, se considera que están organizados en cuatro categorías: (a) atencional/perceptivo (que incluye las disfunciones básicas en el procesamiento de la información); (b) nivel cognitivo (que incluye la formación de conceptos, los procesos asociativos prelingüísticos y las atribuciones); (c) nivel microsocioal (que incluye las capacidades sociales o funcionales básicas de la conducta), y (d) nivel macrosocioal (referido al desempeño de los diferentes roles sociales). Los autores que proponen el modelo de «capacidad de penetración» suponen que existen interacciones entre el procesamiento de la información y la conducta social, de modo que, por una

parte, los déficits en el procesamiento elemental de la información disminuyen los procesos de integración de nivel superior y la conducta social; mientras que, por otra, la disminución de las habilidades superiores dificulta las funciones cognitivas elementales, sesgando los procesos de la atención y la codificación de los estímulos.

Supuestamente, la combinación de estos dos procesos explica el inicio de los síntomas, la disminución de las habilidades sociales y el mecanismo por el cual dichas disfunciones se mantienen. Los programas de tratamiento que tratan de mitigar estos efectos deberán dirigirse tanto a mejorar las anomalías neuropsicológicas y cognitivas como a los aspectos conductuales y sociales.

La Terapia Psicológica Integrada (IPT) es un programa de intervención grupal, orientado al mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos (Roder et al., 1996; Roder, Brenner, Keppeler & Linn, 1997), que se ha experimentado con éxito en más de 700 pa-

Tabla 1
Subprogramas de la Terapia Psicológica Integrada (IPT) (Hodel & Brenner, 1994)

Subprogramas	Foco de intervención	Técnicas de intervención
Diferenciación cognitiva	Habilidades de atención y formación de conceptos	Clasificación de tarjetas Ejercicios con conceptos verbales
Percepción social	Análisis de estímulos sociales (mediante diapositivas)	Descripción e interpretación del estímulo social Discusión del sentido de la situación
Comunicación verbal	Habilidades de conversación	Ejercicios de repetición verbal Ejercicios de repetición de análogos Interrogantes Conversación sobre un tema de actualidad Conversación libre
Habilidades sociales	Competencia en habilidades sociales	Pre-estructuración cognitiva de adquisición de habilidades <i>Role-play</i>
Solución de problemas impersonales	Aplicación de estrategias de solución de problemas interpersonales	Identificación y análisis de los problemas Pre-estructuración cognitiva Traspaso de la solución elegida a situaciones de la vida real

cientes y que consta en cinco subprogramas, diseñados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales, sucesivamente, característicos de la esquizofrenia. Los subprogramas de intervención están ordenados jerárquicamente; de modo que las primeras sesiones se dirigen a las habilidades cognitivas básicas, las intermedias transforman las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales, y las últimas sesiones entrenan a los pacientes a resolver los problemas interpersonales más complejos. Cada subprograma contiene pasos concretos que prescriben tareas terapéuticas para mejorar las habilidades sociales y cognitivas.

La puesta en práctica de las sesiones del IPT se realiza en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana, durante tres meses aproximadamente. En la Tabla 1 se especifican los elementos clínicos que componen el paquete, de acuerdo con cada subprograma, el foco de actuación de estos y las técnicas que se utilizan en cada uno.

Cada subprograma está concebido de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo. Se avanza desde tareas simples y previsible hasta tareas difíciles y complejas. A la par, se va procediendo desde unos inicios de la intervención muy estructurados hasta un final muy poco estructurado. Por otra parte, y dentro de cada subprograma, se comienza utilizando materiales emocionalmente neutros y se va avanzando con otros que aumentan la carga emocional.

El objeto de esta investigación ha sido el someter a prueba, con un diseño longitudinal, la utilidad clínica de un paquete integrado de intervención psicológica aplicado a pacientes esquizofrénicos, que incluye subprogramas del IPT y otros elementos de psicoeducación y modificación del ambiente familiar.

Método

Sujetos

Los pacientes incluidos en el estudio, y sus familias, pueden considerarse usuarios típicos de la unidad de salud mental del área sanitaria de Torrelavega-Reinosa (Cantabria), con características sociodemográficas bastante homogéneas. Los criterios de selección de la muestra han sido el haber recibido el diagnóstico de esquizofrenia según la CIE-10, sin historia, por lo tanto, de daño orgánico cerebral ni abuso de alcohol o drogas; su pertenencia a un rango de edad de 18 a 45 años; la posibilidad de acceso continuado a la unidad asistencial, por tratarse de un área sanitaria de gran dispersión geográfica, fuerte diseminación de pequeñas poblaciones rurales y dificultades de comunicación; y la convivencia con familiares dispuestos a participar regularmente en el programa terapéutico. Por ello, estos dos últimos criterios han sido elementos fundamentales para la inclusión de los sujetos en el grupo de intervención terapéutica. De acuerdo con estas características, se seleccionaron inicialmente 46 pacientes, de los cuales, 28 conformaron el grupo de tratamiento o experimental, y 18 pacientes esquizofrénicos que recibían el tratamiento estándar formaron el grupo control. El grupo experimental se subdividió en 4 subgrupos de intervención clínica (con 7 pacientes cada uno), de los cuales completaron el programa 20 casos; mientras que el grupo control quedó finalmente formado por 15 pacientes. Las características de los sujetos incluidos en el estudio se detallan en la Tabla 2.

Materiales

El paquete integrado de intervención psicológica incluyó los módulos del IPT, con excepción del primero (*Diferenciación*

cognitiva), que se eliminó al considerar que el estado clínico de los pacientes y sus habilidades básicas no requerían abordar específicamente la rehabilitación de estas funciones. Sin embargo, y dado que el IPT no incluye una actuación psicoeducativa con los pacientes ni con sus familiares, se ha considerado esencial completar el paquete con la inclusión de varias sesiones destinadas a reducir la emoción expresada y la carga familiar, así como a manejar los estresores cotidianos. Estas ampliaciones del IPT han tenido por objeto adaptar el paquete a las necesidades de los pacientes esquizofrénicos ambulatorios, que demandan asistencia en los servicios públicos de salud mental.

De este modo, la intervención clínica en el grupo de tratamiento incluyó los cuatro referidos módulos de la IPT, junto con dos módulos de psicoeducación y de terapia familiar conductual. En consecuencia, el tratamiento exigió el trabajo clínico en tres planos distintos coordinados e integrados, que se desarrolló con cada subgrupo de pacientes a lo largo de un año. Al mismo tiempo, los pacientes recibieron el tratamiento farmacológico habitual para este diagnóstico.

Todas las sesiones de intervención clínica se realizaron en grupos de familiares y de pacientes, separadamente, en la unidad asistencial (Figura 1). Los pacientes del grupo de tratamiento recibieron 4 sesiones de psicoeducación, más los cuatro módulos del programa IPT en el formato sugerido por sus autores (Roder et al., 1996).

Tabla 2
Características sociodemográficas de los grupos de tratamiento y de control

Características	Grupo de tratamiento	Grupo control
Número de sujetos	20	15
Media de edad	31,5	30
Sexo:		
Varones	14	12
Mujeres	6	3
Nivel de estudios:		
EGB	15	6
BUP	4	7
Estudios super.	1	2
Convivencia:		
Padres	17	14
Pareja	2	1
Familiar	1	
Situación laboral:		
Paro	8	3
Pensionado	11	9
Activo	1	3
Estado civil:		
Soltero	17	15
Casado	2	
Divorciado	1	
Media de años de evolución de la enfermedad	7,9	8,7

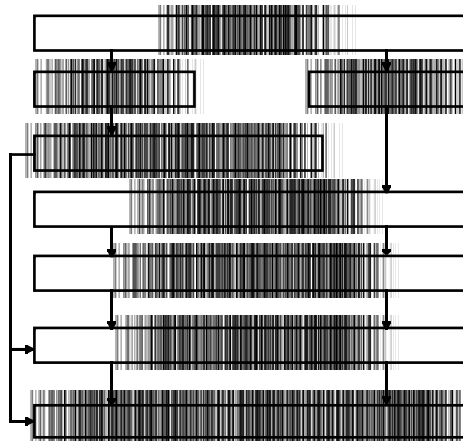


Figura 1. Componentes del paquete integrado de intervención clínica

El programa terapéutico establecido fue probado previamente en un estudio piloto, con dos muestras de 10 (5 en cada grupo, experimental y control) y 30 pacientes (15 en cada grupo, experimental y control), respectivamente. Los resultados iniciales mostraron una clara mejoría clínica del grupo experimental, medida con la BPRS, con es-

calas de funcionamiento social y del nivel general del estrés (Lemos & Vallina, 1996; Vallina, Lemos, García & Otero, 1997).

El grupo control recibió la atención habitual del servicio de salud mental, consistente en tratamiento farmacológico y sesiones periódicas de apoyo.

Medidas

Para evaluar los cambios clínicos experimentados por los pacientes y sus familias, se administraron las siguientes escalas al comienzo del tratamiento y un año después, coincidiendo con la finalización del programa de intervención diseñado para el grupo experimental:

1. ESTADO CLÍNICO

1.1. Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) (Süllwold & Huber, 1986), en versión española de Jimeno, Jimeno y Vargas (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado de 98 items en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia, y angustia e irritabilidad por sobreestimulación)

1.2. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Forma ampliada, BPRS) (Lukoff, Nuechterlein & Ventura, 1986), instrumento ampliamente utilizado por su rápida aplicación y su validez contrastada en multitud de estudios clínicos. Permite la obtención de 24 variables clínicas, calificadas sobre una escala de gravedad tipo Likert entre 1 y 7, y 5 subescalas (ansiedad-depresión, trastornos del pensamiento, anergia, activación y hostilidad), así como una puntuación global. La valoración clínica de los pacientes con este instrumento fue llevada a cabo por otro personal asistencial especializado del equi-

po de la unidad, diferente a los autores de este estudio; buscando así una mayor objetividad a partir criterios externos.

2. NIVEL DE ESTRÉS

Se ha valorado el nivel subjetivo de estrés de los pacientes mediante la escala autoaplicada de adaptación social SRRS (*Social readjustment rating scale*) de Holmes y Rahe (1967), solicitándoles que refiriesen todos los sucesos vitales estresantes experimentados durante los dos años anteriores a la evaluación. La puntuación obtenida con esta escala es el resultado de la suma de una ponderación estandarizada, aplicada a cada tipo de experiencia estresante.

3. MEDIDAS FAMILIARES

3.1. Escala de Funcionamiento Social (S.F.S.) (Barrowclough & Tarrier, 1992; Birchwood & Cochrane, 1990). La S.F.S se construyó específicamente para cubrir aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia. Las siete áreas que explora son: (1) Aislamiento/implicación social (tiempo pasado solo, iniciación de conversaciones, evitación social); (2) Conducta interpersonal (número de amigos, contactos heterosexuales, calidad de la comunicación); (3) Actividades prosociales (participación en una serie de actividades sociales comunes; por ejemplo, deporte); (4) Ocio (participación en pasatiempos comunes, intereses, hobbies, etc.); (5) Independencia/competencia (destreza para ejecutar las habilidades necesarias de una vida independiente); (6) Independencia/desempeño (puesta en práctica de las habilidades necesarias para una vida independiente); y (7) Empleo/ocupación (implicación en un empleo productivo o en un programa estructurado de actividad diaria). En la S.F.S se distingue entre falta de

competencia y la falta de desempeño, haciendo referencia la falta de competencia a la ausencia o pérdida de habilidad y la falta de desempeño al desuso o abandono de una habilidad disponible.

La validación de la escala se realizó con una muestra de 334 pacientes esquizofrénicos ambulatorios, habiendo demostrado ser fiable, válida y sensible al cambio de los pacientes. En la medida en que proporciona una evaluación detallada de las debilidades y fortalezas del paciente, puede ser una útil guía para posibles metas de la intervención así como para la medida de los progresos y evolución clínica.

3.2. Cuestionario Familiar (FQ) de Barrowclough y Tarrrier (1992): Se trata una lista de 59 problemas centrados en el paciente, con una categoría abierta de «otros» para poder incluir dificultades idiosincrásicas. El familiar indica en tres escalas tipo Likert, con un intervalo de cinco puntos, la frecuencia con la que ocurren las conductas, la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten de capaces para enfrentarse con tales dificultades.

3.3. Cuestionario de Afrontamiento Familiar (C.F.Q.) (Magliano et al., 1996), que evalúa las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes esquizofrénicos, mediante una escala de cuatro puntos («siempre», «a menudo», «a veces» o «nunca»).

Consta de 27 items que se agrupan en 7 subescalas: información, (búsqueda de información sobre la enfermedad y su manejo), comunicación positiva (definida como la capacidad de los familiares de reaccionar tranquilamente a las conductas del paciente y de expresar aprecio hacia su autocuidado y participación en la vida familiar), interés social (mantenimiento del interés social del propio familiar), coerción (reacciones agresivas a las conductas alteradas del paciente), evitación (del paciente por el familiar), re-

signación e implicación social del paciente (implicación del paciente en actividades sociales).

El análisis factorial de los items identificó tres factores que explican del 70,9 % del total de la varianza (Magliano et al., 1996): (1) estrategias de afrontamiento positivo orientadas al problema (que incluye cinco subescalas: implicación social del paciente, comunicación positiva, búsqueda de información, asociadas con bajos niveles de resignación y de evitación); (2) estrategias focalizadas en las emociones (basado en reacciones emocionales, incluye las subescalas resignación, evitación y coerción); y (3) mantenimiento de intereses sociales asociado con evitación del paciente. Se presenta como un cuestionario de especial utilidad para la supervisión y selección de las intervenciones familiares psicoeducativas, pero también puede ser utilizado como parte de la evaluación general del ambiente del paciente.

El cuestionario fue validado con 142 familiares que convivían con pacientes esquizofrénicos, en los servicios de salud mental italianos. Se trata de una lista de afirmaciones dirigidas a explorar la frecuencia, durante el último mes, de los estilos de los familiares para enfrentarse con: (a) los síntomas del paciente, (b) sus conductas alteradas, (c) su incapacidad social, y (d) el tratamiento prescrito.

3.4. Medida multifactorial del Estilo de Solución de Problemas (Cassidy & Long, 1996). Se trata de una medida de seis factores que se obtiene a través de 24 items: incapacidad, control de solución de problemas (con una dimensión de control interna-externa en situaciones problema), estilo de solución de problemas creativo (refleja la planificación y consideración de soluciones alternativas en el proceso de solución de problemas), confianza en la solución de problemas (que indica la creencia en la habilidad de uno mismo para solucionar problemas), esti-

lo de evitación y estilo de aproximación (refleja una actitud positiva hacia los problemas y una tendencia a abordarlos).

La escala está basada en los trabajos de Nezu y Nezu (Heppner, Kampa & Brunning, 1987; Heppner & Petersen, 1982; 1991). Los datos presentan la escala como una medida útil, fiable y válida del estilo familiar de solución de problemas.

Procedimiento

Las familias de los pacientes del grupo experimental asistieron a un total de 24 sesiones terapéuticas, distribuidas del siguiente modo: 10 sesiones de psicoeducación, y 2 sesiones de entrenamiento en habilidades básicas de comunicación (a razón de una sesión semanal, durante los tres primeros meses del tratamiento); 6 sesiones de entrenamiento en solución de problemas, siguiendo un formato análogo al utilizado por Falloon y colaboradores (Falloon, Laporta, Fadden & Graham-Hole, 1993), enriquecido con el manejo de expresión de emociones descrito por Kuipers, Leff y Lam (1992) (de frecuencia quincenal, durante los tres meses siguientes); y un tratamiento conductual en 6 sesiones (una cada mes, durante los restantes 6 meses), dirigido a la reducción de la carga familiar (Barrowclough & Tarrier, 1992).

El *módulo psicoeducativo* se realizó en grupo y estuvo compuesto de 10 sesiones de frecuencia semanal y de una hora de duración, para los familiares, y 4 sesiones de igual duración para los pacientes. El contenido de las sesiones de psicoeducación (que fue idéntico en las primeras cuatro sesiones, para ambos grupos de familias y de pacientes) es el siguiente:

1ª sesión: Esquizofrenia: Causas, tipos y síntomas

2ª sesión: La vulnerabilidad: Factores de protección y de riesgo

3ª sesión: Tratamiento farmacológico y efectos secundarios

4ª sesión: Prevención de recaídas: Identificación de signos prodrómicos

5ª sesión: Cómo puede ayudarse a la familia: Control de la carga familiar

6ª sesión: Habilidades para la convivencia: Fijando metas y normas

7ª sesión: Habilidades básicas para una buena comunicación

8ª sesión: Cómo afrontar situaciones especiales de convivencia

9ª sesión: Asociaciones de familiares y de autoayuda

10ª sesión: Recursos comunitarios y prestaciones

Las sesiones de psicoeducación han tenido un formato interactivo, intercalando una exposición didáctica del terapeuta con la presentación de experiencias y opiniones de los pacientes o de los familiares, seguidas con la discusión grupal. Al comienzo de la fase de psicoeducación, todas las familias recibieron una guía con información básica (FEAFES, 1995) que ha suscitado comentarios posteriores. El fundamento de sus contenidos ha sido el proyecto NYU-Bellevue (Tunnell, Alpert, Jacobs & Osiason, 1988), Goldstein (1995) y Rebolledo y Lobato (1995).

La *terapia familiar conductual* consistió en una réplica de los procedimientos conductuales de trabajo con familias descritos en Falloon, Laporta, Fadden y Graham-Hole (1993), adaptado a un formato grupal multifamiliar y sin pacientes. Con esta intervención se ha tratado de dotar a las familias de las habilidades de afrontamiento necesarias para la convivencia con la esquizofrenia, de tal modo que la enfermedad supusiera la menor carga posible y permitiera unos niveles de estrés domésticos inocuos, dificultando un rebrote sintomatológico. Por otra parte, se pretendió establecer una relación entre las familias y el equipo clínico, que facilita-

se la continuidad de cuidados y optimizase los recursos asistenciales, en beneficio del paciente y de los propios familiares.

En consecuencia, la intervención con las familias se dirigió a cuatro modalidades básicas: (1) Educación sobre la enfermedad; (2) Entrenamiento en habilidades de comunicación; (3) Entrenamiento en habilidades de solución de problemas; y (4) Aplicación de habilidades cognitivo-conductuales específicas para el afrontamiento de situaciones especiales. Estos componentes se aplicaron secuencialmente, siguiendo el orden descrito, con un formato altamente estructurado y articulado, en torno a unos métodos conductuales que incluyen: instrucciones, ensayo conductual, modelado, refuerzo social y tareas *in vivo* entre sesiones.

Los *subprogramas de la IPT* utilizados con los pacientes del grupo experimental se aplicaron del siguiente modo:

Percepción social: Se utilizaron 30 diapositivas, siguiendo el formato sugerido por los autores (Roder, et al., 1996), en 10 sesiones de frecuencia semanal, a razón de 3 diapositivas por sesión. En nuestra opinión, este módulo es fundamental, por contener la esencia de todas las intervenciones cognitivas que incluye el tratamiento (recepción de información, análisis de la misma y emisión de una respuesta selectiva ante la información recibida y analizada). Los tres procesos cognitivos son la base de las demás técnicas y procedimientos del paquete de intervención.

Comunicación verbal: Se programaron 10 sesiones, una por semana, que incluyeron: (a) repetición literal de frases; (b) repetición de frases según su sentido; (c) preguntas auto-formuladas, con respuesta; (d) interrogatorio sobre un tema determinado; y (e) comunicación libre.

Habilidades sociales: En 24 sesiones de entre 60-90 minutos de duración, dos cada semana, se realizó entrenamiento en habilidades de bajo riesgo emocional (inicio,

mantenimiento y cierre de conversaciones; expresar agradecimiento; expresar alabanza, reconocimiento y hacer cumplidos; solicitar información; y rechazar una petición), y de alto riesgo emocional (hacer una reclamación; realizar una crítica; recibir críticas; disculparse; expresar una petición o deseo; e iniciar una empresa en común). Se respetó siempre el orden y la secuencia, variando el número de sesiones dedicado a cada habilidad, en función de las dificultades y aprendizaje observados. El método seguido para su entrenamiento se adaptó de Liberman, DeRisi y Mueser (1989).

Solución de problemas: Consistió en la aplicación del procedimiento originalmente diseñado por D'Zurilla y Golfried (1971) a diversas situaciones instrumentales o interpersonales conflictivas en la vida de los pacientes y/o familias. El entrenamiento se realizó en grupos separados para pacientes y familiares, siguiendo el mismo procedimiento. En sesiones de frecuencia quincenal, de entre 60-90 minutos de duración, se abordó cada uno de los componentes y se aplicó luego el procedimiento completo a los diversos problemas que se fueron introduciendo en los grupos. Una vez completado el ejercicio en grupo, se planificó su realización *in vivo* y se estableció como meta para la siguiente sesión. El contenido de cada apartado se correspondió con el siguiente programa propuesto por D'Zurilla (1986): (a) orientación al problema; (b) definición y formulación del problema; (c) elaboración de soluciones alternativas; (d) toma de decisiones; y (e) implementación de la solución y verificación.

Diseño

Para someter a prueba la utilidad clínica del paquete integrado de intervención psicológica, se analizaron las variaciones pre-post tratamiento experimentadas por cada uno de los dos grupos de pacientes. Se ha

realizado una comparación de medias para medidas relacionadas, utilizando la prueba de *t* de Student.

Resultados

Los resultados muestran, en lo referente a la composición de los grupos, que tanto el grupo experimental como el grupo control presentaron características bastante similares al inicio del tratamiento (Tabla 3). Ambos grupos han resultado ser bastante homo-

géneos en las medidas globales de los trastornos cognitivos básicos, del nivel de estrés, y de las características familiares: estilos de solución de problemas, funcionamiento social, trastornos conductuales, carga familiar subjetiva y afrontamiento familiar centrado en el problema y en las emociones. En ninguna de estas variables se apreciaron diferencias significativas, en el análisis intergrupo. Se ha apreciado, sin embargo, diferencia significativa en la psicopatología inicial de los grupos, según la evaluación re-

Tabla 3
Comparación de las medidas obtenidas por los grupos de intervención clínica (n= 20) y control (n= 15) al comienzo del programa terapéutico

Variable	Grupo Experimental		Grupo Control		<i>t</i>	p
	Media	(DT)	Media	(DT)		
<i>Frankfurt:</i>						
Punt. Total	32,15	(23,50)	21,93	(17,69)	1,41	NS
Frankfurt rasgo	18,35	(12,52)	12,93	(10,28)	1,36	NS
Frankfurt estado	14,00	(11,33)	9,07	(8,00)	1,44	NS
<i>B.P.R.S.:</i>						
Punt. Total	35,60	(10,18)	27,73	(9,59)	2,53	.016
Estrés	689,40	(449,32)	402,33	(421,32)	1,92	NS*
<i>S.F.S.:</i>						
Punt.Total	109,80	(23,53)	101,13	(19,99)	1,15	NS
<i>FQ:</i>						
CF-Conductas	90,10	(17,83)	86,27	(16,80)	0,65	NS
CF-Carga familiar	43,55	(29,72)	35,07	(26,33)	0,88	NS
CF-Coping	34,68	(32,03)	15,47	(11,33)	2,42	.021
<i>C.F.Q.:</i>						
Factor 1	26,45	(5,02)	27,00	(4,97)	-0,32	NS
Factor 2	15,30	(3,42)	15,60	(2,44)	-0,29	NS
Factor 3	12,90	(3,51)	10,27	(3,45)	2,21	.034
<i>Solución Problemas:</i>						
Incapacidad	1,35	(1,35)	1,53	(1,64)	-0,36	NS
Control	1,75	(0,97)	2,27	(1,28)	-1,36	NS
Creatividad	2,60	(1,09)	2,33	(1,59)	0,59	NS
Confianza	2,30	(1,03)	2,27	(1,62)	0,07	NS
Evitación	2,00	(1,12)	1,87	(1,12)	0,35	NS
Aproximación	2,65	(1,27)	2,47	(1,30)	0,42	NS
* p<0.06						

alizada por el personal asistencial mediante el BPRS; de modo que el grupo control manifestó al comienzo del tratamiento un nivel de alteración clínica inferior al grupo experimental. Esta diferencia no fue pretendida sino que resultó espontáneamente tras la formación de los grupos. Por contra, las familias de los pacientes pertenecientes al grupo experimental manifestaron una capacidad de afrontamiento superior a las del grupo control, así como más intereses sociales, según se desprende de los resultados de los cuestionarios FQ (escala de *coping*) y C.F.Q. (factor 3), respectivamente.

El análisis de los cambios pre-post tratamientos, en los grupos experimental y control pone de manifiesto que, de acuerdo con la hipótesis de trabajo, en la evaluación posterior al tratamiento multimodal se produjeron mejorías importantes en el grupo experimental en todas las áreas clínicas relevantes de la esquizofrenia, comparativamente con el tratamiento estándar (Tabla 4); a saber, nivel de ansiedad, psicopatología, funcionamiento cognitivo, funcionamiento social, carga familiar y fortalecimiento de los recursos de afrontamiento personal y familiar. Así, en un somero análisis se aprecia que el grupo experimental mejoró, según valoración subjetiva de los pacientes, en todas las dimensiones sintomatológicas que mide el Inventario Psicopatológico de Frankfurt, en la puntuación total ($t= 4.02$, $p= 0.001$) y en sus factores de estado ($t= 4.46$, $p= 0.000$) y de rasgo ($t= 3.44$, $p= 0.003$), mientras que la mejoría del grupo control se reduce exclusivamente a la escala de motricidad ($t= -2.07$, $p= 0.057$).

En la evaluación realizada por el personal asistencial, mediante la BPRS, se aprecia que el grupo experimental también mejora en su sintomatología, tanto positiva como negativa, manifestándose esta mejoría en todos los factores de la escala: ansiedad/depresión ($t= 5.31$, $p= 0.000$), trastornos del pensamiento ($t= 4.41$, $p= 0.000$), anergia ($t= 5.34$, $p=$

0.000), activación ($t= 3.56$, $p= 0.002$), hostilidad ($t= 3.52$, $p= 0.002$), así como en la puntuación total ($t= 7.11$, $p= 0.000$). El grupo control, en cambio, sólo obtiene mejoría significativa en la escala de ansiedad/depresión ($t= -2.07$, $p= 0.057$) y en la puntuación global.

El nivel de estrés del grupo experimental se redujo notablemente ($t= 3.71$, $p= 0.001$), mientras que en el grupo control no se observaron diferencias. Idéntica mejoría se apreció en los comportamientos desadaptados evaluados en el cuestionario familiar ($t= 5.76$, $p= 0.000$) y la carga familiar ($t= 4.04$, $p= 0.001$), mientras que estas características apenas sufrieron variación en el grupo control.

En cuanto al funcionamiento social, ambos grupos presentaron una mejoría significativa en el aislamiento social ($t= -2.53$, $p= 0.021$ en el grupo experimental y $t= -2.30$, $p= 0.037$ en el grupo control), pero en el grupo experimental se extiende dicha mejoría al funcionamiento interpersonal ($t= -5.00$, $p= 0.000$), al desempeño ($t= -2.54$, $p= 0.020$) y a la puntuación total de la escala S.F.S.; en cambio el grupo control mejora en la escala de ocio ($t= 2.05$, $p= 0.059$).

Los estilos de afrontamiento familiar, además, han mejorado en el grupo de tratamiento en cuanto a información ($t= -3.51$, $p= 0.004$), comunicación ($t= -5.15$, $p= 0.000$), descenso de la resignación ($t= 2.37$, $p= 0.028$) y afrontamiento positivo centrado en el problema (factor 1) ($t= 3.95$, $p= 0.001$); mientras que en los familiares del grupo control lo hacen en la implicación social ($t= 3.40$, $p= 0.004$) y también en el factor de afrontamiento centrado en el problema ($t= 2.56$, $p= 0.023$).

Finalmente, en cuanto al estilo de solución de problemas manifestado por las familias de los pacientes del grupo experimental, se observa reducción significativa del sentimiento de incapacidad ($t= 1.63$, $p= 0.019$), mientras que hay un aumento de actitudes de evitación en los familiares del grupo control ($t= 3.57$, $p= 0.003$).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INTEGRADO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Tabla 4
Comparación de las características clínicas entre el grupo de intervención (n= 20) y el grupo control (n= 15), pre y post-tratamiento, y significación estadística

Variable	Grupo Experimental				Grupo Control			
	Media (DT) Pre	Media (DT) Post	t	p	Media (DT) Pre	Media (DT) Post	t	p
<i>Frankfurt:</i>								
Pérdida de control	3,15 (2,74)	1,55 (2,34)	3,11	.006	2,00 (1,96)	2,13 (1,85)	-0,28	NS
Percepción simple	1,85 (2,06)	0,65 (1,58)	3,21	.005	1,40 (1,99)	1,27 (2,12)	0,38	NS
Percepción compleja	2,40 (2,58)	1,25 (2,17)	3,29	.004	1,73 (1,91)	1,27 (1,98)	0,81	NS
Lenguaje	4,15 (3,10)	2,15 (2,09)	3,45	.003	3,20 (2,98)	3,27 (3,41)	-0,11	NS
Cognición/pensamiento	3,80 (2,86)	1,50 (1,94)	4,06	.001	3,07 (2,71)	3,07 (3,24)	0,00	NS
Memoria	3,65 (2,92)	2,10 (2,24)	2,82	.011	2,53 (2,45)	3,00 (2,10)	-0,62	NS
Motricidad	2,55 (2,53)	1,20 (2,05)	3,28	.004	1,00 (1,36)	1,60 (1,35)	-2,07	.057
Pérdida automatismos	3,80 (2,85)	2,40 (2,47)	2,55	.020	2,40 (2,53)	3,07 (2,99)	-1,07	NS
Anhedonia/angustia	3,60 (2,03)	2,05 (2,56)	2,79	.012	2,80 (2,21)	2,93 (3,22)	-0,22	NS
Sobrestimulación	3,40 (2,96)	1,50 (2,19)	3,64	.002	1,87 (1,99)	1,87 (1,73)	0,00	NS
Punt. Total	32,15 (23,50)	16,30 (19,38)	4,02	.001	21,93 (17,69)	23,27 (19,22)	-0,34	NS
Frankfurt estado	14,00 (11,33)	6,10 (9,28)	4,46	.000	9,07 (8,00)	9,07 (8,50)	0,00	NS
Frankfurt rasgo	18,35 (12,52)	10,25 (10,12)	3,44	.003	12,93 (10,28)	14,20 (11,43)	-0,67	NS
<i>B.P.R.S.:</i>								
Ansiedad/depresión	9,35 (3,54)	5,85 (0,74)	5,31	.000	7,20 (3,47)	9,13 (5,77)	-2,21	.044
Trast. pensamiento	7,90 (4,22)	5,05 (0,83)	4,41	.000	6,73 (3,67)	6,93 (3,71)	-0,49	NS
Anergia	8,40 (3,17)	5,40 (1,06)	5,34	.000	6,07 (2,12)	6,73 (3,03)	-1,40	NS
Activación	5,15 (2,56)	5,55 (0,46)	3,56	.002	3,40 (1,30)	3,33 (0,90)	0,32	NS
Hostilidad	4,80 (1,94)	3,65 (0,35)	3,52	.002	4,33 (2,02)	4,47 (2,77)	-0,29	NS
Punt. Total	35,60 (10,18)	23,50 (5,11)	7,11	.000	27,73 (9,59)	30,60 (9,59)	-2,96	.010
Estrés	689,40 (449,32)	377,95 (395,60)	3,71	.001	402,33 (421,32)	392,33 (464,89)	0,10	NS
<i>S.F.S.:</i>								
Aislamiento social	10,25 (3,41)	11,80 (1,94)	-2,53	.021	9,27 (2,43)	10,67 (2,23)	-2,30	.037
Funcion.interpersonal	16,30 (4,98)	21,75 (3,43)	-5,00	.000	15,27 (4,57)	16,33 (4,20)	-1,37	NS
Activ. prosociales	15,75 (9,46)	15,80 (8,61)	-0,04	NS	12,73 (6,33)	9,67 (8,07)	1,66	NS
Ocio	15,30 (4,72)	16,15 (3,80)	-1,03	NS	15,53 (5,01)	13,93 (4,83)	2,05	.059
Autonomía	33,10 (6,87)	35,45 (2,96)	-1,52	NS	30,13 (6,42)	30,80 (6,63)	-0,52	NS
Desempeño	18,35 (6,74)	21,75 (5,87)	-2,54	.020	18,53 (5,56)	18,93 (6,91)	-0,23	NS
Punt.Total	109,80 (23,53)	123,60 (15,04)	-3,03	.007	101,13 (19,99)	99,87 (26,73)	0,25	NS
<i>FC:</i>								
CF-Conductas	90,10 (17,83)	74,60 (16,22)	5,76	.000	86,27 (16,80)	85,20 (24,75)	0,30	NS
CF-Carga familiar	43,55 (29,72)	22,55 (15,65)	4,04	.001	35,07 (26,33)	33,20 (32,75)	0,30	NS
CF-Coping	34,68 (32,03)	11,74 (17,86)	3,63	.002	15,47 (11,33)	11,33 (11,01)	1,15	NS
<i>C.F.Q.:</i>								
Información	5,35 (1,90)	6,95 (1,32)	-3,31	.004	4,33 (2,06)	4,27 (2,02)	0,56	NS
Comunicación	14,50 (3,02)	17,35 (2,23)	-5,15	.000	16,33 (3,70)	15,53 (3,27)	1,21	NS
Intereses sociales	11,65 (2,94)	12,25 (2,45)	-1,45	NS	10,27 (3,45)	9,80 (4,04)	1,10	NS
Coacción	8,45 (1,67)	8,20 (1,70)	0,79	NS	8,60 (1,96)	8,87 (2,17)	-0,69	NS
Evitación	3,60 (1,23)	3,40 (1,89)	1,71	NS	3,20 (0,56)	3,40 (0,74)	-1,38	NS
Resignación	4,15 (1,46)	3,35 (1,42)	2,37	.028	3,80 (1,74)	4,33 (1,76)	-1,47	NS
Implicación social	6,65 (1,69)	6,95 (1,79)	-0,97	NS	6,33 (1,72)	4,93 (1,75)	3,40	.004
Factor 1	26,45 (5,02)	30,75 (4,45)	-3,95	.001	27,00 (4,97)	24,73 (4,82)	2,56	.023
Factor 2	15,30 (3,42)	14,55 (3,35)	1,92	NS	15,60 (2,44)	16,60 (3,20)	-1,43	NS
Factor 3	12,90 (3,51)	12,55 (2,46)	0,61	NS	10,27 (3,45)	9,80 (4,04)	1,10	NS
<i>Solución Problemas:</i>								
Incapacidad	1,35 (1,35)	0,95 (0,94)	1,63	.019	1,53 (1,64)	1,40 (1,68)	0,69	NS
Control	1,75 (0,97)	2,40 (1,18)	-2,56	NS	2,27 (1,28)	1,67 (1,54)	1,87	NS
Creatividad	2,60 (1,09)	3,05 (1,19)	-1,31	NS	2,33 (1,59)	2,20 (1,52)	0,38	NS
Confianza	2,30 (1,03)	2,80 (1,28)	-1,60	NS	2,27 (1,62)	1,80 (1,57)	1,02	NS
Evitación	2,00 (1,12)	1,60 (1,35)	1,36	NS	1,87 (1,12)	2,53 (0,99)	-3,57	.003
Aproximación	2,65 (1,27)	3,00 (1,34)	-1,02	NS	2,47 (1,30)	2,33 (1,05)	0,62	NS

En resumen, el conjunto de los resultados confirma con claridad que la aplicación del paquete integrado de intervención psicológica a los pacientes esquizofrénicos y a sus familiares reporta beneficios clínicos, un año después, muy superiores a los observados en aquellos que son atendidos exclusivamente con la terapia farmacológica y revisiones periódicas.

Discusión

Los hallazgos empíricos de este estudio refuerzan los resultados de otras investigaciones que han demostrado que el uso combinado de procedimientos psicológicos que se dirigen a las disfunciones y anomalías cognitivas, conductuales y sociales, en combinación con el tratamiento farmacológico, producen el mejor resultado clínico en el tratamiento de la esquizofrenia (Brenner et al., 1992; Brenner et al., 1992) y, a la vez, dan validez a un formato de intervención biopsicosocial integral como la aquí presentada, como un método adecuado para la intervención desde los contextos asistenciales públicos habituales en nuestro país.

Hasta ahora, los distintos estudios que se han realizado utilizando la IPT habían mostrado un efecto beneficioso, materializado en mejoría de los trastornos cognitivos básicos (Brenner, 1987; Brenner, Hodel, Kube & Roder, 1987; Roder, Studer & Brenner, 1987), pero presentaba serias limitaciones en cuanto a la generalización de esa mejoría al funcionamiento conductual y social (Hodel, Brenner & Merlo, 1990; Kraemer, Zinner, Riehl, Gehringer & Möller, 1990; Vogel, 1987) y a la psicopatología (Kraemer, 1991; Roder et al., 1996). Estas limitaciones han llevado a la elaboración de nuevos desarrollos en el tratamiento psicológico integrado de la esquizofrenia, tanto en su vertiente comunitaria (Roder, Bren-

ner & Zorn, 1996) como en su formato y procedimientos clínicos (Kraemer, Dinkhoff-Awiszus & Moller, 1994; Schaub, Andres, Brenner & Donzel, 1996). Estas innovaciones han supuesto la inclusión de estrategias más molares de intervención, basadas en la beneficiosa influencia «hacia abajo» ejercida por los procedimientos conductuales y sociales sobre las funciones cognitivas, y explicada por la mejora en las habilidades de percepción, procesamiento de la información y respuestas, que estos tratamientos incluyen como su eje principal (Lieberman & Green, 1992).

Los nuevos procedimientos clínicos incluyen a la IPT, la psicoeducación y la incorporación de las familias al tratamiento. En esta nueva línea de desarrollo clínico se inscribe nuestro programa. Los buenos resultados obtenidos por el mismo parecen coincidir con la presencia, en nuestro método, de los requisitos que Lieberman, Vaccaro y Corrigan (1995) establecen como los ingredientes esenciales que las intervenciones psicosociales deberían incluir para garantizar su eficacia: (1) que contengan elementos prácticos de solución de problemas cotidianos y estén orientadas hacia metas específicas realizables; (2) que se basen en una relación positiva continuada entre el clínico, el paciente y su familia; (3) que tengan una duración prolongada, no inferior a 12 meses; (4) que se centren en los estresores ambientales y en los déficit personales relacionados, en cada caso, con la recaída y la mala adaptación comunitaria; y (5) que tengan una orientación multimodal e integrada.

Los sólidos progresos derivados de nuestro modelo integral de tratamiento, un año después de iniciar la intervención clínica, permiten abrigar la esperanza de que puedan mantenerse en el tiempo; lo que será objeto de estudio en seguimientos a más largo plazo.

Referencias

- Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. *Estudios de Psicología*, 43/44, 169-193.
- Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. London: Chapman & Hall.
- Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336.
- Benton, M. K., & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Birchwood, M., & Cochrane, R. (1990). Families coping with schizophrenia: Coping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine*, 20, 857-865.
- Birchwood, M., & Shepherd, G. (1992). Controversies and growing points in cognitive-behavioural interventions for people with schizophrenia. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 305-342.
- Birchwood, M., & Tarrier, N. (Eds.). (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Brenner, H., Roder, V., Hodel, B., Kienzie, N., Reed, D., & Liberman, R. (1994). *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Brenner, H. D. (1987). On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. En J. S. Strauss, W. Böker, & H. D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 136-151). Toronto: Hans Huber.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Genner, R., Roder, V., & Corrigan, P. W. (1992). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *British Journal of Psychiatry*, 161 (Suppl. 18), 154-163.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Kube, G., & Roder, V. (1987). Kognitive therapie bei schizophrenen: Problemanalyse und empirische ergebnisse. *Nervenarzt*, 58, 72-83.
- Brenner, H. D., Hodel, B., & Roder, V. (1990). Integrated cognitive and behavioral interventions in treatment of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 41-43.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions. En F. P. Ferrero, A. E. Haynal, & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry* (pp. 201-209). London: John Libbey.
- Cassidy, T., & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 265-277.
- Corrigan, P. W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 203-210.
- Chambon, O., Marie-Cardine, M., & Dazord, A. (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: A French study. *European Psychiatry*, 11 (Suppl. 2), 77-84.
- Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-644.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Verlag.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Falloon, I. R. H., Laporta, M., Fadden, G., & Graham-Hole, V. (1993). *Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills*. London: Routledge.
- FEAFES. (1995). *La esquizofrenia: De la incertidumbre a la esperanza. La esquizofrenia en la familia*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.
- Goldstein, M. J. (1995). Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology*, 9 (Suppl. 5), 59-70.
- Goldstein, M. J. (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (Suppl. 2), 77-84.
- Haddock, G., & Slade, P. D. (Eds.). (1996). *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.

- Heppner, P. P., Kampa, M., & Brunning, L. (1987). The relationship between problem-solving self appraisal and indices of physical and psychological health. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 155-168.
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology, 29*, 66-75.
- Hodel, B., & Brenner, H. D. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients: Conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90 (Suppl. 284)*, 108-115.
- Hodel, B., Brenner, H. D., & Merlo, M. (1990). Cognitive and social training for chronic schizophrenic patients: A comparison between two types of therapeutic interventions. En C. Stefanis, A. Rabavilas, & R. Soldatos (Eds.), *Psychiatry: A world perspective (Vol. 3)*. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Medicine, 11*, 213-218.
- Jimeno, N., Jimeno, A., & Vargas, M. L. (1996). *El síndrome psicótico y el inventario de Frankfurt: Conceptos y resultados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Kazarian, S., & Vanderheyden, A. (1992). Family education of relatives of people with psychiatric disability: A review. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 15*, 67-84.
- Kraemer, S. (1991). Cognitive training and social skills training in relation to basic disturbances in chronic schizophrenic patients. En C. N. Stefanis (Ed.), *Proceedings of the World Congress of Psychiatry: 1989* (pp. 478-483). Amsterdam: Elsevier.
- Kraemer, S., Dinkhoff-Awizsus, G., & Moller, H. J. (1994). Modification of integrated psychological therapy for schizophrenic patients. En H. D. Brenner, V. Roder, B. Hodel, N. Kienzie, D. Reed, & R. Liberman (Eds.), *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients* (pp. 139-144). Bern: Hogrefe & Huber.
- Kraemer, S., Zinner, H. J., Riehl, T., Gehringer, M., & Möller, H. J. (1990). Kognitive therapie und verhaltenstraining zur förderung sozialer kompetenz für chronisch schizophrene patienten. En G. E. Kühne, H. D. Brenner, & G. Huber (Eds.), *Kognitive therapie bei schizophrenen*. Jena: Gustav Fischer.
- Kuipers, L., Leff, J., & Lam, D. (1992). *Family work for schizophrenia: A practical guide*. London: Gaskell.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine, 21*, 423-441.
- Leff, J. (1996). Manejo familiar de la esquizofrenia. En C. L. Shriqui & H. A. Nasrallah (Eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia* (pp. 777-800). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lehman, A. F., Carpenter, W. T., Goldman, H. H., & Steinwachs, D. M. (1995). Treatment outcomes in schizophrenia: Implications for practice, policy, and research. *Schizophrenia Bulletin, 21*, 669-675.
- Lemos, S., & Vallina, O. (1996). *IPT results with a Spanish schizophrenic sample*. Comunicación presentada en el X World Congress of Psychiatry, Madrid.
- Liberman, R. P. (Ed.). (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Eknsford, NY: Pergamon Press.
- Liberman, R. P., & Green, M. F. (1992). Whither cognitive behavioral therapy for schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin, 18*, 27-35.
- Liberman, R. P., Vaccaro, J. V., & Corrigan, P. W. (1995). Psychiatric rehabilitation. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/VI (Vol. 2)* (pp. 2696-2719). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin, 12*, 594-602.
- Magliano, L., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Morosini, P. L., & Maj, M. (1996). A new questionnaire assessing coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Development and factor analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*, 224-228.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1995). Tratamiento cognitivoconductual de la esquizofrenia. *Psicología Conductual, 3*, 5-34.

- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Rebolledo, S., & Lobato, M. J. (1995). *Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares y afectados*. Santiago: Xunta de Galicia.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B., & Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Roder, V., Brenner, H. D., Keppeler, U., & Linn, H. (1997). Programa terapéutico integrado (IPT) para pacientes esquizofrénicos. En S. Rebolledo (Ed.), *Rehabilitación Psiquiátrica* (pp. 139-146). Santiago: Universidad de Santiago.
- Roder, V., Brenner, H. D., & Zorn, P. (1996). *Reintegrating schizophrenic patients in the community: Cognitive behaviour therapy and social skills training in the areas of work, housing, and leisure*. Comunicación presentada en el V Congress World Association for Psychological Rehabilitation, Rotterdam.
- Roder, V., Studer, K., & Brenner, H. D. (1987). Erfahrungen mit einem integrierten psychologischen therapieprogramm zum training kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten in der rehabilitation schwer chronisch schizophrener patienten. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 138, 31-44.
- Schaub, A., Andres, K., Brenner, H. D., & Donzel, G. (1996). *A group format coping-oriented treatment programme for schizophrenic patients: Developments and first results*. Comunicación presentada en el V Congress World Association for Psychological Rehabilitation, Rotterdam.
- Slade, P. D., & Haddock, G. (1996). A historical overview of psychological treatments for psychotic symptoms. En G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 28-42). London: Routledge.
- Stüllwold, L., & Huber, G. (1986). *Schizophrene basisstörungen*. Berlin: Springer Verlag.
- Tarrier, N. (1996). Family interventions and schizophrenia. En G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 212-234). London: Routledge.
- Tunnell, G., Alpert, M., Jacobs, J., & Osiason, J. (1988). Designing a family psychoeducation program to meet community needs: The NYU- Bellevue Project. *International Journal of Mental Health*, 17, 75-98.
- Vallina, O., Lemos, S., García, A., & Otero, A. (1997). *Tratamiento psicológico integral de la esquizofrenia con pacientes ambulatorios*. Comunicación presentada en las VIII Jornadas de la Asociación Gallega de Salud Mental, Ferrol.
- Vogel, B. (1987). *Empirischer vergleich und evaluation der auswirkungen zweier therapiestufen eines therapieprogrammes zum training kognitiver und sozialer fertigkeiten in der rehabilitation chronisch schizophrener patienten*. Tesis no publicada, Universidad de Constanza.
- Yusupoff, L., & Tarrier, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 86-102). London: Routledge.

Acceptado el 27 de noviembre de 1997