

Terapia de grupo en primeros episodios psicóticos.

Group therapy in first episode psychoses.

Ignacio García-Cabeza^a, M. González de Chávez^b.

^aHGU Gregorio Marañón. Madrid. ^bHGU Gregorio Marañón. Madrid.

Correspondencia: Ignacio García Cabeza (igcabeza@ya.com)

Recibido: 08/06/2010; aceptado con modificaciones: 27/09/2010

RESUMEN: Introducción: El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de la psicoterapia de grupo en la evolución de primeros episodios psicóticos.

Método: Mediante un estudio naturalístico comparamos la evolución al cabo de 6 años de 37 primeros episodios psicóticos: 12 acudieron a terapia de grupo durante al menos dos años y el resto recibió tratamiento convencional. Se realizaron entrevistas de evaluación al mes, 3, 6, 9 meses, al año y a los 6 años.

Resultados: los resultados al año sólo muestran diferencias en cuanto al insight y motivación por el tratamiento. Los resultados al final del estudio son significativamente mejores para los pacientes que recibieron terapia de grupo a nivel sintomático (positive-PANSS, negative-PANSS), adaptación funcional (GAF, relaciones sociales y autonomía).

Conclusión: las intervenciones psicoterapéuticas, entre ellas las de orientación grupal, favorecen la recuperación del paciente psicótico no sólo en lo referente a los síntomas específicos sino también en su funcionamiento global.

PALABRAS CLAVE: primer episodio psicótico, evolución, terapia de grupo, seguimiento, estudio naturalístico.

ABSTRACT: Aim: This study has aimed to evaluate the efficacy of group psychotherapy in the evolution of first episode psychosis.

Methods: By means of a naturalistic study, we compared the evolution of 37 first episode psychoses after 6 years. Twelve came to group therapy and the rest received conventional treatment. Evaluation interviews were conducted at admission, one and 6 years. The methods used were PANSS, GAF, Grip on Life and a standardized semi-structured questionnaire.

Results: The results at the end of the study were significantly better for patients who received group therapy for both symptomatic (positive-PANSS, negative-PANSS) and functional outcome (GAF, grip on life).

Conclusion: Psychotherapeutic interventions, including group therapy, favors the recovery of the psychotic patient not only regarding specific symptoms but also in their overall functioning.

KEY WORDS: first episode psychosis, clinical outcome, group psychotherapy, follow-up, naturalistic study.

Introducción

Durante más de una década se ha puesto de manifiesto que las intervenciones psicosociales en fases tempranas de la psicosis son esenciales para la futura evolución y pronóstico de la enfermedad y necesarias para prevenir posibles complicaciones y discapacidades asociadas a la misma (1,2). Sin embargo y aunque es conocida la eficacia de la terapia de grupo en fases avanzadas de la enfermedad (3,4), la literatura sobre terapia de grupo en primeros episodios psicóticos es escasa.

La terapia de grupo puede ser especialmente útil en la recuperación de jóvenes, quienes tras padecer un episodio psicótico experimentan la pérdida de su rol

social, su status y confianza en situaciones de interacción interpersonal (5). Más aún el grupo crea un sentimiento de pertenencia y estimula al paciente a plantearse y alcanzar nuevos retos (6). Miller & Mason (1998) encuentran que el grupo disminuye el aislamiento y favorece la confianza y el apoyo entre iguales (7). Albinston et al. (1998) describen que participar en programas terapéuticos grupales previene el deterioro y la aparición de discapacidad en el periodo crítico que sigue a un primer episodio psicótico (5). El grupo ofrece la posibilidad de hablar, resolver problemas, participar en actividades propias de la edad, aclarar dificultades, dar significado a experiencias subjetivas compartidas y evaluar relaciones empáticas entre iguales (8,9).

Desde el primer episodio psicótico el grupo ofrece a los pacientes la posibilidad de superar su egocentrismo y sentimientos de singularidad, aislamiento, inseguridad y desconfianza, con una dinámica psicoterapéutica que bloquea el desarrollo de mecanismos de negación o falseamiento y conduce a integrar estrategias de aceptación y afrontamiento de sus dificultades (10). De hecho, puede ser especialmente efectivo en algunos casos deteniendo el aislamiento y la discapacidad (5,7), mejorando el insight y confianza mutua (producto de la seguridad que el grupo ofrece), favoreciendo el apoyo entre sujetos de edades similares y con los mismos problemas, mejorando sus habilidades sociales, ofreciendo apoyo para afrontar la crisis a través del mutuo apoyo y confianza de pertenecer a un grupo. Se puede hablar, discutir situaciones y problemas personales, dar y recibir consejo y feedback en situaciones y experiencias compartidas, ventilar problemas emocionales y resolver dificultades del "aquí y ahora". Permite a jóvenes con episodios psicóticos tener relaciones y experiencias subjetivas empáticas con semejantes (8).

Desde hace años en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón venimos desarrollando un programa de terapias combinadas en un marco predominantemente grupal (con una duración de dos a cinco años, sesiones grupales semanales de 90 minutos de duración, que se acompañan con sesiones individuales al menos una vez al mes y familiares si se precisa) donde dependiendo de las características del paciente pretendemos desarrollar un programa terapéutico adaptado a sus necesidades. Nuestro abordaje psicoterapéutico es integrador, con un marco teórico flexible e hipótesis etiopatogénicas sobre la esquizofrenia multidisciplinarias, aunque predominantemente dinámicas, que usamos solo como marco de referencia generales ya que la terapia debe mantener una relación laxa con dichas hipótesis, utilizando en función de la situación del paciente y del grupo estrategias de apoyo, afrontamiento, interpersonales y dinámicas, pretendiendo como objetivo un mayor conocimiento de sí mismo por parte del paciente (10,11).

El objetivo del presente estudio es evaluar la influencia de nuestro programa terapéutico grupal sobre pacientes con un primer episodio psicótico.

Material y métodos.

Se incluyeron 37 primeros episodios psicóticos, entre 18 y 45 años, que ingresaron de forma consecutiva en la Unidad de Hospitalización Breve I del Hospital General Gregorio Marañón durante los años 1997 y 98, excluyendo psicosis orgánicas, por drogas o afectivas. Fueron evaluados con un protocolo (12) que incluía psicopatología medida mediante la PANSS (13), funcionamiento global con la GAF (14), diversas medidas del funcionamiento y adaptación del individuo que se incluían en un cuestionario semiestructurado y formuladas como variables categóricas ordenadas entre las que destacamos: insight (5 categorías) que contempla la clasificación de la escala de Camarillo, desde la negación a la atribución psicológica del mismo; anclaje vital y motivación por el tratamiento (4 categorías ordenadas); dosis de tratamiento neuroléptico (3 categorías atendiendo a su equivalente con clorpromacina: más 450 mg; entre 251 y 450; igual o menos de 250 mg) y uso de tratamientos en forma depot. También se recogía las distintas características sociodemográficas, el uso de recursos asistenciales y terapéuticos en cada momento de la evaluación.

12 de los 37 pacientes participaron en nuestro programa de terapia de grupo y completaron al menos dos años de terapia, con una sesión de psicoterapia semanal, en función de que el clínico al que fuera asignado durante su hospitalización fuera miembro de dicho programa y el enfermo quisiera participar.

Se utilizó como grupo control los restantes 25, que fueron derivados a tratamiento a su CSM, donde recibió un abordaje convencional.

Todos recibieron tratamiento antipsicótico al inicio del tratamiento.

Se realizó una evaluación con el citado protocolo al ingreso en el estudio, al año y los seis años. Durante el primer año se realizaron al mes, tres, seis y nueve meses evaluaciones con la PANSS y GAF. En el sexto año además del protocolo completo se incluyó una escala de cumplimiento de 7 puntos (15), la DAI 10 (16) y también como variables categóricas ordenadas, con tres categorías, la valoración en el último año de: psicopatología (más de un mes; menos de un mes; ninguna); hospitalizaciones (más de un mes; menos de un mes; ninguna); relaciones familiares (caóticas o muy conflictivas; conflictivas; estables); relaciones sociales (conflictivas o inexistentes; superficiales e inestables; estables e íntimas); autonomía (muy dependiente; moderada independencia; autónomo).

Toda la información fue obtenida mediante entrevistas con el paciente, familiares y con el psiquiatra responsable del tratamiento del mismo. Al tratarse de un estudio naturalístico las dos muestras de pacientes no son homogéneas, sin embargo de todas las valoraciones basales, incluidas duración del período no tratado y ajuste previo, sólo encontramos diferencias significativas en GAF al ingreso. Las características de ambos grupos aparecen en la tabla 1.

Tabla 1
Características de la muestra.

	NO GRUPO (n=21)		GRUPO (n=12)	
Edad (al ingreso)	26.86; s.d. 6.75		28.83; s.d. 6.49	
Género				
Hombre	42.9%		33.3%	
Mujer	57.1%		66.7%	
Estado Civil	<u>Al ingreso</u>	<u>6 años</u>	<u>Al ingreso</u>	<u>6 años</u>
Soltero	85.7%	71.4%	83.3%	75%
Casado/en pareja	14.3%	23.8%	16.7%	16.7%
Separado/divorciado	-	-	-	8.3%
Estatus socioeconómico				
I	-		-	
II	9.5%		8.3%	
III	42.9%		58.3%	
IV	38.1%		33.3%	
V	9.5%		-	
Situación laboral	<u>Al ingreso</u>	<u>6 años</u>	<u>Al ingreso</u>	<u>6 años</u>
Trabajando/estudiando	56%	21,8%	58.3%	66.7%
Desempleado	44%	46.8%	41.7%	33.3%
Incapacitado		31.2%		
Años de escolarización	10.38; s.d. 3.80		12.17; s.d. 3.71	
PANSS (al ingreso)				
Positivos	24.47; s.d 4.41		23.75; s.d. 5.80	
Negativos	18.68; s.d 6.85		18.67; s.d. 5.57	
PG	42.26; s.d. 9.95		40.75; s.d. 8.39	
GAF (al ingreso)	52.16; s.d. 16.11		64.59; s.d. 15.14	
DUP (en meses)	9.86; s.d. 19.42		7.58; s.d. 14.46	
Nº de ingresos (excluido el inicial)	1.5; s.d. 3.35		0.33; s.d. 0.49	
Diagnóstico	<u>Al ingreso</u>	<u>6 años</u>	<u>Al ingreso</u>	<u>6 años</u>
Esquizofenia	41.66%	50%	48%	56%
Tr esquizofreniforme	50%	33.33%	44%	24%
Tr esquizoafectivo	-	8.33%		8%
Psicosis breve	-		4%	4%
T delirante	8.33%	8.33%	4%	4%
Psicosis no especificada	-		-	4%

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS. Para comparar ambos grupos en el caso de variables cuantitativas se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney dado el pequeño tamaño de las muestras, la χ^2 de Pearson en el caso de las categóricas. Por último se realizó una regresión múltiple por pasos para analizar posibles variables predictoras de evolución, utilizando la GAF como variable dependiente, ya que ésta no sólo incluye aspectos sintomáticos sino también de adaptación social, familiar y laboral.

Resultados.

A los seis años de seguimiento se contactó con 32 de los 37 pacientes. Los doce pacientes en terapia de grupo participaron en el estudio, acudiendo a una media de 160 sesiones de terapia grupal. Los cinco pacientes que no accedieron a colaborar pertenecían a los que recibieron tratamiento convencional, una paciente se había suicidado al cuarto año del debut de la psicosis, con dos no se logró contactar y otros dos declinaron participar, uno por encontrarse fuera de Madrid y otro por motivos laborales. Otros cinco pacientes accedieron a realizar una entrevista telefónica aunque no acudieron a una entrevista individual por lo que no se completaron las escalas que precisaban su presencia (PANSS y DAI).

Los resultados durante el primer año de evolución sólo muestran diferencias significativas en un mayor grado de insight ($\chi^2=10.72$; $gl=4$, $p=0.03$) y motivación por el tratamiento ($\chi^2=14.56$; $gl=4$; $p=0.03$) en el grupo de pacientes que acudía a terapia de grupo.

La evolución de la psicopatología y funcionamiento global aparecen en las gráficas 1-3. Como podemos observar se superponen prácticamente durante el primer año, salvo una mayor reducción de los síntomas positivos durante el primer mes en los pacientes que al alta acudirán a terapia de grupo ($U=49.5$; $p=0.03$), sin embargo los resultados al sexto año ofrecen diferencias significativas en cuanto síntomas positivos ($U=32.0$; $p=0.003$), negativos ($U=34.5$; $p=0.005$) y GAF ($U=24.5$; $p: 0.000$).

Cuando realizamos una regresión múltiple por pasos con la GAF como variable dependiente, haber participado en terapia de grupo durante al menos dos años explica el 67% de la varianza ($F=21.318$; $df=1,26$; $p=0.000$).

Otros parámetros también nos indican un mejor ajuste de los pacientes que acuden a terapia de grupo en el año previo como es el hecho de tener una menor psicopatología ($\chi^2=15.523$; $gl=2$; $p=0.000$), mejor ajuste en las relaciones sociales ($\chi^2=7.919$; $gl=2$; $p=0.19$) y autonomía ($\chi^2=7.111$; $gl=2$; $p=0.029$). Ni el número de hospitalizaciones a lo largo de los seis años de evolución ni en el tiempo hospi-

talizados a lo largo del último año existen diferencias significativas, a pesar de que del grupo que recibía tratamiento convencional 7 pacientes precisaron ingreso en el año previo frente a ninguno del grupo que acudía a psicoterapia. Tampoco existen diferencias en las relaciones familiares.

Aunque no existen diferencias significativas el grupo de pacientes con tratamiento convencional tiene mayor número de ingresos (tabla 1), son los únicos que precisan de la utilización de centros de rehabilitación psicosocial (7 pacientes; $\chi^2= 5.077$, $gl=1$, $p=0.02$) y unidades de larga estancia (2, uno de ellos había permanecido los últimos 4 años y continuaba en el momento de la evaluación).

Los pacientes que acuden a terapia de grupo tienen un mayor grado de insight ($\chi^2= 19.454$, $gl=5$, $p=0.002$), motivación por el tratamiento ($\chi^2= 18.957$, $gl=4$, $p=0.001$) y anclaje a objetivos y relaciones personales ($\chi^2= 16.975$, $gl=3$, $p=0.001$)

Con relación al tratamiento farmacológico los pacientes que acuden a terapia de grupo tiene un mejor cumplimiento ($\chi^2= 17.839$, $gl=6$, $p=0.007$), una mejor respuesta subjetiva a los fármacos antipsicóticos ($U=7.50$; $p=0.005$), precisan dosis más bajas ($\chi^2= 13.067$, $gl=2$, $p=0.001$) y a lo largo de su evolución han precisado menos uso de formulaciones depot que garanticen el cumplimiento ($\chi^2= 7.540$, $gl=1$, $p=0.001$).

Discusión.

Las limitaciones del estudio son grandes y no nos permiten inferir conclusiones definitivas. El tamaño de la muestra es pequeño y además, al tratarse de un estudio naturalístico observacional las dos muestras no son homogéneas y de hecho los pacientes que reciben un tratamiento convencional parten de una situación peor en la evaluación basal. Estos son, en cualquier caso, los mayores problemas que nos encontramos en casi todos los estudios a la hora de evaluar programas terapéuticos: las muestras suelen ser pequeñas a no ser que se engloben en proyectos conjuntos de ámbito nacional o regional y la randomización difícil dada la baja incidencia del trastorno, más aún en nuestro entorno donde no existen modelos comunes de intervención, en el caso de estudios de intervención precoz estas carencias son especialmente notables (17). Además compartimos con Cullberg et al (2002) las dudas éticas que supone randomizar a pacientes a un tratamiento intensivo frente a otro de baja intensidad (18). Sin embargo las grandes diferencias existentes en la evolución de ambos grupos hacen que nos cuestionemos que éstas se deban tan sólo al azar.

Tampoco parece probable que la buena evolución sea secundaria al mejor cumplimiento y respuesta del tratamiento farmacológico, ya que los tratamientos biológicos per sé son incapaces de influir de tal manera en el proceso de ajuste psicosocial (19) y además la terapia de grupo ya se ha mostrado efectiva en poblaciones más crónicas (3,4).

Un aspecto relevante es la diferencia encontrada entre ambos grupos tanto a nivel sintomático como funcional a los seis años de evolución tras al menos dos de intervención intensiva, no así durante el primer año. Un hallazgo bastante constante en la literatura con diferentes modelos de intervención (20) y muestran que las diferencias comienzan a aparecer más tarde (21,22).

El grupo permite la desingularización de la psicosis, al escuchar en otros pacientes vivencias de experiencias similares el enfermo deja de percibir que es el único que padece o presenta una serie de creencias o vivencias para él únicas y singulares; ya no sólo él vive identidades y realidades distintas y, este hecho abre la puerta a la posibilidad de padecer algún tipo de trastorno. Todo ello ayuda al paciente a salir de su egocentrismo perceptivo permitiéndole conocer la opinión de terceras personas. Además el grupo contrasta y cuestiona identidades psicóticas bloqueando el desarrollo de identidades delirantes o creencias en la veracidad pasada de las experiencias psicóticas vividas, favoreciendo el desarrollo del insight (10, 23).

Otro aspecto clave en la recuperación al margen de los síntomas positivos es la adaptación psicosocial. El grupo ofrece un contexto socializador y motivador que aumenta las esperanzas de mejoría y estimula a remontar recaídas y desmoralizaciones, promueve esfuerzos para afrontar dificultades y conflictos y, para realizar soluciones y cambios oportunos. Además a través de factores terapéuticos como el aprendizaje interpersonal se convierte en un escenario idóneo para el desarrollo de habilidades sociales que explican la mejoría de estos pacientes en sus relaciones, autonomía y adaptación global. Otros factores como el altruismo, la esperanza o la cohesión evitan la estigmatización, desmoralización y pérdida de autoestima, manteniendo y desarrollando nuevos objetivos tanto a nivel personal como interpersonal (10, 23, 24). Compartimos con otras modalidades de intervención precoz el deseo de proteger y favorecer la autoestima, aceptar la enfermedad sin vergüenza e inculcar estrategias de control y afrontamiento tanto de síntomas y conflictos (1,25).

La psicoterapia de grupo también frena aparentemente el deterioro (7) como lo demuestra la menor necesidad de recursos de rehabilitación y menos presencia de síntomas negativos. Muy ligado con los aspectos previos y al igual que con otras intervenciones, dotar al individuo con recursos para hacer frente a la realidad de la enfermedad evita que éste adopte un rol de enfermo, el aislamiento y mejora su situación biográfica (1).

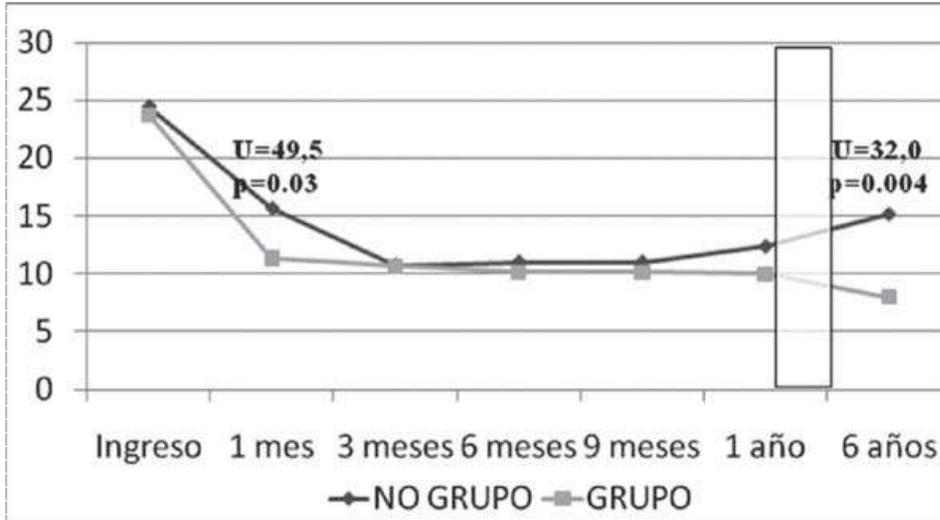
Otro elemento significativo en los pacientes que acuden a terapias de grupo es la adquisición de insight pero, no solo como reconocimiento de síntomas o como conciencia o al menos aceptación de padecer un trastorno donde también actúan terapias cognitivas (20), sino como autoconocimiento, convirtiéndose en un elemento diferenciador entre las terapias de orientación dinámicas y el resto. El mirroring grupal desbloquea las dificultades para lograr insight, promueve y acelera el autoconocimiento, explotando la posibilidad de observar y conocer en los demás cuando aún no son capaces de conocerse y observarse a sí mismos, cada paciente se convierte en un espejo para los demás y los demás lo son para él, pueden ver en otros sus reacciones y conductas, conocerse a través de los otros, de lo que se identifica y de los que los demás le devuelven de sí mismo. Todo este proceso permite identificar vulnerabilidades y favorece la reconstrucción y definición de uno mismo (10,23). En cualquier caso queda fuera de toda discusión la importancia del insight en la evolución posterior de la psicosis.

Para finalizar comentar la trascendencia de la terapia grupal en el tratamiento farmacológico: mejorando cumplimiento, motivación y respuesta subjetiva. En todo ello es probable que el mayor insight y aspectos de la evolución clínica influyan de forma sustancial (26, 27), aunque no queremos dejar pasar la oportunidad de subrayar que el grupo favorece las relaciones terapéuticas (28). Este hecho junto con una peor evolución y más síntomas positivos entre los pacientes que no acuden a terapia redundan en el uso de dosis de neurolépticos significativamente menores con el consiguiente beneficio para los pacientes, en forma de menos efectos secundarios a los que los enfermos con primeros episodios son especialmente sensibles.

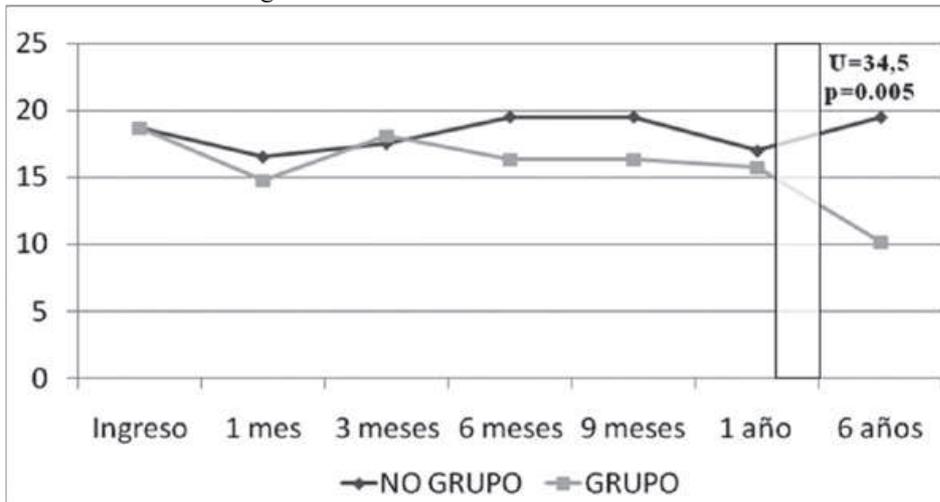
Para concluir queremos subrayar la necesidad de implementar modelos combinados en el abordaje de la psicosis temprana y que la psicoterapia de grupo puede ser una alternativa útil ya que combina elementos de apoyo, aprendizaje interpersonal y adquisición de insight que pueden favorecer la evolución de los pacientes psicóticos.

ORIGINALES Y REVISIONES

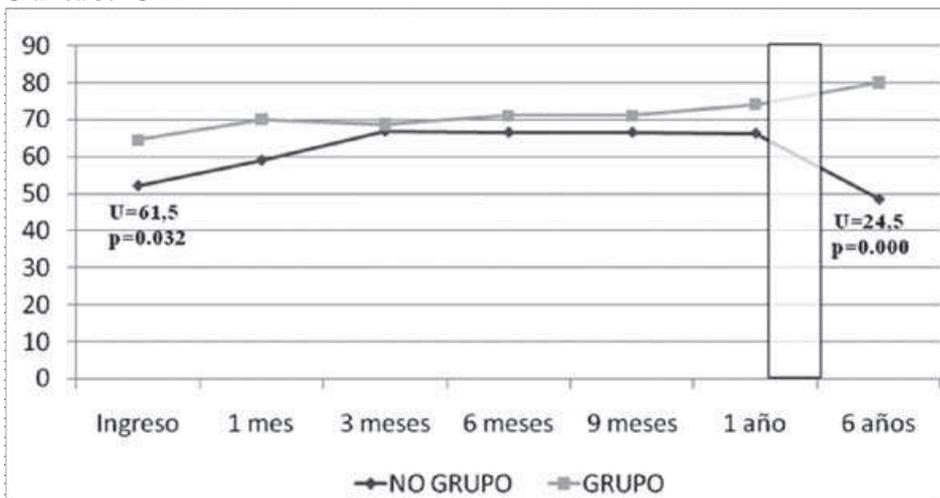
Gráfica 1.- PANSS-Positiva



Gráfica 2.- PANSS-Negativa



Gráfica 3.- GAF



BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry* 1998, 172 (supl 33): 53-59.
- (2) McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002, 11: 237-247.
- (3) Kanas N. Group therapy for schizophrenic patients. Washington: Clinical Practice Series, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
- (4) Stone WN. Group psychotherapy for people with chronic mental illness. New York: The Guilford Press, 1996.
- (5) Albinson DJ, Francey SM, Harrigan SM. Group programmes for recovery from early psychosis. *Br J Psychiatry* 1998, 172 (supl 33): 117-121.
- (6) Woodhead G. Therapeutic group work for young people with first-episode psychosis. En: Gleeson, J.F.M., Killackey, E., Krstev, H. (eds.). *Psychotherapy for the Psychoses: Theoretical, Cultural and Clinical Integration*. Hove: Routledge, 2008; p. 224-239.
- (7) Miller, R. & Mason, (1998). Group work with first episode schizophrenia clients. *Social Work with Groups* 1998, 21,19-33.
- (8) McDonald E, Sauer K, Howie L y Albinson D. What happens to social relationships in early psychosis?. A phenomenological study of young people's experiences. *J Ment Health*, 2005, 13, 129-143.
- (9) Woodside H, Schell L y Allison-Hedges J. Listening for recovery: the vocational success of people living with mental illness. *Can J Occ Therapy*, 2006, 73, 36-43.
- (10) González de Chávez M. Psicoterapia de grupo y esquizofrenia. En: Alanen YO, Silver AL, Martindale B y González de Chávez M. (Eds). *Abordajes psicoterapéuticos de la psicosis esquizofrénicas: historia, desarrollo y perspectivas*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2008; 293-312.
- (11) González de Chávez M, García Cabeza I, Fraile JC. Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999; 19: 573-586.
- (12) Kalla O, Aaltonen J, Wahlström J, Lehtinen V, García Cabeza I, González de Chávez M. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 265-275.
- (13) Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research* 1994; 53: 31-40.
- (14) Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:766-771.
- (15) Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 444-450.
- (16) Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983; 13: 177-183.
- (17) Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 18: CD 004718.
- (18) Cullberg J, Levander S, Holqvist R, Mattsson M, Wieselgren IM. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 276-285.
- (19) McGlashan T. A selective review of North American long term follow-up studies of schizo-

ORIGINALES Y REVISIONES

phrenia. *Schizophrenia Bull* 1988; 515-542.

(20) Jackson H, McGorry P, Henry L, Edwards J, Hulbert C, Harrigan S, Dudgeon P, Francey S, Maude D, Cocks J, Power P. Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). A 1-year follow-up. *Br J Clin Psychol* 2001; 40: 57-70.

(21) Alanen YO, Lehtinen K, Aaltonen J, Rääkölainen V. The finish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, eds. *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000.

(22) Cullberg J, Mattsson M, Levander S, Holmqvist R, Tomsmark L, Elingfors C, Wieselgren IM. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish "Parachute Project" and two comparison groups. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 274-281.

(23) González de Chávez M., Capilla T. Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1993; 45: 103-112.

(24) González de Chávez M, Gutiérrez M, Ducajú M, Fraile JC. Comparative study of the psychotherapeutic factors of group therapy in schizophrenic inpatients and outpatients. *Group Analysis* 2000; 33: 217-230.

(25) Jackson C, Birchwood M. Early intervention in psychosis: opportunities for secondary prevention. *Br J Clin Psychol* 1996; 35: 487-502.

(26) García Cabeza I, Sánchez E, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chávez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 211-216.

(27) García Cabeza I; Sanz M, Arango C, González de Chávez M. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. *Schizophrenia Res* 2000; 41: 349-355.

(28) González de Chávez M, García-Ordás A. Group therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to schizophrenia. In: Webart A & Cullberg J, eds. *Psychotherapy of schizophrenia - Facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press, 1992.