

Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia

RESUMEN: Revisión de las modalidades psicoterapéuticas más importantes (psicodinámicas, cognitivas, familiares y de grupo) aplicadas a la psicosis.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, terapias psicodinámicas, cognitivas, de grupo, familiares.

SUMMARY: A review of the most important psychotherapies (psychodynamic, cognitive, family and group therapies) for schizophrenic patients is presented.

KEY WORDS: Schizophrenia, psychodynamic therapy, cognitive therapy, family therapy, group therapy.

La necesidad de un enfoque psicoterapéutico en la esquizofrenia está presente desde hace más de 100 años, con el comienzo de la psicoterapia de la psicosis en la clínica Burghölzli (Zurich), donde bajo la dirección de Eugene Bleuler trabajan entre otros Gross, Riklin, Biswanger, Jung, etc. Bleuler incluye en el tratamiento del paciente esquizofrénico una serie de elementos básicos: relación constante, análisis de la fuente de tensión, catarsis, reflexión, cambios conductuales, adaptación y consejo (1). Esta necesidad debería reivindicarse hoy más aún, en un medio en el que supuestamente prima la evidencia científica frente a otros argumentos, las recomendaciones de un abordaje psicosocial se mantienen en todas las guías actuales de tratamiento de la esquizofrenia (2). Sin embargo, a pesar de ello y de las limitaciones que para el paciente psicótico supone un abordaje exclusivamente farmacológico (falta de respuesta completa, mal cumplimiento, tratamiento de síntomas positivos olvidando aspectos funcionales y otros síntomas menos evidentes como los cognitivos, falta de *insight*, no recuperación de la autoestima, ausencia de cambios, etc.) el uso y extensión de la psicoterapia en pacientes con trastornos psicóticos es muy limitado. Alanen recoge en su último libro una serie de razones que explicarían esta situación, entre las que destacamos las relacionadas con la evolución hacia un concepto biomédico de la enfermedad (con lo que supone de formación e inversión de recursos en otros aspectos y la participación de la industria farmacéutica en la formación, con intereses muy distintos a las intervenciones psicológicas o psicosociales) y, las derivadas de las dificultades intrínsecas y económicas de su aplicación e investigación, sobre todo con estudios prospectivos controlados (3).

A lo largo de este trabajo describiremos las formas de abordaje psicoterapéutico tradicionales aplicadas al campo de la psicosis, no se incluyen otras modalidades como músico-terapia, arte, *Gestalt*, psicodrama, etc. ni tampoco las estrictamente relacionadas con intervenciones comunitarias (comunidades terapéuticas, tratamiento comunitario asertivo, *case management*, etc.), que posiblemente merecerían otra revisión específica. Así estructuraremos el trabajo en cinco

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 comunicación interpersonal y aspectos psicosociales. Se percibe la esquizofrenia como un proceso humano y se valoran los aspectos personales por encima de otros. Harry Stack Sullivan (1962) enfatiza en cuestiones de identidad y seguridad, social y existencial, más que en la sexualidad. Trabaja con sus pacientes valorando aspectos como la atmósfera en la sala y evitando la ansiedad; conmina a la reconstrucción de las experiencias psicóticas como forma de obtener *insight* (9). Frida Fromm-Reichmann (1950) acuña los términos «psicodinámico» y «psicoterapia psicoanalítica» y apuesta por una repetición de experiencias infantiles, de actitudes maternas y paternas, como elementos cruciales en el terapeuta (10). Harold Searles (1965) define la simbiosis terapéutica debida a la regresión tanto del paciente como el terapeuta y un consecuente intercambio de motivaciones e ideas, resolviendo situaciones infantiles y la necesidad de dependencia (11).

Paralelamente, desde mediados de los años cincuenta, en Europa y producto del profundo malestar que generan los tratamientos que por aquella época se aplican a los pacientes esquizofrénicos, Gaetano Benedetti y Christian Müller organizan en Zurich pequeños simposios donde se reúnen principalmente psiquiatras, reconocidos por su interés y trabajo en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos con una orientación psicoanalítica. Este será el germen de la futura ISPS (*Sociedad Internacional para el Tratamiento Psicológico de la Psicosis*) que, a lo largo de estos cincuenta años, irá incorporando otros profesionales, extendiéndose por todos los continentes e incluyendo distintos modelos de intervención psicoterapéutica (12).

Gaetano Benedetti centra su modelo de intervención en aspectos tales como el diálogo y la comunicación y, cómo a través de la identificación con el terapeuta es posible la modificación de síntomas psicóticos; la emergencia de objetos transicionales desde el proceso terapéutico de la transferencia y contratransferencia, de la introyección y proyección, etc. (13). Stavros Mentzos enfatiza en el papel de conflictos intrapsíquicos e interpersonales. El conflicto en la psicosis se debería a la inadecuada diferenciación entre el yo y el objeto y, en el caso de la psicosis, la rigidez de ese conflicto llevaría a la disolución de los límites del yo y su fusión con el objeto. En el proceso terapéutico la actitud de apoyo y contención del terapeuta se consideran de vital importancia (14).

La eficacia de la terapia psicoanalítica estuvo avalada por estudios (15-18) que presentaban excelentes resultados y otros que, aunque siendo menos favorables, partían de pacientes crónicos, como el estudio de seguimiento de los pacientes de Chesnut Lodge (19). Sin embargo, otras investigaciones de peso no han encontrado beneficios en tratados con intervenciones psicodinámicas; quizás los más destacados por su metodología y repercusión sean los de May y otros (20; 21), donde esta modalidad de tratamiento no ofrece ventajas frente al uso exclusivo de tratamiento farmacológico y el estudio de Boston (22) en el que no existen dife-

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 toda la terapia apoyo, información y educación. Así la terapia comienza con la evaluación de los síntomas (síntomas psicóticos, depresivos, ansiedad, ideas suicidas, aislamiento, problemas económicos, cotidianos, etc.) posteriormente paciente y terapeuta formulan los síntomas claves e identifican su correlato cognitivo y conductual así como las creencias y estrategias de afrontamiento involucradas y se desarrollan técnicas de focalización y exposición, respuesta racional y retribución, modificación del pensamiento, distracción, realización de actividades por medio de la discusión, cuestionamiento inductivo, imaginación, *role playing*, asignación de tareas, etc. La terapia llamada cognitivo-conductual permite al paciente psicótico desarrollar alternativas más realistas al delirio y pensamiento paranoide o ayudar a desarrollar atribuciones no estresantes para las alucinaciones, también permite afrontar la sintomatología negativa, iniciar actividades, administrar auto recompensas para incrementar la realización de actividades gratificantes, etc. Pero también la psicoterapia cognitivo-conductual intenta mejorar el afrontamiento de la enfermedad en su conjunto y el conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico. Los efectos beneficiosos de la terapia cognitivo-conductual, tanto en síntomas positivos como negativos, vienen avalados por el meta-análisis publicado por Rector y Beck (2001) (27) y la revisión de Dickerson (2004) encuentra que este tipo de intervenciones mejora la evolución frente al mero apoyo o tratamiento convencional (28).

Por todo ello y también de forma práctica vamos a dividir las intervenciones cognitivo-conductuales en aquellas estrategias específicas directamente orientadas al tratamiento de los síntomas y otras con objetivos más globales que buscan una mayor adaptación del paciente, intentando influir en la evolución y recuperación del mismo.

Entre las específicas podemos destacar aquellas cuyas técnicas se orientan al tratamiento de pacientes crónicos con síntomas resistentes al tratamiento farmacológico: síntomas positivos, depresivos y en general cualquier tipo de síntoma puede beneficiarse de la terapia cognitivo-conductual, si bien son los síntomas negativos en los que parece que existe un efecto menos marcado (29; 30). Tarrier y otros (1993) con el desarrollo de estrategias como el «Coping Strategy Enhancement», basado en el aprendizaje en resolución de problemas, prevención de recaídas y estrategias de afrontamiento parece que obtienen mejores resultados que con otras técnicas cognitivas de intervención (31). En general, Beck y Rector (2005) demuestran que con intervenciones cognitivas es posible disminuir el malestar asociado a alucinaciones auditivas y delirios y, por tanto, su repercusión en el individuo (32).

También el entrenamiento en habilidades sociales, donde existen gran número de estudios de intervención y evidencia de eficacia, aunque con algún resultado dudoso (33), sería una intervención específica que se dirige directamente hacia

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 rogeriano (45), ocupa un lugar principal en el proceso terapéutico; incluye también la meditación (como forma de aliviar el malestar originado tanto por experiencias psicóticas como por su significado y producir bienestar) dentro de los elementos de la terapia; define el *insight* metacognitivo, para conceptualizar el estrés y articular los procesos de cambio y el concepto de *self* como esquema y proceso. Abandona pues elementos clásicos de la terapia cognitiva y define la exploración terapéutica de la denominada «Zona de Futuro Desarrollo» (*Zone of Proximal Development*), derivado de los estudios de Vitgosky (46) en la valoración del desarrollo infantil, como un proceso social, donde con el apoyo de un terapeuta implicado y experimentado, el paciente tolera el estrés, desarrolla *insight* metacognitivo y alcanza la auto aceptación a través del desarrollo y fortalecimiento futuro en cuatro dominios, fuentes de estrés (el significado de los síntomas, la relación con la experiencia interna, el esquema y el *self* simbólico).

Al igual que con modelos psicodinámicos la tendencia actual es incluir estrategias de apoyo y atender el presente del propio paciente, Cullberg (2007) encuentra cada vez más puntos de encuentro entre modelos cognitivos y psicodinámicos. Mientras los terapeutas cognitivos intentan cada vez más establecer una relación terapéutica y de confianza (teniendo en cuenta la distancia que hay que establecer en ésta, según las señales que el paciente nos sugiere), los terapeutas dinámicos empiezan a considerar la formulación que el propio paciente hace de su problema (47). Sin embargo existen aún elementos clave que marcan las diferencias, como la ausencia de interés dentro de la terapia cognitiva por experiencias biográficas o fenómenos inconscientes, falta pues la persona concreta que padece las experiencias psicóticas.

Abordaje familiar

La esquizofrenia ha sido una de las indicaciones frecuentes de la terapia familiar. Los motivos los encontramos por un lado, en los vínculos de dependencia que los pacientes crean con sus familias, exacerbados a veces como consecuencia de la enfermedad; por otro, las necesidades de apoyo de las propias familias ante la tensión que genera el desarrollo de la enfermedad. Por ello, no es infrecuente encontrarnos sobre todo en programas de terapias combinadas para la esquizofrenia que junto a intervenciones individuales se incluyan terapias familiares o al menos «reuniones familiares» (muy frecuentes en los programas terapéuticos de países escandinavos, «family meetings») con el fin de proteger los esfuerzos de independencia del paciente, para evaluar los problemas familiares, su fortaleza y capacidad de apoyo y examinar cómo se entiende la psicosis entre los miembros de la familia (3; 47).

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 seguimiento Lehtinen en Finlandia con primeros episodios y excelentes resultados en la disminución de recaídas a largo plazo (53).

Las terapias familiares psicoeducativas están mucho más extendidas y evaluadas, quizás porque sean perfectamente compatibles con el modelo biomédico predominante en la actualidad. Los grupos pioneros en su desarrollo fueron los de Michael Goldstein (54); Julian Leff (55; 56); Carol Anderson y Gerard Hogarty (57-59) e Ian Fallon (60; 61). En general todos tienen principios similares e intentan la prevención de recaídas disminuyendo el estrés familiar. El grupo de Goldstein hace especial hincapié en detectar y prevenir factores de estrés, mientras que la principal aportación de Julian Leff se centra en la disminución de la intensidad de la «emoción expresada» que sería, según ellos, una de las principales causas de recaídas. Fallon incorpora técnicas conductuales especialmente en resolución de problemas y el equipo de Hogarty añade el entrenamiento en habilidades sociales. Más adelante Hogarty (2003), ya orientado hacia una intervención individual y no familiar, desarrolla lo que él mismo denomina Terapia Personal donde combina métodos psicoeducativos, con un enfoque cognitivo-conductual, orientado a la respuesta emocional y cognitiva de la persona ante el estrés, especialmente en los prodromos de la psicosis, para dotar al individuo de estrategias de afrontamiento (62).

En los años noventa, William McFarlane estudia un modelo psicoeducativo multifamiliar, en los que incluye varias familias en un grupo, en el que también participan los pacientes, donde el tratamiento consiste en educación, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas (63). Este modelo empieza también a desarrollarse en Europa alentado por los buenos resultados iniciales en Estados Unidos (64).

Se han intentado abordajes psicoeducativos más breves, de un máximo de ocho sesiones, que no han mostrado su eficacia en estudios controlados (65; 66). Las intervenciones más prolongadas tanto en uni- como multifamiliares suelen encontrar hallazgos positivos sobre todo en reducción de recaídas y rehospitalizaciones (67), no existiendo diferencias entre ambas modalidades salvo en los trabajos de McFarlane (68), donde las recaídas son menores cuando la psicoeducación se practica en grupos multifamiliares. La revisión de la Biblioteca Cochrane sobre intervención familiar para la esquizofrenia viene a corroborar estos resultados (69), aunque está más focalizada en los aspectos metodológicos de los estudios que en el tipo de intervención, entendiéndose por terapias, intervenciones que a veces son meramente informativas.

Abordaje grupal

La terapia de grupo en la esquizofrenia tiene ya una larga historia, desde sus inicios en los años veinte con Lazell (70) y la aplicación de técnicas de discusión

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 modelos dinámicos, cognitivos y grupales, que cada vez se encuentren menos distantes.

Podemos encontrar estrategias integradoras inherentes al propio modelo teórico como por ejemplo las terapias psicodinámica-interpersonales, basada en la terapia conversacional de Hobson (80) en los años sesenta, y sobre todo la terapia cognitivo-analítica. Esta última fue descrita por Ryle en 1990 (81) y que se ha aplicado posteriormente a pacientes psicóticos (82; 83). Entiende que los síntomas psicóticos serían la representación desordenada, distorsionada o amplificada de «roles recíprocos» subyacentes y que se puede encontrar su origen y proyección histórica para su reformulación cognitivo-analítica. En cualquier caso, la experiencia con pacientes psicóticos es muy limitada y se obtienen conclusiones imposibles.

Sin duda mucho más conocidos, extendidos y estudiados en el caso de la psicosis son los programas terapéuticos escandinavos, pioneros e imagen principal de la integración y las terapias combinadas. Alanen y otros (3; 84-87) desarrollan el «modelo adaptado a las necesidades del paciente» dentro del proyecto Turku, que con un modelo similar se extenderá al Proyecto Nacional Finlandés y al NIPS Interescandinavo de tratamiento de la esquizofrenia.

El programa consiste en una comprensión y abordaje amplio y global de la esquizofrenia, con una actitud en la evaluación y tratamiento predominantemente psicoterapéutico, planificado y realizado de forma individual y mantenido de forma continua, utilizando distintos enfoques psicoterapéuticos que se complementan. Dentro del programa se implementan distintas modalidades de tratamiento que se inician con reuniones terapéuticas (con función informativa, diagnóstica y terapéutica) llevadas a cabo casi siempre por «equipos de psicosis» ante la crisis y a partir de la cual se indica e inicia la actividad psicoterapéutica: intervención en crisis, comunidad terapéutica, intervención con la familia de origen, con la propia o terapia individual según las necesidades observadas y que cambian a lo largo de la evolución, modificándose también a partir de nuevas reuniones terapéuticas las indicaciones de tratamiento. En general los resultados tanto del Proyecto Turku como del Nacional Finlandés indican que los pacientes que participan en programas terapéuticos tienen una mejor evolución, precisan menos antipsicóticos y hospitalizaciones. Los resultados del proyecto NIPS indican además un impacto considerable de las intervenciones psicoterapéuticas en el ámbito económico y en la calidad de vida de los pacientes.

Sobre esta base otros autores escandinavos como Cullberg en Suecia (88-90) Rosenbaum en Dinamarca (91), Johannesen en Noruega (92) y, ya fuera de Europa, McGorry en Melbourne (93), también aplican la integración de distintos tratamientos psicosociales, de forma específica para primeros episodios psicóticos y con proyectos similares cada uno mantiene sus particularidades: en Suecia pre-

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.

ORIGINALES Y REVISIONES

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BLEULER, E., *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, Nueva York, International Universities Press, 1950.
- (2) LEHMAN, A. F., y otros, «The Schizophrenia Patients Outcome Research Team (PORT): Update Treatment Recommendations 2003», *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30, pp. 193-217.
- (3) ALANEN, Y. O., *La esquizofrenia: sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*, Madrid, Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2003.
- (4) FREUD, S., *Neurosis y Psicosis, Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1984.
- (5) FEDERN, P., *Ego Psychology and the Psychosis*, Nueva York, Basic Books, 1952.
- (6) JUNG, C. G., *The Collected Work, III. The Psychogenesis of Mental Disorders*, Londres, Routledge, 1960.
- (7) KLEIN, M., «Notes on some Schizoid Mechanism», *International Journal of Psychoanalysis*, 1946, 27, pp. 99-110.
- (8) MAHLER, M., *Estudios I: psicosis infantiles y otros trabajos*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- (9) SULLIVAN, H. S., *Schizophrenia as a Human Process*, Nueva York, WW Norton, 1962.
- (10) FROMM-REICHMAN, F., *Principios de la psicoterapia intensiva*, Buenos Aires, Lumen-Hormé, 1989.
- (11) SEARLES, H., *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Nueva York, International Universities Press, 1965.
- (12) ALANEN, Y. O., y otros, *Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychosis*, Madrid, Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2006.
- (13) BENEDETTI, G., *Psychotherapy of Schizophrenia*, Nueva York, New York University Press, 1987.
- (14) MENTZOS, S., *Psychose und Konflikt*, Gottingen, Vandenhoeck y Ruprecht, 1997.
- (15) SJÖSTRÖM, R., «Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. A Retrospective Study», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 71, pp. 513-522.
- (16) BOYER, L. B., «Technical Aspects in Treating the Regressed Patient», *Contemporary Psychoanalysis*, 1986, 22, pp. 25-44.
- (17) SANDIN, B., «Schizophrenic Strategies for Survival», en WERBART, A.; CULLBERG, J. (eds.), *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors*, Oslo, Scandinavian University Press, 1992.
- (18) ROBBINS, M., *Experiences of Schizophrenia: an Integration of the Personal, Scientific and Therapeutic*, Nueva York, Guilford Press, 1993.
- (19) MCGLASHAN, T. H., «The Chesnut Lodge Follow-up Study. II Long-term outcome of Schizophrenia and the Affective Disorders», *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, pp. 586-601.
- (20) MAY, P. R. A., y otros, «Schizophrenia: Follow-up Study of Results of Treatment», *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, pp. 474-486.
- (21) MAY, P. R. A., y otros, «Schizophrenia: a Follow-up Study of the Results of the Five Forms of Treatment», *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38, pp. 776-784.
- (22) GUNDERSON, J. G., y otros, «Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II Comparative Outcome of Two Forms of Treatment», *Schizophrenia Bulletin*, 1984, 10, pp. 564-598.
- (23) BACHMANN, S.; RESCH, F.; MUNDT, C., «Psychological Treatments for Psychosis: History and Overview», *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 2003, 31, pp. 155-176.

(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.

ORIGINALES Y REVISIONES

(47) CULLBERG, J., *Psicosis: una perspectiva integradora*, Madrid, Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2007.

(48) SELVINI-PALAZOLI, M., y otros, *Paradox and Counterparadox. A New Model in the Therapy of Schizophrenic Transaction*, Nueva York, Jason Aronson, 1978.

(49) SELVINI-PALAZOLI, M., y otros, «Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session», *Family Process*, 1980, 19, pp. 3-12.

(50) STIERLIN, H., «Reflections on the Family Therapy of Schizopresent Families», en STIERLIN, H.; WYNNE, L. C.; WIRSCHING, M. (eds.), *Psychosocial Intervention in Schizophrenia*, Berlin y Heidelberg, Springer-Verlag, 1983.

(51) RETZER, A.; SIMON, F. B.; WEBER, G., «A Follow-up Study of Maniac-depressive and Schizoaffective Psychosis after Systemic Family Therapy», *Family Process*, 1991, pp. 139-153.

(52) LEVENE, J. E.; NEWMAN, F.; JEFFERIES, J. J., «Focal Family Therapy Outcome Study: I Patient and Family Functioning», *Canadian Journal of Psychiatry*, 1989, 14, pp. 641-647.

(53) LEHTINEN, K., «Need-adapted Treatment of Schizophrenia: a Five-years Follow-up from the Turku Project», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 87, pp. 96-101.

(54) GOLDSTEIN, M. J., y otros, «Drug and Family Therapy in the Aftercare of Acute Schizophrenics», *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, pp. 1.169-1.177.

(55) LEFF, J., y otros, «A Controlled Trial of Social Interventions in the Families of Schizophrenic Patients», *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141, pp. 121-134.

(56) LEFF, J., y otros, «A Controlled Trial of Social Interventions in the Families of Schizophrenic Patients: Two-year Follow-up», *British Journal of Psychiatry*, 1985, 146, pp. 594-600.

(57) ANDERSON, C.; REISS, D.; HOGARTY, G. E., *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986

(58) HOGARTY, G. E., y otros, «Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, pp. 633-642.

(59) HOGARTY, G. E., y otros, «Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. II Two-year Effects of a Controlled Study on Relapse and Adjustment», *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48, pp. 340-347.

(60) FALLON, I. R. H., y otros, «Family Management in the Prevention of Exacerbations of Schizophrenia: a Controlled Study», *New England Journal of Medicine*, 1982, 306, pp. 1437-1440.

(61) FALLON, I. R. H., y otros, «Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: Clinical Outcome of a Two-year Longitudinal Study», *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42, pp. 887-896.

(62) HOGARTY G. E., *Personal Therapy for Schizophrenia and Related Disorders*, Nueva York, Guilford, 2003.

(63) MCFARLANE, W. R., «Multifamily Groups and Treatment of Schizophrenia», en NASRALLAH, H. A. (ed.), *Handbook of Schizophrenia*, Amsterdam, Elsevier, 1990.

(64) BLOCH THORSEN, G-R.; GRONNENSTAD, T.; OXNEVAD, A. L., *Family and Multi-family Work with Psychosis. A Guide for Professionals*, Hove, Routledge, 2006.

(65) ABRAMOWITZ, I. A.; COURSEY, R. D., «Impact of an Educational Support Group on Family Participants who Take care of their Schizophrenic Relatives», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57, pp. 232-236.

(66) POSNER, C. M., y otros, «Family Psychoeducational Support Groups in Schizophrenia», *American Journal of Orthopsychiatry*, 1992, 62, pp. 206-218.

(67) HUXLEY, N. A.; RENDALL, M. M.; SEDERER, L., «Psychosocial Treatments in Schizophrenia: a Review of the Past 20 Years», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000, 188, pp. 187-201.

(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.

ORIGINALES Y REVISIONES

(89) CULLBERG, J., y otros, «Integrating Intensive Psychosocial and Low-dose Neuroleptic Treatment: a Three Year Follow-up», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell, 2000.

(90) CULLBERG, J., «The Use of Psychodynamic Understanding of Psychotic States: Delineating Need-specific Approaches», en JOHANNESSEN, J. O.; MARTINDALE, B.; CULBERG, J. (eds.), *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*, Hove, Routledge, 2006.

(91) ROSENBAUM, B., y otros, «The Danish National Schizophrenia Project: Prospective, Comparative Longitudinal Treatment Study of First-episode Psychosis», *British Journal of Psychiatry*, 2005, 186, pp. 394-399.

(92) JOHANNESSEN, J. O., y otros, «Early Intervention in Psychosis: the TIPS Project, a Multi-centre Study in Scandinavia», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell, 2000.

(93) MCGORRY, P., «Psychotherapy and Recovery in early Psychosis: a Core Clinical and Research Challenge», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell, 2000.

(94) EDWARDS, J.; MCGORRY, P., *La intervención precoz en la psicosis*, Madrid, Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2004.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. González de Chávez sus valiosos comentarios y consejos en la redacción de este trabajo.

* Ignacio García Cabeza. Psiquiatra. HGU Gregorio Marañón
Correspondencia: Ignacio García Cabeza. HGU Gregorio Marañón.

Servicio de Psiquiatría I. C/ Ibiza 43. 28009-Madrid; igacabeza@ya.com

** Fecha de recepción: 24-V-2007 (aceptado el 30-IX-2007).