

COLECCIÓN DE LIBROS DE LA FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y
EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS
DIRECTOR: MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

LA ESQUIZOFRENIA

Sus orígenes y su tratamiento adaptado
a las necesidades del paciente
YRJÖ ALANEN
2003

**LA INTERVENCIÓN PRECOZ
EN LA PSICOSIS**

Guía para la creación de servicios de
intervención precoz en la psicosis
JANE EDWARDS Y PATRICK D. MCGORRY
2004

**DANDO SENTIDO
A LAS VOCES**

Guía para los profesionales de la salud
mental que trabajan con personas que escuchan voces
MARIUS ROMME Y SANDRA ESCHER
2005

**FIFTY YEARS OF HUMANISTIC
TREATMENT OF PSYCHOSES**

In Honour of the History of the International Society for the Psychological
Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses, 1956-2006
YRJÖ O. ALANEN, ANN-LOUISE S. SILVER Y MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ
2006

PSICOSIS

Una perspectiva integradora
JOHAN CULLBERG
2007

**ABORDAJES PSICOTERAPÉUTICOS
DE LAS PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS**

Historia, desarrollo y perspectivas
YRJÖ O. ALANEN, MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ,
ANN-LOUISE S. SILVER Y BRIAN MARTINDALE
2008

**TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA PERSONA
PARA LA PSICOSIS PERTURBADORA**

PAUL CHADWICK
2009

AFECTO-LÓGICA

El vínculo entre el afecto y la lógica
Una contribución al estudio de la esquizofrenia
LUC CIOMPI
2010

PSICOSIS, TRAUMA Y DISOCIACIÓN

Nuevas perspectivas sobre la psicopatología grave
ANDREW MOSKOWITZ, INGO SCHÄFER,
MARTIN J. DORAHY
2011



Fundación para la
Investigación y Tratamiento
de la esquizofrenia
y otras psicosis

ISBN-13: 978-84-616-0962-8



9 788461 609628

Manuel González
de Chávez (Ed.)

25 AÑOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PSICOSIS

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

25 AÑOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PSICOSIS

Manuel González de Chávez

(Editor)

25 AÑOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA PSICOSIS

Manuel González de Chávez

© FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
Y OTRAS PSICOSIS

C/ Príncipe de Vergara 120, 7º C.1ª esc.
28002 MADRID

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede reimprimirse, reproducirse o utilizarse en forma alguna a través de medios electrónicos, mecánicos o cualquier otro disponible en la actualidad o creado en lo sucesivo, incluyendo fotocopiado y grabación o a través de cualquier sistema de recuperación o almacenamiento de información, sin la autorización escrita de los editores.

Depósito legal: M-33361-2012
ISBN: 978-84-616-0962-8

ÍNDICE

<i>FELICIDADES MANUEL</i>	vii
<i>MERECIDA JUBILACIÓN</i>	ix
<i>HOMENAJE DE LA AMSM</i>	xiii
<i>HOMENAJE DE LA AEN</i>	xvii
<i>PREFACIO</i>	xxi
CAPÍTULO UNO	
El tratamiento de la psicosis antes del siglo XX	1
Manuel González de Chávez	
<i>Publicado en: Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A.L. Silver & B. Martindale (eds.). Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: historia, desarrollo y perspectivas. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid, 2008: pp. 11-27.</i>	
CAPÍTULO DOS	
Terapias combinadas y programas integrados en el tratamiento de la psicosis esquizofrénicas	17
Manuel González de Chávez	
<i>Publicado en: Ingloff, R (ed). El que-hacer en Salud Mental. AEN. Las Palmas, 1989: pp. 112-132.</i>	
CAPÍTULO TRES	
Psicoterapia de grupo y esquizofrenia	39
Manuel González de Chávez	
<i>Publicado en: Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A.L. Silver & B. Martindale (eds.). Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: historia, desarrollo y perspectivas. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid, 2008: pp. 293-313.</i>	
CAPÍTULO CUATRO	
Psicoterapias en la psicosis aguda y transitoria	59
Manuel González de Chávez	
<i>Publicado en: Revista do Serviço do Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, 2008; 4 (1): 32-40.</i>	
CAPÍTULO CINCO	
Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas	69
Manuel González de Chávez	
<i>Publicado en: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1985; 5 (14): 335-341.</i>	

CAPÍTULO SEIS

Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios 79

Manuel González de Chávez, Ignacio García Cabeza y Juan Carlos Fraile

Publicado en: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999; 72, 573-586.

CAPÍTULO SIETE

Estudio comparativo de los factores terapéuticos en psicoterapia de grupo en pacientes esquizofrénicos hospitalizados y ambulatorios 95

Manuel González de Chávez, Marta Gutiérrez, Mauricio Ducajú y Juan Carlos Fraile

Publicado en: Group Analysis, 2000; 33: 251-264.

CAPÍTULO OCHO

Factores terapéuticos e insight en terapia de grupo ambulatoria para pacientes diagnosticados de esquizofrenia 109

Ignacio García Cabeza y Manuel González de Chávez

Publicado en: Psychosis, 2009; 1 (2): 134-144.

CAPÍTULO NUEVE

Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos 125

Manuel González de Chávez y Teresa Capilla Roncero

Publicado en: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1993; 44, 29-34 y 45, 103-112.

CAPÍTULO DIEZ

Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia 159

Manuel González de Chávez y Alfonso García-Ordás

Publicado en: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1992; 12: 203-207.

CAPÍTULO ONCE

Terapia de grupo en primeros episodios psicóticos 171

Ignacio García Cabeza y Manuel González de Chávez

Publicado en: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011; 31: 247-257.

CAPÍTULO DOCE

Avances futuros de los abordajes terapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: un punto de vista integrado 183

Yrjö Alanen, Manuel González de Chávez, Anne Louis Silver y Brian Martindale

Publicado en: Y. Alanen, M. González de Chávez, A.L. Silver & B. Martindale. Abordajes psico-terapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. historia, desarrollo y perspectivas. Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid, 2008: pp. 425-449.

CAPITULO TRECE

Trastornos de personalidad premórbidos en la esquizofrenia 209

Juan José Rodríguez Solano y Manuel González de Chávez

Publicado en Schizophrenia Research, 2000; 44: 137-144.

CAPITULO CATORCE

Ajuste premórbido y personalidad previa en pacientes esquizofrénicos 225

Juan José Rodríguez Solano y Manuel González de Chávez

Publicado en European Journal of Psychiatry, 2005; 19 (4): 243-254.

CAPITULO QUINCE

Duración de la psicosis no tratada y sus correlatos en un primer episodio de psicosis en Finlandia y España 241

O. Kalla, J. Aaltonen, J. Wahlström, V. Lehtinen, I. García Cabeza

y M. González de Chávez

Publicado en Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002; 106: 265-275

CAPÍTULO DIECISEIS

Seguimiento durante 12 meses de un primer episodio de psicosis en Finlandia y España: significado diferencial de las variables relacionadas con la adaptación social 265

Outi Kalla, Jukka. Aaltonen, Jarl. Wahlström, Ville. Lehtinen

y Manuel González de Chávez

Publicado en Clinical Psychologist, 2011; 15: 22-32.

CAPÍTULO DIECISIETE

Factores terapéuticos en grupos de pacientes con psicosis 287

Ignacio García Cabeza, Mauricio Ducajú y Esther Chapela

y Manuel González de Chávez

Publicado en Group Analysis, 2011; 44 (4): 421-438.

CAPITULO DIECIOCHO

Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia durante los últimos 25 años. Una revisión basada en la evidencia 305

Lina Tost, Cecilio Hernández y Manuel González de Chávez

CAPITULO DIECINUEVE

¿Cómo establecer relaciones terapéuticas con una persona que vive experiencias psicóticas? 361

Manuel González de Chávez

FELICIDADES MANUEL

Me han comentado que mi amigo, Manuel González de Chávez, se jubila; algo inconcebible cuando se conoce su activa y enérgica personalidad. Me alegra disponer de esta oportunidad para enviarle mi más cordial felicitación.

Conocí a Manuel en 1989, en el Congreso Europeo de la OMS celebrado en Granada. Junto con mis compañeros psiquiatras Erik Anttinen y Kari Pylkkänen presentábamos el Proyecto Nacional para la Esquizofrenia, desarrollado en Finlandia durante los años 80. Manuel era el presidente de la mesa en la que participábamos y mostró gran interés por nuestro trabajo. Esto se hizo aún más evidente cuando envió, al poco tiempo, a dos jóvenes colaboradores, primero Alfonso García-Ordás y posteriormente Ignacio García Cabeza, a completar su formación en nuestro Hospital Universitario en Turku (Finlandia), para que se familiarizaran con nuestra forma de trabajar con pacientes psicóticos.

En Granada comenté a Manuel la posibilidad de que participara en el symposium de la ISPS que se celebró en Estocolmo en 1989. Nos encontramos nuevamente en Estocolmo donde Manuel y sus colaboradores presentaron dos trabajos sobre terapia de grupo. El primero, junto con Alfonso García-Ordás y titulado “La terapia de grupo como factor facilitante en el tratamiento combinado de la esquizofrenia”, fue seleccionado entre las numerosas presentaciones del simposium para publicarse en el libro “Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors”, editado por Andrzej Werbart and Johan Cullberg. En este trabajo, Manuel y Alfonso hacen énfasis en los aspectos particularmente beneficiosos de la terapia de grupo —entre ellos ser un marco de referencia interactivo, multilateral e igualitario comparado con la relación diádica (¡aunque necesaria!) de la terapia individual— pero, también su importante papel dentro de los tratamientos combinados disponibles para pacientes esquizofrénicos. El segundo, con Teresa Capilla Roncero, aborda el interesante tema del insight y las reacciones especulares en la terapia de grupo.

Recuerdo a Manuel diciéndome en Estocolmo: “¡Esta es mi gente!” Desde entonces participó regularmente en los siguientes symposios de la ISPS, hasta que en 2006 organizó en Madrid, con gran éxito, el de mayor asistencia hasta entonces, ya digno de denominarse 15.º Congreso de la ISPS.

Manuel y yo nos hicimos amigos cercanos, también a nivel familiar, nuestras esposas Teresa y Hanni lo son. Al mismo tiempo, también se acrecentaron nuestros contactos profesionales, inicialmente Manuel me invitó tanto a mí como a distintos amigos y colaboradores finlandeses —Jukka Aaltonen, Viljo Rääkköläinen, Klaus Lehtinen— a participar en los Cursos Anuales de Esquizofrenia que organiza en Madrid, cada vez con ponentes extranjeros más conocidos y mayor audiencia. Ha sido para mí un gran placer ver cómo ha ido creciendo el interés por los tratamientos orientados psicoterapéuticamente y hacia actividades reha-

bilitadoras en estos pacientes, quienes, a mi entender, continúan siendo los sujetos menos entendidos en nuestro mundo. De estos contactos han surgido interesantes proyectos hispano-finlandeses, promovidos por Jukka Aaltonen, desde el lado finlandés.

Antes del Congreso de la ISPS en Madrid, como organizador del 4.º Symposium en Turku en 1971 y durante muchos años miembro del organigrama organizativo de estos symposia, Manuel me propuso que me uniera a él y la psicoanalista americana Ann-Louises Silver, para editar un libro que conmemorase los 50 años de historia de la ISPS. Así fue y el libro “Cincuenta Años de Tratamiento Humanista de la Psicosis”, publicado por la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, se distribuyó entre los 1.200 participantes del congreso de Madrid, en inglés y español.

Esta excelente colaboración nos llevó a planear y editar, con Brian Martindale, otro gran libro “Abordajes Psicoterapéuticos de las Psicosis Esquizofrénicas: Historia, Desarrollo y Perspectivas”, que se publicó dentro de la serie de libros de la ISPS por Routledge en Londres en 2009, y por la Fundación, en España. Manuel escribió en este libro un fantástico capítulo sobre terapia de grupo; así como otro, ilustrativo de cómo se trataba la psicosis antes del siglo XX, contribuyendo además al último e importante capítulo del libro, que aporta una visión integradora del futuro desarrollo de las aproximaciones al tratamiento psicoterapéutico tal y como lo entendimos el grupo de editores. Por mi parte existe una enorme gratitud hacia Manuel por esta excelente colaboración, iniciada por él y que me permitió la posibilidad única de contribuir así al avance en el tratamiento orientado psicoterapéuticamente de las psicosis esquizofrénicas, en peligro de ser enterrado por la sombra de visiones neurobiológicas reduccionistas.

En todos estos contactos la gran energía y el talento organizativo de Manuel han tenido una importancia decisiva. Durante nuestras reuniones en Madrid y cualquier otro lugar he ido conociendo de forma cercana su amabilidad, empatía y hospitalidad. Estoy seguro que retirarse no va a suponer terminar con su activa participación en temas profesionales.

Durante los últimos diez años, mi esposa y yo hemos pasado una semana al año de vacaciones invernales en el calor de la bonita isla de Tenerife, generalmente en la vieja ciudad de Puerto de la Cruz. Cuando le mencioné esto a Manuel me dijo que había nacido en el cercano valle de la Orotava, a unos pocos kilómetros de nuestro hotel. ¡El mundo parece a veces tan pequeño!

¡Deseo a a mi amigo Manuel muchos años de felicidad como activo ciudadano de la tercera edad! También espero que nos encontremos en muchas ocasiones, tanto en Madrid como en Finlandia, o quizás en Tenerife.

Yrjö O. Alanen, M.D.
Profesor of Psiquiatría (Emeritus)
Universidad de Turku, Finland

MERECIDA JUBILACIÓN

Conocí a Manuel González de Chávez a finales de los años sesenta. Desde entonces he tenido la suerte de poder compartir con él la evolución y muchas vicisitudes de la psiquiatría en España, tanto en sus aspectos organizativos y de nuevas perspectivas como de profundización en el pensamiento científico y reflexivo de la misma.

En aquellos años setenta, en pleno franquismo, ya existían núcleos y movimientos de profesionales que se preguntaban por los cambios que debería experimentar la psiquiatría que, entonces, estaba en el orden manicomial y junto a otros colectivos —abogados, prensa, etc.— se trabajaba por un cambio político-social. Recuerdo en aquella época la aportación de González de Chávez sobre “La Teoría en la Alternativa Psiquiátrica” en el Congreso Internacional de Milán sobre la locura en 1976⁽¹⁾ y, ya entonces buscaba “el conocimiento para orientar la actividad en la que estamos empeñados y alcanzar los objetivos que perseguimos”, así como su activa contribución en todos aquellos proyectos entre los que sobresale la Coordinadora Psiquiátrica, y “Algunos puntos para análisis de las experiencias en psiquiatría comunitaria”⁽²⁾, como la de Salt (Gerona), psiquiátrico de Valladolid, Conxo y barrio de Saconia en Madrid. Al mismo tiempo existía una estrecha colaboración con el movimiento de Psiquiatría Democrática, en Italia, liderado por Franco Basaglia y con la Antipsiquiatría de Laing y Cooper, en Reino Unido.

Fueron años de muchas luchas, de orientar y dirigir desde la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) la transformación de la asistencia psiquiátrica y que, con ese mismo título, Manuel González de Chávez coordinó la publicación del primer volumen de la colección de la AEN, “La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica”⁽³⁾, recogiendo múltiples trabajos y diversas experiencias psiquiátricas progresistas de un buen número de profesionales.

Ya en los comienzos de los años ochenta, siendo Chávez Presidente de la AEN, realizó una intervención en el marco del XVI Congreso de la AEN en Oviedo sobre “Un jardín de flores que no existe”⁽⁴⁾, donde denunciaba a los políticos que habiéndose comprometido con la reforma psiquiátrica, volcaban su dedicación sobre intereses privados y no en lo público y “la flor de la salud mental” estaba poco cuidada. En España estaba recién nacida la democracia y en aquel discurso hizo una lúcida aproximación a la realidad del país y a la de la psiquiatría, de corte reflexivo-poético, desde donde miraba y observaba detenidamente los diferentes contextos con perspectiva humanista.

Ya en los noventa y después de gestionar la transformación del Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla, donde tuvo que enfrentarse a fuertes intereses oligárquicos y fundamentalismos de diverso orden, se dedicó por entero y

sin ahorrarse ningún esfuerzo al estudio y tratamiento de la esquizofrenia, con especial foco en la terapia grupal.

Desde 1992 fue Jefe del Servicio de Psiquiatría I del H.G.U.G.M. creando, junto a los profesionales del Servicio, un ambiente grupal propicio para realizar diversas psicoterapias de grupo tanto en pacientes bipolares como neuróticos y psicóticos. Este impulso se fue plasmando en los cursos anuales de esquizofrenia que han ido adquiriendo a través de los años un merecido y justificado prestigio y en la creación de la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, de la que es cofundador y patrono.

Contactó en agosto de 1991, en Estocolmo durante el X Internacional Symposium for Psychotherapy of Schizophrenia, con la ISPS (Internacional Society for the Psychological Treatment of the schizophrenias and other Psychosis) y encontró una identificación con su quehacer que le hizo decir "These are my people" y en 2006 en Madrid, siendo miembro del Board de la misma, organizó el XV Congreso Internacional de la ISPS y editó junto a Yrjö Alanen y Ann-Louise Silver el libro "Fifty years of humanistic treatment of Psychosis. 1956-2006"⁽⁵⁾, que recoge la interesante gestación, itinerario y desarrollo de la ISPS. En ese Congreso González de Chávez fue elegido Presidente de la ISPS. Fue un Congreso muy sentido por el reconocimiento que se hizo a profesionales entregados y dedicados al trabajo y estudio de este ámbito psico-social y psicológico de la psicosis, nombrando a algunos de ellos Miembros Honorarios de la ISPS.

En estas últimas dos décadas, se ha dedicado por completo a la esquizofrenia y en concreto al estudio y tratamiento psicoterapéutico grupal para pacientes psicóticos y sobre ello ha realizado variadas y ricas aportaciones en los diferentes Cursos Anuales sobre Esquizofrenia que, desde el año 1995, viene organizando desde el Servicio de Psiquiatría I del H.G.U.G.M. y desde la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, contribuyendo también con diversas publicaciones como la colección ya iniciada por la propia Fundación.

Refiriéndose a Manuel González de Chávez, la A.M.S.M.-A.E.N. (Asociación Madrileña de Salud Mental) ha indicado, recientemente, con motivo del IX Congreso de la misma, en octubre 2011 "... es uno de los principales referentes a nivel internacional de la psiquiatría de nuestro país".

Siempre le ha preocupado la difusión de los conocimientos, las nuevas generaciones, así como el intercambio entre profesionales de las experiencias y prácticas en el trato con los pacientes y de un modo preferente en los servicios públicos. El cuidado de los pacientes, respeto a su autonomía, sensibilidad ante la vulnerabilidad y progreso en el autoconocimiento de éstos, así como la perspectiva de los tratamientos integrados han sido su norte, con una teoría nunca alejada de la práctica.

No quiero dejar de añadir su interés por la Historia de la Psiquiatría, el legado de antepasados, con merecido reconocimiento de sus obras y también de sus personas.

He querido hacer este brevísimo recorrido marcando algunos hitos que, desde mi mirada, han sido significativos.

Como amiga suya que soy, quiero añadir mi reconocimiento y profundo agradecimiento a su espíritu generoso, actitudes éticas y perspectiva humanista. Comparto con Ernst Bloch la búsqueda de señales de esperanza y es en mi cercanía con Manuel González de Chávez donde, en más de una ocasión, las he encontrado.

Y ahora, en ésta etapa, en la que va a entrar, de la merecida jubilación, le deseo mucha felicidad y éxito, en las nuevas tareas, que sin duda le esperan. Un fuerte abrazo.

María Isabel Rodríguez Gorostiza

Psiquiatra (Jubilada)

Servicio de Psiquiatría I HGUGM

- (1) "Teoría de la Alternativa Psiquiátrica". Manuel González de Chávez. Congreso Internacional de Psicoanálisis dedicado a la "locura", Milán, 1 a 4 de diciembre de 1976.
- (2) "Algunos puntos para el análisis de las experiencias en psiquiatría comunitaria". Manuel González de Chávez. II Jornadas Nacionales de la A.E.N.- "Formas de trabajo en psiquiatría comunitaria". Talavera de la Reina, 8 y 9 de junio de 1979.
- (3) "La transformación de la Asistencia Psiquiátrica". Manuel González de Chávez, Coordinador. Editorial Mayoría. Ponencia del XV Congreso de la A.E.N. 1980.
- (4) "Un jardín de flores que no existe". Discurso de apertura del Presidente de la A.E.N., Manuel González de Chávez. XVI Congreso de Oviedo del 6 al 9 de noviembre de 1983. Revista de la AEN. Año IV, n.º 9, 1984, pp. 108-114.
- (5) "Fifty years of Humanistic Treatment of psychoses". Yrjö Alanen, Ann-Louises. Silver, Manuel G. de Chávez, Editors. 2006-I.S.P.S. Fundación para la Investigación de la Esquizofrenia y otras Psicosis. www.cursoesquifreniamadrid.com.

Homenaje al Dr. González de Chávez en el IX Congreso de la Asociación Madrileña de Salud Mental, celebrado el Hospital General Gregorio Marañón en octubre del 2011

Cuando Pedro Cuadrado, Presidente hasta este Congreso —el IX— de la Asociación Madrileña de Salud Mental, me telefoneó para que presentara a Manuel Gonzalez de Chávez en la Conferencia de Clausura del mismo, Congreso que servía de homenaje a su jubilación de la práctica publica asistencial, me invadió cierto pudor, pudor que se acrecentaba porque otras personas más cercanas lo podrían hacer —y ya lo habían hecho—, con sendas semblanzas que armonizaban muy bien con la trayectoria de “Manolo” (así pero con el respeto que se merece, todos le conocemos).

Pero, como casi siempre, el diccionario me salvó: primero porque pudor —también honestidad, modestia, recato, reserva...—, que son algunos de sus sinónimos, emparentan con invisibilidad —“el que rehúye ser visto”— y así quisiera yo que transcurrieran éstas, mis palabras, para que no oscurecieran lo más mínimo la luz de su presencia en esta Conferencia y, a la vez, es esa invisible presencia la que denota el papel que el conferenciante durante todos estos años —que van desde la mitad de los 60— ha recorrido en la Organización Asistencial e Institucional de la Salud Mental, y en la reflexión clínica y científica de nuestra materia. Porque eso, que no es poco, es lo que el autor nos ha proporcionado. Algo que en el título de su conferencia de hoy “Cuatro pioneros de la psicoterapia de la esquizofrenia” se indica en el primer concepto de la misma, “pionero”: “persona que inicia la exploración de nuevas tierras —o— que da los primeros pasos en alguna actividad humana”. Quisiera que las palabras que siguen demostraran tales asertos: de su reserva, los que trabajamos con él, tenemos exponente claro en su silenciosa e invisible llegada todas las mañanas a la Unidad al comenzar el trabajo diario; de ser pionero, es evidente su papel en la historia de los últimos 45 años de la psiquiatría española que ahora paso a relatar (Manolo con su inmejorable memoria quizás me tenga que corregir si hago algún baile de fechas), y que se extiende, en su localismo, a la propia historia de Madrid y en su globalización, al reconocimiento internacional que “sus” Curso de Esquizofrenia (dentro de un mes será XVI) propician.

* * *

Allá por el año 66 del siglo pasado comenzaba su andadura profesional en Madrid en el Provincial, entonces cercano a Atocha, para en el 69 —cuando se inauguraba este Hospital, donde hoy celebramos las Jornadas— trasladase sus bártulos a las “Clínicas Psiquiátricas” de la calle Ibiza (por entonces el Hospital era la Ciudad Sanitaria “Francisco Franco”).

Desde entonces, como digo, se anticipa su interés por la organización asistencial, coincidente aquellos tiempos con posturas incómodas frente a los últimos años del franquismo. Si en Oviedo había estallado el conflicto en razón de la formación de los entonces nacientes MIR, en Madrid, en el verano del 71, ocurría lo propio, frente a la situación asistencial y sus recursos, en el citado Hospital Provincial. Se había encendido la mecha de otros “incendios” por la geografía española (Salt, Instituto de S. Pablo y la Sta. Cruz, Conxo...).

Por entonces, también aparecían los gérmenes o raíces de su actitud más internacional —luego refrendada con sus inevitables “Cursos anuales sobre esquizofrenia”— y así vemos a González de Chávez participando en el Congreso Internacional de Psicoanálisis dedicado a la locura, en Milán, a finales del 76 con una intervención: “Teoría de la Alternativa Psiquiátrica”. Pero, antes, en el comienzo de esa década, se ha constituido con un grupo de psiquiatras, fundamentalmente italianos —con Franco Basaglia a la cabeza— lo que otro abanderado de la Psiquiatría progresista, Ramón García, denomina el “Mapa de la Vergüenza”, refiriéndose a la precariedad de la asistencia en la geografía europea. Por supuesto entre otros, allí estaba el Dr. González de Chávez.

Y sobre todo lo que más destaca es el nacimiento de la “Coordinadora Psiquiátrica Nacional”. En palabras del homenajeado, “una red de información y comunicación regular para mejorar las penosas condiciones de la asistencia psiquiátrica en España, con reuniones y debates que tuvieron que ser clandestinos, y con denuncias, escritos e intentos de transformación de la Psiquiatría asilar”. El texto completo expuesto en el volumen III, número 1, del año 2003 de la revista “Frenia” recoge una extensa bibliografía, entre ella la del propio autor, imprescindible para entender la Salud Mental de aquellos años. Se había celebrado el XI Congreso de la AEN en 1971 en Benalmádena (Málaga) y allí se fraguaba, a través de reuniones paralelas, el inicio de la citada Coordinadora. Se fueron sucediendo los Congresos, el XII (1973) en Valladolid, el XIII en Mérida (Badajoz) en 1975 donde se acordó el siguiente a celebrar en Sevilla. Distintos avatares se sucedían en los referidos Congresos y la Coordinadora seguía sus pasos: entre 1977, en distintos locales y ciudades, y hasta 1975 en que se extingue en Santiago de Compostela, celebra 10 reuniones. Aún con flecos en el 77, la Coordinadora se erige pieza imprescindible de la organización y reflexión de la Salud Mental venidera. En ese Congreso, el de 1977 en Sevilla, como es preceptivo se elige una nueva Junta y, si se puede decir así, es “tomada” por esa “nueva y progresista” psiquiatría. Se ha celebrado por entonces en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid, en marzo de ese mismo año, unas Jornadas dedicadas a las “Alternativas a la Asistencia Psiquiátrica” formada entre otros por Manuel González de Chávez (Ed. Akal. Madrid, 1977) y que se siguen de otra, en el 79, celebrada en Talavera de la Reina (por las mismas fechas, en junio, 33 años después se va a celebrar el que viene el XXV Congreso en Tenerife). Allí coincidí con él, aunque antes, como MIR recién nacido había asistido a alguna —no recuerdo sí en el 72, 73 ó 74— de las reuniones de la Coordinadora que se celebró en el entonces Hospital Psiquiátrico Nacional de Sta. Teresa en Leganés.

El conferenciante adquiere protagonismo y en el Congreso de 1980 “el segundo de la nueva etapa”, como dice Ramón García en su libro “Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la Psiquiatría española” (Editorial Virus, 1995), celebrado en Madrid, es elegido Presidente de la AEN en la Junta Directiva. Coordina por entonces una de las tres ponencias, “La transformación de la Asistencia Psiquiátrica” (Ed. Mayoría) con la que se inaugura la edición de libros de la AEN (ahí vuelvo a coincidir con él en otra ponencia “Aproximación a la Histeria”). Las 100 páginas que dedica a la “Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales” deben de ser leídas por la nueva generación de trabajadores de Salud Mental si quieren entender la historia más reciente de la Psiquiatría, no solo española, historia que como parte de su continua afición a la lectura constituye una de las pasiones de Manuel. Convendría si no, preguntarle a Teresa su mujer.

El período de su presidencia se corresponde con la creación de las primeras Asociaciones Regionales, de las Comisiones (Legislación, Asistencia...) y de la Revista de la AEN con Manolo Desviat —aquí presente— a la cabeza. Entre esas Asociaciones Regionales estará González de Chávez en el 87 como Presidente de la Madrileña y yo tuve la suerte de acompañarle como Vicepresidente.

Pero antes, entre el 81 y el 83, se destaca como Director Gerente del Hospital de Miraflores de Sevilla y coincidiendo con el año de su cese, inaugura el Congreso (XVI) de Oviedo con la conferencia “Un jardín de flores que no existe” (Revista de la AEN, 1984, n.º 9, pp. 108-114), donde se refiere a la “flor de la Salud Mental” “poco cuidada”, señalando a los políticos de esos años y su actitud frente a la enfermedad mental. Unos años después, en el año 99, sin saberlo, en uno de sus cursos donde fui invitado recogía yo una metáfora cercana acerca del “diagnóstico sentimental” que Manuel Rivas, en “El lápiz del Carpintero” hace de las plantas cuando uno de los protagonistas visita un Pazo y otro ha recorrido antes el Hospital de Conxo.

Volvemos a vernos en el 86 en San Sebastián pero si su dedicación asistencial ha sido hasta entonces lo preponderante, el paso por la clínica comienza a ser más relevante: en el 90 pasa a ser Jefe de Servicio del Hospital Universitario Gregorio Marañón y retoma su andadura de aquellos primeros años del 70, dedicándose desde entonces al estudio y tratamiento de la Esquizofrenia sobre todo a su vertiente grupal, estudio en el que ha profundizado en las dos últimas décadas. Como dice Maribel Gorostiza “... creando junto a los profesionales del Servicio un ambiente grupal para realizar diversas psicoterapias de grupo...”.

En el 91, en su trayectoria internacional, contacta en Estocolmo con los responsables de la ISPS (International Society for Psychotherapy Treatment of the Schizophrenias and other Psychosis). Desde entonces es miembro de dicha sociedad y en el 95 comienza a plasmar los Cursos anuales de Esquizofrenia, bajo el auspicio posterior de la Fundación para la investigación y tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis. Dentro de 1 mes se celebrará el XVI y huelga hablar de ello porque es un referente imprescindible no solo de este país para el estudio de la psicosis. Todos los noviembreros de cada año nos vemos las caras. En el 2006,

en el XV Congreso de la ISPS es elegido Presidente de la misma siendo co-editor del libro “50 años de Tratamiento Humanista de la Psicosis”.

Casi 30 años después (en el 2009) de la citada ponencia “La transformación de la asistencia psiquiátrica” con su “Historia de los cambios asistenciales...” publica, en la serie “Blanca” (con ello hago mención también a la serie “Negra” de los libros de la AEN) “Abordajes psicoterapéuticos de la Psicosis Esquizofrénicas”. Efectivamente y este es otro esfuerzo que le debemos: la publicación, en los últimos años de las ponencias de “sus” Cursos Anuales, en unos libros blancos de cuidado y representativo formato.

Sin cansarles más no quiero dejar de enumerar aspectos concretos de los aportes más directos de Manolo en la teoría y su práctica habitual: los tratamientos combinados..., los programas integrados, los (repetidos) grupos en psicosis agudas y transitorias..., en hospitalizados y ambulatorios, factores terapéuticos en psicoterapia de grupo, el *insight* en los mismos, las reacciones especulares y otros muchos.

Y no puede faltar algo destacable y que si yo hubiera estado como MIR en su Servicio no podría dejar de agradecerle: su dedicación a los mismos y su ayuda para la rotación tanto de profesionales en formación de otras regiones españolas como de los de aquí por otras instituciones, incluidas las extranjeras.

Y acabo con unas palabras de Nacho García Cabezas: “... una de las características principales de Manuel González de Chávez es su dedicación y entrega en el trabajo, a su profesión y al paciente de forma altruista, escribiendo y hablando desde el conocimiento que da la práctica clínica diaria, sin olvidar su vasta formación y envidiable capacidad de estudio”.

Gracias por tu magisterio y compañía.

José Jaime Melendo Granados
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Servicio de Psiquiatría I

Homenaje al Dr. Manuel González de Chávez en el XXV Congreso Nacional de la AEN celebrado en Tenerife en 2012

El hombre tranquilo

Tomé este título del film que John Ford realizó en 1952, con el que ganó un oscar, para este homenaje a Manuel González de Chávez. La tenacidad y la nobleza que emanan en esa entrañable historia irlandesa que describe el film, pueden ser algunos de los rasgos que definen la trayectoria vital de Manuel.

Recuerdo que Kirmen Uribe en su novela Bilbao-Nueva York-Bilbao (2009)¹ hace un juego metafórico con la llegada a su vida del hijo de su pareja, “*naciste a mis ojos con 13 años*”. Asimismo, en nuestra vida vamos incorporando amigos de distintas edades y a distintas edades. Sólo voy a hablar de Manuel a partir de cuando lo conocí, aunque uno a veces conoce antes al personaje que a la persona.

Cuando removí mi memoria sobre como conocí a Manuel, tuve la sensación de que las primeras escenas podían estar sacadas de una novela de John Le Carré. Corría el año de 1971 cuando una bocanada de aire fresco penetraba en el congreso de la AEN que tenía lugar en la ciudad de Málaga. La AEN iba languideciendo a la vez que alejaba su mirada de una realidad dura que mostraba la deficiente atención psiquiátrica que se daba en los hospitales psiquiátricos y en el contexto de un país muy distante de lo que debía ser un estado de derecho, pero un grupo de jóvenes psiquiatras, entre los que se encontraba Manuel, alzaron su voz reclamando un nuevo rumbo. Hubo también su lado emocional cuando los psiquiatras del exilio interior (Valenciano, Germain..., etc.) sintieron como propio ese frescor que emanaba de aquellos jóvenes psiquiatras.

De aquel congreso surgió la creación de una coordinadora psiquiátrica que agrupó a esos jóvenes psiquiatras que trabajaban en hospitales donde se intentaba hacer una psiquiatría de rostro humano. Psiquiatras de Oviedo, Valladolid, Santiago de Compostela, Valencia, Barcelona, Madrid... Lugares que mostraban esfuerzos por cambiar la realidad asistencial y sus formas de gestión. 1972 fue un año donde la coordinadora psiquiátrica tomó impulso, pero también donde la reforma psiquiátrica más emblemática de España la del hospital psiquiátrico provincial de Oviedo era cortada de cuajo con más de 100 despidos. El régimen mostraba su rostro más autoritario en ese y en cualquier lugar donde viera cuestionado su poder autocrático.

¹ Kirmen Uribe. Bilbao-Nueva York-Bilbao. Seix Barral 2011.

Fue una época donde pudimos caer en el desánimo y como escribe Ángel González² a veces:

*Queda quizá el recurso de andar solo,
de vaciar el alma de ternura
y llenarla de hastío e indiferencia,
en este tiempo hostil, propicio al odio.*

Nada de eso ocurrió.

Ese año, 1972, también fue en el que se publica en español el libro de Franco Basaglia *“La institución negada”*, libro básico para entender las bases de lo que se ha denominado *“Desinstitucionalización”* y conocer la experiencia que él y su equipo desarrollaron en Gorizia (Italia). En ese contexto la coordinadora psiquiátrica tuvo una actividad incesante. Fue ese año cuando oí hablar de todo lo que ahora estoy rememorando. Todavía era estudiante de medicina en Valladolid, pero acompañaba a dos amigos “conspiradores”, Alberto Lasa y Fernando Colina³, a Madrid los fines de semana que asistían a las reuniones de la coordinadora en las Clínicas de Ibiza. Al atardecer de aquellos fines de semana, cuando ellos salían de las largas reuniones de la coordinadora y nos perdíamos por las viejas tabernas de Madrid en compañía de otros compañeros, entre platos de comida casera, nos relataban los avances de aquel movimiento. Allí fue donde oí hablar de Manuel González de Chávez y de otros compañeros que significaron tanto en la reforma psiquiátrica española (Julián Espinosa, Ramón García, Onésimo González, Carmen Sáez, Enrique González Duro..., etc.). Ya conocía al personaje, pero todavía para mí no tenía rostro.

Fue 1973 cuando conocí a Manuel González de Chávez en una reunión del Reseau europeo⁴ en instalaciones de la Escuela Rosa Sensat de Barcelona, y a la que también asistió Franco Basaglia y otros compañeros europeos. El formaba parte del equipo dirigente de la coordinadora psiquiátrica, que día a día se iba fortaleciendo y que en el Congreso de la AEN que se celebró ese año en Valladolid consiguió un éxito sorprendente e inesperado. Al inicio del congreso, Manuel solicitó leer un documento consensuado por un grupo de profesionales que solicitaba que el Congreso fuera una reflexión sobre la realidad de nuestra atención psiquiátrica y dejará de lado un discurso académico descontextualizado y ajeno a la realidad. Todavía recuerdo la cara atónita de parte de los congresistas y la voz de quien moderaba la sesión en aquel momento, Antonio Soto⁵, que dijo *“apaguen los micrófonos”*. Orden de resultado efímero pues duro unos pocos minutos. Después de leer el documento los promotores convocaron a un congreso paralelo que resultó más dinámico y atractivo que el oficial.

² Ángel González. Palabra sobre Palabra. Seix Barral, Barcelona, 1972.

³ Alberto Lasa y Fernando Colina eran profesores de la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valladolid.

⁴ El Reseau Internacional alternative a la psychiatrie fue creado en la década de los 70 por profesionales europeos que buscaban un cambio radical en los modos de hacer y entender la atención psiquiátrica del momento.

⁵ Antonio Soto era psiquiatra en la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Valladolid que dirigía el Prof. Santiago Benito Arranz.

Aquel congreso paralelo significó un punto y aparte con la AEN, pues la coordinadora psiquiátrica mantuvo un alejamiento de la asociación hasta el congreso de Sevilla de 1977. Allí nuevamente Manuel fue uno de los líderes del proceso que propuso presentar una candidatura rupturista a la AEN, que por consenso se planteó que la presidiera Valentín Corcés. Nadie esperaba lo que al final ocurrió; que un grupo de jóvenes psiquiatras ganarían las elecciones. Los perdedores estaban indignados y los ganadores aturridos. Comenzaba una época de gran productividad por parte de este grupo de profesionales, que verían como el retorno a la democracia con la constitución de 1978 permitió cambios contrastables. En 1978 se publica en español el libro *“locos de desatar”*⁶, que además de hacer referencia a esta película italiana contiene un estudio sobre el movimiento italiano de psiquiatría democrática realizado por Manuel. Sin embargo, el camino estaba sembrado de obstáculos. Podemos tomar las palabras de Gioconda Belli⁷ para rememorar las emociones del momento:

*Ahora vamos envueltos en consignas hermosas,
desafiando pobreza,
esgrimiendo voluntades contra los malos augurios
y esta sonrisa cubre el horizonte,*

Fueron años complejos donde Manuel mostró su liderazgo y su compromiso. Comenzaban nuevamente procesos de reforma en hospitales psiquiátricos y comunidades. Manuel tomó las riendas del Hospital Psiquiátrico de Sevilla, Enrique González Duro del de Jaén, Luis Cabrero de los servicios de salud mental de Barcelona. Sin embargo, aunque se vivía una nueva época volvían aparecer las resistencias al cambio y muchos de estos nuevos procesos terminaron bloqueados. Manuel pudo ver como se bloqueaba la transformación del Hospital Psiquiátrico de Sevilla. La revista de la AEN dio cuenta de este y otros procesos de cambio⁸. Como decía J. J. Millas *“Estamos maltrechos, sí, aunque moralmente enteros”*.

En 1980, en el Congreso de la AEN que se celebraba en Madrid presenta el libro que había coordinado *“La transformación de la asistencia psiquiátrica”*, un texto que recoge las aportaciones de un amplio colectivo de profesionales implicados en los cambios más novedosos de la atención psiquiátrica en España. Un texto clave para entender la reforma psiquiátrica de España. En ese mismo congreso asume la presidencia de la AEN. En el período de su presidencia se producen hechos de gran relieve; surge la revista de la AEN bajo la dirección de Manuel Desviat, la Cátedra Lafora-Mira se convierte en el germen de una escuela de salud mental y aquella junta de psiquiatras remite una propuesta al Ministerio de Sanidad para que se cree la formación especializada en psicología clíni-

⁶ Locos de desatar. Silvano Agosti, Marco Bellocchio, Sandro Petraglia y Stefano Rulli. Con un comentario de Carmen Sáez y el estudio sobre psiquiatría democrática de Manuel González Chávez. Anagrama, 1978.

⁷ Gioconda Belli. Ahora vamos envueltos en consignas hermosas.

⁸ Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Sevilla. Revista de la AEN. Año III, n.º 6, 1983, pp. 135-148.

ca (el PIR). La AEN ya estaba dando los pasos para convertirse en una asociación multiprofesional y alejarse de una visión gremial y excluyente.

Vinieron los años de madurez y el reconocimiento profesional. En 1992, obtiene la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y a partir de 1995 comienzan su andadura los cursos anuales de esquizofrenia. Estos cursos han alcanzado en el país unas cotas de calidad y de aceptación profesional reconocidas por todos. Junto a la calidad, son unos cursos que mantienen una coherencia interna encomiable y realizados con tolerancia a los distintos saberes y prácticas profesionales. Sé que esta trayectoria ha sido ya relatada en otro homenaje por nuestra común amiga, Isabel Rodríguez Gorostiza y por el Prof. Y.Alanen.

Llega el momento del agradecimiento; como ciudadanos por su compromiso con la transformación de la asistencia psiquiátrica en España, como profesionales por su preocupación por la calidad y honestidad en el quehacer profesional, como amigos por poder haber compartido parte de esta historia y por poder seguir compartiéndola.

Ahora sí, ya sólo queda el final y que mejor que tomar prestada esta poesía de Mario Benedetti "*Pausa*":

*De vez en cuando hay que hacer
una pausa
contemplarse a si mismo
sin la fruición cotidiana
examinar el pasado
rubro por rubro
etapa por etapa
baldosa por baldosa
y no llorarse las mentiras
sino cantarse las verdades*

Víctor Aparicio Basauri

PREFACIO

El libro 25 años de Psicoterapia de Grupo en la Psicosis surge del homenaje de amigos, compañeros y discípulos de Manuel González de Chávez en el momento de su jubilación. Recopila sus trabajos más destacados sobre la terapia de grupo de grupo en la psicosis, a la que se ha dedicado de forma destacada en las últimas décadas de su actividad asistencial.

La psicoterapia de grupo es por sus características específicas un modelo de intervención idóneo en un momento donde los recortes asistenciales pretenden llegar a todas partes y de los que no escapan, más bien al contrario, las psicoterapias. Es viable, flexible y adaptable a distintos entornos asistenciales pero, sobre todo, permite una utilización eficiente de los recursos con una ratio profesional-paciente que posibilita el acceso de muchos más individuos a un tratamiento de calidad, lejos de la cosificación que supone abordajes basados en el síntoma y el tratamiento farmacológico.

A nuestro entender la psicoterapia de grupo es especialmente útil en el caso de los pacientes psicóticos, elementos como las reacciones especulares o el contexto grupal, facilitan al paciente psicótico no sólo la adquisición de insight sino también el conocimiento de sí mismo. Es un hecho sorprendente para los pacientes, pero también para todos aquellos que hemos pasado como observadores por grupos de terapia de pacientes con psicosis, oír contar a los demás experiencias comunes y que nunca se han compartido. El cuestionamiento que de sus creencias se puede llegar a generar al oír a otro paciente que es Dios, cuando siempre se ha pensado que sólo existe un Dios y, ¡... soy yo! Este proceso de desingularización es, sin duda, un elemento clave para la adquisición de conciencia de padecer un trastorno mental, y el grupo favorece esta situación frente a terapias individuales.

El grupo supone en sí mismo un microcosmos social donde el paciente aprende y ejecuta nuevas habilidades interpersonales, tan necesarias en este tipo de pacientes, potenciándose aquellas que son más adaptativas y descartándose las que no lo son. Pero también, el grupo es un elemento de continuo apoyo y esperanza para quizás los pacientes más graves con los que tratamos, aportando la visión optimista de aquellos pacientes que se recuperan y, en cualquier caso, la opinión realista de aquellos que han vivido circunstancias similares, compartiendo estrategias y mecanismos de afrontamiento necesarios para hacer frente a una enfermedad a veces crónica e incapacitante.

Este libro pretende hacer una revisión de estos y otros aspectos relacionados con la terapia de grupo a través de la reedición de los artículos más destacados de Manuel González de Chávez, en el momento de su jubilación. Desde principios de los 80 el Dr. González de Chávez ha realizado un ímprobo esfuerzo en la aplicación y divulgación de programas combinados en el tratamiento de la esquizofrenia, centrados principalmente en la terapia de grupo.

Como cualquier revisión, sobre todo al tratarse de los trabajos de un único autor, encontramos algunos conceptos que se repiten pero, a lo largo de los distintos capítulos van apareciendo elementos clave para comprender el trabajo de Manuel González de Chávez y los componentes básicos de la terapia de grupo aplicada a pacientes con psicosis. El libro permite comprender la psicosis desde una perspectiva realmente biopsicosocial, entendiendo la crisis psicótica como crisis de identidad; aborda conceptos clave en la terapia como las reacciones especulares, el contexto o los factores terapéuticos; aporta elementos de investigación sobre éstos últimos o sobre su aplicación al inicio de la psicosis; instruye en cómo realizarla en medios tan diferentes como la hospitalización o el tratamiento ambulatorio; permite identificar qué pacientes pueden beneficiarse de determinadas formas de intervención grupal u otros modos de psicoterapia...

Pero este libro sobre todo intenta ser un homenaje al esfuerzo de una persona que ha pretendido, más allá del tipo de abordaje psicoterapéutico, dignificar y humanizar el tratamiento del paciente psicótico, comprendiéndole como persona que sufre y entendiendo sus necesidades, independientemente de sus niveles de neurotransmisores o genotipos, que por otro parte ha sido capaz de integrar en su práctica diaria, sin fundamentalismos, pero siempre sin olvidar de qué estamos hablando y a quién estamos tratando.

Comparto con la Dra. Rodríguez Gorostiza y el anuncio del IX Congreso de la Asociación Madrileña de Salud Mental, que el Dr. González de Chávez es un referente internacional, yo que he asistido y compartido con él, en los últimos años, diversos talleres y conferencias a lo largo del mundo, puedo atestiguarlo. Sólo citaré un ejemplo, durante una conferencia en la Universidad de Nueva York, ya como presidente de la ISPS, Courtenay Harding, pionera y líder mundial en la rehabilitación de los pacientes psicóticos, se le acercó para decirle, “realmente ahora comprendo el valor de tu trabajo”. Este es efectivamente el objetivo de este libro, intentar que se comprenda, valore y persista el trabajo de Manuel González de Chávez en el tratamiento del paciente con psicosis.

Yo comencé mi residencia en 1994, cuando Manuel González de Chávez ya era Jefe del Servicio I de Psiquiatría en el HGU Gregorio Marañón. Destaco este hecho porque a todos los residentes nos sorprendía y, todavía lo hace a los actuales, cómo un Jefe de Servicio seguía y sigue viendo tantos pacientes. Es, sin lugar a dudas, una de las características principales de Manuel González de Chávez su dedicación y entrega en el trabajo, a su profesión y al paciente de forma altruista, escribiendo y hablando desde el conocimiento que da la práctica clínica diaria, sin olvidar su vasta formación y envidiable capacidad de estudio.

Quizás sea un aspecto menos conocido, pero en absoluto desdeñable, su enorme influencia en la formación de muchos de los residentes que hemos pasado por su Servicio. Independientemente de la alineación, evolución posterior, intereses o afinidades, pocos son los residentes que han escapado a su influencia en la aproximación al paciente. Y con ésta, una pregunta que sistemáticamente surge en las sesiones clínicas del servicio cuando se presenta un paciente psicó-

tico “¿por qué el paciente sólo cuenta lo que le pasa cuando le pregunta Chávez?”, precedida probablemente por una interjección no muy decorosa, si se trata de un residente varón. La respuesta es siempre la misma “hay que saber cómo preguntar” y eso no se aprende en los libros. Con él hemos aprendido el valor de la comunicación con el paciente y la verbalización de sus experiencias, de su biografía, de la empatía y la relación terapéutica y; por mucho que nos empeñemos, es imposible que fármacos y enfoques biologicistas sustituyan comprender al paciente como persona y; que la neuroimagen o los estudios genéticos nos aclaren lo que le pasa, si no somos capaces de comunicarnos con él.

Años después he vuelto, ya como adjunto, al HGU Gregorio Marañón y con él hemos tenido el honor de colaborar en la confección de programas de terapias combinadas para la psicosis y divulgarlos a través de talleres en distintos lugares de nuestra geografía y, es a partir de ahí, que muchos residentes de otras comunidades hayan venido a formarse en nuestro hospital. El motor de todo este trabajo es el Dr. González de Chávez, como lo es la puesta en marcha y desarrollo del Curso Anual de Esquizofrenia, que se ha convertido en un foro único en España donde escuchar y dialogar con las personalidades más importantes del campo del tratamiento comprensivo de la psicosis. Una apuesta personal que le ha supuesto un enorme sacrificio y muchas dudas hasta que se ha consolidado como uno de los cursos de mayor interés y asistencia en España y cada vez más, en el extranjero.

Quería destacar también de Manuel González de Chávez la fidelidad a sí mismo, cómo a lo largo de toda su trayectoria profesional ha permanecido fiel a sus convicciones, en unos años en los que ha sido muy fácil ganar prestigio y “algo más” difundiendo otros aspectos, sin duda necesarios, del tratamiento del paciente y a los que en ocasiones resulta complicado resistirse. Él ha mantenido una trayectoria impecable y ha terminado recogiendo sus frutos, algunos quizás más tardíos de lo esperable.

También resaltaría su capacidad organizativa y cohesiva, en una ciudad como Madrid, caótica en general pero, específicamente en su organización asistencial, ha sabido mantener, a veces con innumerables obstáculos, un tipo de asistencia que prima el paciente sobre otros aspectos como los números o los famosos planes de calidad basados en los papeles y, ha sido capaz de implicar a todo su Servicio en este tipo de asistencia.

No quiero dejar pasar la oportunidad de mostrarle mi agradecimiento por todo lo que me ha enseñado y hemos compartido, pero también por su apoyo en momentos difíciles tanto profesionales como personales y; desearle que continúe, desde una posición distinta y más tranquila, enseñando y compartiendo con las nuevas generaciones una forma distinta de entender y tratar al paciente psíquico.

Ignacio García Cabeza
Psiquiatra HGU Gregorio Marañón

CAPÍTULO UNO

El tratamiento de las psicosis antes del siglo XX

Manuel González de Chávez

Sociedades primitivas

En las sociedades primitivas, con una ideología dominante mágica o mágico-religiosa, ya distinguían los comportamientos involuntarios que infringen las normas, y entre ellos, los que hoy conocemos como trastornos psicóticos (Jenkins y Barret, 2004; Kiev, 1964; Kleinman, 1980; Opler, 1959). Consideraban una amplia gama de causas no naturales, como la pérdida del alma, el pecado por la infracción de los tabúes, la introducción en el cuerpo de objetos, espíritus o demonios maléficos, así como los efectos nocivos de la brujería y la magia de otros seres humanos o de difuntos rencorosos e insatisfechos.

El chamán o hechicero es el agente terapéutico. Lleva máscaras, ropas, talismanes y otros atributos de su oficio, como una bolsa de plantas y drogas medicinales. Su práctica es un acto comunitario de ceremonial variado, con danzas, cantos, oraciones o conjuros encaminado a identificar el agente o causa patógena, ya sea exhortando a la confesión pública de las infracciones a los tabúes, pecados, impiedades y otras negligencias, o por

medio de trances con los que el chaman se comunica con los espíritus o dioses ofendidos. Luego aplicaba el remedio adecuado, con sacrificios y purificaciones, invocando al alma para que regrese al sujeto doliente o expulsando sus espíritus o demonios mediante exorcismos, drogas o trepanaciones. La actitud tribal ante los sujetos trastornados depende de las atribuciones dadas a sus males. Cuando se les considera causados por la posesión de un espíritu maligno al que no se consigue eliminar, es posible que la persona endemoniada sea sacrificada o expulsada de la comunidad.

Civilizaciones antiguas

En una fase ulterior de la historia humana, la ideología fue cada vez menos mágica y más propiamente religiosa, como ocurrió con los Incas, Mayas y Aztecas, con Mesopotamia, el antiguo Egipto, Irán o Palestina y también, durante etapas sociales prolongadas, la India, China y Japón. Fueron sociedades agrarias y esclavistas complejas, dirigidas por un sector minoritario militar y sacerdotal que detentaba todo el poder, simbolizado en un emperador, faraón, inca o rey, al que se identificaba con la divinidad o el mismo la encarnaba. En todas estas sociedades, la locura, diferenciada de otras afecciones y conductas, era entendida en claves religiosas, con causalidades sobrenaturales y remedios similares a los de las sociedades tribales. Hay ya un aprendizaje regular establecido de los sacerdotes-médicos en los templos y en las escuelas vinculadas a ellos y hay una descripción de diferentes tipos de trastornos. Por ejemplo, los mayas distinguían la locura, la melancolía, las alucinaciones y varios síndromes más. En los papiros egipcios y en los grandes tratados de la medicina hindú se incluyen diversos problemas mentales. Casi dos mil años antes de Cristo, uno de esos tratados, el Yajur Veda, tiene una parte (Buthavidja) totalmente dedicada a las afecciones psíquicas, en la tradicional concepción de posesiones demoníacas (Lain Entralgo, 1972; Sigerist, 1951).

En esas civilizaciones había una gran equivalencia entre la enfermedad y el pecado (Lain Entralgo, 1961) y consideraban el castigo como un remedio terapéutico. En algunas de ellas, los enfermos eran encerrados en prisiones. En el antiguo Irán se trataban muchas enfermedades a latigazos y el látigo era uno de los principales instrumentos terapéuticos. Pero también en esas sociedades se aplicaron a los pacientes mentales otros remedios más agradables, como la música, los cambios de ambiente, de luminosidad o de hábitos de vida. En todas ellas, los médicos del clan sacerdotal solían actuar como auxiliares de los dioses y gran parte de la

sabiduría médica constituía una auténtica teología de la salud, asociada a los dioses y a sus revelaciones.

Israel tuvo peculiaridades como pueblo sometido varias veces a la esclavitud de sus poderosos vecinos, pero sobre todo una historia escrita de gran valor para conocer las actitudes, concepciones y manejo de la locura, tanto en la misma Palestina, como en las civilizaciones próximas de Mesopotamia, Persia y Egipto. En la Biblia hay relatos interesantes como los de la locura de Saúl o Nabucodonosor, este último, en el Libro de Daniel, bastante deformado del personaje histórico y real (Doob, 1974). En Israel no existía médicos propiamente dichos, sino curadores o auxiliares de Yavé, que era quien curaba y quien tenían prohibida toda clase de magia o brujería. En general, los enfermos mentales eran considerados posesos del demonio, al que trataban de expulsar con salmos, exorcismos y conjuros, aunque también usaban las abluciones purificadoras y la música que, por ejemplo, utiliza David, contratado al servicio de Saúl. También los hebreos intentaron, sin éxito, marcar nítidamente las fronteras de la locura, como lo demuestra el final favorable o miserable de quienes ejercían de profetas. Algunos fueron rechazados como locos, otros condenados a muerte y muy pocos obtuvieron consideración y reconocimiento. La suerte de cada profeta dependía quizás de la índole y significado social de sus augurios en las relaciones de poder que les tocó vivir. (Rosen, 1968).

Los babilonios, los sumerios, los hititas y los egipcios iniciaron la práctica de la "incubatio", utilizando los sueños para el conocimiento de las enfermedades y su tratamiento. Entonces, los sueños eran considerados independientes de las personas que los soñaban. Se les creía una forma peculiar de comunicación con los seres humanos que era utilizada por los espíritus, los muertos o los dioses. La "incubatio" adquirió gran relevancia en la práctica terapéutica de muchos pueblos, incluida la antigua Grecia. Los pacientes pernoctaban en cuevas o templos de oráculos o de dioses como Asclepio, y durante el sueño la divinidad, o una epifanía suya, su serpiente o su perro, les indicaba la vía a seguir para recuperar su salud (Laín Entralgo, 1972; Meier, 1967, Rocatagliata, 1973). Los interpretes de sueños, los oneirocríticos, fueron auténticos profesionales. Muchos de sus numerosos libros, fueron quemados como diabólicos siglos más tarde. Otros, como los de Artemidoro (Artemidoro, 1975) sobrevivieron épocas de oscurantismo, recibieron nuevo impulso con autores del Renacimiento como Gerolamo Cardano (Cardano, 1562), fueron reeditados desde la Ilustración, y hasta el mismo Freud, que los leyó y los citó, expresaba su satisfacción porque se hubiesen conservado (Freid, 1901).

Civilizaciones de Grecia y Roma

Pero no sólo los sueños eran considerados independientes de las personas que los soñaban. En las civilizaciones antiguas, incluso en el mundo homérico de la Grecia arcaica, no existía una concepción unificada de las personas, ni de la conciencia humana (Jaynes, 1976). La mente no tenía aún una ubicación clara (cerebro, corazón, diafragma). Había bastante confusión entre cuerpo y mente, entre pensamientos, sensaciones, memoria, emociones, pasiones, acciones o voluntad. La mente es un campo visible, público y abierto de fuerzas. Los agentes iniciadores de su actividad son externos, como dioses, demonios, otras personas o partes del propio cuerpo. La locura está causada por los dioses, generalmente como consecuencia de la violación de las normas. Hay causas divinas de la locura, que puede ser profética (inspirada por Apolo), religiosa (por Dionisio), poética (por las Musas) y erótica (por Afrodita y Eros). La terapia es la vuelta al orden social y está representada en la épica y en la tragedia, abordada por medio de oráculos, sueños, música, catársis o danzas como las coribánticas (Dodds, 1951; Simon, 1978)

Cuando la sociedad griega pasa de ser rural a ciudadana, muchos filósofos defendieron la primacía de la razón en el comportamiento humano y en el dominio de sí mismo. La génesis de la locura estaba en los deseos imposibles, en las frustraciones de la realidad, las emociones violentas y el descontrol de las pasiones. La locura es la victoria de las pasiones exageradas sobre la razón y un error del juicio que lleva a un comportamiento desordenado. En los Diálogos de Platón hay ya un modelo de mente individual, conflictiva y jerarquizada, que inicia y reflexiona sobre la propia actividad. Además de la locura de origen divino, ésta puede producirse por enfermedades y causas físicas, pero también por ignorancia, irracionalidad, cobardía, injusticia e intemperancia. En estas últimas causas, el filósofo es el terapeuta que, con el diálogo y la retórica, debe lograr la armonía, utilizando la racionalidad contra la irracionalidad, el conocimiento contra la ignorancia y las virtudes contra los vicios. Platón llegó a idear, en "Las Leyes", el "Sophronisterion", una institución filosófico-terapéutica específica. (Laín Entralgo, 1958; Simon, 1978).

A partir del siglo VI a.C. la plutocracia mercantil desplaza a la aristocracia terrateniente. La nueva clase, que asienta su poder económico y social en el comercio de las manufacturas, está interesada en el desarrollo de la técnicas y en el conocimiento racional de la naturaleza, lo que va a dar a Grecia, desde entonces, un carácter distinto al de otras civilizaciones antiguas. La medicina griega hipocrática va a superar el modelo teúrgico y

el puro empirismo. Se va a configurar como un saber técnico a partir de la observación metódica, con una concepción de la salud y la enfermedad referida al buen orden y la armonía de la naturaleza humana, con el equilibrio de los humores o elementos que la componen.

Sin recurrir desde luego a los dioses, Hipócrates distinguió ya la “frenitis” (trastorno mental agudo con fiebre), la “manía” (locura de comienzo brusco pero sin fiebre) y la “melancolía” (que incluía la mayoría de los trastornos psíquicos crónicos). Habló de la “locura puerperal” y de otros problemas mentales como la histeria, en la que, siguiendo una tradición egipcia anterior, aceptó la etiología uterina (Veith, 1965). Describió lo que hoy día llamamos esquizofrenia como “desipiente”, “hebetudo” o “desipientia stupida”, cuyo origen atribuía a un exceso de flema o pituita, del mismo modo que la frenitis y la manía eran provocadas por el exceso de bilis amarilla y la melancolía por un incremento de la bilis negra (Howells, 1991).

Concebida la locura como enfermedad natural, producida por un desequilibrio de los humores, en los que influían las pasiones o causas morales, la terapéutica iba encaminada a lograr recuperar el equilibrio de la naturaleza. Eliminar en la melancolía, el exceso de bilis negra, en la ansiedad, manía y agresividad, el exceso de bilis amarilla y en la “hebetudo”, la abundancia de flema. Se utilizaban purgantes, enemas, eméticos, sangrías y fármacos sedantes como la adormidera y la mandrágora. Se aconsejaban también remedios y normas de vida adaptadas a cada paciente: música, conversaciones filosóficas, ejercicios retóricos, asistencia al teatro - tragedia o comedia, según los casos -, ejercicios físicos, baños, cambios en la luminosidad, la cama o la casa. Hubo quienes aplicaban otros procedimientos, que la psiquiatría posterior denominará de “choque”, tales como agua fría, hambre, oscuridad, sustos bruscos, golpes, azotes y otros castigos, con los que se pretendía producir una “profunda sacudida” que impulsara al reequilibrio de la naturaleza enferma.

El encierro y la sujeción mecánica eran una práctica habitual con todos aquellos que no fuesen tranquilos y dóciles. En las clases más altas, la restricción corría a cargo de sirvientes y guardianes. Siempre que se podía, se realizaba en el mismo domicilio con sogas, cadenas, grilletes y otros instrumentos. A los “furiosos” se les encerraba en prisión, si la familia no podía hacerlo en el propio domicilio. Los locos pobres y tranquilos vagaban errantes y eran objetos de bromas y malos tratos. Las actitudes populares hacia los locos estaban muy influidas por nociones mágico-religiosas anteriores y el temor arcaico al contagio o la transferencia del mal. Por eso se les evitaba, escupía y alejaba.

A lo largo de más de doce siglos del periodo grecorromano y bizantino, la esquizofrenia, a la que se dio diferentes nombres (fatuitas, hebetudo, morositas, desipience, stupiditas, estulticia), era bien conocida y distinguida de la paranoia (fanaticism, paraphrosinia) o de la catatonía (cathoco, congelatio) (Rocatagliata, 1973). Entre la obra de Hipócrates, fisiológica y corporal que rompía con la medicina mágica, y la de Galeno, que incorpora la obra de Aristóteles y toda la filosofía y posterior conocimiento de la psicología humana, van seis siglos llenos de incidencias históricas y observaciones y deducciones clínicas inteligentes. Cicerón, como los estoicos y epicúreos propugnaban una psicopatología psicológica o psicogenética, en la cual los trastornos estaban causados por una conflictividad dinámica. Los acontecimientos vividos son el origen de las pasiones exacerbadas porque los hombres reaccionan de forma particular a ellos y se sienten frustrados, culpables o humillados por lo ocurrido. Consideraban la gradualidad entre "inclinatio", propensión o temperamento, "agritudo" que comprende lo que hoy serían reacciones de adaptación o neurosis, y "morbus", que engloba al concepto actual de psicosis. Cuando la violenta agitación del ánimo se hacía crónica, comprometía funcionalmente al cuerpo, "entraba en la médula, en las venas y los humores", alteraba el equilibrio y se convertía en una enfermedad. El trastorno mental está vinculado en sus orígenes y en su contenido a la persona que lo vive y tiene un significado "moral". El delirio es el sueño de quien está despierto, del mismo modo que el sueño es el delirio de quien duerme. La verdadera terapia debe ir a las raíces del mal, a las pasiones exageradas. El hombre que controla las pasiones se salva de la locura (Ciceron, 45 a.C.; Rocatagliata, 1973). Galeno tenía ya una concepción integradora de la conducta normal y patológica, un sistema consistente de la conexión recíproca entre las pasiones y los humores. Por eso su obra perdurará en la medicina desde el siglo II al siglo XVIII. (Galen, 1963; Siegel, 1973).

El periodo medieval

La medicina medieval cristiana es una combinación de galenismo y cristianismo, del que partieron, en el Imperio bizantino, las primeras iniciativas de instituciones asistenciales caritativas, derivadas de la actitud solidaria con los pobres y enfermos, indispensable para la salvación eterna. En Bizancio nacieron los primeros hospitales en las ciudades episcopales, los hospicios en las proximidades de las iglesias, la estrecha relación entre monasterios y hospitales y entre monjes y enfermos (Constantelos, 1968). La coexistencia de médicos laicos y clérigos médicos

se va inclinando hacia estos últimos, que atendían, dirigían y administraban las instituciones asistenciales, las cuales eran principalmente instituciones religiosas.

La medicina monacal será dominante durante varios siglos y añadirá, a la medicina galénica, la tradición bíblica de la enfermedad como pecado, castigo, deseo, muestra o prueba de la voluntad divina y la omnipotencia de un dios al que hay que invocar para recuperar la salud (Laín Entralgo, 1961). La medicina monacal entroncó perfectamente con las medicinas populares que también coexistían en el Imperio romano y con prácticas hebreas y “paganas” que se cristianizaron ampliamente. Las invocaciones primitivas se actualizaron en oraciones y plegarias. Incluso la “incubatio” se cristianiza. Hubo iglesias donde pernoctaban los enfermos. En algunas, siguiendo ayunos, aislamientos, baños de agua fría, sangrías, misas y procesiones. Otras iglesias reservaban lugares para los endemoniados. Los exorcismos, que se prolongaban durante días, entraron tanto en la liturgia como en la medicina. Los dioses paganos de la salud se reconvirtieron en santos sanadores y las nuevas imágenes y reliquias sucedieron a los viejos fetiches y amuletos. San Ciriano, en el siglo III, parece haber sido el primer santo sanador de la locura y hubo muchas peregrinaciones de locos a santuarios famosos, en algunos de los cuales, sus fuentes milagrosas, como el agua bendita, evocaban los ritos purificados de las medicinas arcaicas. (Clarke, 1975; Kroll, 1973; Rosen, 1968).

La fusión del cristianismo con los compendios de la medicina galénica tuvo sus dificultades teóricas para ubicar la intervención divina o diabólica y el pecado original en la ya intrincada relación entre el cuerpo mortal y el alma incorpórea, para distinguir entre lo físico, moral y mental y entre locura, pecado y posesión demoníaca (Kemp y Williams, 1987; Kroll y Barrach, 1984). Las clasificaciones al uso seguían la tradición clásica y los remedios galénicos se siguieron usando junto a los religiosos, con la mayor extensión de algunas prácticas violentas como la “capipurgia”, aplicación de hierros calientes en el cráneo, o las trepanaciones tan popularizadas en obras pictóricas.

El Islam y el Renacimiento

El Islam, en su expansión territorial, también incorporó la ciencia médica helénica y la experiencia bizantina. Los médicos árabes, en la tradición hipocrática, consideraron la locura como una enfermedad corporal. No fueron meros transmisores del saber galénico, sino que lo discutieron,

ampliaron y modificaron según su experiencia. Averroes y muchos de los médicos árabes criticaron los procedimientos terapéuticos violentos y se inclinaron por recomendar paciencia y persuasión, ejercicios, baños, entretenimientos, danza, relajación, teatro en los jardines del hospital o sueño prolongado con fármacos. La sociedad islámica tenía una actitud de tolerancia y ayuda hacia estas personas e incluso las respetaba, porque popularmente subyacía la sospecha de que había en ellos algún mensaje o carisma divino.

El Islam tuvo como norma la asistencia a enfermos y desvalidos a cargo de la administración civil, por lo que hicieron grandes hospitales en las principales ciudades. Fueron instituciones laicas y médicas, en el sentido moderno, con una división interna en departamentos (cirugía, oftalmología, ortopedia, etc), visitas médicas diarias, personal auxiliar y enseñanza regulada de la medicina. Los hospitales de Bagdad, Damasco, El Cairo y Fez tenían departamento para dementes. Con el mismo criterio se crearon hospitales más pequeños para afecciones específicas y otros para enfermos mentales, entre los cuales el Maristán de Granada (España), fundado en 1367, puede haber sido el primer hospital mental que se construyó en Europa (Ammar, 1968; García 1989; Hammarneh, 1962; Ullman, 1978).

En España, familiarizada con las instituciones islámicas durante los ocho siglos que formó parte del Islam, se construyeron posteriormente hospitales para locos en otras ciudades como Valencia, Zaragoza, Sevilla, Toledo, Valladolid o Barcelona. El conocimiento del mundo árabe empezó a popularizarse en el resto de Europa con las Cruzadas. En el siglo XV, con el auge del comercio y la burguesía mercantil, se van creando hospitales civiles e instituciones para los locos en muchas ciudades europeas. Van a sustituir, como lugares de reclusión, a iglesias, monasterios y celdas de hospitales generales con cadenas, cintos o camas cerradas con ventanas, a través de las cuales se podía observar al enfermo (Clarke, 1975; Ullesperger, 1954).

En el Renacimiento, declina la medicina monacal y florecen las escuelas médicas laicas, donde se enseñan de nuevo las concepciones naturalistas grecorromanas, en muchas ocasiones recogidas de traducciones árabes. La medicina renacentista, con sus autopsias y estudios anatómicos, va a combatir "con el cuchillo de Vesalio" el carácter sobrenatural de las enfermedades. Pero hasta la hegemonía definitiva de la burguesía, varios siglos después, van a coexistir las visiones y abordajes naturales y sobrenaturales de la locura y otras conductas desviadas, con competencias solapadas y conflictivas de laicos y religiosos. La demonología y la brujería tuvieron fronteras borrosas con la locura, pero sería muy simplista redu-

cirlos a trastornos mentales (Zilboorg, 1941), porque fueron producto de una historia convulsa, cosmogonías teológicas e instituciones eclesiásticas de control religioso y poder social (Kors, 1972; Caro, 1961). También la locura, como irracionalidad, fue muy utilizada en la literatura y la filosofía para luchar por una nueva ética de la razón (AAVV, 1976).

Siglos XVI y XVII

La medicina de los siglos XVI y XVII aún aceptará lo natural y lo sobrenatural entre las causas y remedios de la locura (Hunter y Macalpine, 1963). La clasificación hipocrática (frenitis, manía y melancolía) es la más habitual, aunque la “bilis negra”, supuesta causante de la melancolía y otras locuras crónicas, no la encontrarán los anatomistas en ninguna parte del cuerpo. Los clínicos de la época intentarán salvar la autoridad de los autores clásicos transformando los “humores” en “vapores”. Paracelso hablará de “lunáticos” (cuyo mal tiene su origen en sus propias faltas, que les hacen caer bajo la influencia de la luna, sus fases y movimientos), de “insania” (heredada y producto de inadecuadas relaciones sexuales de los padres), de “vesania” (debida a envenenamientos o a los propios abusos), “brujería” y finalmente de “melancolía” (debida a la naturaleza o complexión del sujeto) (Middelfort, 1999; Galdston, 1950).

La famosa “Anatomía de la Melancolía” del erudito Robert Burton (1621), es un valioso compendio de saber histórico que recoge toda clase de causas y remedios, divinos y humanos, dietéticos, farmacéuticos y quirúrgicos. Pero, a la vez, es un tratado de terapia moral y filosófica, con un gran repertorio de estrategias contra la adversidad, discursos persuasivos y consejos confortadores. Formas de “cura psicológica”, de ayuda personal y humanitaria mediante la palabra que son auténticos precedentes de muchos factores terapéuticos comunes en nuestras actuales psicoterapias (Jackson, 1999).

Pero todavía hasta la Ilustración, e incluso después de ella, habrá muchos tratamientos brutales basados en los castigos corporales, las torturas físicas, la sorpresa, el terror y el horror, como sumergir a los enfermos en agua helada, al borde de la asfixia, para “sofocar las ideas locas”, agotarles hasta el cansancio y las náuseas con máquinas o ruedas giratorias, producirles nuevas enfermedades supuestamente incompatibles con la locura, silenciarlos con “máscaras faciales”, darles descargas eléctricas, transfundirles sangre de animales para renovar sus humores y untarles con ungüentos abrasivos (“oleum cephalicum”) o hacerles incisiones en la

cabeza para expulsar los vapores nocivos (Hunter y Macalpine, 1963; Dörner, 1975). Fueron los antecedentes históricos de otros tratamientos posteriores, como los choques cardiazólicos, la malarioterapia, los comas insulínicos, los electrochoques y la psicocirugía.

En los comienzos de la industrialización, los enfermos mentales de clases altas eran atendidos por médicos en sus domicilios o en pequeñas instituciones privadas como las "petit maisons" o las "madhouses" (Hunter y Macalpine, 1963; Parry-Jones, 1972). Los más pobres tenían en Europa muy pocas instituciones específicas y habitaban también en prisiones, hospitales generales, hospicios o "workhouses", nuevo prototipo de institución burguesa, que rechazaba la antigua caridad religiosa y se fundamentaba en los nuevos valores de la reeducación por el trabajo. Es la industrialización, con la afluencia de las clases populares a las grandes ciudades, la que genera nuevas demandas asistenciales, que fueron recogidas por los sectores más reformistas de la burguesía y de los profesionales de la medicina. Desde mediados del siglo XVIII empiezan a construirse nuevos hospitales - generales y especializados - en muchas ciudades y es en esta historia de construcciones hospitalarias donde debemos ubicar también a los asilos psiquiátricos (Castel, 1976; Foucault, 1964; González de Chávez, 1980; Jones, 1972, Rothman, 1971).

Siglos XVIII y XIX

La Reforma y la contrarreforma influyeron decisivamente en el desigual despliegue de instituciones asistenciales (Middelfort, 1999). Es en el siglo XVIII, bajo la iniciativa de la burguesía reformista, cuando se construirán varios asilos psiquiátricos en Londres y el resto de Inglaterra, que se añaden al antiguo Bethlem, entre ellos el York Retreat de Tuke. También ocurre lo mismo en Holanda, USA, Irlanda, Rusia, y en varios lugares del centro de Europa, que se suman a los asilos ya existentes en la Europa mediterránea católica (España, Italia, Portugal) y en América Latina. Todos ellos anteriores a la fecha famosa de 1793 en la que Philippe Pinel fue a trabajar a Bicêtre.

La liberación de las cadenas en las cárceles y en los manicomios forma parte del mismo proceso histórico. Antes de Bicêtre y la Salpêtrière habían suprimido las cadenas Chiarugi en el Ospedale Bonifacio de Florencia (1788) y Joly en Ginebra (1787). William Tuke había demostrado en el York Retreat, desde 1792, que los pacientes no necesitaban restricciones, limitaciones, ni castigos. Pinel, traductor y buen conocedor de la medicina de

su tiempo, visitó los asilos europeos, elogió a Tuke y reconoció la importancia del tratamiento moral y las instituciones inglesas. Ajeno a su mitificación posterior, el mismo Pinel hace un relato de la supresión de las cadenas que apenas ocupa una página y donde describe que los pacientes, algunos de ellos muchos años encadenados, fueron liberados por la orden y feliz iniciativa de Pussin, el administrador del centro, al que siempre se referirá elogiosamente y del que dirá que fue su verdadero maestro en este aspecto (Pinel, 1806). Los alienistas franceses posteriores, descontextualizarán todo este proceso histórico, personificándolo, reduciéndolo a una acción y apropiándose la como el gesto fundacional de la Psiquiatría, el mito de sus orígenes (Micale y Porter, 1994; Swain, 1977)

Las cadenas también desaparecerán de las prisiones en el conjunto de reformas institucionales emprendidas por la burguesía. Son un signo de humanización y una muestra de los valores de la nueva fuerza moral e institucional, basada en la razón, en la persuasión, la voluntad y el control de las emociones y las pasiones, que jugaban un papel etiológico en la alienación mental, y que Pinel clasificará de espasmódicas, debilitantes y opresivas o serenas y expansivas, recogiendo con la ideología filosófica de entonces toda la tradición clásica. Las pasiones, exageradas y descontroladas, que perturban la razón y causan la alienación, son siempre las mismas manifestaciones de la vida humana : amor, lujuria, deseos, anhelos, dolores, sufrimientos, vergüenza, tristeza, horror, miedo, inquietud, desesperación, ira, cólera, odio, venganza, envidia, celos, ambiciones, orgullo, vanagloria, arrogancia, avaricia, etc. Pero el “tratamiento moral” no tenía connotaciones éticas. Era un tratamiento “psíquico”, que le diferenciaba de los tratamientos “físicos”, y estaba encaminado al propio entendimiento y dominio de si mismo. Walter Riese defiende que “psicoterapia” sería la traducción menos ambigua y actual del “tratamiento moral” (Riese, 1969).

Los tratamientos de la locura físicos y psíquicos - o como se decía del cuerpo y del espíritu - han coexistido a lo largo de toda la historia de la humanidad (Ehrenwald, 1976; Ellemberger, 1970; Jackson, 1999). La llamada “psicoterapia” hoy y “tratamiento moral” ayer, no serían inteligibles sin esa continuidad histórica. Incluso en la misma Inglaterra, donde el “tratamiento moral” adquiere por primera vez su carácter institucional. Ciertamente, muchos de estos remedios “psíquicos”, morales” o “espirituales” tenían ya amplia tradición fuera de la medicina, y no es de extrañar que demostrasen su superioridad sobre los tratamientos médicos usados entonces en una institución cualquiera, como el York Retreat, que fue un ejemplo de referencia que se extendió, dentro y más allá de Inglaterra, a otras instituciones públicas y privadas. Renunciaron a las restricciones

y a la contención de los enfermos, demostrando como las relaciones en el interior del asilo mejoraban con conocimiento y afecto, con una comunicación más humanitaria con los pacientes y más interés en comprender sus dificultades. Las crisis que llevaban a atar a los locos eran en buena medida consecuencia de las relaciones y actitudes que se tenía frente a ellos. En general, la concepción de la locura entonces era predominantemente psicogenética y social, sin abandonar la base fisiológica, ni los remedios médicos, porque se intentaba establecer el nexo entre la fisiología y la conducta. La reeducación no era más que la corrección de la biología con otros medios.

El “tratamiento moral” tuvo varias versiones y el “non-restraint” fue una de ellas. No la más extendida, pero sí muy aceptada. Pero hubo otras de puro orden y disciplina institucional y “un camino prusiano en la reformas de los locos”, una mezcla de “teopatología”, desinterés práctico y tratamientos violentos (Dörner, 1975). También fuera de Alemania se aplicaron remedios brutales con los enfermos, como balancearlos colgados del cuello y hacerlos rodar con máquinas giratorias para “obligarlos a volver en sí”, procedimientos que aparecían publicados en revistas científicas para demostrar empíricamente que eran remedios “seguros y eficaces” (Hunter y Macalpine, 1963). John Conolly, uno de los hombres más lúcidos de la psiquiatría de entonces, comentaba que esos tratamientos eran un reconocimiento tácito de la ineficacia de la medicina y la obstinación burda de hombres vanidosos e ignorantes que querían obtener por la fuerza aquello que no lograban con la ciencia (Conolly, 1856).

El “tratamiento moral” fue la terapéutica “científica” que exigía y justificaba la construcción de instituciones específicas para lunáticos o alienados, donde consiguiesen “la disciplina de su voluntad, el dominio de las pasiones y el orden razonable de sus ideas”. El desarrollo de los asilos supuso también nuevas regulaciones legales, las primeras asociaciones de alienistas y sus primeras revistas científicas, con los conocimientos facilitados por la observación clínica asilar y la metodología racionalista y empírica. Fueron décadas de reforma institucional y optimismo terapéutico, con algunos episodios de perplejidad, como el encuentro de la psiquiatría asilar con la experiencia comunitaria de Gheel, que era en el siglo XIX una de las ciudades más importantes de Bélgica. La evolución desde el peregrinaje medieval de los locos a la fuente de Santa Dymphna y sus estancias para prolongados exorcismos, habían ido creando la costumbre de la atención y cuidado de los enfermos a cargo de sus habitantes, convertidos por delegación y pago de los familiares en “nourriciers”, verdaderos mantenedores y tutores de los mismos, con quienes vivían y trabajaban. Se decía que no era posible distinguir allí entre los locos y los cuerdos. Lo

que fue desde el siglo VII un lugar de peregrinación de enfermos se convirtió, en el siglo XIX, en un centro de peregrinación de psiquiatras, deseosos de observar esta situación, contrapuesta a la del asilo, de los “locos al aire libre” (Roosens, 1979). De la confrontación con Gheel surgieron opiniones e iniciativas diversas como la asistencia a pacientes en familias sustitutas, las colonias de enfermos o la nueva arquitectura asilar, que daba a los pabellones, granjas, talleres, capillas y demás edificios, el aspecto de una pequeña villa. Pero, eso sí, una villa amurallada.

La psiquiatría asilar pasó a lo largo del siglo XIX del mayor optimismo al más desesperado pesimismo. La realidad demostró que el tratamiento de los enfermos mentales era muy secundario a los intereses dominantes y que las autoridades responsables regateaban la financiación y primaban las funciones custodiales. La burguesía abandonó los principios e “ideas abstractas” de la Ilustración, con las que había luchado contra el Antiguo Régimen, y pasó a posiciones defensivas con las primeras contradicciones y desigualdades del capitalismo y los embates revolucionarios del proletariado. Decidió que era hora de pasar de los principios a los hechos y abrazó el positivismo y cierto evolucionismo que justificase el predominio de los más aptos en la inevitable lucha por la vida. Utilizaron ampliamente las facultades gubernativas para canalizar toda clase de desviados y desvalidos a unos asilos, carentes de personal y recursos materiales, precarios, abarrotados e inoperantes, donde la reeducación moral de los internados era un esfuerzo ilusorio.

El capitalismo industrial, motivado por la rentabilidad, favoreció los descubrimientos científicos y las innovaciones técnicas. La medicina positivista dejó de ser “un saber meramente conjetural” y consiguió grandes avances con el microscopio y el laboratorio, especialmente en higiene y bacteriología. La psiquiatría trató de seguir el mismo ejemplo. Las lesiones cerebrales encontradas en los enfermos con parálisis general progresiva, que abundaban en los manicomios, alentaron a las corrientes “somaticistas”, minoritarias a comienzos del siglo, que empezaron a imponerse. La misma parálisis general progresiva subrayaba la importancia diagnóstica de la evolución de los trastornos y el polimorfismo de unos cuadros clínicos que se fueron desmenuzando en sus síntomas con la psicopatología descriptiva (Berrios, 1996), pero cuya unidad o heterogeneidad tampoco estaba clara. “Alienación” o “insanity” eran términos comunes hasta que el de “psicosis”, viniese a reemplazarlos. Fue utilizado por Ernst von Feuchtersleben en 1845, en su libro “The Principles of Medical Psychology”, donde, como en los compendios renacentistas, describió los usos terapéuticos de entonces y el arsenal más o menos persuasivo de premios y castigos, “remedios psíquicos”, que se añadían a la far-

macopea variada de narcóticos, somníferos, estimulantes, eméticos y otros “remedios corporales”, incluidos el vino y el opio (Goshen, 1967).

La homologación terapéutico-pedagógica-reeducadora del loco con el niño fue bastante habitual. La practicaban tanto los llamados psiquiatras “psíquicos”, de la Ilustración o del Romanticismo, que creían en la autonomía de la razón o del espíritu como los “psicosomáticos”, con sus remedios dualistas para el cuerpo y la mente. Los “somaticistas” y materialistas, que defendían la unidad de los fenómenos anímicos y somáticos, y que el alma era sólo la suma de los estados cerebrales y no había más enfermedades que las del cerebro, tampoco se limitaban ellos mismos a los remedios corporales, aunque estuviesen más ocupados con sus microscopios que con sus enfermos. (ElleMBERger, 1970; Engstrom, 2003).

El hipnotismo fue durante décadas la sombra provocadora del materialismo “somaticista” y abrió numerosos interrogantes sobre el funcionamiento de la mente normal y patológica, las causas de los trastornos mentales y los mecanismos subyacentes en los tratamientos psicológicos. En las últimas décadas del siglo XIX las ciencias humanas se liberaron de los laboratorios experimentales de psicofisiología y aumentó el interés por la actividad mental inconsciente, la introspección, la sugestión, la persuasión y los sueños (ElleMBERger, 1970; Pigman, 2002; White, 1960). Se iniciaba así la historia del desarrollo actual de la psiquiatría dinámica, de las psicoterapias y del psicoanálisis.

Bibliografía

- Ammar, S.(1968). La médecine de l'ame chez les Arabes. *L'Information Psychiatrique*. 44.855-862.
- Artemidoro (1975) *Onerocrítica. The Interpretations of Dreams*. Translated from Greek by Robert White. Noyes Classical Studies. Noyes Press.
- AAVV (1976). *Folie et Dérèglement à la Renaissance*. Ed. Université de Bruxelles.
- Berrios, G. (1996). *The History of Mental Symptoms*. Cambridge University Press.
- Burton, R. (1621). *The Anatomy of Melancholy* Oxford. Edición española. AEN. Madrid. 3 volumes. 1997, 1998, 2002.
- Cardano G. (1562) *Synesiurum somniorum omnis generis insomnia Explicantes*. Traducción española. AEN. Madrid. 1999 .
- Castel, R. (1976). *L 'Ordre psychiatrique*. Ed. Minuit. Paris.
- Caro Baroja J. (1961) Las brujas y su mundo. Ed. Revista de Occidente. Madrid. 1961.
- Cicerone (45 b.C). *Tusculanae disputationes*. Traducción esp. AEN. Madrid. 2005.

- Clarke, B. (1975). *Mental Disorders in Earlier Britain*. University of Wales Press. Cardiff.
- Conolly, J. (1856) *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*. London. Italian transl. Einaudi. Torino. 1976.
- Constantelos D.J (1968) *Byzantine Philantropy and Social Welfare*. Rutgers University Press.
- Ehrenwald, J. (1976) *The History of Psychotherapy*. Jason Aronson. N. York.
- Ellenberger, H.F. (1970) *The Discovery of the Unconscious*. Allen Lane. London: Penguin Press.
- Foucault M. (1964). *Histoire de la folie a l'age classique*. Plon. Paris.
- Dodds, E.R. (1951) *The Greeks and the Irrational*. University of California Press.
- Doob P.R. (1974) *Neuchadnezzar's Children*, New Haven & Yale University Press.
- Dörner K (1975). *Burger und Irre* .Frankfurt an Main.1969. trad.esp. Taurus. Madrid.
- Engstrom, E. (2003) *Clinical Psychiatry in Imperial Germany*. Cornell University Press.
- Freud S. (1901) "la interpretación de los sueños". 1901. Trad. esp. Obras Completas. vol 1. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.
- Galdston I. (1950) "The Psychiatry of Paracelsus". Bull. Hist. Medicine. 24, 205-218.
- Galen (1963) *On the passion and errors of the soul*. Ohio State University.
- Garcia J, Giron F, Salvatierra V. (1989). *El Maristan de Granada*. Un hospital islámico. AEN. Granada.
- González de Chávez, M. (Ed) (1980). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. AEN. Madrid.
- Goshen, CH. (1967) *Documentary History of Psychiatry*. Philosophical Library. New York.
- Hammarneh, S. (1962) Development of Hospital in Islam. *J. Hist. Med Allied Science*.17, 366-384.
- Howells, J.G.(ed) (1991) *The Concept of Schizophrenia: Historical Perspectives*. American Psychiatric Press.
- Hunter, R. & Macalpine, I. (1963) *Three Hundred Years of Psychiatry*. Oxford University Press. London.
- Jackson, S.W. (1999) *Care of the Psyche*. Yale University Press.
- Jaynes, J. (1976) *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*. Houghton Mifflin Co. Boston.
- Jenkins, J.H. & Barret, R.J. (2004) *Schizophrenia, Culture and Subjectivity*. Cambridge University Press.
- Jones, K. (1972) *A History of Mental Services*. Routledge. London.
- Kemp, S. & Williams, K. (1987) Demonic possession and mental disorder in medieval and early modern Europe. *Psychological. Medicine*. 17, 21-29.

- Kiev, A. (ed) (1964) *Magic, Faith and Healing*. Free Press. N.York.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- Kors A. & Edward P. (1972) *Witchcraft in Europe*. University of Pennsylvania Press.
- Kroll, J. (1973) A reappraisal of psychiatry in the Middle Ages. *Archives of General Psychiatry*. 29, 276-283.
- Kroll, J, Bachrach, B. (1984). Sin and Mental illness in Middle Ages. *Psychological Medicine*. 14, 507-514.
- Laín Entralgo, P. (1958) *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Ed Revista de Occidente. Madrid.
- Laín Entralgo, P. (1961) *Enfermedad y pecado*. Ed.Toray. Barcelona.
- Laín Entralgo, P. (1972). *Historia Universal de la Medicina*. Salvat. Barcelona.
- Meier. C.A. (1967) *Ancient Incubation and Modern Psychotherapy*. Northwestern University Press.
- Micale, M & Porter, R. (1994) *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford University Press.
- Midelfort, H. (1999) *A History of Madness in Sixteenth-Century Germany*. Stanford University Press.
- Opler, M.K. (ed) (1959) *Culture and Mental Health*. McMillan. New York.
- Parry-Jones, W. (1972) *The Trade of Lunacy*. Routledge. London.
- Pigman, G.W. (2002) The Dark Forest of Authors: Freud and Nineteenth Dream Theory. *Psychoanalysis and History* 4.141-166.
- Riese, W. (1969) *The Legacy of Philippe Pinel*. Springer. N. York.
- Rocatagliata, G. (1973) *Storia della Psichiatria Antica*. Ubrico Hoepli Editore. Milan.
- Roosens, E. (1979) *Des fous dans la ville?. Gheel et sa therapie seculaire*. PUF. Paris
- Rosen, G. (1968) *Madness in Society*. Routledge. London.
- Rothman, D. (1971) *The Discovery of Asylum*. Little Brown. Boston.
- Siegel, R. (1973) *Galen on Psychology, Psychopathology and Function and Diseases of the Nervous System*. Karger. Basel.
- Sigerist, H.E. (1951) *A History of Medicine. I Primitive and Archaic Medicine*. Oxford University Press .
- Simon. B. (1978) *Mind and Madness in Ancient Greece*. Cornell University Press.
- Swain, G. (1977) *Le sujet de la folie*. Privat. Paris.
- Ullesperger, J. (1954) *La historia de la psicología y la psiquiatría en España*. Ed. Alhambra. Madrid.
- Ullman, M. (1978) *Islamic Medicine*. Edinburgh University Press.
- Veith I. (1965). *Hysteria. The History of a Disease*. University Chicago Press.
- Whyte, L. (1960) *The Unconscious before Freud*. Basic Books. New York.
- Zilboorg, G. (1941) "A History of Medical Psychology". Norton. New York.

Terapias combinadas y programas integrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas

Manuel González de Chávez

En las últimas décadas estamos pasando, en nuestros enfoques de las psicosis esquizofrénicas, de modelos teóricos -reduccionistas -biológicos, psicoanalíticos, familiares o sociales- que suponen prácticas terapéuticas también limitadas⁽¹⁾, a intentos de enlazar la multiplicidad de conocimientos biológicos, psicológicos, familiares y sociales sobre estas psicosis, en modelos más abiertos y globales⁽²⁻¹⁰⁾. Las terapias combinadas, con la utilización simultánea o sucesiva de diferentes recursos terapéuticos, constituyen la versión práctica de estos esfuerzos de integrar la variedad heterogénea de saberes parciales sobre las psicosis esquizofrénicas en un modelo unitario y multidimensional.

Las intervenciones, terapéuticas exclusivamente, psicoanalíticas^(11, 12), familiares⁽¹³⁾ o sociales⁽¹⁴⁾ son minoritarias, quizás porque no han podido demostrar su eficacia. En cambio, por razones opuestas, el uso de los neurolépticos se ha generalizado y son hoy imprescindibles en el tratamiento de la esquizofrenia⁽¹⁵⁻²¹⁾.

Ahora bien, este mismo uso generalizado de los neurolépticos nos enseña mucho sobre sus limitaciones⁽²²⁾ y sobre los aspectos "deshumanizantes"⁽⁹⁾ de la monoterapia farmacológica del modelo médico más tradicio-

nal, que desconsidera al paciente como persona, y cuya actitud de interés meramente descriptivo y de incompreensión previa hacia el enfermo y sus dificultades, provoca tanto rechazo, tanta nocividad y tanta ineficacia terapéutica.

Varias décadas de investigaciones psicofarmacológicas no apoyan en absoluto que la acción beneficiosa de los neurolépticos esté relacionada con ningún modelo concreto de etiología biológica de la esquizofrenia⁽²³⁾, sino que éstos inciden en las áreas y mecanismos cerebrales relacionados con las funciones cognitivas^(24, 25), del mismo modo que otros psicofármacos para la ansiedad, la depresión o el insomnio no implican necesariamente un origen biológico de todos esos trastornos, sino sus acciones sobre determinados mecanismos bioquímico cerebrales ligados a la afectividad o al sueño.

Lo que resulta evidente a cualquiera que no mantenga una relación cosificadora con los enfermos esquizofrénicos, es que los pacientes pueden salir de sus crisis agudas con la utilización exclusiva de neurolépticos, pero no adquieren ningún mejor conocimiento de sí mismos, ni de las circunstancias que les precipitaron sus trastornos. Los neurolépticos serán para ellos "una protección neuroquímica contra el estrés"⁽²⁶⁾, pero no les proporciona ninguna habilidad para afrontarlo, ni remedio a sus vulnerabilidades, problemas, conflictos o tensiones interpersonales o biográficas, ni análisis ni modificaciones en sus estilos perceptivos y mecanismos de defensa. Para ayudar más eficazmente a estos pacientes debemos completar el uso de neurolépticos con otros métodos terapéuticos porque hay bastante evidencia de que estas terapias combinadas se influyen y potencian de modo muy favorable^(22, 27-34).

En estos años ha crecido el interés y la proliferación de intervenciones psicoterapéuticas en la esquizofrenia, utilizando todos los contextos y relaciones posibles (analíticas, conductistas, corporales, psicodramáticas, psicosociales, etc.), con terapeutas en formación y características distintas, partiendo de diversas hipótesis operativas, con objetivos y encuadres diferentes sobre pacientes esquizofrénicos heterogéneos.

Yo no voy a hacer aquí la descripción casi imposible de cada uno de estos innumerables surtidores o manantiales terapéuticos, sino señalar los cauces más importantes que engloban las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, ya que aquí, por cuestiones de tiempo disponible, no me voy a las terapias y recursos propiamente dichos, ni aquellos modelos derivados de modelos reduccionistas, sino a las intervenciones o programas psicoterapéuticos

asociados a modelos más globales de la esquizofrenia, sean predominantemente biológicos o más dinámicos o psicológicos.

Programas e intervenciones psicoterapéuticas asociadas a modelos predominantemente biológicos

Hay un conjunto de terapias vinculadas a este tipo de modelos de la esquizofrenia que se suelen llamar "didácticas" o "psicoeducativas". Existen grupos orientados en este sentido desde el origen de la psicoterapia de grupo de la esquizofrenia⁽³⁵⁾ y en la actualidad mucho grupos didácticos se proponen como objetivo principal que los pacientes tomen regular y adecuadamente la medicación neuroléptica, facilitándoles informaciones sistematizadas sobre la "enfermedad" que padecen y los psicofármacos que reciben "para maximizar sus efectos terapéuticos y minimizar sus efectos secundarios"^(36, 37).

Pero la mayoría de los programas psicoeducativos sobre la esquizofrenia, hoy en boga, están dedicados a grupos de familiares o a familias que incluyen o no al paciente, y están pensados desde modelos que tienen en cuenta la vulnerabilidad y los stress en el comienzo, la evolución y los tratamientos, y en especial una serie de factores resultantes de la dinámica familiar que se conciben como su "expresión emocional"^(38, 39).

Generalmente, dichos programas psicoeducativos los componen un número breve de sesiones dedicadas a informar y debatir el padecimiento del enfermo, indicando los criterios diagnósticos y describiendo los síntomas y las teorías etiológicas, considerando también la evolución, el pronóstico y el tratamiento que sigue el paciente, con la medicación y las intervenciones de otro tipo que enseñan, aclaran o corrigen algunos aspectos de la interacción familiar en apoyo o manejo del paciente, y la expresión de "emociones" o actitudes de hostilidad, crítica, sobreprotección o intrusión que favorecen nuevas recaídas y hospitalizaciones del enfermo⁽⁴⁰⁻⁴⁴⁾. Las modalidades terapéuticas de estos programas siguen, en algunas ocasiones⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾, la estrategia de las intervenciones en crisis familiares con análisis de lo ocurrido, detección de los principales factores estresantes y modificación de la expresión emocional. Otros programas incluyen terapias de entrenamiento en la solución de problemas y adquisición de una mejor capacidad de comunicación y autonomía por parte del paciente^(44, 47, 48, 49).

Hasta la actualidad, los resultados obtenidos con estos programas en pacientes esquizofrénicos, con más frecuencia crónicos, están evaluados en periodos de muy pocos años, mostrando menos recaídas y hospitalizaciones y dosis más bajas de medicamentos^(39, 50, 51). Pero se ha puesto en cuestión la especificidad de estas terapias sobre la expresión emocional de las familias y la relación pretendidamente causal de estos factores en la evolución indicada de los pacientes, entre otras razones porque hasta las terapias de apoyo más elementales consiguen similares resultados⁽⁵²⁾.

También se discute actualmente la validez metodológica del concepto de "expresión emocional"⁽⁵³⁾, y si este concepto es una construcción clínica peculiar de la esquizofrenia o un indicador general de estrés familiar, predictivo de recaídas y hospitalizaciones en pacientes con otros trastornos mentales. En general, suscita más cuestiones que las que intenta resolver⁽⁵⁴⁾ y aunque supone un avance sobre el modelo médico tradicional, resulta muy pobre y superficial en el conjunto de conocimientos que hoy poseemos sobre la dinámica familiar de los esquizofrénicos^(53, 55).

Psicoterapias y programas asociados a modelos predominantemente dinámicos

Las psicoterapias encaminadas a un mejor autoconocimiento del paciente están asociadas a hipótesis o a modelos predominantemente dinámicos que intentan abarcar la multiplicidad de factores que confluyen en los pacientes esquizofrénicos^(9, 56-61), y que ciertamente, como los más biológicos, son hasta ahora enunciaciones de hipótesis o conjuntos de ellas, más o menos verosímiles, sobre observaciones obtenidas con distintas metodologías sobre la historia personal, familiar y social de los esquizofrénicos.

Yo manejo la hipótesis de que las crisis que dan comienzo a las psicosis esquizofrénicas son crisis cognitivas de la identidad de los sujetos⁽⁶²⁾, quienes por experiencias o condiciones estresantes específicas sufren una ruptura o fragmentación de su identidad en dos o varias subidentidades en conflicto, que antes coexistían en precario equilibrio en la personalidad premórbida de los pacientes, que era ya reveladora, en las pautas o estilos cognitivos y en los habituales mecanismos de defensa, de sus vulnerabilidades. Estas remiten a una historia personal donde la dinámica familiar, los factores biológicos o los contextos sociales no han favorecido un desarrollo cognitivo coherente, ni un proceso estable y consistente de individuación, que entra en crisis con determinadas experiencias que

acentúan sus contradicciones. La fragmentación de la identidad, y del pensamiento que la estructura, se articula en una dialéctica entre subidentidades dolorosas, aceptadas, deseadas o idealizadas con otras protectoras, rechazadas o inaceptables que el sujeto ha procedido a objetivar y externalizar y que vive como experiencias alucinatorias y paranoides. La misma crisis personal lleva al paciente al egocentrismo perceptivo y al abandono de la lógica formal cuando con ella no puede resolver su conflicto, recurriendo a la lógica operacional, y si aún esta regresión cognitiva es insuficiente, a la lógica preoperacional donde el "realismo" que confunde y fusiona el mundo externo y el interno permite todas las soluciones del pensamiento mágico.

En cualquier caso, la relación entre las hipótesis y las terapias debe ser muy laxa y se mantendrá siempre una actitud atenta y abierta⁽⁶³⁾. Puede ser muy confundidor y frustrante, tanto para el paciente como para el terapeuta, la aplicación de un modelo etiológico de la esquizofrenia. Se trata simplemente de ofrecer al paciente la posibilidad de un mejor conocimiento de sí mismo y de sus problemas⁽⁹⁾. Las hipótesis, como las técnicas, son marcos generales de referencia, pero se vuelven redes asfixiantes y nocivas si se las sigue de forma escotomizada y miope o con exactitud perfeccionista.

En la actualidad se está produciendo, a mi juicio, una gran confluencia en todas las psicoterapias dinámicas de la esquizofrenia, tanto en las individuales, como en las familiares y de grupo, como vamos seguidamente a ver.

Situación actual de la psicoterapia individual en pacientes esquizofrénicos

La psicoterapia individual, de los pacientes esquizofrénicos tiene su núcleo originario principal en las obras de Sullivan⁽⁶⁴⁾ y de Frieda Fromm-Reichman⁽⁶⁵⁾, con aportaciones relevantes del psicoanálisis y otras escuelas^(66-75, 59, 60). Desde hace años se han venido contraponiendo la psicoterapia individual intensiva^(65, 76) orientada al autoconocimiento del paciente, con la psicoterapia de apoyo, orientada a la adaptación a la realidad⁽⁷⁷⁾. Un estudio reciente, hasta ahora el mejor diseñado y el más completo, para la evaluación de las psicoterapias individuales en esquizofrénicos⁽⁷⁸⁾ ha comparado los resultados obtenidos con ambas psicoterapias y para sorpresa de algunos ha revelado que los beneficios son similares, con diferencias muy escasas⁽⁷⁹⁾. Esto viene a confirmar el pragmatismo que se va impo-

niendo en este campo, que hace que el insight y el apoyo no sean excluyentes y que los encuadres de las terapias o las focalizaciones se ajusten a las necesidades y características de los pacientes y a las posibilidades de los terapeutas y del dispositivo asistencial^(56, 57, 59, 60).

Hay bastante acuerdo en prescindir de las asociaciones libres y no utilizar el diván, evitando también toda ansiedad que pueda provocar la desorganización cognitiva. No se fomenta la regresión y es constante el apoyo a los pacientes a lo largo de toda la terapia para que adquieran seguridad y autonomía, puedan abordar el análisis de sus vulnerabilidades y el significado de sus experiencias psicóticas, vencer el estigma de sus trastornos o superar otras dificultades reales.

A los enfermos se les pide un papel más activo en todo el proceso terapéutico que nace de una relación mutuamente aceptada de colaboración y confianza con el terapeuta, que debe ser también más activo sin ser intrusivo y estimular la comunicación, clarificación y análisis de las experiencias y problemas del paciente, induciéndole a la búsqueda de soluciones o vías alternativas más realistas y a una imagen de sí mismo más integrada y estable.

La psicoterapia en sesiones semanales deberá prolongarse varios años cuando el objetivo es el mayor autoconocimiento y transformación personal del paciente. La duración de la psicoterapia puede ser menor, y las sesiones menos frecuentes, cuando no nos proponemos abordar ni el contenido, ni el significado de la psicosis, sino los problemas interpersonales, de relación y adaptación. El terapeuta debe ser siempre muy realista en sus expectativas, sabiendo que los cambios son difíciles y los pacientes tienen sus propios tiempos, que serán muy variados, pero que generalmente son lentos y están muy condicionados por los contextos familiares y sociales.

Situación actual de la psicoterapia familiar en pacientes esquizofrénicos

Nos referimos aquí a las psicoterapias familiares dinámicas con: 1) sesiones periódicas de dos o más miembros de una familia con paciente esquizofrénico; 2) realizada por uno o varios terapeutas expertos, con objetivos concretos focalizados en la dinámica interacciones y problemas de dicha familia; y 3) que utilizan el autoconocimiento del grupo familiar como base de modificaciones ulteriores en las relaciones entre los miembros. Estas terapias se apoyan en los estudios de la dinámica familiar de

los esquizofrénicos^(55, 80) y se diferencian claramente de las intervenciones asociadas a modelos más biológicos expuestos con anterioridad.

Las psicoterapias familiares de los esquizofrénicos están siendo sometidas hoy a un extenso proceso de reconsideración. La experiencia de estos años ha atemperado el entusiasmo y optimismo inicial⁽⁸¹⁾. Hasta los más famosos pioneros confiesan que hubo mucho simplismo, creyendo que estas intervenciones terapéuticas podían cambiar fácilmente estilos afectivos, cognitivos y de comunicación tan patológicos⁽⁸²⁾. Si son necesarios meses y años para obtener cambios significativos en la terapia individual de los pacientes, no se puede razonablemente esperar que sus padres modifiquen con más facilidad pautas más antiguas y dinámicas familiares arraigadas que expresan deficiencias o transacciones de mecanismos de defensa de gran complejidad. Hoy se es más modesto en los objetivos y tampoco se defienden las intervenciones exclusivamente familiares, sino la integración de éstas, facilitando el proceso terapéutico de los pacientes, complementando otras psicoterapias realizadas en los mismos, por el mismo equipo o por los mismos terapeutas^(57, 60, 82-89). Aunque en algunos casos se hacen terapias familiares intensivas, de algunos años de duración⁽⁸⁹⁾ o de alrededor de cincuenta sesiones, con frecuencia semanal o quincenal⁽⁵⁷⁾, la tendencia es a intervenciones más distanciadas y breves.

Situación actual de la psicoterapia de grupo en pacientes esquizofrénicos

Hablamos aquí de las psicoterapias de grupo donde se dan una serie de criterios generales⁽⁹⁰⁾ y otros más específicos: 1) celebración de sesiones repetidas y periódicas, con una duración predeterminada, por un conjunto de personas, que sufren o han sufrido experiencias psicóticas, y que se agrupan con fines terapéuticos; 2) con la asistencia de uno o varios técnicos expertos que actúan como líderes o coordinadores del grupo y conducen su dinámica hacia objetivos terapéuticos concretos; 3) utilizando de forma explícita e intencionada las expresiones e interacciones de los miembros del grupo como instrumento de conocimiento, motivación, clarificación, superación y cambio en sus experiencias, estilos personales y conductas, 4) considerando ocasional, regular o sistemáticamente las experiencias psicóticas de los miembros del grupo como elementos para el análisis y la solución de sus dificultades psicopatológicas y biográficas.

Los tres primeros criterios los cumplen los grupos de psicóticos con poco énfasis en el "insight" y más centrados en las dificultades de relación

y adaptación⁽⁹¹⁻⁹⁸⁾. Los cuatro criterios señalados, todos los grupos con orientación más dinámica y más interés en el autoconocimiento de los pacientes, cualquiera que sean sus hipótesis operativas sobre la esquizofrenia y sus enfoques grupales⁽⁹⁹⁻¹⁰⁶⁾.

Como ocurre con las psicoterapias individuales, también en las terapias grupales con estos pacientes se está produciendo una confluencia pragmática de objetivos, técnicas y estrategias, impuesta por la experiencia adquirida en estos grupos y el deseo de hacerlos viables. Los objetivos se flexibilizan mucho de acuerdo con la composición y formación de cada grupo y aún dentro de un mismo grupo se adaptan a cada paciente, ya que sus características y ritmos en el proceso terapéutico se superponen y son desiguales incluso entre los componentes de grupos relativamente homogéneos.

En general se hace tanto uso de la confrontación como de la exploración, pero los mecanismos de defensa grupal, las transferencias y las resistencias sólo se analizan cuando obstruyen el proceso terapéutico. No se favorece la regresión y sí la autonomía. También son desaconsejables las asociaciones libres y hay que ser muy cautos en las interpretaciones. Es imprescindible crear una cultura grupal evitando toda descalificación y humillación, o los contactos físicos y actuaciones violentas que puedan desorganizar aún más a los pacientes, y con unas normas mínimas de atención y escucha a los demás y de respeto hacia las experiencias psicóticas como parte de la subjetividad de cada cual, aunque la objetividad de dichas experiencias se confronte en el grupo y su sentido y origen también se analice con la participación activa de uno o varios terapeutas. La coterapia es imprescindible, para la mejor conducción y captación de la dinámica grupal, en aquellos grupos con psicóticos en crisis⁽⁶³⁾.

La terapia de grupo permite la selección de pacientes según niveles distintos y objetivos diferentes⁽¹⁰⁷⁾. Los grupos más orientados al insight requieren que la mayoría de sus miembros estén más motivados, tengan capacidad de análisis, mejor nivel cultural y una historia psicótica de poca evolución con mejor ajuste premórbido. Las sesiones, de alrededor de dos horas semanales, pueden prolongarse durante dos o más años, para que un buen número de sus miembros adquieran un significativo conocimiento de sí mismos y sus experiencias psicóticas, a través del proceso grupal y otras psicoterapias combinadas.

Los grupos menos orientados al insight y más centrados en las dificultades de relación y adaptación del paciente, permiten más amplitud en la selección de sus miembros, que puede hacerse con criterios adecuados a los objetivos propuestos, en sesiones más breves o más distanciadas, con una duración total mucho menor.

Terapias combinadas y programas integrados. Indicaciones y resultados

Ninguna de estas formas de psicoterapia constituye por sí misma todo el tratamiento del paciente, sino que se utilizan de modo conjunto con otros instrumentos terapéuticos, como los psicofármacos, y con los recursos de hospitalización y rehabilitación que en cada momento el paciente precise.

Las psicoterapias dinámicas, formando parte de terapias combinadas, deben componer un programa terapéutico, cuya secuencia debe diseñarse de forma individualizada para cada paciente^(31, 57, 60, 88). No puede hacerse un programa de rutina según un plan predeterminado. La diversidad de los pacientes esquizofrénicos obliga a tener en cuenta sus necesidades específicas, según su estado clínico y su situación psicológica, familiar y social, para integrar y combinar en cada caso las diferentes actividades terapéuticas en un programa individual y flexible, que pueda ser modificado cuando cambie la situación del paciente y surjan necesidades terapéuticas que lo exijan⁽⁵⁷⁾.

Hasta ahora, en todas las formas de psicoterapia dinámica de la esquizofrenia se viene excluyendo a determinados pacientes no susceptibles de beneficiarse de las mismas: aquellos con bajo cociente de inteligencia o escaso nivel educativo, cultural y social, los que añaden factores de organicidad cerebral, padece además alcoholismo o toxicomanía, cuadros paranoicos de larga evolución, conductas violentas, o historia anterior de tratamientos somáticos, como la psicocirugía o los comas insulínicos, que les han provocado un deterioro intelectual.

El núcleo del programa lo constituye generalmente una psicoterapia individual o grupal, aunque en algunas ocasiones se considera de gran importancia la práctica inicial de una psicoterapia familiar. Por ejemplo, cuando los trastornos básicos del paciente y el comienzo de la enfermedad aparecen estrechamente asociados a las relaciones intrafamiliares, y cuando la dependencia mutua de los miembros de la familia es tal, que es imposible lograr la autonomía del paciente sin intervenir en los procesos familiares⁽⁵⁷⁾. En las terapias de crisis psicóticas vinculadas a situaciones familiares precipitantes se pueden obtener buenos resultados, en especial en las terapias conyugales de parejas en las que el paciente es la persona dominante⁽⁵⁷⁾. En la otra indicación importante de terapia familiar como núcleo inicial del programa terapéutico, que es, en definitiva, la patología de las relaciones simbióticas, los resultados obtenidos no son muy esperanzadores⁽⁸³⁻⁸⁷⁾. En las familias pseudomutuales se obtiene muy malos re-

sultados porque la patología del padre dominante ahoga cualquier entendimiento, sobre todo si es la persona simbiótica con el paciente. En los grupos familiares de un sólo padre, que además mantiene esta relación de dependencia con el enfermo, también son muy difíciles las modificaciones mediante la psicoterapia⁽⁸⁴⁾. La simbiosis del paciente viene cumpliendo, en general, el papel de resolver los conflictos irresueltos de otros miembros de la familia, completando el vacío de la vida de alguno de ellos con la total subordinación de la identidad personal a las necesidades parentales⁽⁶⁰⁾.

Tampoco se obtienen resultados en la psicoterapia familiar con familias rígidas, de dinámicas internas paranoides y actitudes de rechazo hacia el paciente. En cambio las familias cismáticas ofrecen algunas posibilidades porque existen elementos más sanos de entendimiento de la situación, aportan más material y pueden reducir las tensiones más abiertas. También ofrecen ciertas posibilidades las familias caóticas, no porque sea posible lograr la organización familiar de un pensamiento lógico, sino porque siendo familias precarias que buscan más ayuda, algunas intervenciones tranquilizadoras disminuyen su ansiedad y aumentan su sentido de la realidad⁽⁸⁴⁾.

En la mayoría de los casos en los que se realiza una psicoterapia familiar intensiva -más de 12 sesiones o más de seis meses de psicoterapia-^(57, 89) ésta va acompañada de una psicoterapia individual del paciente o de la permanencia de éste en un régimen de comunidad terapéutica. Las psicoterapias familiares menos intensivas siempre se utilizan complementando y posibilitando psicoterapias individuales o de grupo, para evitar que los familiares obstaculicen la ayuda terapéutica que recibe el paciente y tratando de conseguir la mayor tolerancia, comprensión y apoyo posibles⁽¹⁰⁸⁾.

En las psicoterapias individuales y de grupo, cuanto más orientadas están al insight más obligan a seleccionar a los pacientes que puedan beneficiarse de ellas, que no son otros que aquellos con más capacidad de autoobservación, generalmente con mejor nivel cultural y social, más posibilidades de resolver problemas e integrar experiencias y por tanto mejor ajuste premórbido y menos historia psicótica^(57, 109). La motivación en la terapia y el establecimiento de una buena relación o alianza terapéutica son factores básicos en un largo proceso de análisis, autoconocimiento y transformación personal que desgraciadamente pocos pacientes psicóticos están en condiciones de alcanzar.

Por eso las terapias grupales o individuales llamadas de apoyo, en las que se trabaja menos con las experiencias psicóticas, son el instrumento terapéutico más accesible para un mayor número de enfermos, siempre

que tengan un mínimo de motivación y capacidad de análisis, sin el cual todo intento de psicoterapia resulta un esfuerzo inútil.

En las psicoterapias individuales se ha visto, como decíamos, muy pocas diferencias entre las más orientadas al insight y las llamadas de apoyo⁽⁷⁹⁾. En general, los resultados obtenidos en las terapias individuales han señalado una disminución de los síntomas psicóticos⁽⁵⁷⁾, mayor autoconocimiento^(56, 57), mejores relaciones interpersonales y sociales⁽¹¹⁰⁾, mantenimiento de la capacidad de trabajo^(57, 110) y la disminución de las dosis de medicación, con supresión total de la misma después de los primeros dos años y con menor número de recaídas e internamientos^(57, 111, 112).

En las psicoterapias de grupo de pacientes esquizofrénicos se han observado también menores recaídas, internamientos y necesidad de dosis más bajas de medicamentos^(96, 97, 113-116), disminución de síntomas^(92, 117), mejor autoconocimiento y más capacidad para establecer y mantener relaciones sociales^(96, 97, 115, 114, 117, 118). Los estudios comparativos entre terapias individuales y de grupo a pacientes esquizofrénicos^(108, 114, 117, 118, 119) subrayan la mejor socialización^(114, 117, 118), mayor interés y entusiasmo de terapeutas y pacientes por los grupos⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾ y menor número de abandonos en esta última forma de terapia⁽¹¹⁷⁾.

Las psicoterapias individual y de grupo no son excluyentes. No cabe duda que el grupo ofrece un contexto más realista que la psicoterapia individual y el paciente se encuentra en una situación de mayor autonomía y menos dependencia. El grupo facilita la comunicación, la solidaridad y la socialización de los pacientes. Es además una observación universal de todos los terapeutas de grupo que los pacientes son incomparablemente más productivos en grupo que en tratamiento individual, y que el proceso terapéutico está profundamente acelerado⁽¹²⁰⁾ porque el grupo ejerce una acción multiplicadora de los factores terapéuticos. Las confrontaciones son múltiples y no sólo con el terapeuta, hay más asociaciones y más posibilidades de poner de manifiesto las experiencias y los contenidos inconscientes, más proyecciones e identificaciones, más empatías, catarsis, aprendizajes vicariantes, transferencias y contratransferencias. "La ayuda puede venir de cualquier rincón del grupo"⁽¹²¹⁾ y no solamente del terapeuta.

En las psicoterapias individuales el paciente adquiere a través de la identificación con el terapeuta todo un estilo de observarse, clarificarse, confrontarse o interpretarse, que actúa como principal "mecanismo mutativo"⁽⁷⁶⁾ en el reconocimiento de su trastorno mental y su sentido⁽¹²²⁾, y en la autoobservación y autorepresentación⁽¹²³⁾ que constituye en cada momento la identidad o la imagen que tiene de sí mismo.

También todo el proceso grupal es un proceso de redefinición de la identidad⁽¹²⁴⁾, en una situación o contexto donde una gran variedad de factores terapéuticos^(125, 126) adquieren su especificidad en torno a ese pivote clave de toda terapia grupal que es la reacción especular⁽¹²⁷⁾. Cada paciente es un espejo para los demás y los demás miembros del grupo son espejos para él, que se va descubriendo y conociendo a sí mismo a través de los otros. Las reacciones especulares operan en los dos registros de la reflexión: el de reflejar y reflejarse, mostrarse a los demás y verse en los otros, y también reflexionar y reflexionarse, pensar y conocer o conocerse y pensarse.

El proceso grupal está cruzado por un tejido continuo de relaciones especulares, algo que ha venido fallando frecuentemente en la vida de los pacientes psicóticos, recorrida de dinámicas confusas y contradictorias, de fusiones simbióticas o de relaciones distorsionantes de sobrevaloración o infravaloración, que les han llevado a continuos conflictos o a introvertirse, a estar tan aislados que los mecanismos de proyección son casi las únicas luces que llegan a los otros o a sumergirse en su mundo interior buscando soluciones singulares.

Por eso pocas cosas hay que ayuden más a un paciente psicótico que la posibilidad de establecer una comunicación humana y sincera con otras personas que también han llegado a transformar subjetivamente su propio mundo y observar en ellas la misma convicción y la misma falta de consenso y verificación. Contrastando la subjetividad de las experiencias psicóticas ajenas, comienza a dudar de la veracidad objetiva de las propias experiencias y a ir aceptando la evidencia que le hace salir de su singularidad para conocer y reconocer las coordenadas comunes que le llevaron a la misma⁽⁶³⁾.

En mi opinión, el proceso de desingularización de la psicosis que muy precozmente, aunque con distintos matices y niveles, se produce en la dinámica grupal, y el modo con el que los pacientes van construyendo de una forma más sólida su aceptación y comprensión psicopatológicas, es de tanto valor que acredita por sí mismo la utilidad de la terapia grupal y en muchas ocasiones hace que ésta se convierta en la auténtica llave que abre al paciente otras posibilidades, que le motivan a seguir otras actividades terapéuticas y a buscar ayuda en las demás intervenciones que se le ofrecen de acuerdo con sus necesidades y con las disponibilidades asistenciales.

Oferta psicoterapéutica y dispositivo asistencial

Conseguir crear un dispositivo asistencial que pueda facilitar programas psicoterapéuticos a los pacientes esquizofrénicos a los que este tipo

de ayuda va a beneficiar^(31, 57, 60, 89, 97, 128) viene siendo un lento esfuerzo de años de interés, dedicación y experiencia. Y no puede ser de otro modo. Si obtener recursos cuantitativos en la asistencia psiquiátrica es ya difícil, su cualificación, y más en un campo como éste, lo es mucho más. Afortunadamente está siendo posible desde la asistencia pública, y en algunos lugares con un desarrollo admirable⁽⁵⁷⁾, siempre dependiendo del, esfuerzo personal de algunos profesionales que van consiguiendo interesar a otros en prácticas terapéuticas de las psicosis más intensivas, gratificantes y eficaces, y en modelos teóricos más globales, porque las psicoterapias de la esquizofrenia desvelan nuevos enfoques para la comprensión de la complejidad del mundo psicótico que están completamente vedados a quienes se mueven en la rutina estereotipada de ese circuito ciego que es la psiquiatría descriptiva.

También en algunos círculos originarios del psicoanálisis la esquizofrenia fue tan desconocida como inaccesible. Parecía que para abordarla había que equipararse con toda clase de precauciones y cualidades, un mito ya desvanecido, que a veces revive en algunos autorretratos apolo-géticos con las características de los buenos terapeutas^(56, 82, 129). Es cierto que la psicoterapia de la esquizofrenia no es fácil, pero tampoco hay que convertirla en una tarea heroica. El estilo y las cualidades del terapeuta son casi tan importantes como su experiencia, pero muchas personas pueden llegar a ser buenos terapeutas, si están interesadas en ayudar a estos pacientes.

Quizás sea más sencillo conocer qué características y actitudes no son apropiadas para la psicoterapia de la esquizofrenia: el perfeccionismo, la rigidez, la intolerancia, el trato distante e impersonal, la compasión y la culpabilidad, o el egocentrismo con grandes necesidades de estimación y fantasías de omnipotencia^(56, 130). Generalmente quienes tienen estas actitudes carecen de empatía y motivación por los pacientes esquizofrénicos, los únicos requisitos que no se adquieren con la formación, la supervisión y el estudio, con el que se cualifican en estas terapias profesionales de todas las categorías, adquiriendo habilidades y conocimientos que llevan tiempo, como cualquier abordaje no simplista de pacientes heterogéneos.

Las terapias combinadas, y más aún los programas integrados están prácticamente en sus comienzos. Los beneficios son obvios, pero los obstáculos son muchos y se aplican todavía a muy pocos enfermos, aunque estas psicoterapias beneficien indirectamente a muchos más, porque proporcionan a los terapeutas una sensibilidad, un saber y una experiencia que inevitablemente trasciende a toda la práctica profesional.

Bibliografía

1. SIEGLER, M. Y OSMOND, H.: "Models of Madness, models of Medicine". McMillan. N. York. 1974.
2. CARPENTER, W.: "Approaches to Knowledge of understanding of schizophrenia". Schizoph. Bull (1987). Vol. 13, nº 1, 1-8.
3. CIOMPI, L.: "Toward a coherent mutidimensional understanding and therapy of schizophrenia. Converging new concepts". En STRAUSS, BOKER, BRENNER (ed) "Psychosocial Treatment of Schizophrenia", págs. 48-62. Huber. Stuttgart. 1986.
4. HARACZ, J.L.: "Naeural plasticity in schizophrenia". Schizoph. Bull. Vol. 11, nº2, 191-229 (1985).
5. LIBERMAN, R.P. y otros: "The nature and problema of schizophrenia" En BELLACK, A. (ed) "Schizophrenia. Treatment, management and rehabilitation", págs. 1-33. Grunne and Stratton. N. York. 1984.
6. MANRIQUE SOLANA, R.: "Teoría de las catástrofes, termodinámica y psiquiatría. Nuevas ideas para la comprensión de la esquizofrenia". Revista de la AEN (1987), vol. VII, nº 20, 95-104.
7. MARSELLA, A.J. y SNYDERS, K.S.: "Stress, social support and schizophrenic disorders: toward an international model". Schizoph. Bull (1981). Vol. 7, 1152-163.
8. NEUCHTERLEIN, K.H. y DAWSON, M.E.: "A heurístic vulnerability stress model of schizophrenic episodes". Schizoph. Bull (1984). Vol. 10, 300-312.
9. STRASS, J.S. y CARPERTER, W.: "Schizophrenia". Plenn. N. York. 1981.
10. ZUBIN, J.; MAGAZINER, J. y STEINHAEUER, S.: "The metamorphosis of schizophrenia from chronicity to vulnerability". Psychol. Med. (1983). 13, 551-571.
11. ROSENFELD, H.: "The treatment of Psychotic States, particularly schizophrenia by Psychoanalysis". En KEMALI y otros (ed) "Schizophrenia Today". Pergamon Press. Londres. 1976.
12. SEGAL, H.: "Psychoanalytical Approach to the Treatment of Schizophrenia". En "Studies of Schizophrenia". Brit. J. Psych. Special Publ. nº 10 (1975). 94-97.
13. SELVINI, M. y otros: "Paradox and Counterparadox. A new model for therapy of family in schizophrenic transaction". En JORSTAD, J. y UGELSTAD, E. (ed) "Schizophrenia 75". Universitetfolget. Oslo. 1976. Págs. 283-294.
14. TRANCHINA, P.: "Schizofrenia, psicoterapia e lotta di classe". En TRANCHINA, P. "Norma e antinorma", págs. 273-289. Feltrinelli. Milán. 1979.
15. IVERSEN, L.; IVERSEN, S. y SNYDER, S. (ed): "Handbook of Psychopharmacology". Vol. 10 "Neuroleptics and Schizophrenia". Plenum Press. N. York. 1978.
16. KANE, J.M.: "Treatment of Schizophrenia". Schizoph. Bull. (1987). Vol. 13, nº 1133-156.
17. KANE, J.M. (ed): "Drug maintenance strategies in schizophrenia". Americ. Psych. Ass. Press. Washington. 1984.

18. NORMAN, T. y otros: "Pharmacotherapy of schizophrenia. Clinical Aspects". En BURROWS, G. y NORMAN, T. (ed): "Handbook of Studies on Schizophrenia", part. 2, págs. 1-12. Elsevier. Amsterdam. 1986.
19. DAVIS, J.M. y otros: "Important Issues in the Drug Treatment of Schizophrenia". Schizop. Bull. Vol. 6, nº 1, 70-87 (1980).
20. PERSAD, E. y RAKOFF, V. (ed): "Use of Drugs in Psychiatry". H. Huber. Toronto. 1987.
21. YADALAN, K. y SIMPSON, G.: "Novel antipsychotics". Current Opinion in Psychiatry. (1988). Vol. 1, 23-31.
22. GONZALEZ DE CHAVEZ, M.: "La psicofarmacología y los límites del biologicismo". Archivos de Neurobiol. (1977) XL. Nº 2, 105-116.
23. ZUBIN, J.: "Models for the aetiology of schizophrenia", págs. 97-104. En BURROWS, NORMAN y RUBINSTEIN (ed) "Handbook of Studies on Schizophrenia", part. 1. Elsevier. Amsterdam. 1986.
24. CARLSON, A.: "Mecanismo de acción de los neurolépticos", págs. 1185-1200. En LIP-TON, M.; Di MASCO, A. y KILLAN, K. (ed) "Psicofarmacología", tomo 7. Ed. Esp. Es-paxs. Barcelona. 1982.
25. MILLER, R. "Major Psychosis and dopamina: controversial features and some sugges-tions". Psychol. Med. (1984), 14, 779-789.
26. WING, J.K.: "Recent advances in understanding schizophrenia", pág. 12. En WING, J.K. y KIELHOLZ, P. (ed) "Rehabilitations of patients with schizophrenia and with depres-sions". H. Huber. Berna. 198
27. MAY, P.: "Psychotherapy and ataraxic drugs", págs. 495-540. En BERGIN, A. y GAR-FIELD, S. (ed) "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change". Wiley. N. York. 1971.
28. MAY, P.: "Treatment of Schizophrenia". Science House. N. York. 1968.
29. GREENFELD, D.: "The Psychotic Patient. Medicacion and Psychotherapy". Free Press. N. York. 1985.
30. GRENHILL, M. y GRALNICK, A.: "Psychopharmacology and Psychotherapy". Free Press. London. 1983.
31. LINDBERG, D.: "Management of Schizophrenia". Act. Psych. Scand. suppl. nº 289. Vol. 63. Munksgaard Copenhagen. 1981.
32. FEINSILVER, D. y YATES, B.: "Combined Use of Psychotherapy and Drugs in Chronic Treatment Resistant Schizophrenics Patients". Journal Nerv. Ment Dis. (1984). Vol. 172, nº 3, 133-139.
33. FALLOON, I. y LIBERMAN, R.: "Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia". Schizop. Bull. (1983). Vol. 9, 543-544.
34. BOWERS, M. y GRENFELD, M.: "Medication and Psychotherapy in out-patient vulne-rable psychosis", págs. 227-238. En STRAUSS y otros (ed) "The Psychotherapy of Schi-zophrenia". Plenun. N. York. 1980.
35. LAZELL, E.: "The group treatment of dementia praecox". Psychoanalytic Review (1921), 8, 168-179.

36. HANSELL, N. y WILLIS, G.: "Outpatient treatment of schizophrenia". *Amer. J. Psych.* (1977), 134, 1082-1085.
37. FENN, H. y DINABURG, D.: "Didactics group psychotherapy with chronic schizophrenics". *Intern. J. Group Psychotherapy* (1981). Vol. 31, n° 4, 443-452.
38. GOLDSTEIN, M.J.: "Psychosocial Issues". *Schizoph. Bull* (1987), 13, n° 1157-171
39. GOLDSTEIN, M.J.; HAND, I. y HAELWED, K. (eds): "Treatment of Schizophrenia. Family Assessment and Intervention". Springer. Berlin. 1986.
40. COZOLINO, L. y GOLDSTEIN, M.: "Family Education as a Component of Extended Family-oriented treatments programs for Schizophrenia", págs. 117-128. En GOLDSTEIN y otros (eds) "Treatment of Schizophrenia". Springer. Berlin. 1986.
41. ANDERSON, C.M.: "Psychoeducational Family Therapy", págs. 145-152. En GOLDSTEIN y otros (eds) "Treatment of Schizophrenia". Springer. Berlin. 1986.
42. ANDERSON, C.; HOGARTY, G. y REISS, D.: "Family treatment of adult schizophrenic patient. A psychoeducational approach". *Schizoph. Bull.* (1980). Vol. 6, 490-505.
43. LEFT, J.P. y otros: "A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients". *Brit. J. Psych.* (1982), 141, 121-134.
44. FALLOON, I. y otros: "Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia. A controlled study". *New England J. Medicine* (1982), 306, 1437-1440.
45. GOLDSTEIN, M.J. y otros: "Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia". *Archives of General Psychiatry* (1978), 35, 169-177.
46. GOLDSTEIN, M.J. y STRACHAN, A.M.: "The impact of family intervention programs on family communication and the short-term course of schizophrenia", págs. 185-192. En GOLDSTEIN y otros (ed) "Treatment of Schizophrenia". Springer. Berlin. 1986.
47. FALLOON, I.; BOYD, J.L. y MCGILL, C.W.: "Family Care of Schizophrenia". Guilford Press. N. York. 1984.
48. FALLOON, I.: "Behavioral Family Therapy for Schizophrenia: Clinical, Social, Family and Economics Benefits", págs. 171-184. En GOLDSTEIN, M.J. y otros (eds) "Treatment of Schizophrenia". Springer. Berlin. 1986.
49. HOGARTY, G. y otros: "Schizophrenia Research Group. Family Psychoeducation, social skills and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia". *Archives of Gen. Psychiatry* (1986), 43, 633-642.
50. BARROWCLOUGH, C. y TARRIER, N.: "Psychosocial interventions with families and their effects on the course of schizophrenia: A review". *Psychol. Med.* (1984). 14, 629-642.
51. STRACHAN, A.M. "Family Intervention of Rehabilitation of Schizophrenia: Toward protection and coping". *Schizoph. Bull.* (1986). Vol. 12, n° 4, 678-698.
52. HATFIELD, L. y ZIPPLE, A.: "Expressed Emotion: A Family Perspective". *Schizo-ph. Bull.* (1987). Vol. 13, n° 2, 221-226.
53. SEYWERT, F.: "Some critical thoughts on Expressed Emotion". *Psychopathology* (1984). 17, 233-243.

54. KOENIGSBERG, H. y HANDLEY, R.: "Expressed Emotion: From predictive Index to Clinical Construct". *Amer. J. Psychiatry* (1986), 143, 11, 1361-1373.
55. HOWELLS, J. y GUIRGUIS, W.: "The Family and Schizophrenia". International University Press. N. York. 1985.
56. GUNDERSON, J. y MOSHER, L. (eds): "Psychotherapy of Schizophrenia". Jason Aronson. N. York. 1975.
57. ALANEN, Y.; RAKKOLAINEN, V.; LAAKSO, J.; RASIMUS, R. y KALJONEN, A.: "Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses". Springer-Verlag. Berlin. 1986.
58. BRODY, E. y REDLICH, F. (eds): "Psychotherapy with schizophrenics". International Univ. Press. N. York. 1964.
59. ARIETI, S.: "Interpretation of Schizophrenia". 2ª ed. Basic Book. N. York. 1974.
60. LIDZ, T.: "The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders". Hutchinson. Londres. 1975.
61. BLATT, S. y WILD, C.: "Schizophrenia. A development Analysis". Academic Press. N. York. 1976.
62. GONZALEZ DE CHAVEZ, M.: "Hipótesis operativa y Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia". Conferencia Hospital Psiquiátrico de Oviedo. Febrero, 1986.
63. GONZALEZ DE CHAVEZ, M.: "Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas". *Revista de la ACM* (1985). Vol. V, nº 14, 335-341.
64. SULLIVAN, H.S.: "Schizophrenia as Human Process". Norton. N. York. 1962.
65. FROMM-REICHMAN, F.: "Principles of Intensive Psychotherapy". Chicago Univ. Press. 1950.
66. JUNG, C.G.: "The Collected Work. Vol. III. The Psychogenesis of Mental Disorders". Routledge and Kegan Paul. Londres. 1960.
67. FEDERN, P.: "Ego Psychology and The Psychoses". Basic Books. N. York. 1952.
68. ROSEN, J.N.: "Direct Analysis". Grunne Stratton. 1953. Trad. esp. B. Nueva. Madrid. 1975, 1977.
69. KARON, B.P. y VANDENBOS, G.R.: "Psychotherapy. of Schizophrenia. The treatment of Choice". Jason Aronson. N. York. 1981.
70. GRINBERG, L. (compilador): "Prácticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis". Ed. Paidós. B. Aires. 1977.
71. SEARLES, B.F.: "Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects". International Univ. Press. 1965.
72. BENEDETTI, G.: "Individual Psychotherapy of Schizophrenia". *Schizoph. Bull.* Vol. 6, nº 4, 633-638. 1980.
73. MULLER, C.: "Psychotherapy of Schizophrenia". *Brit. J. Psychiatry. Special Publications* nº 10 (1975), 102-107.
74. SCHULTZ, C.: "An individual Therapeutic approach with schizophrenic patient". *Schizoph. Bull.* (1975), 13, 46-69.

75. WILL, O.A.: "Psychotherapy and Schizophrenia: implications for human living", págs. 25-37. En RUBINSTEIN, D. y ALANEN, Y. (eds) "Psychotherapy of Schizophrenia". Excerpta Médica. Amsterdam. 1972.
76. McGLASHAN, M.: "Intensive Individual Psychotherapy. A Review of Techniques". Arch. Gen. Psychiatry (1983). Vol. 40, 909-920.
77. McGLASHAN, M.: "DSM-III Schizophrenia and Individual Therapy". J. Nerv. and Ment. Dis. (1982). Vol. 170, n° 12, 752-757.
78. STANTON, A.; GUNDERSON, J. y otros: "Boston Psychotherapeutic Study. I. Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. Design and Implementation. A Controlable Study". Schizop. Bull. (1984). Vol. 10, n° 4, 520-563.
79. GUNDERSON, J. y otros: "Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment". Schizop. Bull. (1984). Vol. 10, n° 4, 564-598.
80. WYNNE, L.; TOOHEY, M.; DOANE, J.: "Family Studies", págs. 264-290. En BELLAK, L. (ed) "Disorders of Schizophrenic Syndrome". Basic Books. N. York. 1979.
81. MOSHER, L. y GUNDERSON, J.: "Group, Family, Milieu and Community Support", págs. 399-452. En BELLAK, L. (ed) "Disorders of Schizophrenic Syndrome". Basic Books. N. York. 1979.
82. RUBINSTEIN, D.: "Clinical issues in family therapy of Schizophrenia", págs. 159-168. En RUBINSTEIN, D. y ALANEN, Y. "Psychotherapy of Schizophrenia". Excerpta Medica. Amsterdam. 1972.
83. ALANEN, Y.: "The benefits of family psychotherapy in hebefrenic schizophrenia", págs. 194-200. En RUBINSTEIN, D. y ALANEN, Y. (eds) "Psychotherapy of Schizophrenia". Excerpta Medica. Amsterdam. 1972.
84. ALANEN, Y. "On the background factors and goals in the family therapy of young schizophrenics patients and their parents", págs. 173-186. En JORSTAD y UGELSTAD (eds) "Schizophrenia 75". Universitetforlaget. Oslo. 1976.
85. RUBINSTEIN, D.: "Ecological aspects in psychotherapy of schizophrenia. A challenge to the therapist". En JORTAD y UGESLTAD (eds) "Schizophrenia 75". Universitetforlaget. Oslo. 1976.
86. STERLIN, H.: "Perspectives in the individual and family therapy of schizophrenics", págs. 295-304. En JORSTAD y UGELSTA0 (eds) "Schizophrenia 75". Universitetforlaget. Oslo. 1976.
87. STERLIN, H.: "Reflections on the family therapy of schizopresent families", págs. 191-198. En STERLIN, WYNNE, WIRSCHING (eds) "Psychosocial Interventions in Schizophrenia". Springer. Berlin. 1983.
88. SALMINEN, H.: "The family therapy of schizophrenic patient. A case report", págs. 201-206. En RUBINSTEIN, D. y ALANEN, Y. (eds) "The Psychotherapy of Schizophrenia". Excerpta Med. Amsterdam. 1972.
89. KAUFMAN, L.: "Long term therapy with schizophrenics", págs. 229-243. En JORSTAD y UGELSTAD (eds) "Schizophrenia 75". Oslo. 1976.
90. POWLES, W. "An Overview of Group Methods", págs. 71-73. En KAPLAN, H. y SADOCK, B. "Comprehensive Group Psychotherapy", 21ª ed. Baltimore. Williams and Wilkins. 1983.

91. ASTRUP, C.: "Group therapy in mental hospital with special regard to schizophrenics". *Acta Psych. Neurol. Scand.* (1958), 33, 1.
92. CLAGHORN, J. y otros: "Group therapy and maintenance treatment of schizophrenics". *Arch. Gen. Psychiatry* (1974), 31, 361-365.
93. FIDLER, J.W.: "Group Psychotherapy of Psychotics". *American J. Orthopsychiatry* (1965). Vol. 35, 688-694.
94. FRANK, J.: "Group Psychotherapy with chronic hospitalized schizophrenics", págs. 216-230. En BRODY, E. y REDLICH, F. (eds) "Psychotherapy with schizophrenics". Internat. Univ. Press. N. York. 195
95. KANAS, N.: "Inpatient and outpatient group therapy for schizophrenic patient". *Amer. J. Psychother.* (1985), 39, 3, 431-439.
96. MALM, U.: "The influence of Group therapy in Schizophrenia". *Acta Psych. Scand. Suppl.* 297. Vol. 65. Munksgaard. Copenhagen. 1982.
97. O'BRIEN, Ch.P.: "Group therapy for Schizophrenia: a practical approach". *Schizoph. Bull.* (1975). Issue nº 13, 119-130.
98. O'BRIEN, Ch.P.: "Group Psychotherapy with schizophrenia and Affective Disorders", págs. 242-249. En KAPLAN, H. y SADOCK, B. (eds) "Comprehensive Group Psychotherapy", 2ª ed. Williams and Wilkins. Baltimore. 1983.
99. BATTEGAY, R. "Psychotherapy of schizophrenics in small group". *Intern. J. Group Psychotherapy* (1965). Vol. 15, 316-320.
100. BATTEGAY, R.: "The different kind of group psychotherapy with patient with different diagnoses". *Acta Psych. Scand.* (1977), 55, 5, 345 y ss.
101. DAY, M. y SEMRAD, E.: "Group Therapy with Neurotics and Psychotics", págs. 566-580. En KAPLAN, H. y SADOCK, B. (eds) "Comprehensive Group Psychotherapy", 1ª ed. Williams and Wilkins. Baltimore. 1971.
102. GOONICK, I.: "Transference in Psychotherapy with schizophrenic patients". *Intern. J. Group. Psychotherapy* (1975). Vol. 25, 4, 379 y ss.
103. GRUBER, L.N.: "Group techniques for Acutely Psychotics Inpatients". *Group.* Vol. 2, nº 1, 31-39 (1978).
104. SLAVSON, S.R.: "Group Psychotherapy and the nature of Schizophrenia". *Internat. J. Group. Psychotherapy* (1961), 11, 3-32.
105. STEINER, J.: "Holistic Group Therapy with schizophrenic patient". *Internat. J. Group Psychotherapy* (1979), 19, 195-210.
106. UGELSTAD, E.: "Some experiences in group psychotherapy with psychotic patients". *Acta Psych. Scand.* (1965), sup. 40, 239 y ss.
107. LEOPOLD, H.S.: "Selective Group Approaches with Psychotic Patients in Hospital Settings". *Amer. J. Psychotherapy* (1976), 30, 95-102.
108. MOSHER, L.R. y KEITH, S.J.: "Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family and Community Support Approaches". *Schizoph. Bull.* (1980). Vol. 6, nº 1, 10-41.

109. GUDERSON, J. y HIRSCFELD, R.: "Factors influencing the selection of patients for individual psychotherapy", págs. 293-303. En GUNDERSON, J. y MOSHER, L.R. (eds) "Psychotherapy of Schizophrenia". Jason Aronson. N. York. 1975.
110. BECK, J.; GOLDEN, S. y ARNOLD, F.: "An empirical investigation of psychotherapy with schizophrenic patient". Schizop. Bull. (1981). Vol. 7, 241-247.
111. SJOSTROM, R.: "Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. A retrospective study". Acta Psych. Scand. (1985), 71, 513-522.
112. BENEDETTI, G.: "The psychodynamic approach to schizophrenia", págs. 9-20. En BATTEGAY, R. y BENEDETTI, G. "Psychodynamic approach to Group Therapy and to Psychotherapy of Psychotics". Act. Psych. Scand. Sup. 224. Munksgaard. Copenhagen. 1971.
113. BATTEGAY, R. y Von MARSCHALL: "Results of longterm Group Psychotherapy with schizophrenics". Comprehensive Psychiatry (1978). Vol. 19, 4, 349-353.
114. DONLON, P.; RADA, R. y KNIGHT, S.: "A therapeutic aftercare setting for refractory chronic schizophrenic patients". Amer. J. Psychiatry (1973), 130, 682-684.
115. PRINCE, R. y otros: "Collaborative provision of aftercare services". Amer. J. Psychiatry (1973), 130, 930-932.
116. SHATTAN, S. y otros: "Group treatment of conditionally discharged patients in a mental health clinic". Amer. J. Psychiatry (1966), 129, 798-805.
117. O'BRIEN, Ch. y otros: "Group vs Individual Psychotherapy with schizophrenics". Archives of Gen. Psychiatry (1972), 27, 474-478.
118. PURVIS, S. y MISKIMIS, R.: "Effects of community follow up on posthospital adjustment of psychiatric patients". Community Ment. Health J. (1970), 6, 374-382.
119. HERZ, M. y otros: "Individual vs Group aftercare treatment". Amer. J. Psychiatry (1974), 131, 808-812.
120. SLAVSON, S.R.: "Analytic Group Psychotherapy with children, adolescent and adult". Columbia Univ. Press. N. York. 1950.
121. ANTHONY, E.J.: "Comparison between Individual and Group Psychotherapy", págs. 104-117. En KAPLAN, H. y SADOCK, B. (eds) "Comprehensive Group Therapy", 1ª ed. William and Wilkins. Baltimore. 1971.
122. STANTON, A.: "The significance of ego-interpretative states in insight-directed psychotherapy". Psychiatry (1978), 41, 129-140.
123. STANTON, A.: "Insight and Self observation", págs. 131-144. En STRAUSS y otros (eds) "Psychotherapy of Schizophrenia". Plenum Press. N. York. 1980.
124. COX, M.: "Group Psychotherapy as redefining process". Internat. J. Group Psychotherapy (1973), 23, 465-473.
125. BLOCH, S. y otros: "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". Archives of GenPsychiatry (1981). Vol. 38, 519-526.
126. BLOCH, S. y CROUCH, E.: "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". Oxford Univ. Press. Oxford. 1985.

127. PINES, M.: "The Frame of Reference of Group Psychotherapy". *Int. J. Group Psychotherapy* (1981). Vol. 31, n2 3, 275-286.
128. BATEGAY, R. y BENEDETTI, G.: "Psychodynamic Approaches to Group Therapy and to Psychotherapy of Psychotics". *Act. Psych. Scand. Sup.* 224. Munksgaard. Copenhagen. 1971.
129. GROTHJAHN, M.: "The Qualities of the Group Therapist", págs. 757-774. En KAPLAN, H. y SADOCK, B. "Comprehensive Group Psychotherapy". Williams and Wilkins. Baltimore. 1971.
130. WEINER, M.F.: "The role of the leader in Group Psychotherapy", Págs. 54-63. En KAPLAN, H. y SADOCK, B. (eds) "Comprehensive Group Psychotherapy", 2ª ed. Williams and Wilkins. Baltimore. 1983.

Psicoterapia de grupo y esquizofrenia

Manuel González de Chávez

Introducción

La psicoterapia de grupo es cada vez más habitual y está cada vez más extendida en muchos centros. Es muy viable, flexible y adaptable a todas las instituciones y dispositivos asistenciales. Pero quizás, aún hoy, entre todas las intervenciones psicoterapéuticas que empleamos en estos pacientes, la psicoterapia de grupo sigue siendo una de las más desconocidas y menos sistematizadas para su adecuada utilización, elección e indicación.

Es posible que después de casi 90 años de historia de la psicoterapia de grupo en pacientes esquizofrénicos, desde el primer artículo publicado (Lazell, 1921) hasta la actualidad, la bibliografía científica sobre estas psicoterapias en la esquizofrenia sea proporcionalmente escasa, si la comparamos con las de otras terapias individuales o familiares en estos pacientes. Quizás ello influya en el relativo desconocimiento del papel de la psicoterapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia. Entre las causas de ese menor número de trabajos o investigaciones publicados puede estar la “ambigüedad” del concepto de psicosis y la heterogenei-

dad de los pacientes (Hummelen, 1994), las dificultades de la investigación en las psicoterapias de grupo (Dies & Mackenzie, 1983), las de la teorización y conceptualización de la complejidad grupal (Sscheidlinger et al, 1997), la gran variedad de grupos y la inevitable singularidad de cada uno de ellos y de los procesos terapéuticos grupales.

A pesar de esta precariedad de publicaciones, la efectividad de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia, combinada al tratamiento neuroléptico, parece haber sido demostrada repetidamente desde hace años por diferentes meta-análisis (Gifford & Mackenzie, 1948; Kanas, 1986; Mosher & Keith, 1980; Parloff & Dies, 1977; Scott & Griffith, 1982; Stotsky & Zolik, 1965). En uno de más de 40 trabajos, la terapia de grupo fué significativamente mejor que el tratamiento sin dicha terapia en el 67% de los estudios con pacientes internados y en el 77 % de los estudios con pacientes ambulatorios (Kanas, 1986, 1996).

También se han realizado estudios comparativos de la psicoterapia de grupo con la psicoterapia individual en el tratamiento de la esquizofrenia ,observándose resultados similares (Herz et al, 1974; Mintz et al. 1976; Levene et al. 1970), o algo más favorables para la psicoterapia grupal ,con más entusiasmo de pacientes y terapeutas, menos abandonos, mejor cumplimiento de los tratamientos, menos rehospitalizaciones, mejor socialización y mejor funcionamiento de los pacientes (O'Brien, 1972; Donlon et al, 1973; Purvis & Mismikis, 1970). Estos datos son concordantes con los resultados generales ,y no circunscritos a la esquizofrenia, de algunos estudios comparativos disponibles, que demuestran la efectividad similar de la psicoterapia de grupo y las psicoterapias individual y familiar (Pilkonis et al., 1984) ,o los resultados iguales o mejores de la psicoterapia grupal respecto a la individual (Toseland & Siporin, 1986).

En una de las revisiones de estudios anteriores, los grupos "orientados a la interacción" se mostraban más efectivos que los "orientados al insight" en los pacientes esquizofrénicos (Kanas, 1986). Los "orientados a la interacción" tenían como objetivo mejorar la capacidad de los pacientes para relacionarse a través del aquí y ahora de la interacción con miembros del grupo y/o la discusión de sus problemas personales y sus posibles soluciones. Los "orientados al insight" estaban encaminados a mejorar el autoconocimiento del paciente a través de la exploración de los aspectos evolutivos y dinámicos y mediante técnicas de desvelamiento e interpretación de la transferencia. Se trataba de una clasificación operativa en la que no era fácil, ni siquiera posible, encuadrar a la mayoría de los grupos.

Actualmente confluiamos hacia la integración ecléctica de todas las psicoterapias (Beitman et al. 1989), incluidas las psicoterapias de grupo (Reid & Reid, 1993). Con las excepción de los grupos cognitivo-conductuales más recientes (Free, 2007; Lawrence et al. 2006), la psicoterapia de grupo va también hacia enfoques integradores y eclécticos, con modelos globales de los trastornos psicóticos. Tienen formatos diversos y objetivos terapéuticos concretos, adaptados a las características de los pacientes. Son cada vez más, y a la vez, de apoyo y de autoconocimiento, dependiendo de la situación de los pacientes y las etapas del proceso terapéutico. Si están orientadas al insight, también previa y simultáneamente, están dedicadas a favorecer el apoyo y la interacción de los pacientes (Kanas, 1996, 1997; Schermer & Pines, 1999).

En general, las psicoterapias de grupo forman parte de programas terapéuticos combinados con otras psicoterapias individuales o familiares, lo que facilita o potencia la actividad terapéutica en los pacientes esquizofrénicos, que además habitualmente reciben algún tratamiento neuroléptico (Alanen et al., 1986, 1991, 1994; González de Chávez, 1989; Mosher & Keith, 1980; Strauss et al. 1987). Las terapias combinadas no compiten entre sí, sino que se benefician mutuamente, son sinérgicas y complementarias. Lo relevante es la elección, indicación y adecuación, en cada caso, del conjunto del tratamiento a las necesidades o características de los diversos pacientes (Alanen, 1997).

En los programas terapéuticos y en las terapias combinadas más utilizados en la esquizofrenia, creemos que la psicoterapia de grupo debería ocupar un lugar más destacado en el tratamiento de estos pacientes. No sólo por su fácil implementación y viabilidad en cualquier dispositivo asistencial y por su acción sinérgica en el conjunto del tratamiento (González de Chávez M & Garcia-Ordás A., 1992), sino también, y principalmente, porque la psicoterapia de grupo tiene una singularidad específica de gran potencial terapéutico.

La singularidad específica de la psicoterapia de grupo

La psicoterapia de grupo posee características diferenciadas de otras psicoterapias. Contiene en si misma un conjunto de elementos terapéuticos completamente originales y esencialmente grupales, que pueden incidir favorablemente en las experiencias y comportamientos de los pacientes esquizofrénicos. Merece la pena resaltar especialmente la acción, importancia y efectos del contexto terapéutico, el "mirroring" y los factores terapéuticos grupales.

El contexto terapéutico grupal

El contexto grupal se caracteriza por ser un **contexto realista e igualitario**, que ofrece a un número de personas diferentes, que tienen en común trastornos y problemas similares, la oportunidad excepcional, que no dan otras modalidades de psicoterapia, de conocerse, comunicarse y aprender de las relaciones interpersonales que establecen mutuamente. El grupo de terapia constituye un contexto terapéutico completamente distinto a la relación diádica de la psicoterapia individual y al grupo ya preexistente de la terapia familiar (Anthony, 1971; Fleck, 1982). Permite a los pacientes compartir experiencias y conocer directamente a otras personas con trastornos semejantes a los suyos, salir de la vivencia de singularidad, adquirir una visión más realista de sí mismos y tomar conciencia de sus propios problemas.

El grupo puede constituir para los pacientes un contexto seguro donde superar las actitudes y conductas de desconfianza y de aislamiento o retraimiento defensivo. Con la dirección adecuada para promover y mantener la cohesión en un clima terapéutico y una cultura grupal de respeto, escucha, ayuda y reciprocidad, se crea una audiencia empática y receptiva, que facilita la autorevelación y la comunicación y es un lugar donde los pacientes pueden expresarse con sinceridad, ir perdiendo la inseguridad y mejorando su autoestima.

Es un contexto terapéutico con **horizontalidad, neutralidad y autonomía** de los enfermos. Es menos dependiente, estrecho y desigual que las terapias individuales y familiares y no tiene las fuertes implicaciones, ni complicadas transacciones de la terapia familiar. El paciente puede establecer relaciones más independientes y equilibradas con los terapeutas y otros miembros del grupo. El grupo **facilita la relación terapéutica** sobre bases más realistas porque multiplica y diluye las transferencias, corrigiendo distorsiones e idealizaciones y disminuyendo dependencias simbióticas (González de Chávez M. & García-Ordás A, 1992; Alikakos, 1965).

Es también un **contexto activo, productivo, multifocal y multi-inter-subjetivo**, diferente a la unilateralidad y unifocalidad de la terapia individual (Anthony, 1971). El grupo es muy productivo y rico en observaciones y revelaciones propias y de otros, en contrastes de la realidad, asociaciones, perspectivas, informaciones, aprendizajes, reconocimientos y redefiniciones de los miembros del grupo, lo que permite mejorar su autoconocimiento. La multiplicidad y multifocalidad de las comunicaciones grupales facilitan el descentramiento cognitivo del enfermo, lo que es de gran importancia en el paciente esquizofrénico, especialmente vulnerable a la regresión cognitiva y al egocentrismo perceptivo (Lidz T., 1973).

El grupo de terapia constituye también **una realidad socializadora y estimulante**, que promueve la participación activa, el cumplimiento terapéutico y el funcionamiento grupal con similares valores, normas y objetivos. Promueve esfuerzos para afrontar adaptaciones y cambios a sus dificultades y conflictos, combate negaciones, amnesias y autoengaños, disuadiéndoles también de muchas resistencias y de pautas regresivas o elusivas.

Finalmente, se convierte en **grupo de referencia** para sus miembros (Kelman, 1963), lo que les permite superar el estatismo de la propia imagen y adquirir una visión dinámica de sí mismos, de sus propias vidas y de sus progresos terapéuticos. Les da el sentido de la realidad, del tiempo y de la evolución en el logro de objetivos personales y comunes. El testimonio y la mejoría de los otros, aumenta las esperanzas en su propia mejoría, y les impulsa a remontar recaídas y desmoralizaciones. La ayuda terapéutica y la perspectiva que se recibe de los miembros del grupo es una referencia básica en el proceso terapéutico y en la reconstrucción realista de la propia identidad.

El mirroring grupal

El mirroring" grupal es probablemente el fenómeno más específico de la psicoterapia de grupo (Pines, 1993), que diferencia claramente a la psicoterapia grupal de otras modalidades de psicoterapias, y le confiere gran parte de su original potencialidad terapéutica. El mirroring grupal es el proceso intersubjetivo de reacciones especulares múltiples, simultáneas, recíprocas y empáticas de observación, exploración, revelación, reflexión y conocimiento mutuo entre los miembros del grupo.

El mirroring grupal promueve y acelera el autoconocimiento de los pacientes, a distintos niveles y con diferentes perspectivas. Desbloquea sus dificultades para el insight, explotando su capacidad de observar y conocer en los demás lo que aún no es capaz de observar y conocer en sí mismo. El mirroring grupal es una densa estrella de múltiples y recíprocas reacciones especulares, que no son solamente diádicas, sino triádicas y multidiádicas, y que permiten a los pacientes la observación, exploración, reflexión y conocimiento sobre los otros, y sobre sí mismos a través de los otros. Puede ver semejanzas y diferencias, lo que es común y lo que individualiza. Puede descentrarse cognitivamente, verse desde fuera, con otras claves, desde la perspectiva de los otros.

Cada paciente es un espejo para los demás y los demás miembros del grupo son espejos para él. Cada paciente se ve a sí mismo en los otros. O

ve partes de sí mismo, con más frecuencia aquellas rechazadas y reprimidas, reflejadas en otros miembros del grupo, a quienes ve reaccionar del mismo modo. Los pacientes pueden ver en otros sus propias reacciones y conductas. Ver el efecto que sus comportamientos tiene en el grupo. Conocer las imágenes de sí mismos que los miembros del grupo les devuelven. Cada uno se muestra a los demás y se ve en los otros, refleja y se refleja en el grupo, reflexiona sobre los demás y sobre sí. Se va descubriendo través de los otros, con quienes se confronta o cuestiona, valida, confirma o rectifica, con quienes se reconstruye y redefine a sí mismo (Foulkes, 1964; Pines, 1982; Gonzáles de Chávez & Capilla, 1991; Cox, 1973).

Como punto de partida, la terapia grupal en la esquizofrenia explota la capacidad de insight sobre los otros pacientes. La capacidad de observar y reconocer en otros lo que aún no se es capaz de observar y reconocer en sí mismo. Porque en los demás es más factible distinguir las realidades objetivas y subjetivas. La incapacidad para diferenciar en sí mismos el mundo exterior y el mundo interior, bloquea el insight de los pacientes. Gracias al feed-back del mirroring grupal que permite esa diferenciación de lo objetivo y lo subjetivo en los demás, los pacientes pueden empezar a cuestionarse ellos mismos (González de Chávez & Capilla, 1991).

Los factores terapéuticos grupales

Los factores terapéuticos grupales son los componentes básicos del cambio en la terapia de grupo. Son inherentes a la interacción grupal y no están específicamente asociados a la acción del terapeuta. Su acción no es aislada, sino conjunta y dependiente de cada sujeto, cada tipo de grupo, e incluso de cada etapa del proceso grupal (Yalom, 1985). Su enumeración y clasificación es algo diferente para distintos autores (Corsini & Rosenberg, 1955; Yalom, 1985; Bloch et al., 1981, 1985; Mackenzie, 1990; Sadock & Kaplan, 1993; Scheidlinger et al., 1997), así como también lo es la metodología de su investigación (Bloch et al. 1979, Yalom, 1985, Mackenzie, 1987, Kapur et al. 1988).

Podríamos distinguir con Mackenzie (1990): **a) factores de apoyo** (aceptación o cohesión, universalidad, esperanza, altruismo), **b) de autorevelación** (catársis, autorevelación), **c) de aprendizaje de otros** miembros del grupo (imitación, identificación, guía o consejo, información, educación, aprendizaje vicariante) y **d) factores de insight** o de trabajo psicológico (autocomprensión y aprendizaje interpersonal).

Es cierto que en todas las psicoterapias hay factores terapéuticos comunes que son independientes de las técnicas, escuelas o modalidades te-

rapéuticas. El estudio de lo que es general en todas las psicoterapias y aquello que las diferencia constituye un conjunto de investigaciones de gran valor para la formación de los terapeutas y el avance y progreso de las psicoterapias (Frank, 1973; Slipp, 1993).

La psicoterapia de grupo tiene algunos factores terapéuticos comunes a otras psicoterapias y otros que son específicos de la terapia grupal, como el aprendizaje interpersonal, la universalidad, la cohesión o aceptación y el altruismo. Pero incluso aquellos factores que son similares a los de otras modalidades terapéuticas adquieren aquí matices distintos cuando se multiplican horizontalmente y se potencian recíprocamente en el contexto grupal. Así ocurre con el aprendizaje vicariante de los otros, con las imitaciones e identificaciones, o las informaciones y consejos. También con las autorevelaciones y catársis, que pueden ser propias o de otros miembros del grupo, ampliando así sus efectos, asociaciones y resonancias, e incidiendo en el aprendizaje interpersonal y en el insight de cada uno y de todos los miembros del grupo.

Los factores terapéuticos grupales tienen un papel clave en la psicoterapia de grupo de la esquizofrenia. Los de apoyo (universalidad, aceptación o cohesión, esperanza y altruismo) son importantes, en general, en las primeras etapas grupales, en los grupos de autoayuda y en los grupos breves con pacientes internados, y siguen teniendo un lugar destacado en los grupos ambulatorios y a lo largo de todo el proceso terapéutico (Yalom, 1985; Bloch & Crouch, 1985; Lieberman, 1983 y 1986; Kapur, 1988; González de Chávez M. et al, 2000). Promueven la alianza terapéutica, el clima y la cohesión grupal. Alivian la ansiedad del sentimiento de singularidad de los pacientes, al conocer que otros tienen o han tenido experiencias similares, facilitando la aceptación de sí mismos y de los otros miembros del grupo. Motivan e implican a los pacientes en la terapia, infunden expectativas de mejoría y les hace tomar un papel activo contra la desmoralización y la baja autoestima. Finalmente, el grupo da a los pacientes la posibilidad, la capacidad y el deseo de ayudar a otros, reconociendo en el altruismo (Clark, 1991), los propios sentimientos y aspectos positivos, que son valorados y apreciados por los otros.

El consejo, la información, la educación y el aprendizaje vicariante de los demás por imitación o identificación son inherentes al proceso terapéutico grupal y funcionan a nivel elemental. Para muchos pacientes, más discretos o pasivos, constituyen sus principales estrategias de aprendizaje y tienen mucha importancia en los grupos didácticos o psicoeducativos, en los cognitivo-conductuales y en los grupos de apoyo.

La autorevelación es esencial, ya que sin ella no hay posibilidades psicoterapéuticas. Es una precondition del autoconocimiento (Sticker & Fisher, 1990) y ser más cognitiva e informativa -la autorevelación propiamente dicha- o más catártica, emocional y afectiva. Puede ser voluntaria y al expresar sus experiencias y dificultades, el paciente los ve desde fuera, desde la perspectiva de los otros miembros del grupo, redescubrirlos y objetivarlos. O involuntaria, mostrando en el grupo los puntos ciegos y escenificando las defensas. En el grupo además, tanto pacientes como terapeutas, tienen la observación directa de muchas otras dimensiones o comportamientos, como el egocentrismo, aislamiento, pasividad, intolerancia, hostilidad, temores y desconfianzas, o arrogancia, y dependencia (Anthony, 1971; González de Chávez & García-Ordás, 1992). El aprendizaje inter-personal y el autoconocimiento, o aprendizaje intra-personal, son los factores de insight más relevantes de los grupos con orientación dinámica, mayor duración y con etapas más avanzadas de la psicoterapia. Ambos constituyen dos facetas inseparables de un mismo mecanismo de cambio, porque es imposible entender el autoconocimiento sin el conocimiento de los demás.

Psicosis, dinámica grupal y proceso terapéutico

Nosotros creemos que hay que poner énfasis en una visión de las psicosis comprensiva y global -psicológica, biológica y social- del paciente y sus trastornos, con enfoques amplios como los que algunos autores han venido desarrollando en los últimos años (Alanen, 1997; Feinsilver, 1986; Ciompi, 1988; Cullberg, 2006). Desde una perspectiva global, como las citadas, podríamos muy bien considerar la crisis psicótica como una crisis de la identidad del sujeto, considerando la identidad como el self en su continuidad biográfica.

La identidad, o visión de sí mismo de un sujeto, es el producto de un substrato biológico y de una historia biográfica en un contexto social y en una dinámica familiar, que dan lugar a una personalidad configurada por pautas de conducta habituales, mecanismos de defensa o estrategias de coping, con proyectos, ajustes, desajustes, logros y fracasos en múltiples aspectos, roles o subidentidades tanto sociales, políticas, religiosas, raciales, de grupo o clase, culturales, educacionales, laborales, como familiares, corporales, afectivas, sexuales, etc (Lapsey & Power, 1988; Honess & Yardley, 1987).

A los efectos que nos interesa para tratar de entender las crisis psicóticas, la identidad es también el conjunto, más o menos integrado, de di-

versas subidentidades: aceptadas, públicas, privadas, íntimas, ocultas, rechazadas o negadas, además de las identidades ideales y grandiosas, y otras introyectadas desde la infancia en las relaciones con figuras parentales y personas significativas.

En líneas generales, todo el proceso de configuración y evolución biográfica de la identidad se guía por los principios de unicidad, continuidad, autonomía y autoestima, para asimilar, adaptarse y evaluar la realidad (Breakwell, 1986). Las crisis biográficas, que suponen cambios negativos cualitativos, son crisis que llevan a la reflexión y el cuestionamiento de la realidad y la propia identidad. Son procesos dolorosos de resistencias, autoengaños y estrategias de coping para salvar la identidad y lograr su adaptación a la nueva realidad. Suponen una dinámica de reajuste de las subidentidades que hacen a la identidad más vulnerable.

Cuando fracasan las estrategias de coping en la defensa de la unicidad, continuidad, autonomía y autoestima de la identidad, se produce un colapso. Las crisis psicóticas son colapsos de la identidad (Sullivan, 1962; Mullan, 1970) con escisión y fragmentación de su estructura, mecanismos paranoides y un proceso de regresión cognitiva en el camino inverso al del desarrollo cognitivo normal, que ahora lleva al paciente desde la lógica formal a la operacional y preoperacional, al egocentrismo perceptivo y finalmente el pensamiento mágico, donde todas las soluciones son posibles (Lidz T. 1973, 1975).

En la fragmentación de la identidad vulnerable adquieren predominancia en el paciente las subidentidades grandiosas o temidas, transformadas en identidades psicóticas, las subidentidades ocultas, rechazadas o negadas, que son vividas de forma paranoide como delirios de sentirse observado, conocido, transparente, vigilado, perseguido, descalificado o insultado, y los introyectos de las relaciones objetales significativas que ahora, enajenados y no reconocidos como propios, aparecen en la mente del sujeto psicótico como alucinaciones de control y crítica o apoyo y consuelo.

En el proceso de recuperación del episodio psicótico observamos la siguiente **evolución de la identidad**: 1º) En plena crisis, con una transformación subjetiva de la idea de sí mismo y la realidad que vive, tiene una **identidad psicótica**. 2º) Con posterioridad, un buen número de ellos adquieren conciencia de enfermedad, aceptan el carácter psicopatológico de las experiencias vividas. Tiene, por así decirlo, **identidad de paciente**. 3º) En un momento posterior del proceso psicoterapéutico pueden adquirir conocimiento de los aspectos de sí mismos y su realidad que le hacen más vulnerables a las experiencias psicóticas. Es lo que llamamos **identidad**

vulnerable. 4º) El objetivo de la psicoterapia es que el paciente logre entender el sentido o significado de sus trastornos y la integración de sus experiencias y subidentidades. Que consiga una **identidad integradora**.

Los caminos que un paciente puede recorrer tras una crisis psicótica son muy variados, desde la permanencia continuada en su identidad psicótica, a una más o menos contradictoria conciencia de enfermedad. En el proceso psicoterapéutico bastantes pacientes adquieren autoconocimiento de los aspectos psicológicos y biográficos que subyacen e influyen en sus trastornos. Unos pocos - apenas un 13 % en algunos estudios de seguimiento psicoterapéutico (Alanen, 1986) - logran esa integración de la identidad y ese entendimiento de las experiencias psicóticas vividas que les puede hacer menos vulnerable.

La **relación terapéutica** con los pacientes psicóticos sigue una secuencia de etapas (Mc Glashan & Keats, 1989), que es paralela a la evolución de su identidad, tal como la hemos descrito. 1º) Al principio, en la relación de **contacto**, el terapeuta no existe como tal y está incluido en el mundo psicótico del paciente. Es el momento del contacto personal, darle contención, seguridad y confianza, de nuestra presencia, paciencia y persistencia, preservando siempre el respeto y la dignidad del paciente. 2º) Posteriormente establecemos un **vínculo**, una relación muy primitiva, insegura, ambivalente e inestable. Para el enfermo es una relación que sólo existe en el presente. No hay para el paciente colaboración, ni proyecto de futuro y sí una fuerte presencia de los aspectos inconscientes y de las transferencias psicóticas. 3º) Sólo posteriormente el paciente establece una **relación personal** de valoración y respeto, con alguna confidencialidad y posibilidades de influencia, pero sin un claro sentido terapéutico. 4º) Más adelante podemos establecer una **relación terapéutica**, estable y consistente, con motivación, compromiso, empatía, confianza y trabajo terapéutico, ya sea una relación terapéutica de apoyo solamente o una relación terapéutica de apoyo e insight.

Nuestro objetivo en la dinámica grupal será favorecer las mejores **estrategias de coping** del enfermo, que son a la vez intrapsíquicas, interpersonales y grupales y que pueden ser falseadoras, evitativas, revaluadoras o integradoras. Debemos ayudarles a ir prescindiendo, suprimiendo o modificando las estrategias más patológicas para favorecer las estrategias más integradoras, porque con las estrategias **falseadoras**, el paciente distorsiona la realidad para mantener su imagen e identidad en crisis. Son sus fantasías o construcciones de un falso self, que pueden conducir a la creación de una identidad psicótica. Son los mecanismos de escisión, proyección y externalización. El delirio es la falsificación subjetiva de la realidad vivida.

Con las estrategias **evitativas** elude confrontar una realidad dolorosa que le cuestiona y amenaza. Son mecanismos de negación, rechazo, olvido, aislamiento, negativismo, o la distracción y ocupación en otras actividades. El abuso de alcohol y otros tóxicos es frecuente, así como el uso del tercer condicional, imaginándose como sería el presente si el pasado hubiese sido distinto. Con las estrategias **revaloradoras** intenta modificar el análisis de la realidad amenazante, focalizándola en aspectos parciales o banalizando, devaluando comparativamente a los demás, revaluándose a sí mismo, ya sea con una grandiosidad y optimismo infundado o de forma catastrófica, fatalista o resignada, con un pesimismo desproporcionado.

Favorecer las estrategias **integradoras** les llevan a verbalizar, comunicar, aceptar y afrontar, buscar información y consejo, recibir ayuda, revisar, redefinir y reestructurar nuevamente la identidad, corrigiendo los aspectos más vulnerables y anticipándose a las posibles situaciones o factores más estresantes. Todas las psicoterapias giran en torno al mejor uso de las estrategias de coping y la psicoterapia de grupo utiliza para ello el contexto y la dinámica grupal, el mirroring y los factores terapéuticos grupales.

Psicoterapia de grupo para pacientes internados

La cronología de las intervenciones psicoterapéuticas desde la crisis psicótica hasta la recuperación, se inicia con una terapia de grupo para pacientes internados y con un trabajo conjunto de todo el equipo, por un mejor entendimiento y ayuda desde diversas perspectivas profesionales e intervenciones terapéuticas, no sólo grupales, sino también individuales, familiares e institucionales (González de Chávez et al, 1985, 1999). Durante las crisis o episodios psicóticos agudos no todos los enfermos se encuentran en condiciones de ser incluidos en un grupo de psicoterapia. Hay una etapa pregrupal condicionada por la intensidad de las experiencias psicóticas y el mirroring no reflectivo (Pines, 1982). En los momentos más intensos, algunos pacientes pueden mostrar una marcada distorsión psicótica en la percepción del contexto que viven. Hay que esperar que superen, con la ayuda del tratamiento neuroléptico, la desorganización, excitación, hostilidad, angustia o perplejidad para una mínima relación y comunicación en el contexto grupal. El estado del paciente debe permitirle cierto grado de control y una mínima capacidad de "mirroring reflectivo". En la primera etapa grupal sus reacciones especulares son egocéntricas, y en ocasiones intentan englobar psicóticamente al grupo en defensa de sus convicciones delirantes. La dinámica de grupo actúa corrigiendo el egocentrismo perceptivo y permitiendo el descentramiento

cognitivo. A menudo los miembros del grupo se reflejan mejor proyectando que revelando. Reflejan lo que ignoran, lo que niegan, sus conflictos inconscientes. El grupo permite la escenificación de los mecanismos de defensa de sus miembros y esta puesta en escena aumenta la observación y reconocimiento, y luego la autorreflexión y autocuestionamiento. Los grupos en las unidades de internamiento son abiertos con sesiones frecuentes, de 45-60 minutos, diarias o a días alternos. Los terapeutas siempre son más activos y directivos, ayudando a la organización cognitiva de los discursos, corrigiendo el egocentrismo perceptivo, la paranoización y los refuerzos psicóticos (González de Chávez, 1985; Yalom, 1983; Rice & Rutan, 1987).

En las primeras intervenciones terapéuticas, tanto grupales como individuales y familiares, nuestro objetivo será escuchar, explorar y favorecer la autorevelación del paciente. Reconstruir con él y su familia su historia biográfica y su historia psicótica, la personalidad premórbida y todo el contexto, relaciones y factores desencadenantes que han llevado a la crisis de la identidad que revela con sus manifestaciones psicóticas. Es el momento de ofrecer ayuda, sin humillación, frustración o rechazo del paciente, conocer los mecanismos de esa transacción que es ayudar y ser ayudado.

El contexto grupal debe ser respetuoso y seguro, para que ayude a los pacientes a salir del aislamiento defensivo, la desconfianza y la inseguridad y propicie la autorevelación y la desingularización de la psicosis. En esta etapa el objetivo es que los pacientes conozcan que no son los únicos que viven realidades e identidades singulares. Es clarificar, concretar y focalizar. Ayudar a expresar sentimientos y experiencias, secuenciarlas y contextualizarlas en la biografía. Separar los hechos de las interpretaciones, validar consensuadamente la realidad e introducir otras posibles hipótesis y perspectivas, como las de las personas próximas significativas y los caminos que le han llevado al hospital, con todas las dinámicas vividas en el período no tratado de la psicosis. Intentamos conocer el mundo interno y la realidad externa del paciente, sus relaciones y también las actitudes y reacciones de los demás ante su conducta, por ejemplo, descalificándole y rechazándole, o intentando entenderle y ayudarle, y como el paciente oculta, expresa o verifica sus experiencias psicóticas, con que apoyos cuenta y en qué obstáculos y distorsiones debemos intervenir terapéuticamente.

Psicoterapia de grupo ambulatoria

Nuestro propósito será ahora motivar tanto al paciente como a sus familiares al seguimiento de un programa terapéutico con psicoterapia de

grupo ambulatoria que facilitará la relación terapéutica y el cumplimiento de la psicoterapia y el tratamiento farmacológico (González de Chávez & García-Ordás, 1992). Es el momento de informar y “psicoeducar” al paciente y a la familia sobre el trastorno psicótico, con esperanzas y expectativas realistas, explicar el sentido de la medicación prescrita, preocuparse de las experiencias farmacológicas subjetivas y reducir sus posibles efectos adversos. También exponer los componentes de dicho programa, sus objetivos y su duración aproximada. Nosotros realizamos un programa, de unos 4-5 años de duración media, con una sesión semanal de 60-90 minutos de psicoterapia de grupo y con sesiones individuales y familiares que se van estableciendo según las necesidades (González de Chávez et al, 1999). Todos los programas psicoterapéuticos tienen etapas, que no se pueden cortocircuitar, ni saltar, para ir logrando la evolución de la identidad de los pacientes esquizofrénicos. Primero desde la identidad psicótica a la aceptación de la identidad de paciente, posteriormente al conocimiento de su vulnerabilidad y finalmente a la integración de su identidad.

Todas las intervenciones iniciales del proceso psicoterapéutico tienen como finalidad que el paciente, tras su propio debate interno contradictorio, vaya aceptando el carácter subjetivo de sus experiencias psicóticas, que acepte el carácter psicopatológico de las experiencias vividas, adquiera conciencia de enfermedad, identidad de paciente. El grupo funciona contrastando y cuestionando las identidades psicóticas y bloqueando el desarrollo de convicciones delirantes o creencias en la veracidad pasada de las experiencias psicóticas vividas.

Usamos tanto la exploración como la confrontación, estableciendo en cada sesión grupal un trenzado de intervenciones cruzadas donde las similitudes y las diferencias hacen avanzar la revelación de los mundos objetivos y subjetivos, estimula la cohesión y facilita las observaciones, análisis y reflexiones. Apoyamos la autonomía y no la regresión, la comunicación focal clara y no la verbalización de asociaciones libres o discursos vagos, abstractos, elusivos y sobrentendidos. Evitamos largos silencios y situaciones de marcada ansiedad que generan defensas grupales y desorganización cognitiva. Analizamos las resistencias y transferencias cuando obstruyen el proceso terapéutico. Hacemos pocas interpretaciones y preferimos apuntar cuestiones, contradicciones o alternativas, asociar secuencias y conexiones o interesarnos por las observaciones, opiniones o interpretaciones horizontales de los demás miembros del grupo, siempre orientados a mejorar el grado de insight de los pacientes.

Como los grupos son abiertos, con incorporación gradual de nuevos pacientes, las etapas no son de todo el grupo, sino de cada paciente. Los

más veteranos sirven de guía y apoyo en el autoconocimiento a los que se incorporan al grupo tras haber padecido una crisis. Las identificaciones mutuas permiten la esperanza prospectiva de unos y el insight retrospectivo de los otros. Unos y otros adquieren el sentido de la continuidad del proceso terapéutico, el camino por hacer y el trayecto recorrido.

En la cronología de la dinámica grupal nos vamos a encontrar pronto con las reacciones posteriores a la crisis psicótica, el impacto de la misma en el enfermo y sus familiares y el estigma que puede provocar más aislamiento. El grupo es un soporte socializador, motivador y altruista que permite analizar y abordar estos problemas y ayuda a luchar contra la depresión, la desmoralización y el estigma. El paciente tiene además un grupo de referencia en los otros miembros del grupo, lo que le facilita una visión más objetiva de sí mismo y de sus progresos en una recuperación que pasa por una readaptación a la realidad, a las relaciones sociales, familiares, laborales y también a las relaciones de intimidad. Es viviendo, en la actividad y en la práctica, donde los pacientes reconstruyen su identidad y se hacen menos vulnerables.

El entendimiento y la ayuda familiar, que es posible desde diferentes técnicas y perspectivas, es fundamental en el proceso de recuperación que también es, en cierto modo, el de la familia, con la que debemos trabajar para conseguir el apoyo adecuado. Debemos conseguir de nuestros pacientes su motivación por los demás y por la vida, su interés por nuevas conductas y pautas de interacción, por relacionarse, confiar e intimar. Un esfuerzo personal que les permita prevenir recaídas, desarrollar capacidades y conseguir o continuar un proyecto de vida.

Dinámica grupal y reconstrucción de la identidad en la esquizofrenia

La dinámica grupal de conocimiento, validación, reconstrucción y redefinición a través de los otros (Cox, 1973) no es mas que la reactivación y reanudación, conducida terapéuticamente, del proceso de mirroring personal y biográfico del sujeto, que se ha producido y se sigue produciendo en la matrix extragrupal que vive, y supone el desarrollo de su propia imagen, personalidad e identidad.

Desde la infancia, las reacciones especulares familiares y luego las de otros grupos de referencia, configuran la autoobservación y autoconoci-

miento junto a la observación y conocimiento interpersonal y de toda la realidad. Es un proceso paralelo al desarrollo cognitivo del sujeto, a su diferenciación e individuación de los otros, a su capacidad para observar, distinguir y reflexionar sobre la dualidad externa e interna de su mundo y conocer las características y los límites de su conciencia y su realidad.

El niño va superando el egocentrismo perceptivo, y logra el descentramiento cognitivo con la capacidad de ponerse en la perspectiva y el lugar de los otros. Su desarrollo cognitivo avanza por las diversas etapas del pensamiento lógico superando también la primitiva fusión objetiva y subjetiva del pensamiento mágico. El desarrollo cognitivo y el desarrollo de la identidad del sujeto son paralelos y están integrados en el mismo proceso de mirroring interpersonal continuo, que vive desde la infancia, y que le permite conocer la realidad y conocerse a sí mismo a través de los otros (Selman, 1980; Damon & Hart, 1988; Pines, 1987).

En la esquizofrenia, las dinámicas familiares alteradas y conflictivas están implicadas (Alanen, 1994, 1997; Lidz T. et al. 1965; Lidz, 1973 y 1975; Howells & Guirguis, 1985). Las dinámicas simbióticas, egocéntricas, hostiles, sesgadas, irracionales o contradictorias pueden incidir desfavorablemente en el desarrollo cognitivo, en la propia imagen y autoestima, y en las actitudes, relaciones y entendimiento del mundo que nos rodea. El uso de estrategias o primitivos mecanismos de defensa como la negación, escisión y proyección, indica dificultades de diferenciación e individuación, fragilidad y distorsiones tempranas de la identidad y de sus relaciones significativas (Alanen 1997; Räköläinen V. & Alanen Y, 1982; Volkman V. 1995). Esa inestabilidad, inconsistencia e incoherencia se refleja en la identidad vulnerable y el recurso subyacente al egocentrismo perceptivo y la regresión cognitiva frente a factores de stress, circunstancias o exigencias que pueden romper el precario equilibrio de subidentidades pobremente integradas.

La psicoterapia grupal crea un nuevo proceso de mirroring para conocerse y reconocerse en los otros y con la ayuda de otros que sufren o han sufrido ellos mismos el colapso de la identidad que da lugar a la fragmentación y enajenación de subidentidades en experiencias psicóticas. Es un contexto terapéutico singular que utiliza la capacidad de insight sobre otros que también han vivido o viven la transformación subjetiva de sí mismos y su propia realidad. Facilita un nuevo proceso de re-aprendizaje inter-personal e intra-personal, que posibilita primero la aceptación y el reconocimiento de la crisis y luego el de la propia vulnerabilidad, para poder así lograr una redefinición más realista, más estable y más integrada de la propia identidad.

Bibliografía

- Alanen Y, Rääkköläinen V, Laakso J, Rasimus R, Kaljonen A. (1986). "Towards Need-specific Treatment of Schizophrenic Psychoses". Springer. Berlin.
- Alanen Y, Lehtinen K, Rääkköläinen V, Altonen J. (1991) "Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83. 363-372 .
- Alanen Y. (1994) "An Attempt to Integrate the Individual -Psychological and Interactional Concepts of the Origins of Schizophrenia". *British Journal of Psychiatry.* 164 (suppl. 23), 56-61.
- Alanen Y. (1997) "Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment". Karnac Books. London.
- Alikakos L. (1965) "Analytical group treatment of the posthospital schizophrenic". *International Journal of Group Psychotherapy.* 15. 492-504.
- Anthony EJ. (1971) "Comparison between Individual and Group Psychotherapy" in Kaplan H. & Sadock B (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy" 1st.ed. Williams & Wilkins.Baltimore. pp 104-117.
- Beitman B, Golfried M, Norcroos J. (1989). "The Movement toward integrating the Psychotherapies: An Overview" *American J. Psychiatry* 46. 138-.
- Bloch S, Reibstein J, Crouch E, Holroyd P, Themen J. (1979). "A Method for the Study of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". *British Journal of Psychiatry.* 134. 257-263.
- Bloch S, Crouch E, Reibstein J. (1981) "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". *Archives of General Psychiatry.* 38. 519-526.
- Bloch S & Crouch E. (1985) "Therapeutic Factors in Group Psychotherapy". Oxford University Press. Oxford.
- Breakwell G. (1986) "Coping with Threatened Identities". Methuen. London
- Ciampi L. (1988) "The Psyche and Schizophrenia". Harvard University Press. Cambridge.
- Clark MS. (ed) (1991) "Prosocial Behavior". Sage. London
- Corsini R & Rosenberg B. (1955)."Mechanism of group psychotherapy:processes and dynamics". *Journal of Abnormal and Social Psychology.* 51. 406-411 .
- Cox M. (1973)"Group Psychotherapy as redefining process". *International Journal of Group Psychotherapy.* 23. 465- 473.
- Cullberg J. (2006) "Psychoses. An Integrative Perspective".Routledge.2006
- Damon W & Hartd D. (1988) "Self Understanding in Childhood and Adolescence".Cambridge University Press.Cambridge.
- Dies R & Mackenzie R. (ed). (1983). "Advances in Group Psychotherapy: Integrating Research and Practice ". International University Press. N.York
- Donlon P, Rada R, Knight S. (1973) "A therapeutic aftercare setting for refractory chronic schizophrenic patients". *American J. of Psychiatry.* 130. 682-684

- Feinsilver D. (ed) (1986) "Toward a Comprehensive Model for Schizophrenic Disorders". The Analytic Press. London. 1986.
- Frank JS. (1973) "Persuasi3n & Healing. A comparative Study of Psychotherapy". Revised Edition. John Hopkins University Press. Baltimore,
- Fleck S. (1982) "Group and Family therapies: Distinctions" in Pines M. & Rafaelsen L. (ed) "The individual and the group: boundaries and interrelations". Vol I. Plenun Press. London. pp 127-137
- Foulkes SH. (1964) "Therapeutic Group Analysis " G Allen Unwin. London.
- Free ML. (2007) "Cognitive Therapy in Groups". 2nd edition. Wiley. London
- Gifford S & Mackenzie J. (1948). "Review of Literature on Group Treatment of Psychoses". Dis. Nerv. Syst. 9. 19-24.
- González de Chávez M. (1985) "Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas". Revista de la Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 14. 335-341.
- González de Chávez M, Garcia Cabeza I, Fraile JC. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría.72. 573-586.
- González de Chávez M. (1989) "Terapias combinadas y programas integrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas", en AEN (ed) "El Quehacer en Salud Mental". 112-123. Las Palmas.
- González de Chávez M & Capilla T. (1991) "Insight and Mirroring in Group Psychotherapy with Schizophrenic Patients" Xth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia. Stockholm. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría (1993). 13. n° 44. 29-34 y n° 45. 103-112 .
- González de Chávez M & Garcia-Ordás A. (1992) "Group Therapy as a Facilitating Factor in the Combined Treatment Approach to Schizophrenia" in Werbart A. & Cullberg J. (ed) "Psychotherapy of Schizophrenia. Facilitating and Obstructive Factors". Scandinavian University Press. Oslo. pp.120-130.
- González de Chávez M, Gutierrez M, Ducájú M and Fraile JC. (2000) "Comparative Study of Therapeutic Factors of Group Therapy in Schizophrenic Inpatients and Outpatients" Group Analysis. vol.33. 251-264.
- Herz M, Spitzer R, Gibbon M, Greenspaan K, Reibel S. (1974) "Individual versus Group Aftercare Treatment". American J. Psychiatry. 131. 808-812.
- Honest T & Yardley K. (1987) "Self and Identity". Routledge. London.
- Howells J & Guirguis W. (1985). "The Family and Schizophrenia". International University Press. N.York.
- Hummelen J. (1994). "Group Analysis and Psychoses". Group Analysis .vol.27. n°4. 389-391.
- Kanas N. (1986). "Group Therapy with Schizophrenics : A Review of Controlled Studies". International Journal of Group Psychotherapy. 36. (3). 339-351.
- Kanas N. (1996) "Group Therapy for the Schizophrenic Patients". American Psychiatric Press. Washington.

- Kanas N. (1997) "Group Therapy and Schizophrenia: An Integrative Model". 12 th International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia. London.
- Kapur R, Miller K, Mitchell G. (1988) "Therapeutic Factors Within In-patient and Out-patient Psychotherapy Groups". British Journal of Psychiatry. 152. 229-233.
- Kelman HC. (1963) "The role of the group in the induction of therapeutic change". International Journal of Group Psychotherapy". 13. 399-432.
- Lapsley DK & Power FC (ed) (1988) "Self, Ego and Identity". Springer. London
- Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. (2006) "Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature". Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 13, 673-681.
- Lazelle E. (1921). "The Group Treatment of Dementia Praecox". Psychoanal Rev. 8. 168-179.
- Levene H, Patterson V, Murphey B, Overbeck A, Veach T. (1970). "The aftercare of schizophrenics: An evaluation of group and individual approaches". Psychiatry Quarterly. 44. 296-302.
- Lidz T, Fleck S, Cornelison A. (1965) "Schizophrenia and the Family". International University Press. N.York.
- Lidz T. (1973) "Egocentric cognitive regression and a Theory of Schizophrenia", in De la Fuente R. & Weisman M (ed) "Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry. Excerpta. Mexico. Vol 2. 1146-1152 .
- Lidz T. (1975) "The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders". Hutchinson. London.
- Mackenzie KR. (1987) "Therapeutic factors in Group Psychotherapy: A contemporary view". Group. vol 11. 26-34.
- Mackenzie KR. (1990) "Introduction to time-limited Group Psychotherapy". American Psychiatric Press. Washington.
- McGlashan T & Keats CH. (1989) "Schizophrenia. Treatment Process & Outcome" American Psychiatric Press. Washington
- Mintz J, O'Brien CHP, Luborsky L. (1976). "Predicting Outcome of Psychotherapy for schizophrenics". Archives of General Psychiatry. 33. 1183-1186 .
- Mosher L & Keith S. (1980). "Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family and Community Support Approaches". Schizophrenia Bulletin. vol 6.nº 1. 10-41.
- Murray P. (1970) "Psychoanalysis and Interpersonal Psychiatry: The Contributions of Harry Stack Sullivan" Science House. N.York.
- O'Brien CHP, Hamm K, Ray B, Pierce J, Luborsky L, Mintz J. (1972). "Group vs. Individual Psychotherapy with schizophrenics: A controlled outcome study". Archives of General Psychiatry 27. 474-478.
- Parloff M & Dies R. (1977). "Group Psychotherapy Outcome Research: 1966-1975". International Journal of Group Psychotherapy. 27. 281-319.
- Pilkonis P, Imber S, Lewis PH, Rubinsky P. (1984). "A Comparative Outcome Study of Individual, Group, and Conjoint Psychotherapy". Archives of General Psychiatry. 41. 431-437.
- Pines M. (1982) "Reflections on Mirroring ". Group Analysis. vol 15. suppl. 1-26.

- Pines M. (1987) "Mirroring and child development: Psychodynamic and psychological interpretations". In Honest T. & Yardley K. (ed) "Self and Identity". Routledge. London. 19-37.
- Pines M. (1993) "Group Analysis". In Kaplan H. & Sadock B. (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy". 3 ed. Williams & Wilkins. Baltimore. 146-156 .
- Purvis S & Miskinis R. (1970). "Effects of community follow up on posthospital adjustment of psychiatric patients". *Community Mental Health Journal*. 6. 374-382.
- Räkköläinen V & Aalanen Y. (1982) "On the transactionality of defensive processes". *International Review of Psychoanalysis*. 9. 263-272.
- Reid H & Reid B. (1993) "Integration and Nonintegration of Innovatives Group Methods" In Kaplan H. & Sadock B. (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy". 3d. edit. Williams & Wilkins. Baltimore. 244-255.
- Rice C & Rutan J. (1987) "Inpatient Group Psychotherapy. A Psychodynamic Perspective" Mac Millan, New York.
- Sadock B & Kaplan H. (1993) "Clinical Diagnosis in Group Psychotherapy". In Kaplan H. & Sadock B. (ed) "Comprehensive Group Psychotherapy". 3d. edit. Williams & Wilkins. Baltimore. 57-72.
- Sullivan HS. (1962). "Schizophrenia as Human Process". *Collected Works*. Vol.II. Norton. Washington.
- Selman RL. (1980). "The growth of interpersonal understanding". Academic Press. N.York
- Scheidlinger S, Dies R, Fuhrman A, Mackenzie KR. (1997) "Group Dynamics and Group Psychotherapy Revisited". *International Journal of Group Psychotherapy*. vol 43, nº4. 139-182.
- Schermer V & Pines. (1999) "Group Psychotherapy of Psychoses". Jessica Kingsley Publishers. London.
- Scott D & Giffith M. (1982) "The evaluation of group therapy in the treatment of schizophrenia" *Small Group Behaviour*. 13. 415-422.
- Slipp S. (ed) (1993) "Curative Factors in Dynamic Psychotherapy". Jason Aronson. London
- Stosky B & Zolik E. (1965) "Group Psychotherapy with Psychotics 1921-1963. A Review". *International Journal of Group Psychotherapy*. 16. 321-344.
- Strauss J, Böker W, Brenner H. (ed). (1987). "Psychosocial Treatment of schizophrenia". H Huber Pub. Stuttgart.
- Stricher G & Fisher M. (ed) (1990) "Self -disclosure in the Therapeutic Relationship". Plenum Press. N.York.
- Toseland R & Siporin M. (1986). "When to Recomend Group Treatment: A Review of the Clinical and Research Literature ". *International Journal of Group Psychotherapy*. 36 (2). 171-201.
- Volkan V. (1995) "The Infantil Psychotic Self and his Fates". Jason Aronson. N. Jersey.
- Yalom ID. (1983) "Inpatient Group Psychotherapy". Basic Books. New York.
- Yalom ID. (1985) "The Theory and Practice of Group Psychotherapy". 3ª ed. Basic Books. N.York.

Psicoterapias en la psicosis aguda y transitoria

Manuel González de Chávez

Se debe poner énfasis en modelos globales y comprehensivos –psicológico, biológico y social– de las psicosis agudas y transitorias y, en general tanto en psicosis como en otros trastornos mentales, utilizando aproximaciones amplias como las descritas recientemente por distintos autores⁽¹⁻⁴⁾. Desde una perspectiva global, como las mencionadas, podemos considerar fácilmente el episodio psicótico como una crisis de identidad del sujeto, considerando la identidad como el *self* en su continuidad biográfica.

La identidad es el producto de un sustrato biológico y la historia biográfica en un contexto social y con una dinámica familiar que da lugar a una personalidad formada por los patrones de conducta habituales, mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento, con proyectos, ajustes, desajustes, éxitos y fracasos en numerosos aspectos: social, político, religioso, racial, grupo o clase, cultural, académico, rol laboral o subidentidades así como la familia, cuerpo, afectivo, sexual, etc.^(5, 6).

Con el propósito de comprender la crisis psicótica, la identidad es también la combinación de en mayor o menor medida distintas subidentidades: aceptadas, públicas, privadas, íntimas, ocultas, rechazadas o negadas

en combinación con identidades grandiosas y otras... introyectadas durante la infancia en relación con la figuras parentales y otras personas significativas.

En líneas generales, todos los procesos biográficos de concepción y evolución de la identidad se basan en los principios de unicidad, continuidad, independencia y autoestima para asimilar, adaptarse y evaluar la realidad⁽⁷⁾. Los episodios biográficos, que suponen cambios cualitativamente negativos, son crisis que llevan a la reflexión y cuestionamiento de la realidad y de la propia identidad. Se producen dolorosos procesos de resistencia, autoengaño y estrategias de afrontamiento para salvar la identidad y lograr adaptarse a la nueva realidad. Conllevan una dinámica de reajustes de las subidentidades que hacen la identidad más vulnerable.

Cuando las estrategias de afrontamiento fallan en la defensa de la unicidad, continuidad, independencia y autoestima, ocurre la crisis. Los episodios psicóticos son crisis de identidad^(8, 9) con escisión y fragmentación de su estructura, mecanismos paranoides y un proceso de regresión cognitiva que recorre el camino inverso al desarrollo cognitivo normal, llevando ahora al paciente de una lógica formal a una operacional o preoperacional, al egocentrismo perceptivo y finalmente al pensamiento mágico, donde todas las soluciones son posibles^(10, 11).

Durante la fragmentación de la identidad vulnerable, emergen en el paciente subidentidades grandiosas o temidas y se transforman en identidades psicóticas.

Las subidentidades ocultas, rechazadas o negadas pueden experimentarse de forma paranoide como delirios de sentirse observado, conocido, transparente, mirado, perseguido, desacreditado o insultado. Aquellos introyectos procedentes de relaciones objetales significativas que están presentes de forma alienada y no reconocidos como propios, pueden aparecer en la mente del sujeto psicótico como alucinaciones de control y crítica o como apoyo y consuelo.

Durante el proceso de recuperación del episodio psicótico, observamos la siguiente evolución de la identidad:

- 1) A mitad del episodio existe una **identidad psicótica**, con una transformación subjetiva de la idea de uno mismo y de la realidad experimentada.
- 2) Después, muchos adquieren conciencia de enfermedad y, aceptan el carácter psicopatológico de las experiencias vividas. Se puede decir que tiene **identidad de paciente**.

- 3) Al final del proceso psicoterapéutico, podrían adquirir conocimiento sobre algunos aspectos de sí mismos y su realidad que les hacen más vulnerable a las experiencias psicóticas. A esto le llamamos **identidad vulnerable**.
- 4) El propósito de la psicoterapia para el paciente es ser capaz de comprender el sentido y significado de la psicosis y la integración de sus experiencias y sus subidentidades, para alcanzar una **identidad integradora**.

El recorrido que un paciente hace tras un episodio psicótico varía enormemente. Va desde la permanencia continuada en su identidad psicótica a una conciencia de enfermedad más o menos contradictoria. Durante el proceso psicoterapéutico, muchos pacientes comprenden aspectos psicológicos y biográficos que subyacen e influyen en sus trastornos. Pocos, apenas el 13% en algunos estudios de seguimiento⁽¹²⁾, logran esta integración de la identidad y entienden las experiencias psicóticas sufridas, lo que les hace menos vulnerables.

La relación terapéutica con los pacientes psicóticos sigue una secuencia de etapas⁽¹³⁾, paralelas a la evolución de su identidad, tal y como describimos:

- 1) Al principio, en la relación de **contacto**, el terapeuta no existe como tal y se incluye en el mundo psicótico del paciente. Es momento para el contacto personal, para dar al paciente una relación contenedora, de seguridad y confianza, de nuestra presencia, paciencia y persistencia, preservando siempre el respeto y la dignidad del paciente.
- 2) Más tarde, establecemos un **vínculo**, una relación muy primitiva, insegura, ambivalente e inestable. Para el paciente es una relación que sólo existe en el presente. No hay colaboración ni proyecto para el futuro sino la fuerte presencia de aspectos inconscientes y transferencias psicóticas.
- 3) Sólo más adelante el paciente establece una **relación personal** de evaluación y respeto, con alguna confidencialidad y posibilidad de influencia, pero sin claro significado terapéutico.
- 4) Al fin, podemos establecer una **relación terapéutica**, estable y consistente, con motivación, compromiso, empatía, confianza y trabajo terapéutico, que puede ser solo una relación terapéutica de apoyo o bien de apoyo e insight.

Nuestro objetivo en la dinámica de grupo es favorecer las mejores estrategias de afrontamiento del paciente que son simultáneamente intrap-

síquicas, interpersonales y grupales y que pueden ser falseadoras, evitativas, reevaluadoras o integradoras. Deberíamos ayudarles a empezar a desechar, suprimir o modificar las estrategias más patológicas para favorecer las más integradoras ya que:

- 1) Con **estrategias falseadoras**, el paciente distorsiona la realidad para mantener su imagen. Estas estrategias son fantasías o construcciones de un falso self que pueden llevar a la creación de una identidad psicótica. Son mecanismos de escisión, proyección y externalización. El delirio es la falsificación subjetiva de la realidad experimentada.
- 2) Con **estrategias evitativas**, el sujeto evita confrontarse con una realidad dolorosa y amenazante. Las estrategias son mecanismos de negación, rechazo, olvido, abandono, negativismo o distracción y ocupación en otras actividades. Es frecuente el abuso de alcohol u otros tóxicos. También es común que usen el condicional en tercera persona, imaginando como sería el presente si el pasado hubiera sido diferente.
- 3) Las **estrategias reevaluadoras**, intentan modificar el análisis de la realidad amenazante, fijándose en aspectos parciales o banalizando, con comparaciones devaluadoras de los demás, reevaluándose uno mismo, bien con grandiosidad u optimismo infundado, o de forma catastrófica, fatalista o resignada, con un pesimismo desproporcionado.
- 4) Favorecer las **estrategias integradoras** ayuda a los pacientes a verbalizar, comunicar, aceptar y afrontar, buscar información y consejo, recibir ayuda, revisar mutuamente, redefinir y reestructurar nuevamente su identidad, corrigiendo los aspectos más vulnerables y anticipando las situaciones y factores más estresantes.

Todas la psicoterapias giran en torno al mejor uso de estrategias de afrontamiento y la psicoterapia de grupo usa el contexto y dinámicas grupales, las reacciones especulares y los factores terapéuticos grupales para ello. La cronología de la intervención psicoterapéutica desde el episodio psicótico hasta la recuperación comienza con la terapia de grupo para pacientes hospitalizados y con el trabajo conjunto de todo el equipo para comprender mejor y ayudar desde diferentes perspectivas profesionales e intervenciones terapéuticas, no sólo grupales sino también individuales, familiares e institucionales^(14, 15).

Durante la crisis o episodio psicótico agudo no todos los pacientes cumplen las condiciones necesarias para incluirlos en psicoterapia de grupo. Hay una etapa pregrupal condicionada por la intensidad de las experiencias psicóticas y el mirroring no reflexivo⁽¹⁷⁾. En los momentos de más intensidad, algunos pacientes presentan una marcada distorsión en la percepción del contexto que experimentan. Es necesario esperar a que superen, con ayuda del tratamiento neuroléptico, la desorganización, excitación, hostilidad, angustia o perplejidad para que puedan establecer una mínima relación y comunicación con el contexto grupal. La situación del paciente debe permitir cierto grado de control y una mínima capacidad de mirroring reflexivo. En la primera etapa grupal, las reacciones especulares son egocéntricas y algunas veces intentan convertir el grupo en un participante psicótico en defensa de sus convicciones delirantes. La dinámica grupal actúa corrigiendo el egocentrismo perceptivo y permite el descentramiento cognitivo. A menudo, los miembros del grupo se reflejan mejor proyectando que revelando. Reflejan aquello de lo que no son conscientes, lo que niegan, sus conflictos inconscientes. El grupo hace posible actuar los mecanismos de defensa de sus miembros y esto actúa aumentando la observación y conciencia de los pacientes y después, su autoreflexión y autocuestionamiento. Los grupos en unidades de pacientes hospitalizados son abiertos, con sesiones frecuentes, diarias o alternas. Los terapeutas son siempre más activos y directivos, ayudan en la organización cognitiva del lenguaje, corrigiendo el egocentrismo perceptivo, la paranoización y los refuerzos psicóticos^(15, 18, 19).

En estas primeras intervenciones terapéuticas, tanto grupales como individuales o familiares, nuestro objetivo debe ser escuchar, examinar y favorecer la apertura del paciente. Debemos reconstruir junto con el paciente y su familia su historia biográfica y psicótica, personalidad premórbida y todo su contexto, relaciones y factores precipitantes que han conducido a la crisis de identidad que se revela con sus manifestaciones psicóticas. Es el momento de ofrecer ayuda, sin humillar, frustrar o rechazar al paciente, conocer los mecanismos de la transacción que consiste en ayudar y ser ayudado.

El contexto grupal debe ser respetuoso y seguro para ayudar a que los pacientes dejen de lado su aislamiento defensivo, desconfianza e inseguridad y favorecer su apertura y desingularización de la psicosis. En esta etapa, el propósito es que los pacientes conozcan que no sólo ellos tienen realidades e identidades únicas. Hay que clarificar, especificar, focalizar y ayudar a expresar sentimientos y experiencias, secuenciándolos y colocándolos en un contexto biográfico. Hay que separar hechos de interpretaciones, validar de forma consensuada la realidad e introducir otras po-

sibles hipótesis y perspectivas, como las que aportan las personas cercanas y el camino recorrido hasta el hospital, con todas la dinámicas experimentadas durante el periodo no tratado de la psicosis. Intentamos conocer el mundo interno y la realidad externa del paciente, sus relaciones y también las actitudes y reacciones de los demás con respecto a la conducta del paciente, por ejemplo, desacreditándole o rechazándole o intentando comprenderle y ayudarle y, saber cómo el paciente oculta, expresa o verifica sus propias experiencias psicóticas, qué apoyos tiene, y sobre qué obstáculos y distorsiones hay que intervenir terapéuticamente.

Nuestro propósito será ahora motivar al paciente y su familia para continuar en un programa terapéutico para pacientes ambulatorios que facilite la relación terapéutica y la adherencia a la psicoterapia y el tratamiento farmacológico⁽²⁰⁾. Es el momento de informar y "psicoeducar" al paciente y su familia sobre el trastorno psicótico, con esperanza y expectativas realistas, explicar las razones del tratamiento farmacológico, abordar las experiencias subjetivas de la medicación y sus posibles efectos adversos. También es momento para explicar las características del programa, sus objetivos y duración aproximada. La duración de nuestro programa es aproximadamente de 4 a 5 años, con una sesión semanal de 90-120 minutos de psicoterapia de grupo y sesiones individuales y familiares en función de las necesidades^(19, 21). Todos los programas psicoterapéuticos tienen etapas que no deben saltarse o cortocircuitarse, para lograr la evolución de la identidad del paciente esquizofrénico. Debe ir desde la identidad psicótica a la aceptación de la identidad de paciente, después al conocimiento de su vulnerabilidad y por último a la integración de su identidad.

El objetivo de todas las intervenciones iniciales en el proceso terapéutico es que el paciente, después de su contradictorio debate interno, comience a aceptar el carácter subjetivo de sus experiencias psicóticas, el carácter psicopatológico de las experiencias vividas, adquirir conciencia de enfermedad e identidad de paciente. El grupo funciona contrastando y cuestionado las identidades psicóticas y bloqueando el desarrollo de convicciones o creencias delirantes basadas en la veracidad pasada de las experiencias psicóticas vividas.

Usamos tanto el examen como la confrontación, estableciendo un entramado de intervenciones cruzadas donde similitudes y diferencias ayudan a revelar los mundos objetivos y subjetivos, estimulan la cohesión y facilitan el proceso de observación, análisis y reflexión. Apoyamos la independencia y no la regresión, la comunicación clara y focal y no la verbalización de asociaciones libres, vagas, abstractas, elusivas o un lenguaje

inferido. Evitamos silencios largos y situaciones de marcada ansiedad que generan defensas grupales o desorganización cognitiva. Analizamos resistencias y transferencias cuando obstaculizan el proceso terapéutico. Hacemos pocas interpretaciones y preferimos señalar cuestiones, contradicciones o alternativas, asociar secuencias y conexiones o prestar interés a observaciones horizontales, opiniones o interpretaciones de otros miembros del grupo, siempre que están orientadas a mejorar el grado de insight de los pacientes.

Como los grupos son abiertos, con una incorporación gradual de nuevos pacientes, las etapas no son las mismas en todos los miembros del grupo, sino para cada paciente. Los más veteranos sirven de guía y apoyo en el autoconocimiento a aquellos que entran en el grupo tras sufrir una crisis. Las mutuas identificaciones permiten la esperanza futura para unos y el insight retrospectivo para otros. Todos adquieren el sentido de continuidad del proceso terapéutico, el camino recorrido y el que queda por recorrer.

En la cronología de la dinámica grupal, pronto nos encontramos con las reacciones que siguen a la crisis psicótica, su impacto en el paciente y su familia y el estigma que puede causar más aislamiento. El grupo aporta apoyo socializador, motivador y altruista, haciendo posible el análisis y aproximación a estos problemas y ayuda a luchar contra la depresión, la desmoralización y el estigma. El paciente tiene también un grupo de referencia en los otros miembros del grupo. Esto le ayuda a tener una visión más realista de su progreso en el proceso de recuperación de va desde la readaptación a la realidad hasta las relaciones sociales, familiares laborales y también las relaciones de intimidad. Viviendo, en la actividad y en lo práctico, es donde los pacientes reconstruyen sus identidades y se vuelven menos vulnerables.

La ayuda y comprensión familiar, hecha posible usando distintas técnicas y perspectivas, es esencial en la recuperación del paciente y de alguna manera tenemos que trabajar con ella para darle un apoyo adecuado. Debemos conseguir que nuestros pacientes encuentren motivaciones por otros y por la vida, que se involucren en nuevas conductas y patrones de interacción para tener relaciones, que confíen e intimen.

Las dinámicas grupales de conocimiento, validación, reconstrucción y redefinición a través de los otros⁽²²⁾ no son más que la reactivación y reinicio del proceso de mirroring del sujeto guiado de forma terapéutica, que se crea y continúa para ser vivido en su matrix grupal exterior, desarrollando el paciente su propia imagen, personalidad e identidad.

Desde la infancia, las reacciones especulares familiares y más tarde de los distintos grupos de referencia, establecen autoobservación y autococonocimiento junto con la observación y autoconocimiento interpersonal y de toda la realidad. Es un proceso paralelo al desarrollo cognitivo del sujeto, a su diferenciación e individuación de otros, a la capacidad de observar, distinguir y reflexionar sobre la dualidad externa e interna del mundo del sujeto y conocer las características y límites de la conciencia y realidad de uno mismo.

El niño debe superar su egocentrismo perceptivo y alcanza el descentramiento cognitivo con la capacidad de empatizar con la perspectiva y el lugar que ocupan los otros. El desarrollo cognitivo del niño avanza a través de diferentes etapas del pensamiento lógico, superando también la primitiva fusión entre lo objetivo y subjetivo del pensamiento mágico. El desarrollo cognitivo y desarrollo de la identidad del sujeto son paralelos y están integrados en el mismo proceso de continuo mirroring interpersonal que el sujeto vive desde su infancia y que le permite conocer la realidad y conocerse a través de los otros^(23, 24, 25).

En la esquizofrenia y otras psicosis existen dinámicas familiares alteradas y conflictivas^(10, 11, 26, 27, 28). Dinámicas simbióticas, egocéntricas, hostiles, sesgadas, irracionales o contradictorias pueden afectar de forma desfavorable el desarrollo cognitivo, la propia imagen y autoestima, y actitudes, relaciones y comprensión del mundo que nos rodea. Esta inestabilidad, inconsistencia e incoherencia se refleja en la identidad vulnerable y el recurso subyacente al egocentrismo perceptivo y regresión cognitiva contra factores, circunstancias o demandas estresantes que pueden romper el precario equilibrio de subidentidades integradas pobremente.

El grupo genera un nuevo proceso de mirroring para conocerse y reconocerse en los otros, con la ayuda de quienes sufren o han sufrido en sí mismos la crisis de identidad que da lugar a la fragmentación y alienación de subidentidades en experiencias psicóticas. Es un contexto terapéutico único que usa la capacidad de insight sobre otros que también han vivido o viven la transformación subjetiva de sí mismos y de su propia realidad. Esto facilita un nuevo proceso de reaprendizaje inter e intrapersonal que hace posible primero aceptar y reconocer la crisis y después la propia vulnerabilidad para ser capaz de hacer una redefinición más realista, más estable y más integrada de la propia identidad.

Bibliografía

1. Alanen, Y. "Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment". Karnac Books. London. 1997.
2. Feinsilver, D. (ed). "Toward a Comprehensive Model for Schizophrenic Disorders". The Analytic Press. London, 1986.
3. Ciompi, L. "The Psyche and Schizophrenia". Harvard University Press. Cambridge. 1988.
4. Cullberg, J. "Psychoses. An Integrative Perspective". Routledge. 2006.
5. Lapsley, D.K. & Power, F.C. (ed). "Self, Ego, and Identity". Springer. London. 1988.
6. Honest, T. & Yardley, K. "Self and Identity". Routledge. London. 1987.
7. Breakwell, G. "Coping with Threatened Identities". Methuen. London. 1986.
8. Sullivan, H.S. "Schizophrenia as Human Process" Collected Works. Vol.II. Norton. Washington. 1962.
9. Mullan, P. "Psychoanalysis and Interpersonal Therapy with Schizophrenic Patients: The Contributions of Harry Stack Sullivan". Science House. N.York. 1989.
10. Lidz, T. "Egocentric cognitive regression and a Theory of Schizophrenia", in De la Fuente R. & Weisman M (ed) "Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry. Excerpta. México. 1973. vol 2. 1146 - 1152.
11. Lidz, T. "The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders". Hutchinson. London. 1975.
12. Alanen, Y., Rääkköläine, V., Laakso, J., Rasimus R., Kaljonen A. "Towards Need- specific Treatment of Schizophrenic Psychoses". Springer. Berlin. 1986.
13. Mc.Glashan, T. & Keats, CH. "Schizophrenia. Treatment Process & Outcome". American Psychiatric Press. Washington. 1989.
14. González de Chávez, M. "Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas". Revista de la Asoc.Esp.Neuropsiquiatría. 1985. 14. 335-341.
15. González de Chávez, M., García Cabeza, I., Fraile, J.C. "Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1999. 72. 573-586.
16. Pines, M. "Reflections on Mirroring". Group Analysis. 1982. vol 15 .suppl. 1- 26
17. González de Chávez, M. & Capilla, T. 1991. "Insight and Mirroring in Group Psychotherapy". Xth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia. Stockholm. Rev.Asoc.Esp.Neuropsiquiatría. 1993. 13.nº 44. 29 -34 and nº 45 .103 - 112 .
18. Yalom, I.D. "Inpatient Group Psychotherapy". Basic Books. New York. 1983.
19. Rice, C & Rutan, J. "Inpatient Group Psychotherapy. A Psychodynamic Perspective" MacMillan, New York. 1987.
20. González de Chávez, M. & García-Ordás, A. "Group Therapy as a Facilitating Factor in the Combined Treatment Approach to Schizophrenia" in Werbart A. & Cullberg J. (ed). "Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors". Scandinavian University Press. Oslo. 1992. pp. 120 - 130.

21. González de Chávez, M., Gutierrez, M., Ducajú, M and Fraile, J.C. "Comparative Study of Therapeutic Factors of Group Therapy in Schizophrenic Inpatients and Outpatients". *Group Analysis*. 2000. vol.33. 251-264.
22. Cox, M. "Group Psychotherapy as redefining process". *International Journal of Group Psychotherapy*. 1973. 23. 465 -473.
23. Selman, R. L. "The growth of interpersonal understanding". Academic Press. N.York. 1980.
24. Damon, W & Hart, D. "Self Understanding in Childhood and Adolescence". Cambridge University Press. Cambridge. 1988.
25. Pines, M. "Mirroring and child development: Psychodynamic and psychological interpretations". In Honest T. & Yardley K. (ed). "Self and Identity". Routledge. London. 1987. 19 - 37.
26. Alanen, Y. "An Attempt to Integrate the Individual -Psychological and Interactional Concepts of the Origins of Schizophrenia". *British Journal of Psychiatry*. 164. (suppl.23), 56 -61. 1994.
27. Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A. "Schizophrenia and the Family". International University Press. N.York. 1965.
28. Howells, J. & Guirguis, W. "The Family and Schizophrenia". International University Press. N.York. 1985.
29. Rääkköläinen, V. & Alanen, Y. "On the transactionality of defensive processes". *International Review of Psychoanalysis*. 1982. 9. 263 – 272.
30. Volkan, V. "The Infantile Psychotic Self and its Fates". Jason Aronson. N. Jersey. 1995.

Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas

Manuel González de Chávez

En los últimos años, crece la evidencia de que es la combinación de farmacoterapia con psicoterapia de grupo la que mejores perspectivas ofrece en el pronóstico de las psicosis esquizofrénicas.

Sin embargo, este tipo de terapia de grupo está aún muy lejos de practicarse de forma habitual en las instituciones psiquiátricas. A pesar de tener tras de sí una historia de más de medio siglo, sigue siendo un campo joven, lleno de enfoques, estilos y técnicas diferentes, que está necesitando un amplio debate.

Aún hoy, llama la atención la sorprendente escasez de publicaciones sobre las terapias de grupo en los llamados pacientes agudos o esquizofrénicos en plena crisis. Las dificultades y los riesgos hacen desistir a los terapeutas que actúan en gabinetes privados y la inercia de las instituciones psiquiátricas tampoco opera en ese ámbito de forma estimulante.

En mi opinión, este tipo de terapia en el momento en que los pacientes viven con más turbulencia, desconfianza y descontrol, sus experiencias psicóticas, pueden tener algunas ventajas específicas, si se le ofrece a los pacientes un contexto básico de confianza y ayuda, para sus comuni-

caciones y revelaciones, que permita el aprendizaje vicariante y el mutuo contraste de experiencias y realidades objetivas y subjetivas, abriéndole nuevas perspectivas con la desingularización de la psicosis para su autoanálisis y para la superación de la crisis.

El proceso grupal

En una primera etapa de las sesiones de grupo intentamos conseguir que estos pacientes comuniquen sus experiencias psicóticas sin sentirse por ello humillados, burlados, negados o rechazados y aceptando -y expresándolo así- la indudable realidad que dichas experiencias tienen para ellos.

En el grupo ellos tienen conocimiento de las psicosis de los otros y aprenden a entenderlas como innegables realidades vividas por cada uno, aunque esas distintas subjetividades no sean verificadas por los demás.

Los terapeutas partimos de una hipótesis operativa - hoy verosímil, pero no demostrada - de que las crisis esquizofrénicas son crisis biográficas peculiares, de sujetos más vulnerables predispuestos, que en situaciones o contextos significativos tienden a reaccionar mediante pautas de aislamiento, disociación o regresión, con la proyección o externalización de sus conflictos internos y la reconstrucción simbólica y singular de nuevas realidades e identidades.

Creamos un clima grupal de mutuo respeto donde favorecemos la verbalización y el interés, la escucha y el intento de comprender de todos los miembros del grupo. Los pacientes van tomando conciencia, superada la inicial desconfianza o perplejidad, de los relatos contrastados y no compartidos de los otros, lo que también les lleva a poner en cuestión su propia percepción de la realidad.

Cada paciente va empezando a dudar de la objetividad de sus experiencias psicóticas con la misma simultaneidad con la que llega a la convicción de la veracidad subjetiva de las experiencias psicóticas ajenas.

La transformación subjetiva de la realidad como peculiaridad común a los pacientes del grupo, permite a cada uno vislumbrar o aceptar en sí mismo esa posibilidad. La desingularización de la psicosis es un proceso personal dentro de la interacción grupal. Constituye un factor terapéutico de tal importancia, que supone una auténtica meta que se debe atraer en la terapia para seguir avanzando, y que la psicoterapia de grupo, mejor que ninguna otra, permite alcanzar.

En la segunda etapa los terapeutas vamos introduciendo los relatos biográficos de los pacientes y el análisis de los conflictos o problemas de su vida real (familiar, conyugal, afectiva, sexual, laboral, social, etcétera) y sus actitudes y conductas ante ellos.

Esta segunda etapa se superpone con las sesiones más avanzadas de la primera, en la que se facilitaba la verbalización, clarificación y contraste de las experiencias psicóticas. Los pacientes se van ocupando también de su biografía real para comprender sus principales intereses, motivaciones o aspiraciones, las características de sus relaciones interpersonales y los mecanismos psicológicos o pautas de conducta más habituales.

Nosotros hacemos énfasis en el pasado inmediato y en la vida actual, así como en el conjunto de circunstancias que han precedido o coincidido con el comienzo de las experiencias psicóticas.

Los integrantes del grupo empiezan a verse no sólo ya como pacientes con extrañas experiencias subjetivas, tan reales para ellos como poco compartidas, sino también como personas concretas con vidas e interacciones que pueden comprender y formas de ser y actuar en las que pueden coincidir.

La tercera etapa del proceso grupal va encaminada a conseguir que los pacientes vayan asociando los nexos que vinculan las dificultades biográficas con las experiencias psicóticas.

En ese momento se conocen el enorme material inconsciente, aflorado y manifiesto en la psicosis y los principales dinamismos personales, familiares y sociales que han podido influir en las crisis sufridas. Además, se han realizado, con cada paciente, entrevistas individuales y familiares simultáneas y se les conoce en su interacción dentro y fuera del grupo terapéutico.

Los terapeutas están en condiciones de trabajar con posibles hipótesis, con las empatías e interacciones grupales y con las similitudes y diferencias en las dinámicas individuales y psicóticas, diseñando algunas prioridades y estrategias para suscitar los análisis y las intervenciones de acuerdo con los aspectos que afectan a unos y otros pacientes.

Estos se van sintiendo más capaces de analizar, en sí mismos y en los demás, las posibles causas y significados de las crisis y experiencias psicóticas, a medida que se van distanciando de ellas, las van cuestionando o corrigiendo y las dejan de vivir en el presente. La mayoría de los enfermos pueden lograr un aceptable análisis de todo aquello que les precipitó en la crisis, pero es muy variable el grado en el que cada cual integra y entiende el episodio psicótico como una parte de su biografía.

En esta etapa algunos pacientes se muestran muy participativos y altruistas respecto a los demás, y con tal sensibilidad para captar el posible sentido de algunos fenómenos psicóticos, que resultan en la dinámica grupal de gran utilidad.

En la cuarta etapa de la terapia de grupo, ya superada la crisis esquizofrénica trabajamos la reintegración familiar, laboral y social del paciente, ayudándole a evitar el estigma de los trastornos mentales sufridos. Ponemos atención en las pautas de interacción o aislamiento, en las necesidades de dependencia y en su imagen personal, infravalorada o sobrevalorada por él mismo por los demás.

Tratamos de favorecer la mayor autonomía y una justa autoestima de los pacientes, acorde con el conocimiento de las propias limitaciones, y proseguimos el análisis de la vida real, y la corrección de las relaciones interpersonales distorsionadas o conflictivas que pudieron ser determinantes para no mantener el equilibrio inestable de un contacto objetivo de la realidad.

En la medida de lo posible, el propósito de esta etapa es la prevención de nuevas crisis, si los terapeutas han podido hacerse una idea más o menos consistente de lo que constituye la vulnerabilidad de cada cual y sus principales factores de riesgo. Podrán intervenir según la duración de la terapia -en aquellos de índole psicológica e interaccional que afecten a los miembros del grupo-. Pero no pueden hacerlo actuando sobre otras circunstancias biográficas también desfavorables.

Los terapeutas debemos ser tan realistas en nuestras limitaciones como deseamos que los pacientes lo sean en sus vidas. La acción preventiva en la esquizofrenia - incluso la esquizofrenia misma es hoy, a pesar del múltiple esfuerzo investigador y el creciente desarrollo de conocimientos, un conjunto de problemas con muchísimas incógnitas.

Tal es así, que E. JAMES ANTHONY, el famoso psiquiatra infantil que años atrás dirigió un Grupo Internacional dedicado al estudio de la vulnerabilidad y los riesgos psiquiátricos en los niños, no dudó en referirse a la esquizofrenia con el mismo humor y las mismas palabras utilizadas por Wiston CHURCHILL para describir la mentalidad rusa: «un rompecabezas envuelto en un misterio dentro de un enigma».

Sólo desde este terreno de incertidumbres es posible abordar la psicoterapia de la esquizofrenia con una actitud atenta y abierta a todo lo que ocurre a los pacientes y acontece en el grupo. Y sabiendo no saber, es decir, sabiendo que a lo largo de todo el proceso terapéutico grupal manejamos bastantes hipótesis y muy pocas evidencias.

La terapia combinada

Una de esas evidencias es la que nos lleva a combinar en los pacientes la medicación neuroléptica con la terapia de grupo.

En los últimos treinta años, el conocimiento empírico acumulado sobre la eficacia de determinados psicofármacos en los episodios psicóticos agudos es indudable y desde el punto de vista ético sería dudosa una práctica que prescindiese de los neurolépticos en estas situaciones de crisis.

La monoterapia farmacológica - que es la más habitual y cómoda en la mayoría de las instituciones psiquiátricas- tiene, sin embargo, bastantes desventajas, provocando en el paciente, con mucha más frecuencia, el rechazo a la medicación misma. Los enfermos carecen de la posibilidad de contrastar otras experiencias similares a la suya y permanecen en su mundo personal, incomprensidos o rechazados, con el silencio como defensa y la elaboración solitaria de significados como falsa salida con la que van construyendo y paranoidizando su evolución a la cronicidad. En general, se les pide una actitud tan creyente en el modelo biológico como pasiva ante sus propias vidas. Cuando se recuperan del episodio psicótico tratan de olvidarlo, reprimiéndolo y borrándolo, en la mayor de las amnesias. Lo encapsulan como un paréntesis en la biografía que - sin ningún análisis, ni mejor conocimiento - intentan continuar, aunque bajo la extraña sombra de un negro estigma, que continuamente oscurece cualquier proyecto futuro de esperanza.

Las dosis de neurolépticos requeridas en las terapias combinadas es menor. No deben producir somnolencia y sí seguir con la atención necesaria la terapia de grupo. A los pacientes les debemos explicar en entrevistas individuales, el papel de la medicación y conseguir que voluntariamente las acepten como una ayuda más que les permita superar el insomnio, la ansiedad, la intranquilidad o la excitación y tener la distancia y serenidad necesarias para un mejor análisis de sí mismos y para lograr un mejor autocontrol de su situación.

Las características del grupo

Los grupos de psicoterapia a los que nos referimos son grupos abiertos, interaccionales y semiestructurados realizados con varios terapeutas en una institución psiquiátrica que atiende enfermos agudos. Los pacien-

tes del grupo suelen ser ocho o diez, de ambos sexos. También es mixto el equipo de tres o cuatro terapeutas.

La coterapia en equipo permite un mejor manejo de las dificultades habituales en estos casos y diluye y reparte las identificaciones y transferencias, no fomentando en absoluto más hostilidades, ni añadidos afectos o dependencias. El comportamiento de los terapeutas en el grupo debe ser efectuosamente neutral, flexible y espontáneo, atento a las expresiones verbales y no verbales del grupo y con una actitud completamente alejada de cualquier pretensión o fantasía omnisciente. Ponemos de manifiesto que sólo sabemos de los pacientes aquello que ellos mismos expresan y que solamente en un esfuerzo conjunto con ellos intentamos comprenderles y deseamos ayudarles.

Los terapeutas juegan un papel activo en el proceso grupal y mucho más inicialmente en la creación de una cultura grupal con unas normas mínimas de interacción para hacer del grupo un lugar y un tiempo donde todos saben que pueden expresarse y donde van a ser escuchados, respetados y quizá entendidos y ayudados. Los terapeutas deben evitar entre el grupo cualquier conducta, verbal o no, que suponga descalificación o agresión e impedir cualquier expresión de burla, desprecio o suficiencia cuando otro verbaliza sus experiencias. Todos deben ser conscientes, aunque no participen en la percepción o interpretación psicótica del compañero que habla, que él sí está viviendo así la realidad. Otra clave en esa cultura grupal es conseguir que todos se escuchen los unos a los otros y que tengan en la misma sesión su oportunidad de hablar, si lo desean y sin monopolizar prolongadamente la palabra.

Hacer cumplir estas normas mínimas en los grupos de psicóticos agudos, y hacerlo con naturalidad y amabilidad, exige un esfuerzo activo que se hace más llevadero con la presencia de varios terapeutas. La cultura grupal está suficientemente establecida a lo largo de las primeras cinco o seis sesiones y sólo hay que insistir en ella cuando se introduce a un nuevo paciente en la psicoterapia de grupo. Cada sesión tiene una duración de 60 a 90 minutos, flexible según la dinámica de las sesiones. Hay algunas conflictivas que no conviene prolongar y otras en la que es contraproducente interrumpir a algunos pacientes más remisos que se han animado a hablar, o se han producido malas interpretaciones que no conviene dejar pendientes.

Las dos primeras etapas del proceso grupal tienen un promedio de unas diez sesiones y un número aún mayor de sesiones las etapas tercera y cuarta. Para las primeras nosotros hacemos un grupo con tres sesiones semanales. A partir de la tercera o de la cuarta etapa, los pacientes van pasando a otro grupo con una sola sesión semanal.

El proceso terapéutico del grupo tiene ritmos individuales y colectivos. Hay un núcleo de pacientes que actúan como indicadores del progreso común del grupo y son los que van orientando la acción y las técnicas empleadas. En los grupos de psicóticos agudos hay una gran diversidad de ritmos individuales durante las tres primeras etapas. Nosotros hemos podido observar cómo esa disparidad no constituía, precisamente, un obstáculo sino que formalizaba un curioso engranaje de espejos terapéuticos: los más avanzados desbrozaban los recelos de los más rezagados que veían en ellos una ayuda y un ejemplo; las experiencias psicóticas de éstos operaban en quienes las habían ya superado como representaciones actualizadas que les reflejaban y les permitían comprender mejor sus propios mecanismos. Esta es una de las razones que justifican los grupos abiertos de psicóticos agudos, con la gradual incorporación de nuevos pacientes.

Algunas dificultades habituales

En la incorporación de nuevos pacientes o en las sesiones iniciales es donde se presentan las principales dificultades de estos grupos. Uno de los terapeutas - quien conoce al nuevo paciente y le ha entrevistado individualmente y con su familia - debe actuar de «guía» del enfermo en el grupo, explicándole previamente en qué consiste éste y ayudándole en las primeras sesiones.

Entre todas las dificultades posibles, hay por lo menos cinco clases de conductas iniciales conflictivas que conviene conocer y manejar:

- 1) Algunos pacientes hacen en las primeras sesiones una interpretación paranoide del conjunto de grupo, lo que se corrige en una o dos sesiones mediante la confrontación y el contraste de la realidad de los terapeutas y en especial de los demás pacientes.
- 2) Los discursos psicóticos pueden ser completamente ininteligibles en plena crisis y no es necesario prolongar las intervenciones del paciente. Se va favoreciendo una verbalización más precisa sin pedirle mayores esfuerzos de clarificación, que tardará varias sesiones en lograr.
- 3) Otros pacientes se expresan con un voluntario silencio, que puede existir también fuera del grupo o corresponder a un recelo o temor dentro de éste. En estos casos conviene que el terapeuta que actúa de guía haga un relato muy general de las dificultades del enfermo, invitándole a éste a que las exponga directamente.

En otros casos es útil pedirle el análisis de su propio silencio en el grupo. Hay pacientes que necesitan márgenes muy amplios para empezar a comunicar lo que les ocurre. Lo irán haciendo en la medida en que perciban una actitud de apoyo que les merezca confianza. Otros salen de su autismo inesperadamente y en asociaciones o respuestas a relatos de otros pacientes, lo que debe servir a los terapeutas para conseguir que verbalicen sus propias experiencias.

- 4) La conducta verborreica e inagotable puede ser en las primeras sesiones incluso más conflictiva que el silencio. Son pacientes con tendencia a actuar en el grupo y focalizar sobre ellos toda la atención. Esto obliga al «terapeuta guía» a practicar con el paciente un auténtico marcaje, obligándole a escuchar y a cumplir las normas del grupo, mientras que los demás conducen la dinámica grupal sin que la monopolice el nuevo enfermo.
- 5) Hay, finalmente, otros que tratan de plantear en el grupo cuestiones que les afectan, de forma real o paranoide, y que son ajenas al mismo grupo. Se presentan como víctimas de una situación social o familiar que les ha llevado al internamiento. En estos casos conviene demorar la exposición de las experiencias psicóticas para trabajar primero, sin descalificación, con las circunstancias presentes, planteando la confrontación desde el punto de vista de su familia o de quienes por su conducta le llevaron a la institución.

Técnicas o estrategias terapéuticas

El eje que permite las posibilidades terapéuticas de los grupos de esquizofrénicos en crisis es, en mi opinión, el clima o cultura grupal de escucha y respeto, con las normas mínimas de interacción, sin las cuales no se puede favorecer la confiada comunicación de experiencias psicóticas por parte de estos pacientes.

En las primeras etapas del grupo, predominan las técnicas de verbalización y contraste de los contenidos psicóticos. Suponen un considerable esfuerzo, tanto para los terapeutas como para los enfermos. Implican simultáneamente la focalización del pensamiento y la conversión de complejas experiencias -que rebasan el mundo cognitivo exterior- en expresiones susceptibles de ser entendidas en la comunicación colectiva.

La precisión y clarificación de los relatos subjetivos precisan una mantenida atención de los terapeutas, quienes deben seguir también atenta-

mente los lenguajes no verbales y facilitar la interacción de los pacientes, asociándoles en la exposición y contraste de sus experiencias subjetivas o en sus dinámicas biográficas. La participación rotativa debe mantenerse con un equilibrio entre los más activos, expansivos o narcisistas con aquellos más pasivos, introvertidos y de más baja autoestima, logrando que se incorporen a las relaciones grupales aquellos que quieren ocultarse con el silencio.

Los vínculos interaccionales del grupo hacen más fáciles las autorrevelaciones a medida que avanza el proceso grupal. Nosotros intentamos actuar activamente evitando las resistencias grupales que se manifiestan tanto como silencios, como con el planteamiento y abordaje de generalidades. También intervenimos activamente clarificando e impidiendo los refuerzos y las inducciones psicóticas, y siempre que se pone en peligro el clima o cultura grupal.

Favorecemos la contemporaneidad y el análisis de las circunstancias más o menos inmediatas y el de las dinámicas personales, familiares y sociales que siguen vigentes. Apoyamos la activa participación del paciente en su proceso terapéutico, adquiriendo mayor autonomía y corrigiendo las distorsiones y conflictos interpersonales que le erosionaban, sin fomentar en absoluto regresiones o identificaciones y transferencias que les hagan dependientes.

Explorando los contenidos psicóticos, planteamos cuestiones y contradicciones pero dejamos la interpretación posible a los mismos pacientes. Al fin y al cabo, los terapeutas manejamos conocimientos conjeturales sobre las crisis esquizofrénicas y la experiencia de los grupos nos ha venido enseñando que siempre aprendemos más de los pacientes con la ayuda de otros pacientes.

Perspectivas

Esta nueva área de las terapias grupales con psicóticos agudos está aún en una fase tan incipiente que está necesitada de todo: de personas interesadas e innovadoras, de datos e informes sistematizados, evaluaciones prolongadas, observaciones minuciosas, terapias flexibles, variaciones técnicas, reflexiones inteligentes e instituciones receptivas a dichos grupos y a la diversidad teórica y práctica con la que hoy se investiga ese conjunto de comportamientos y experiencias que llamamos esquizofrenia.

No precisa de técnicos especialmente dotados ni carismáticos, sino simplemente con experiencia clínica y de dinámica de grupos y con capacidad para aprender en medio de dificultades e incertidumbres.

En esta fase incipiente de su desarrollo, lo único que no requieren estas terapias son los prejuicios y los dogmatismos. Precisan más de una estricta actitud científica que de esas otras que vienen invadiendo el campo de la salud mental desde el mundo del «marketing» o el de las creencias religiosas, y que producen terapeutas vendedores de productos o iluminados que difunden la esperanza de un mensaje universal.

Dos tipos de grupos psicoterapéuticos para pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios

*Manuel González de Chávez,
Ignacio García Cabeza y Juan Carlos Fraile*

Introducción

El abordaje psicofarmacológico del paciente esquizofrénico, aunque útil e imprescindible para la disminución de los síntomas psicóticos no supone un remedio para afrontar las vulnerabilidades, conflictos, problemas o tensiones interpersonales o biográficas, ni tampoco para analizar o modificar estilos perceptivos o mecanismos de defensa; además su uso generalizado nos ha mostrado también su falta de eficacia en determinados enfermos. Todo ello nos hace reflexionar sobre la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico. En este sentido, la combinación de neurolépticos con otros tipos de abordaje terapéuticos hace que ambos métodos se influyan y potencien⁽¹⁾.

Desde hace años, en el Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”, venimos desarrollando un programa de terapias combinadas donde dependiendo de las características del paciente pretendemos desarrollar un programa terapéutico adaptado a sus necesidades^(2,3).

Dentro de este programa el abordaje psicoterapéutico principal es de tipo grupal, si bien se complementa con sesiones individuales e intervenciones familiares, cuando son necesarias, así como con técnicas psicoeducativas o rehabilitadoras según precise las características personales, clínicas, biográficas, cognitivas o familiares del paciente.

A nuestro juicio, las terapias de grupo pueden jugar un papel clave en los programas asistenciales de la esquizofrenia, introduciendo factores que facilitan el tratamiento de estos pacientes: ofrecen un contexto realista y específico de referencia, promueven la alianza y relación terapéutica y proporcionan un mejor conocimiento y autoconocimiento de los miembros del grupo⁽⁴⁾.

Actualmente contamos en nuestro hospital con dos grupos ambulatorios y un grupo de paciente hospitalizados. Seguidamente vamos a intentar hacer una comparación entre ambos. En cualquier caso, queremos hacer hincapié en que tanto unos como otros no deben entenderse de forma aislada sino en el seno de un contexto terapéutico continuo y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente que suele incluir el paso del paciente por los dos tipos de grupos en función de su situación puntual.

Enfoque y abordaje grupal

Clásicamente se puede dividir la psicoterapia grupal en tres grandes orientaciones: educativa, psicodinámica e interpersonal, aunque en los últimos años han surgido las propuestas de terapias de características integradoras, en donde se combinarían aspectos del modelo psicodinámico (utilizando un formato orientado hacia la discusión, intentando el fortalecimiento de las funciones yoicas y ayudar a los pacientes a manejar sus conflictos internos y sus fallos evolutivos) y del modelo interpersonal (integrando las relaciones con los demás a través de las discusiones grupales)⁽⁵⁾.

Nuestro abordaje psicoterapéutico es integrador, con un marco teórico flexible e hipótesis etiopatogénicas sobre la esquizofrenia multidisciplinarias, aunque predominantemente dinámicas. Sin embargo sólo las usamos como marcos de referencia generales ya que la terapia debe mantener una relación laxa con dichas hipótesis, pretendiendo como objetivo un mayor conocimiento de sí mismo por parte del paciente.

A diferencia de Kanas quien sitúa la discusión grupal en el “aquí y ahora”⁽⁵⁾ pensamos que ésta puede y debe irse desplazando a medida que

progresar el proceso terapéutico hacia la exploración de las vulnerabilidades de la identidad del paciente esquizofrénico, su personalidad previa y los desencadenantes de las crisis. Algunos autores afirman incluso que el aquí y ahora no es más que repeticiones de experiencias próximas del allí y entonces, situando lo importante en saber cuando es útil el uso de una u otra faceta⁽⁶⁾.

Así partiendo del ambiente socializador que supone el grupo, del apoyo, consejo y técnicas de afrontamiento del “aquí y ahora” aportado por el resto de pacientes y por el propio terapeuta; es posible posteriormente 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.

Usamos de forma explícita las verbalizaciones e interacciones del grupo como instrumento de conocimiento, motivación, clarificación, superación y cambio de estilos personales y conducta, considerando también las experiencias psicóticas como elementos para el análisis y la solución de sus dificultades psicopatológicas y biográficas.

Evitamos las regresiones de los pacientes que supongan empeoramiento en su situación clínica, las interpretaciones transferenciales, los silencios o las situaciones de estrés o confrontación que pudieran generar mucha ansiedad a los pacientes. En los grupos de pacientes hospitalizados, donde el enfermo acaba de salir de una crisis psicótica o está aún en ella, los aspectos psicodinámicos de la terapia quedan relegados por la exploración de las experiencias psicóticas, las técnicas de afrontamiento que se pueden usar frente a ellas y el consejo y esperanza que aportan pacientes que han tenido una crisis y la han superado.

En resumen, podemos decir que partiendo, en el caso de los grupos de pacientes hospitalizados y en las primeras fases de los ambulatorios, cuando los pacientes tienen poca capacidad de mirar al pasado por la cercanía de su crisis, de posturas básicamente de apoyo e interacción, llegamos en las fases más avanzadas de la psicoterapia grupal ambulatoria a un abordaje dinámico de la problemática del paciente.

Organización de los grupos

Las características de la organización asistencial de nuestra ciudad hacen que el mayor volumen de pacientes que se integran en nuestros grupos procedan de la Unidad de Hospitalización en donde nosotros trabajamos,

siendo excepcionales aquellos pacientes que se incorporan a la terapia ambulatoria sin haber pasado previamente por los grupos de pacientes hospitalizados. Este hecho supone una serie de ventajas: nos permite tener el tiempo suficiente para evaluar las características del paciente y su posible adecuación a los grupos ambulatorios no sólo a través de entrevistas individuales, sino también observándoles en el seno de una dinámica y cultura grupal. También nos facilita establecer una relación terapéutica con el paciente, que puede ser potenciada con frecuentes entrevistas al alta y previamente a la incorporación al grupo ambulatorio y cuya ausencia suele ser el motivo de abandono en los primeros meses de psicoterapia.

Aunque ambos grupos tienen una organización similar^(1,5,7), compartimos con Yalom algunas consideraciones a tener en cuenta en el caso de pacientes hospitalizados: el continuo recambio, el limitado número de sesiones, la preocupación del paciente por la resolución de la psicosis y la ansiedad que esta produce más que por el crecimiento personal o el autoconocimiento, la presencia de pacientes poco motivados, la falta de tiempo para la evaluación y preparación antes de la inclusión en el grupo, la presencia del terapeuta en otros roles en la sala a lo largo del día, la poca cohesión grupal y el escaso tiempo para comprender y aprender acerca de problemas personales e interpersonales del que dispone el paciente⁽⁸⁾.

El número de pacientes se sitúa en torno a doce en el caso de los grupos ambulatorios, lo que permite una asistencia semanal en torno a ocho o diez, y algo menor, ocho o incluso menos, para los de enfermos hospitalizados (pacientes que exigen un mayor control y establecimiento de normas por parte del terapeuta).

Los dos son grupos abiertos lo que facilita la incorporación de nuevos pacientes ocupando las vacantes generadas bien por el abandono bien por el alta de otros. Además pacientes estabilizados, con motivaciones e intereses sirven de guía y apoyo para los que se incorporan por primera vez al grupo tras haber padecido una crisis. Más aún, el hecho de encontrar enfermos con distintos niveles de insight permite a los más rezagados obtener ayuda en la propia autoobservación y autoconocimiento a través de los comentarios que los demás miembros del grupo le aportan; a su vez a los de más insight su identificación con aquéllos les permite insights retrospectivos o reactualizados, fomentando la autorevelaciones, ayudando a tener una perspectiva continuada del camino recorrido y del progreso terapéutico.

Los grupos tienen una frecuencia de tres sesiones por semana en el caso de los internados con una duración de 45-60 minutos de duración;

siendo ésta siempre flexible. Se alargan aquellas sesiones de interés, en las hablan pacientes que suelen ser remisos a hacerlo y se acortan las que resultan conflictivas.

Para los pacientes ambulatorios las sesiones tienen una frecuencia semanal con una duración de dos horas.

Son conducidos por un terapeuta y uno o dos coterapeutas (excepcionalmente tres o cuatro en el caso de pacientes hospitalizados) y un observador. De profesión psiquiatras, psicólogos o A.T.S., pasan por un período de entrenamiento de tres años en los grupos de pacientes ambulatorios y uno en los hospitalizados.

Los terapeutas tienen que jugar un papel activo, deben ser neutrales, sinceros, flexibles y comprensivos, lejos de la omnipotencia y de la omnipresencia, evitando siempre cualquier descalificación. En grupos de pacientes hospitalizados es mucho mayor la importancia de estas características ya que la ausencia de estructura que generan los silencios del terapeuta puede incrementar la ansiedad de los pacientes hasta un punto que les haga sentir inseguros e incapaces de funcionar⁽⁶⁾.

Consideramos la coterapia muy importante puesto que no sólo permite la continuidad del grupo ante la ausencia del terapeuta principal sino que diluye transferencias e identificaciones, no fomentando hostilidades, afectos ni dependencias añadidos. En pacientes hospitalizados permite además que un terapeuta se ocupe de marcar la dinámica grupal mientras el resto puede controlar a aquellos enfermos que continuamente interrumpen, se levantan o tienen actitudes más hostiles.

El clima grupal debe ser siempre de mutuo respeto, favoreciendo la escucha e intervención de los pacientes. El grupo debe ser para el paciente un lugar donde se sienta seguro y pueda expresar lo que piensa sin temor a la burla o la incompreensión. Esto es especialmente importante durante el ingreso, cuando algunos pacientes pueden mostrarse hostiles e incluso agresivos hacia otros. Es también de suma importancia la confidencialidad por lo que conviene recordar a los pacientes el hecho de que las discusiones dentro de los grupos son tan confidenciales como lo pueden ser las entrevistas individuales, recordándolo cada vez que incluyamos un paciente en los grupos de internados y de vez en cuando en los ambulatorios. Hay una excepción, en el caso de los grupos de pacientes internados el terapeuta individual o grupo de terapeutas que tienen a su cargo al paciente debe conocer la información de las sesiones grupales cuando ésta es de interés.

Objetivos terapéuticos

Tanto por su duración como por el tipo de abordaje y características de los pacientes que se incluyen los objetivos son muy distintos en el caso de los grupos de pacientes hospitalizados y en los ambulatorios.

En los primeros los situamos en la exploración del paciente a través de las revelaciones que hace en el seno del grupo, la desingularización de la psicosis como un hecho universal en los miembros del grupo que dejan de sentir que son los únicos que viven realidades e identidades singulares y la adquisición de conciencia de padecer un trastorno mental, a partir del cuestionamiento de esta singularidad. Es también el momento de establecer una relación y alianza terapéutica, intentando lograr la motivación del paciente de cara a la continuidad del trabajo psicoterapéutico. Además, se debe aliviar la ansiedad ante la hospitalización y la psicosis del paciente, ofreciéndole consejo, apoyo y ayuda a través del grupo y comenzar a reconocer patrones distorsionados en su forma de relación con los demás.

El caso de la psicoterapia grupal ambulatoria nuestros objetivos son más ambiciosos. Intensificamos la relación terapéutica con el paciente, lo que nos permite un adecuado seguimiento del mismo y su integración en nuestros programas terapéuticos así como lograr un adecuado cumplimiento. Intentamos evitar recaídas y mejorar el ajuste postmórbido (familiar, social y laboral) del enfermo. Pretendemos mejorar el conocimiento que el paciente tiene de sus trastornos y de sí mismo y realizar ajustes y cambios en sus relaciones interpersonales si éstas están distorsionadas. Buscamos disminuir los factores de estrés y vulnerabilidad de los pacientes y lograr cambios en sus mecanismos de defensa y estilos afrontamiento para conseguir hacer frente a éstos.

Selección e inclusión de pacientes

Intentamos lograr que la composición de nuestros grupos ambulatorios abiertos sea lo más homogénea posible, no solo en cuanto al diagnóstico (todos ellos esquizofrénicos, con inclusión eventual de algún paciente esquizoafectivo y excepcionalmente de trastornos esquizofreniformes) sino también en las características de los pacientes que los integran. Esto nos permite lograr mayor cohesión grupal, abordar un conjunto de problemas comunes y el uso de técnicas específicas. No todos los enfermos esquizofrénicos son candidatos a una terapia orientada al apoyo pero sobre todo al autoconocimiento.

Hay una etapa pregrupal, coincidente generalmente con el comienzo de la hospitalización de los enfermos en la que valoramos sus condiciones para ser incluidos en grupos de pacientes internados. Durante la crisis siempre hay que esperar que los enfermos superen, con ayuda del tratamiento farmacológico, los obstáculos para conseguir una mínima relación y comunicación y para que puedan permanecer durante la hora que dura aproximadamente la sesión escuchando con cierta atención a lo que verbalizan otros miembros del grupo. Carece de sentido y beneficio terapéutico incluir a pacientes esquizofrénicos en terapias de grupo de Unidades de Agudos cuando no reúnen estas mínimas condiciones⁽¹⁾.

Es importante no introducir pacientes desorganizados, perplejos e incapaces de focalizar su atención en algo que no sea su mundo psicótico. También es contraproducente la inclusión de pacientes temerosos, muy angustiados o paranoides. Tampoco recomendamos aquellos enfermos intranquilos, muy verborreicos u hostiles. Todos ellos quizás puedan beneficiarse de la terapia grupal una vez mejore su situación clínica.

Es necesario que los pacientes que participen en la terapia tengan cierto control de sí mismos con una mínima capacidad de “mirroring” y posibilidad de verbalizar experiencias psicóticas y sobre todo atender y escuchar a los demás exponer sus experiencias.

Antes del alta de los pacientes de la Unidad de Agudos y pasar a tratamiento en la comunidad valoramos la posibilidad de su inclusión en nuestros grupos ambulatorios o en otros recursos existentes.

Para seleccionar a los pacientes que más se benefician de la terapia grupal hemos elaborado una escala⁽⁹⁾, actualmente en proceso de validación, maximizando de esta forma los recursos disponibles. Evaluamos un total de quince variables, teniendo siempre en cuenta la necesidad de reevaluaciones continuadas para determinar los progresos realizados en el proceso terapéutico, siempre con realismo en cuanto a las posibilidades del propio paciente y el beneficio o no de su permanencia en el grupo. Las variables consideradas, según su orden de importancia, aparecen en la tabla 1.

De todas estas variables las dos que para nosotros tienen más importancia son el insight y la motivación terapéutica. Nunca incluimos pacientes sin al menos un insight contradictorio ni con los que no hayamos establecido una relación terapéutica que nos garantice cierta motivación para continuar con la terapia.

Tabla 1

Variables consideradas en la inclusión de pacientes en grupos ambulatorios.

-
- Insight
 - Motivación
 - Relaciones terapéuticas
 - Capacidad de autoobservación
 - Estilo de recuperación y momento de la evolución
 - Personalidad premórbida y variables estructurales de la personalidad
 - Ajuste pre y postmórbido
 - Nivel social, educativo y ocupacional
 - Variables familiares
 - Factores de estrés, formas de comienzo y evolución
 - Clínica y sentido de la psicosis
 - G.A.F., escala pronóstica de Strauss y Carpenter (10) y C.I.
-

G.A.F.= escala de funcionamiento global

C.I.= cociente intelectual

La tabla 2 recoge aquellas características que consideramos son más y menos favorables para la inclusión de pacientes en los grupos ambulatorios. En cualquier caso, nunca encontramos pacientes que reúnan todos los aspectos favorables, aunque sí intentamos excluir a aquellos en los que predomina lo desfavorable, siendo lo más frecuente un combinado de características que oscilan entre las descritas.

Tabla 2

Inclusión de pacientes en grupos de terapia ambulatorios. Aspectos más y menos favorables.

Variable	Más favorable	Menos favorable
Insight	-Apreciación de factores psicológicos y biográficos -Reconceptualización total del ttno. mental -Aceptación activa del rol de enfermo. -Insight precoz e integrador	-No conciencia de enfermedad. Atribuciones causales psicóticas -Nula reconceptualización. -Negación del rol. -Psdeudoinsight.
Motivación y relaciones terapéuticas	-Alianza terapéutica, con motivación, participación e interés -Buen cumplimiento. -Internamientos voluntarios. -Familia facilitadora. Buen apoyo social.	-Ningún interés. Malas relaciones con los médicos y personal sanitario. -Rechazo de la medicación. -Repetidos ingresos involuntarios. -Familia conflictiva. Sin apoyo.
Estilos de recuperación	-Integrador -Depresión postpsicótica	-No recuperación y negación. -Paranoidización, aislamiento defensivo o elusión tóxica.
Desarrollo estructural de la personalidad.	-Alto grado de madurez y autonomía. -Buena capacidad de autoobservación y autoconocimiento. -Buen desarrollo cognitivo (análisis, síntesis, planificación, juicio y lenguaja). -Buena capacidad de autocontrol (altruismo, anticipación). -Sentido de la vida (intereses y motivaciones). -Capacidad de resolver problemas y dificultades (afrontamiento). -Capacidad de autorregulación afectiva, desarrollo, diferenciación y modulación afectiva. -Relaciones interpersonales e intimidad. Empatía. -Relaciones sexuales satisfactorias	-Falta de mentalidad psicológica. Poca capacidad de autoobservación. -Deficiente desarrollo cognitivo. Lógica limitada a experiencias concretas. -No control de conductas violentas, agresividad,... -No sentido de la continuidad. Falta de objetivos, apoyos y relaciones. -Embotamiento afectivo. Escaso desarrollo de la afectividad. -Angustia y pánico desorganizador. Aislamiento.
Personalidad premórbida	-Trastornos dependientes, evitativos y narcisistas. -Baja vulnerabilidad (11) . -Buen ajuste previo.	-C.I. bajo -Vulnerabilidad muy alta (11). -Muy mal ajuste previo
Ajuste postmórbido (último año)	-No psicopatología. -No hospitalizaciones -Buen seguimiento -Relaciones sociales satisfactorias. -Rel. familiares estables y satisfactorias. -Independiente. -Alto interés por la vida.	-Psicopatología Continuada -Larga estancia hospitalaria. -No seguimiento. -Rel. sociales nulas. -Relaciones. familiares conflictivas o ausentes -Ninguna autonomía. -Ningún interés por la vida.

Tabla 2 (continuación)

Inclusión de pacientes en grupos de terapia ambulatorios. Aspectos más y menos favorables.

Variable	Más favorable	Menos favorable
Sociales, educativas y ocupacionales	-Buen nivel social. -Con profesión y ocupación.	-Bajo nivel social y educativo. -Necesidades económicas y laborales prioritarias.
Familiares	-Ausencia o moderado trastorno mental en la familia (neuróticos o afectivos). -Dinámicas moderadamente patológicas. -Actitud empática y apoyo al paciente y favorables a la psicoterapia.	-Simbiosis intensa. -Dinámicas caóticas, negadoras o simbióticas. -Actitudes muy hostiles, intrusivas, de rechazo o negación.
Pródromos, estrés, formas de comienzo y evolución.	-Pródromos afectivos. -Factores de estrés desencadenantes en el comienzo o recaídas. -Formas agudas o subagudas. -Evolución episódica y con remisiones	-Evolución defectual
Clínicas	-Depresiones postpsicóticas. -Ausencia de síntomas negativos. -Escasa psicopatología. -G.A.F. > 70 -Escala pronóstica (Strauss & Carpenter) > 60 (10).	-Embotamiento afectivo. -Sintomatología negativa persistente. -Predominio de sintomatología paranoide de evolución crónica. -Consumo de alcohol y otros tóxicos. -Mucha psicopatología. -G.A.F. < 30. -Escala pronóstica < 30 (10).
Sentido y momento de la psicosis	-Egodialéctica. -Postcrisis. Periodos de cambio.	-Crisis aguda.

Técnicas y estrategias terapéuticas

El proceso psicoterapéutico depende del desarrollo de la dinámica grupal promoviendo la escucha y comunicación, participación, exploraciones y confrontaciones, empatías e identificaciones que desarrollan la aceptación y la cohesión grupal.

Inicialmente en los grupos ambulatorios y durante el periodo de hospitalización se hace énfasis en las verbalizaciones, clarificaciones y revelaciones de los pacientes. Se favorece la observación, focalización y análisis permitiendo que en cada sesión tengan opción a hablar todos los enfermos, sin monopolización de la palabra por parte de ninguno de ellos.

Estimulamos la organización cognitiva de los discursos, corrigiendo además el egocentrismo perceptivo, la paranoidización y los refuerzos psicóticos.

Se usa tanto la confrontación como la exploración, estableciendo en cada sesión un trenzado de intervenciones cruzadas donde las similitudes y diferencias hagan avanzar la comunicación y revelación de mundos objetivos y subjetivos, estimulando las autoobservaciones, análisis y reflexiones.

Una vez creada la cohesión grupal se deben aprovechar de forma directa e indirecta los insights y aprendizajes vicariantes de las múltiples relaciones especulares del grupo para sacar a los pacientes de su aislamiento y singularidad, ayudándoles en las aceptaciones y reconceptualizaciones del proceso terapéutico y promoviendo una red de recíprocas catarsis, exploraciones, confrontaciones, socialización, altruismo y esperanza.

Apoyamos la autonomía y no la regresión, estimulamos la comunicación focal y clara, prescindiendo de asociaciones libres, discursos vagos, abstractos, elusivos o sobreentendidos.

Evitamos silencios y situaciones de marcada ansiedad que generen defensas grupales y desorganización cognitiva.

Analizamos las resistencias y transferencias cuando obstruyen el proceso terapéutico. Se usan pocas interpretaciones, se prefiere señalar asociando secuencias, conexiones, indicando contradicciones o interesándonos por interpretaciones u observaciones de los miembros del grupo, aceptándolas o sugiriendo alternativas.

Apoyamos siempre la integración de experiencias y los cambios personales e interpersonales que supongan mayor autonomía, estabilidad y progreso.

Dinámicas y contenidos grupales

El “mirroring” grupal es la clave de las intervenciones psicoterapéuticas grupales. Es el proceso intersubjetivo de reacciones especulares múltiples, simultáneas, recíprocas y empáticas de observación, exploración, revelación, reflexión y conocimiento mutuo entre los miembros del grupo. El mirroring promueve y acelera el autoconocimiento de los pacientes, permite el descentramiento cognitivo, adquirir consciencia de los procesos inconscientes, escenificar los mecanismos de defensa y desbloquear el insight del paciente, explotando la capacidad de observar en los demás lo que no se es capaz de observar en uno mismo^(7,12).

El “mirroring” se facilita y genera en la dinámica grupal, que es el desarrollo y evolución del grupo de acuerdo con los objetivos terapéuticos⁽¹³⁾. En este sentido conviene hacer una diferenciación de grupos de pacientes hospitalizados y ambulatorios en sus fases más iniciales con grupos ambulatorios con mayor cohesión⁽¹⁴⁾.

Es frecuente que en grupos de pacientes hospitalizados, más confusos porque el material que emerge es más primitivo y donde se añade la falta de continuidad y, en las fases iniciales de grupos ambulatorios, se produzca un período de dependencia del terapeuta^(6, 15). Este toma a su cargo el grupo y a sus miembros, resuelve problemas, trata de establecer una confianza básica, hace intervenir a determinados pacientes o usa a los pacientes con más insight para confrontar a otros con la realidad.

En grupos en los que se alcanza cierto nivel de cohesión las interacciones entre miembros del grupo surgen de forma espontánea y el terapeuta sólo reconduce el grupo cuando escapa a temas impersonales, generales o marginales, cuando circulan informaciones erróneas y expectativas falsas. Se producen dinámicas maduras en las que los pacientes comparten experiencias, críticas e intentan entenderse. Se produce el conocimiento, validación, reconstrucción y redefinición a través de los otros.

Los temas de discusión también varían en función de que el grupo sea de pacientes hospitalizados o ambulatorios.

En el contexto hospitalario se centran en el “aquí y ahora” de Kanas⁽⁵⁾, es decir en la exploración de las experiencias psicóticas que verbalizan los pacientes y en los mecanismos que cada paciente tiene para afrontarlas, así como la confrontación con la realidad que les supone las intervenciones del resto de enfermos. Se debe huir de cualquier uso de interpretaciones durante esta etapa, así como evitar que el grupo se convierta en un foro de discusión sobre problemas cotidianos de la planta.

El contenido de las sesiones se desplaza en los grupos ambulatorios por un amplio abanico de temas: desde problemas inmediatos de relación, contexto y situaciones estresantes o desencadenantes de experiencias psicóticas a actitudes hacia ellas, significado de las mismas y su relación con las dinámicas interpersonales o individuales, así como estilos para configurar la propia imagen, autoestima e identidad. Los temas se van desplazando desde el presente actual al pasado más reciente o remoto.

Factores terapéuticos

Los factores terapéuticos grupales son los mecanismos de acción terapéutica inherente a la interacción grupal, que actúan conjuntamente con mayor o menor importancia, percibida por los pacientes en cada tipo de grupo o en cada etapa del proceso grupal^(8,16).

Yalom considera el proceso terapéutico de forma longitudinal, donde al principio existen factores de considerable importancia que luego dejarán de serlo. En los primeros estadios del grupo, cuando éste está principalmente preocupado por la supervivencia del mismo aparecen factores como la esperanza, guía y universalidad; se trata de formar lazos y mantener unidos a los miembros del grupo, a la vez que estos comienzan a buscar similitudes y comparar síntomas y problemas. El altruismo y la cohesión actúan a lo largo de toda la terapia y es con el desarrollo de ésta última cuando comienza el proceso de aprendizaje interpersonal. El mismo autor afirma que durante la hospitalización son la esperanza y los factores existenciales los de mayor importancia^(8,16).

Nuestros estudios sobre estos factores terapéuticos nos muestran mayor relevancia por ejemplo de la esperanza, el altruismo, la cohesión, la universalidad o la catarsis en los grupos de los pacientes internados y el peso posterior de otros factores terapéuticos como el autoconocimiento y el aprendizaje interpersonal en los grupos ambulatorios orientados tanto al apoyo como al mejor insight de los pacientes⁽¹⁷⁾.

Por el estudio comparativo con otras investigaciones sobre los factores terapéuticos en psicoterapias de grupo con pacientes no esquizofrénicos hemos podido verificar que los diversos factores dependen principalmente de las características de las terapias grupales que se realizan y muy poco de la psicopatología predominante en los miembros del grupo^(18,19).

Etapas de la dinámica grupal

La duración de la terapia en los pacientes internados está en función del propio ingreso, generalmente tres o cuatro semanas. En el caso de la terapia ambulatoria varía como ya hemos dicho según las características del paciente, aunque en general oscila entre dos y cinco años dependiendo de la evolución en el proceso terapéutico. Dentro de las tres fases que podríamos distinguir en éste (aceptación, autoconocimiento e integración de la psicosis)⁽⁷⁾ solo unos pocos enfermos alcanzan el último escalón de-

biendo conformarnos en otros con el autoconocimiento y en otros tan sólo con la aceptación del trastorno mental, no siendo entonces necesario para ellos prolongar su estancia en el grupo excesivamente.

Dentro del proceso terapéutico grupal podemos distinguir cuatro etapas de la dinámica grupal⁽¹⁾. Aunque se solapan en el tiempo generalmente las dos primeras etapas grupal tienen lugar durante la hospitalización, mientras las últimas son más propias de la dinámica de los grupos ambulatorios. En cualquier caso, al tratarse de grupos abiertos cada paciente tiene su "tempo" psicoterapéutico, pudiendo coincidir en el mismo grupo pacientes en distinta fase terapéutica.

En la primera etapa se fomenta la comunicación de experiencias psicóticas, sin que sea un acto humillante y aceptando la realidad que para ellos suponen aunque no sean verificadas por los demás. Se crea un clima de respeto y comprensión donde los pacientes van tomando conciencia de que sus relatos no son compartidos por el resto de miembros del grupo y se empiezan a cuestionar su propia percepción de la realidad. La desingularización de la psicosis es un factor terapéutico que supone una meta para seguir avanzando.

En una segunda etapa se comienzan a introducir relatos biográficos, análisis de problemas de la vida real y conductas ante ellos. Nos ocupamos de los intereses de los pacientes, motivaciones, relaciones interpersonales, pautas de conducta y mecanismos psicológicos. Se hace énfasis en el pasado inmediato y la vida actual, sobre todo en las circunstancias previas a la crisis.

En la tercera etapa se trata de asociar las dificultades biográficas con las experiencias psicóticas. Se conoce el material inconsciente y las principales dinámicas personales, familiares y sociales que han influido en la crisis. Se trabaja con distintas hipótesis y se diseñan estrategias para suscitar el análisis y las intervenciones según aspectos que afectan a unos y otros pacientes.

En la última, se trabaja la integración de la psicosis, ayudándole a evitar el estigma que supone el trastorno mental. Hay que favorecer el autoconocimiento y la autoestima acorde con las posibilidades del paciente y sus limitaciones. Se prosigue siempre el análisis, apoyo y adaptación de la vida real y la corrección de relaciones conflictivas o distorsionadas.

Bibliografía

1. González de Chávez, M., "Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 1985, 14, pp. 335-341.
2. Alanen, Y., y otros, Towards need-specific treatment of schizophrenic psychosis, Heidelberg, Springer-Verlag, 1986.
3. Alanen, Y., Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment, Londres, Karnac Books, 1997.
4. González de Chávez, M.; García-Ordás, A., "Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 1992, 12, pp. 203-207.
5. Kanas, N., Group therapy for schizophrenic patients, Washington, Clinical Practice Series, American Psychiatric Press, Inc., 1996.
6. Rice, C.A.; Rutan, J.S., Inpatient group psychotherapy. A psychodynamic perspective, Nueva York, Macmillan Publishing Company, 1987.
7. González de Chávez, M.; Capilla, T., "Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 1993, 45, pp. 103-112.
8. Yalom, I.D., Inpatient group psychotherapy, Nueva York, Basic Books, 1983
9. González de Chávez, M., "Escala para la inclusión de pacientes en programas psicoterapéuticos", Madrid, Hospital General Universitario, Curso "Programas terapéuticos en la esquizofrenia", 1995.
10. Strauss, J.S.; Carpenter, W.T., "The prognostic scale", Schiz Bull, 1977, 3, pp. 209-212 (appendix C).
11. Hartman, E., y otros, "Vulnerability to schizophrenia", Arch Gen Psychiatry, 1984, 41, pp. 1050-1056.
12. González de Chávez, M., "Why use group psychotherapy in schizophrenia?", Londres, 12th Intern. Symp. For the Psychotherapy of Schizophrenia, 1997.
13. Munich, R.L., "Group dynamics", En: Comprehensive Group Psychotherapy, Kaplan, H. and Sadock, B. (eds.), 3ª edición, Baltimore, Williams & Wilkins, 1993.
14. O'Brien, Ch., "Group therapy for schizophrenics: a practical approach", Schiz. Bull., 1975, 13, pp. 119-130.
15. Bion, W.R., Experiences in groups, Londres, Tavistock Publications. 1961.
16. Yalom, ID., The theory and practice of group psychotherapy, 3ª ed., Nueva York, Basic Books, 1995.
17. Ducajú, M., y otros, "Therapeutic factors in schizophrenic outpatients and inpatients group psychotherapies", Londres, 12th Intern. Symp. For the Psychotherapy of Schizophrenia, 1997.
18. MacKenzie, K.R., "Therapeutic factors in group psychotherapy: a contemporary view", Group, 1987, 11, pp. 26-34.
19. Kapur, R.; Miller, K.; Mitchell, G., "Therapeutic factors within inpatients and outpatients psychotherapy groups", Br J Psychiatry, 1988, 152, pp. 229-233.

Estudio comparativo de los factores terapéuticos en psicoterapia de grupo en pacientes esquizofrénicos hospitalizados y ambulatorios

*Manuel González de Chávez, Marta Gutiérrez,
Mauricio Decajú y Juan Carlos Fraile*

En la actualidad existe un gran desarrollo en la aplicación como método terapéutico de la psicoterapia de grupo. Sin embargo se observa una escasez de artículos, trabajos e investigaciones sobre psicoterapia de grupo en el tratamiento de la esquizofrenia, a pesar de su demostrada efectividad combinada al tratamiento neuroléptico (González de Chávez et al, 1997a).

La psicoterapia de grupo posee características propias, originales y muy diferenciadas con respecto a otras psicoterapias. Contiene en si misma un conjunto de elementos y de factores que son completamente específicos, que inciden favorablemente en el desarrollo de experiencias y comportamientos de los miembros que participan.

Distinguimos entre dichos elementos terapéuticos específicos de la psicoterapia de grupo, el contexto, la dinámica, el mirroring, el contenido, la matrix y los factores terapéuticos (F.T.) grupales. Sufriendo todos estos elementos influencias y modificaciones mutuas con el avance y las

diferentes etapas del proceso terapéutico grupal (González de Chávez, 1997b).

Centramos nuestro estudio actual en los Factores Terapéuticos grupales, que son una serie de mecanismos de acción terapéutica, habitualmente existentes en la terapia de grupo, que actúan como mecanismos de cambio de los pacientes, contribuyendo al proceso terapéutico. Son inherentes a la interacción o dinámica grupal y no están directamente asociados a la acción del terapeuta (González de Chávez, 1997a). Los factores terapéuticos grupales son los componentes básicos o elementales del fenómeno del cambio terapéutico derivado de la matrix grupal (Yalom, 1985).

Como se puede observar, existe un creciente interés por la investigación del proceso grupal a través de los Factores Terapéuticos. Así desde Corsini y Rosenberg (1955) hasta la actualidad, un gran número de investigadores, Bloch & Crouch (1985), Kapur (1988), Yalom (1985) han profundizado en el estudio de los diferentes factores involucrados en la experiencia curativa de los grupos de psicoterapia.

Los mecanismos de cambio son limitados en número y similares en distintos tipos de terapia grupal, motivo por el cual Corsini & Rosenberg (1955) desarrollaron la taxonomía de los factores terapéuticos. Realizaron una revisión de 300 artículos anteriores a 1955 sobre terapia de grupo buscando aquellos aspectos, referidos por sus autores, que influían en la psicoterapia y sus resultados. De toda la búsqueda y revisión unificaron la terminología y decidieron clasificarlos en 9 elementos (Aceptación, Universalidad, Prueba de Realidad, Altruismo, Trasferencia, Terapia del Espectador, Interacción, Intelectualización y Alivio) y agruparlos en 3 categorías, una *Intelectual* (en la que incluirían la universalidad, la intelectualización y la terapia del espectador), otra *Emocional* (aceptación, altruismo y transferencia) y una categoría *Accional o Conductual* (prueba de realidad, interacción y ventilación).

Posteriormente, Berzon (1963) estudia los F.T. basándose en las experiencias subjetivas de los propios pacientes, a través del "*suceso considerado más importante*" en la sesión de psicoterapia grupal y establece otras 9 categorías similares a las descritas anteriormente, observando que los principales mecanismos "*curativos*" residían en la interacción entre los miembros del grupo. Yalom (1985).

Yalom en su publicación "*La teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*" (1970) establece una nueva clasificación de los FT destacando la

importancia de la esfera interpersonal basándose en la tesis central de Harry Stack Sullivan: "La personalidad es considerada como una extensión de las relaciones personales con otras personas significativas" (Bloch et al 1981, 1985; Yalom, 1985). Incorpora dos factores relacionados con la interacción, el Interpersonal Learning Input o Insumo (principalmente por la vía del feed-back) e Interpersonal Learning Output o Producto (proceso por el cual el paciente intenta desarrollar modos más adaptativos de relacionarse con los otros) (Bloch & Crouch, 1985).

Yalom (1985) añade otros tres factores a la clasificación de Corsini & Rosenberg: Instilación de Esperanza, Guía y Factores Existenciales. Por lo tanto, son doce los F.T. establecidos por Yalom: Altruismo, Cohesión, Universalidad, A.I.P. Insumo, A.I.P. Producto, Guía, Catarsis, Identificación, Revalidación de la Experiencia Familiar, Comprensión, Esperanza y F. Existenciales

Yalom y sus colaboradores, Tinklenberg y Gilula, estudiaron mediante el Metodo Q-Sort dichos factores terapéuticos en 20 pacientes neuróticos que participaron en una terapia de grupo más prolongada y en los que se obtuvieron resultados positivos. Basándose en sus resultados observaron la importancia de los procesos cognitivos y de la interacción interpersonal relacionándolo con los procesos de cambio y con unos resultados terapéuticos beneficiosos, concluyendo que la terapia es un proceso dual que consiste en tener una experiencia emocional y reflexionar sobre esta (Yalom, 1985).

En sucesivos estudios, Liberman, Yalom y Miles (1972) investigaron los puntos de vista de los miembros del grupo sobre los mecanismos del cambio. Descubrieron, por un lado, que existían factores que aunque eran incidentes significativos muy citados, no tenían relación con resultados terapéuticos positivos, como por ejemplo *"experimentar y expresar sentimientos"*, debiéndose considerar como condiciones necesarias para el cambio, y por otro lado, que cuando en los factores terapéuticos existía algún tipo de aprendizaje cognitivo, éste se relacionaba con resultados terapéuticos positivos, debiendo ser estos factores poseedores de una mayor potencia curativa. La cognición es una pieza esencial en el mecanismo del cambio (Yalom, 1985).

En 1985, S. Bloch define un Factor Terapéutico como *"un elemento de la terapia grupal que contribuye a mejorar una condición del paciente y es función de las acciones del terapeuta del grupo, de otros miembros del grupo, y del paciente en sí mismo"*, diferenciándolo de las condiciones para el cambio y de las técnicas (Bloch & Crouch, 1985).

Bloch, a diferencia de Yalom, considera que no se justifica la inclusión del Factor Existencial y de la Revalidación de la Experiencia Familiar por considerar que no son elementos del proceso grupal que ejerzan un efecto beneficioso, no cumpliendo con la definición de FT. A su vez diferencia la Catarsis (expresión de sentimientos difíciles de ventilar para el paciente) de la Auto-Revelación (revelaciones del paciente sobre su vida fuera del grupo, su pasado, sus problemas o sus fantasías, todos ellos relacionados con su vida privada y personal). La última modificación con relación a clasificaciones previas se refiere a la Interacción. Bloch la concibe como un intento del paciente para relacionarse de un modo más adaptativo dentro del grupo e intenta unir dos dimensiones, la accional y la cognitiva. En resumen, Bloch distingue 10 FT: Auto-entendimiento, Interacción, Cohesividad, Autorevelación, Catarsis, Guía, Universalidad, Altruismo, Aprendizaje Vicariante e Inutilización de Esperanza (Bloch & Crouch, 1985).

MacKenzie (1990) concibe los FT como una serie de mecanismos que contribuyen al proceso terapéutico contextualizados en un ambiente grupal interaccional. Realiza una clasificación de los FT más operativa y práctica, incluyéndolos en 4 grupos generales:

- 1) Factores de Apoyo (esperanza, aceptación, universalidad y altruismo),
- 2) Factores de Autorevelación (autorrevelación y catarsis),
- 3) Factores de Aprendizaje de otros miembros del grupo (modelación, aprendizaje vicariante, guía y educación) y
- 4) Factores de Trabajo Psicológico (autoentendimiento y aprendizaje interpersonal).

Separa la Cohesión grupal, no incluyéndola como FT y considera que los FT trabajan en un mutuo refuerzo con la primera. Los FT mejoran la cohesión y la cohesión grupal promueve o facilita los FT.

La mayor o menor importancia de los diversos factores terapéuticos en un momento dado depende del tipo de terapia que se practique, de las etapas del grupo y del propio paciente, ya que cada tipo de paciente se beneficia de distintos factores terapéuticos (Fuhrman, 1997).

Muchas otras circunstancias influyen en la evaluación de los FT como la duración de la terapia, el nivel de funcionamiento individual, el tipo de grupo, el diagnóstico y la ideología grupal. Incluso FT útiles para unos pueden ser perjudiciales para otros pacientes en un momento dado.

En la actualidad destaca la ausencia de investigaciones acerca de los factores terapéuticos en grupos terapéuticos con pacientes esquizofrénicos.

cos. Hemos estudiado dichos factores en dos tipos de grupos, ambulatorios y hospitalizados, en este tipo de pacientes. Nos interesa conocer las valoraciones preferentes de los F.T. por parte de los pacientes en cada grupo, establecer comparaciones y diferencias de dichos factores en los distintos grupos, estudiándolos en relación a las variables antes mencionadas (tipo de terapia, etapa del grupo y tipo de paciente).

Fundamentalmente, la terapia, en su núcleo, esta basada en las experiencias profundas y puede darse un infinito número de vías o caminos por donde discurre el proceso terapéutico. Además la naturaleza de estos datos es tan rica, compleja y altamente subjetiva que hace el método científico difícilmente aplicable. Sin embargo a pesar de todas estas limitaciones, las opiniones, valoraciones de los pacientes son una rica, inexplorada e inagotable fuente de información.

Material y métodos

Descripción de los grupos

1.-Grupos de pacientes hospitalizados

Es un grupo abierto, con elevado índice de renovación de sus miembros y con un número variable en su composición (de 6 a 12 pacientes). Los grupos tienen una frecuencia de tres sesiones semanales de una hora de duración, estando determinada la asistencia del paciente en función del tiempo de estancia en la Unidad de Agudos. Los pacientes están obligados a asistir al grupo a no ser que su situación lo contraindique.

El equipo terapéutico lo forma un terapeuta principal, que actúa como referente estable y marca la dinámica grupal, dos coterapeutas y un observador. El terapeuta debe jugar un papel activo, con el propósito de trabajar el "aquí y ahora".

Los objetivos vienen limitados y condicionados por el propio marco asistencial en el que se desarrolla la terapia grupal. Los principales objetivos son la exploración del paciente e identificación de las experiencias psicóticas a través de las revelaciones que hace en el seno del grupo, la desingularización de la psicosis como un hecho universal en todos los miembros del grupo que dejan de sentir que son los únicos que viven realidades e identidades singulares y la adquisición de conciencia de pade-

cer un trastorno mental a partir del cuestionamiento de esta singularidad. También se favorece el establecimiento de una relación y alianza terapéutica para intentar lograr la motivación del paciente de cara a la continuidad de un seguimiento terapéutico adecuado.

No es beneficioso desde el punto de vista terapéutico incluir en terapia de grupo a todos los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en la Unidad de Agudos cuando no reúnen unas mínimas condiciones como un cierto control de sí mismos, una mínima capacidad de "mirroring" y posibilidad de verbalizar sus experiencias psicóticas y sobre todo atender y escuchar a los demás exponer sus experiencias, por lo que excluimos aquellos pacientes desorganizados, perplejos e incapaces de focalizar su atención en algo que no sea su mundo psicótico. También es contraproducente la inclusión de pacientes temerosos, muy angustiados o paranoides. Así mismo tampoco se recomienda la inclusión de aquellos enfermos muy verborreicos, intranquilos y hostiles (Fraile, 1997; González de Chávez et al, 1997a).

2.-Grupos de pacientes ambulatorios

Es un grupo semiabierto, de asistencia voluntaria, con una sesión semanal de dos horas de duración y con un planteamiento terapéutico a largo plazo. Son dirigidos por un terapeuta, uno o dos coterapeutas y un observador.

El mayor volumen de pacientes que se integran en este grupo proceden de la Unidad de Agudos, siendo excepcional aquellos pacientes que se incorporan a la terapia ambulatoria sin haber pasado previamente por los grupos de pacientes hospitalizados, lo que nos va a permitir evaluar las características del paciente no sólo a través de entrevistas individuales sino también observándole en el seno de una dinámica y cultura grupal.

Es un grupo principalmente orientado al insight, aunque también previa y simultáneamente, está dedicado a favorecer la interacción interpersonal de los pacientes, con un enfoque integrador. Intentemos evitar recaídas y mejorar el ajuste postmórbido: familiar, social y laboral, aumentando el conocimiento que el paciente tiene de sus trastornos y de sí mismo con el propósito final de integrar las experiencias psicóticas en la biografía de cada paciente (Fuhrman, 1997). Buscamos también disminuir los factores de estrés y vulnerabilidad de los pacientes y lograr cambios en sus mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento para conseguir hacer frente a éstos.

Para seleccionar a los pacientes que más se beneficiarían de la psicoterapia grupal ambulatoria se tuvieron en cuenta fundamentalmente dos variables, el insight y la motivación terapéutica, no incluyéndose pacientes sin al menos un insight contradictorio ni aquellos con los que no hubiéramos establecido una relación terapéutica que garantice cierta motivación para continuar con la terapia (Fraile, 1997; González de Chávez, 1997a).

Pacientes.

Se estudiaron dos grupos de psicoterapia para esquizofrénicos, uno formado por pacientes hospitalizados y el otro constituido por pacientes ambulatorios.

Estudiamos un total de 21 pacientes que habían asistido al grupo de psicoterapia de la Unidad de Agudos. La edad media era 34 años (rango comprendido entre los 22 y 53 años), el 57% eran varones, un 48% solteros, 33% separados y el resto casados. Predominaba un nivel de escolarización medio, siendo sólo el 14% universitarios. Con respecto a la situación laboral el 52% se encontraban en situación de paro, 29% incapacitados y 19% activos. Por termino medio habían participado en 14 sesiones grupales (rango 5-24) y tenían una media de 4 hospitalizaciones (rango 1-15).

El grupo de pacientes ambulatorios estaba constituido en el momento del estudio por 11 miembros, con una edad media de 35 años (rango 28-47). El 55% eran varones, 73% solteros, 64% con un nivel de estudios secundarios, el 55% en situación laboral activa (27% parados, 18% incapacitados). La permanencia en el grupo oscilaba entre 4 meses y 5 años, con una media de 109 sesiones grupales (rango 30-264). La media de hospitalizaciones por miembro era de 3 (rango 0-8).

Procedimiento.

El instrumento utilizado para medir los factores terapéuticos fue el método Q-Sort, basado en los factores de Yalom que consiste en la administración a cada paciente de 60 tarjetas que contiene cada una de ellas una frase relacionadas con un factor terapéutico (cinco frases por cada factor terapéutico).

Los pacientes ordenaban las tarjetas en siete categorías, con la gradación desde lo que consideran más útil (2 tarjetas), extremadamente útil (6 tarjetas), muy útil (12 tarjetas), útil (20 tarjetas), poco útil (12), menos útil (6) y lo menos útil (2 tarjetas), realizándose de esta manera una distribución normal. Posteriormente, los resultados obtenidos eran interpretadas

en función de las 12 categorías de factores terapéuticos previamente establecidos: esperanza, auto-entendimiento, universalidad, aprendizaje interpersonal insumo, aprendizaje interpersonal producto, identificación, catarsis, guía, cohesión, altruismo, revalidación familiar y factor existencial (Yalom, 1985).

Para incluir a los pacientes en el estudio se requería una asistencia mínima de cinco sesiones.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante procedimientos estadísticos (Programa Sigma), realizándose un análisis estadístico básico, análisis de frecuencias, análisis de medias, desviaciones y rangos, así como comparaciones de medias entre los distintos grupos y las correlaciones entre las posibles variables.

Resultados

Tabla 1.- Comparación de medias de los factores terapéuticos					
HOSPITALIZADOS			AMBULATORIOS		
1º	ESPERANZA	63,6	1º	ESPERANZA	63,6
2º	COHESION (*)	55,8	2º	COMPRENSION (*)	61,4
3º	ALTRUISMO	55,7	3º	UNIVERSALIDAD	57,2
4º	A.I.P. PRODUCTO	54,5	4º	A.I.P. PRODUCTO	54,9
5º	UNIVERSALIDAD	50,6	5º	F.EXISTENCIAL	54,2
6º	CATARSIS	50	6º	CATARSIS	53,4
7º	COMPRENSION (*)	50	7º	ALTRUISMO	52,3
8º	F. EXISTENCIAL	50	8º	GUIA	52,3
9º	GUIA	48,1	9º	COHESION (*)	45
10º	R.FAMILIA	44,1	10º	R. FAMILIA	44,7
11º	A.I.P. INSUMO	44	11º	A.I.P. INSUMO	36,7
12º	IDENTIFICACION	34,1	12º	IDENTIFICACION	28,8

En la Tabla 1 presentamos los valores medios obtenidos en los doce factores terapéuticos. Es importante observar que el orden de la valoración de los factores terapéuticos en la tabla es un valor medio o promedio. Se ha empleado el test U de Mann-Whitney para examinar las diferencias existentes entre las dos muestras.

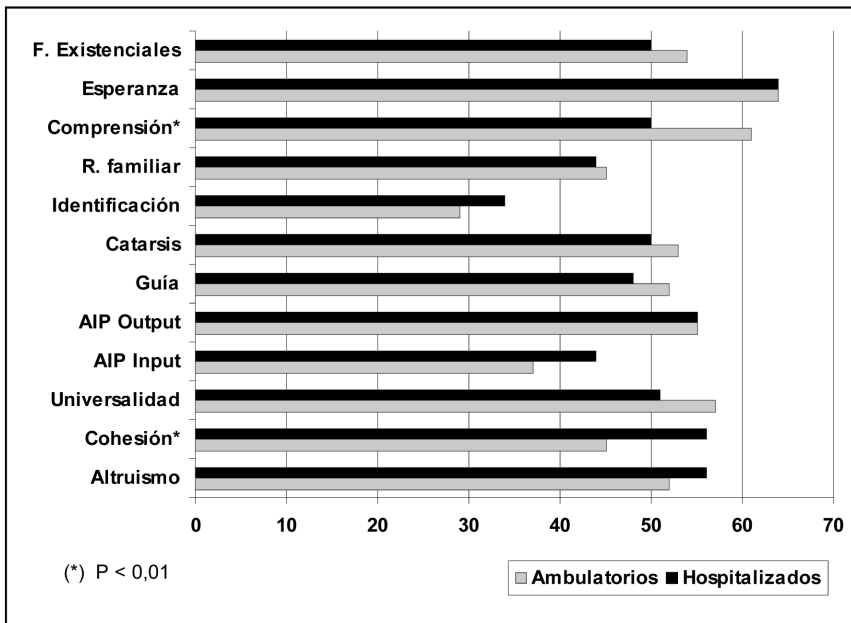


Figura 1. Comparación de medias de los factores terapéuticos entre pacientes esquizofrénicos hospitalizados y ambulatorios.

No se objetivaron diferencias ni relaciones significativas de los factores terapéuticos con las distintas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y socioeconómico). Tampoco se observó la existencia de una relación significativa de los factores terapéuticos con el número de hospitalizaciones ni con el número de sesiones grupales.

Los tres Factores Terapéuticos considerados como más útiles por los pacientes del grupo de la Unidad de Agudos fueron la Esperanza, la Cohesión y el Altruismo por este orden. En el grupo ambulatorio los tres factores terapéuticos seleccionados como más importantes fueron la Esperanza, la Comprensión y la Universalidad. Es de destacar que el factor terapéutico valorado en primer lugar por los pacientes de ambos grupos fue la Esperanza.

También coinciden los tres factores menos puntuados en ambos grupos que fueron la identificación, el aprendizaje interpersonal insumo (input) y la revalidación familiar según el orden expuesto en la tabla.

Las diferencias entre las medias de los factores terapéuticos que se obtuvieron en ambos grupos fueron estadísticamente significativas única-

mente para dos de los doce factores terapéuticos, la Comprensión (más valorada por los pacientes del grupo ambulatorio) y la Cohesión (más puntuada por los pacientes ingresados).

Discusión

En nuestro estudio hallamos que las distintas valoraciones de los factores terapéuticos no se explicaba por las diferencias individuales (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y nivel socioeconómico), lo que coincide, en general, con otras investigaciones anteriores que hallaron que las variables grupales parecen más importantes que las diferencias individuales en la valoración de los factores terapéuticos por parte de los pacientes. Únicamente el nivel de funcionamiento del paciente y el nivel educacional parecen ser relevantes y estar relacionado significativamente con el ranking de FT (Rohrbaugh & Bartles, 1975; Bloch et al, 1981; Yalom, 1985).

El factor valorado como más útil por los miembros de ambos grupos, tanto hospitalizados como ambulatorios, fue la esperanza. El observar y mantener un contacto continuo con otros miembros del grupo que han mejorado y superado problemas muy similares con mayor efectividad ejerce un efecto beneficioso. La instilación de la esperanza es crucial en todo tipo de psicoterapias, no solo porque permite el desarrollo de otros FT, sino también por sí misma. Numerosos investigadores ha demostrado que una expectativa de ayuda antes de la terapia se correlaciona significativamente con un resultado terapéutico positivo (Bloch, 1979; Yalom, 1985).

La esperanza parece ser un factor dominante en grupos de autoayuda y en grupos breves de pacientes internados. Yalom (1985) observa que los grupos hospitalizados valoran mucho más que los ambulatorios la esperanza, explicando que puede ser debido a que los pacientes cuando se encuentran ingresados en la Unidad de Agudos presentan una gran desmoralización y desesperanza respecto a su futuro, considerando el mejor antídoto la presencia de otros pacientes que han pasado por la misma situación superándola.

Nosotros, encontramos que este factor es muy valorado también en los grupos ambulatorios a diferencia de otros autores, en los que no aparece la esperanza como uno de los factores más relevantes (Yalom, 1985). Esto podría deberse a que el grupo ambulatorio, al ser un grupo abierto, es heterogéneo respecto al grado de mejoría que tienen sus miembros, lo que

ofrece la oportunidad a los pacientes recién incorporados de observar la mayoría que han experimentado otros miembros del grupo.

La comprensión de uno mismo es uno de los factores fundamentales en la mayoría de los grupos de psicoterapia. Se pueden diferenciar dos categorías principales de insight, por una parte el referido a la comprensión por el paciente de sus procesos psicológicos (sentimientos, pensamientos, actitudes, fantasías o sueños), y por otra el entendimiento de las relaciones con los otros. Esta segunda categoría estaría más relacionada con el aprendizaje interpersonal (Bloch et al, 1981).

En nuestro estudio existe entre ambos grupos una diferencia significativa. Estos resultados son congruentes con los de investigaciones anteriores (Bloch et al, 1980; Butler & Fuhrman, 1983; Kapur, 1988; Macaskill, 1982).

Para los pacientes ambulatorios la comprensión de uno mismo es un factor fundamental que favorece el cambio personal (Bloch & Crouch, 1985). Yalom (1985) considera que cuando aparecía algún tipo de aprendizaje cognitivo éste se relacionaba con resultados terapéuticos positivos, encontrando de gran importancia ciertas formas de cognición en el proceso del cambio.

El hecho de que nuestro grupo ambulatorio sea un grupo abierto en el que existen pacientes con distintos niveles de insight permite a los más rezagados obtener ayuda en la propia autoobservación y autoconocimiento a través de los comentarios que los demás miembros del grupo le aportan; a su vez a los de más insight su identificación con aquellos les permite insights retrospectivos o reactualizados, fomentando las autorevelaciones, ayudando a tener una perspectiva continuada del camino recorrido y del proceso terapéutico (González de Chávez, 1997a).

Los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos no se encuentran en condiciones de reflexionar sobre sus problemas y la ansiedad que les podría generar el conocimiento de uno mismo hace que incluso esté contraindicado. En cambio, sí es posible el aprendizaje interpersonal que produce menos angustia (Butler & Fuhrman, 1983; Kapur, 1988).

Entendemos por cohesión el sentimiento de pertenencia experimentado por los miembros del grupo. El paciente se siente aceptado y menos aislado de los otros (Lovett & Lovett, 1991). Ha sido considerada como un fenómeno análogo a la "*alianza terapéutica*" de psicoterapia individual (MacKenzie, 1990).

Dentro del concepto de cohesividad se pueden distinguir tres dimensiones: a) *cohesividad grupal*, que se refiere al espíritu de cuerpo, unificación del grupo e identificación grupal, b) *aceptación*, que refleja el senti-

miento de pertenencia, pérdida del sentimiento de aislamiento, tolerancia del grupo y del terapeuta hacia el paciente y aceptación por el grupo y c) *apoyo*, incluyéndose en dicho término tanto el soporte emocional, las relaciones de apoyo y el consuelo grupal (Bloch & Crouch, 1985).

Respecto a la valoración de la cohesión como uno de los factores más útiles en el grupo de pacientes hospitalizados nuestros resultados son concordantes con los de investigaciones anteriores en grupos de corta duración: grupos de pacientes alcohólicos, de pacientes neuróticos y de trastornos de personalidad. En relación a la valoración de la cohesión por pacientes de grupos de larga duración los resultados no son tan homogéneos. Mientras que hay autores que encuentran que la cohesión sigue siendo uno de los factores más importantes, en otras investigaciones no se encuentran entre los más valorados (Bloch, 1980; Lovett & Lovett, 1991; Macaskill, 1982; Yalom, 1985).

Mackenzie (1990) considera la cohesión como una condición para el cambio, necesaria para la efectividad grupal. Podría interpretarse como una variable antecedente necesaria e imprescindible para el inicio del grupo, que permite el desarrollo de otros factores terapéuticos (Dies, 1997).

En etapas tempranas de la terapia la cohesión grupal opera como un factor terapéutico a través de facilitar la aceptación, y más tarde a través de la interrelación existente entre la estima grupal y la propia autoestima, y a través de su papel en el aprendizaje interpersonal.

En los grupos de pacientes hospitalizados al ser de corta duración se dispone de poco tiempo, por lo que es prioritario el desarrollo de la cohesión grupal. Además favorece el sentimiento de aceptación social, tan necesario para el paciente en estos momentos críticos (Pam & Kemker, 1993).

Dicho factor grupal siempre ha sido reconocido como un factor muy potente y beneficioso de la psicoterapia grupal relacionándose con resultados favorables (Thygesen, 1992).

Conclusiones

Cuando un terapeuta va a formar un grupo nuevo de terapia en un setting especializado el primer paso es determinar los objetivos y factores terapéuticos apropiados para dicho grupo. Hay también que tener en cuenta que las necesidades de los pacientes y los objetivos de la terapia cambian durante el curso de la misma.

Los grupos de corta duración de pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan unas dificultades específicas derivadas del rápido recambio de pacientes, el elevado nivel de patología y una baja motivación para la terapia. Consideramos que los Factores de Apoyo, descritos por Mackenzie, son de gran importancia y utilidad, ya que promueven el sentido de pertenencia y cuidado, facilitan la alianza terapéutica, el clima terapéutico del grupo y la aceptación de si mismos y de otros miembros. Así mismo ayudan a que los pacientes adopten un papel activo en la lucha contra la desmoralización y la baja autoestima.

Sin embargo, en los grupos ambulatorios de larga duración, con una orientación dinámica, son los Factores de Trabajo Psicológico o de Insight los más relevantes. Constituyen los mecanismos dominantes y son propios de los estados más avanzados de la terapia grupal.

Bibliografía

- Bloch, S., Reibstein, J., Crouch, E., Holroyd, P. & Thermen, J. (1979). "A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy". *British Journal of Psychiatry*, 134: 257-263.
- Bloch, S. & Reibstein, J. (1980). "Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy". *British Journal of Psychiatry*, 137: 274-278.
- Bloch, S., Crouch, E. & Reibstein, J. (1981). "Therapeutic factors in group psychotherapy". *Arch. Gen. Psychiatry*, 38: 519-526.
- Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford Medical Publications.
- Butler, T. & Fuhrman, A. (1983). "Level of functioning and length of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy". *Int. J. Group Psychother.*, 33 (4): 489-503.
- Corsini, R.J. & Rosenberg, B. (1955). "Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics". *Journal of Abnormal Social Psychology*, 51: 406-411.
- Dies, R.R. (1997). "Comments on issues raised by Slavson, Durkin, and Scheidlinger". *International Journal of Group Psychotherapy*, 47 (2): 161-168.
- Fraille, J. C. (1997). "Terapia grupal en el esquizofrénico hospitalizado". Curso sobre Psicoterapia familiar y de grupo en la esquizofrenia. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid. 28 y 29 de Noviembre de 1997.
- Fuhrman, A. (1997). "Comments on issues raised by Slavson, Durkin, and Scheidlinger". *International Journal of Group Psychotherapy*, 47 (2): 169-174.
- González de Chávez, M. (1985). "Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 14: 335-341.

González de Chávez, M. et al (1997a). "Análisis comparativo de dos tipos de grupos psicoterapéuticos para pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios". Curso sobre Psicoterapia familiar y de grupo en la esquizofrenia. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid. 28 y 29 de Noviembre de 1997.

Gonzalez de Chavez, M. (1997b) "¿Por qué psicoterapia de grupo en la esquizofrenia?". Curso sobre Psicoterapia familiar y de grupo en la esquizofrenia. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid. 28 y 29 de Noviembre de 1997.

Kapur, R. (1988). "Therapeutic Factors within in-patient and out-patient psychotherapy groups". *British Journal of Psychiatry*, 152: 229-233.

Lovett, L. & Lovett, J. (1991). "Group therapeutic factors on an Alcohol In-patient Unit". *British Journal of Psychiatry*, 159: 365-370.

Macaskill, N. (1982). "Therapeutic factors in group therapy with Borderline patients". *Int. J. Group Psychother.* 32 (1):61-73.

MacKenzie, K. Roy, M.D. (1990). "Introduction to Time-Limited Group Psychotherapy". American Psychiatric Press Inc.

Mackenzie, K.R. (1997). "Comments on issues raised by Slavson, Durkin, and Scheidlinger". *International Journal of Group Psychotherapy*, 47 (2): 175-181.

Pam, A. & Kemker, S. (1993). "The captive group: guidelines for group therapists in the inpatient setting". *International Journal of Group Psychotherapy*, 43 (4): 419-437.

Rohrbaugh, M. & Bartels, B.D. (1975). "Participants' perceptions of "curative factors" in therapy and growth groups". *Small Group Behavior*, 6 (4): 430-456.

Thygesen, B. (1992). "'Diversity" as a group-specific therapeutic factor in group-analytic psychotherapy". *Group Analysis*, 25: 75-86.

Yalom, I. D.(1985). "The theory and practice of group psychotherapy". (3th ed.). New York: Basic Books.

Factores terapéuticos e insight en terapia de grupo ambulatoria para pacientes diagnosticados de esquizofrenia

Ignacio García Cabeza y Manuel González de Chávez

Introducción

El presente estudio se añade a la literatura que pretende encontrar factores comunes entre distintos modelos psicoterapéuticos (Norcross y Goldfried, 1992) y elementos que inducen el cambio en cada modelo de intervención (Frank, 1973; Jackson, 1999; Slipp, 1993).

En una revisión de artículos previos, Corsini y Rosenberg (1955) clasifican por primera vez los mecanismos esenciales para el éxito terapéutico en la psicoterapia de grupo. Sin embargo no es hasta pasadas más de dos décadas cuando comienza el verdadero desarrollo e investigación sobre los mismos (Bloch y Crough, 1985; Yalom, 1985; MacKenzie, 1990). En gran medida este impulso se debe a la aparición de instrumentos válidos y fiables que permiten la replicación y comparación de estudios, especialmente el cuestionario sobre factores terapéuticos Q-sort de Yalom.

Dentro de los factores terapéuticos, entendidos como los mecanismos de cambio, es probablemente el “autoconocimiento” el más valorado dentro de la psicoterapia dinámica de larga duración. Hace referencia a la

des-represión y la capacidad de vincular pasado y presente, a cómo el paciente aprende sobre su conducta, suposiciones, motivaciones y, fantasías o pensamientos inconscientes (Yalom, 1985). Se asocia con aspectos personales, relaciones interpersonales y acontecimientos biográficos y familiares que el paciente descubre durante la terapia. En una revisión de 20 estudios ambulatorios, en 15 se encuentra entre los más valorados y en 7 de ellos es el elegido como el más importante (Rico, 1997).

El insight está claramente relacionado con el factor terapéutico grupal “autoconocimiento”. Se entiende el insight como la visión que el paciente tiene de su trastorno mental y de sí mismo. Es un concepto multidimensional que incluye la suma de numerosos factores: estilos de afrontamiento y mecanismos de defensa (Blackman, 2004; Frydenberg, 2002; Snyder, 1999; Vaillant, 1992); creencias y mentalidad psicológica, que son un producto cultural y biográfico del sujeto (Herzlich & Pierret, 1987; Jenkins & Barret, 2004; Kleinman, 1980; McCallum & Piper, 1997); y otros asociados con la negación, proyección o regresión cognitiva de la psicosis, en donde también existen déficits neuropsicológicos (Beitman & Nair, 2004; Cooke, Peters, Kuipers & Kumari, 2005).

El insight del paciente psicótico descansa en una dimensión que va desde la falta de reconocimiento del carácter subjetivo de su trastorno a la aceptación de su carácter psicopatológico. Esta aceptación la forman diferentes tipos de atribución, algunas de las cuales son culturales y no-psicológicas (de naturaleza física, tóxica o mágica) y otras que sí son psicológicas. Éstas últimas incluyen el reconocimiento de acontecimientos personales, familiares o biográficos, o variables que el paciente considera que pueden contribuir a la irrupción de experiencias o episodios psicóticos y sus características (González de Chávez & Capilla, 1993a). El nivel de insight tiene especial importancia en el caso de pacientes esquizofrénicos dado que se relaciona con la aceptación del carácter subjetivo de sus trastornos, la búsqueda de ayuda terapéutica y la adherencia al tratamiento, y aunque de forma no concluyente con el curso, calidad de vida, funcionamiento y pronóstico final de la enfermedad (Amador & David, 1998; David, 1998; Marková, 2005).

El objetivo de terapias tanto individuales como familiares y grupales ha sido siempre que el paciente psicótico alcance el mayor grado de insight posible (Alanen, González de Chávez, Silver & Martindale, 2009; Battegay & Benedetti, 1971; Battegay & Von Marshall, 1978; Benedetti, 1987; Gunderson et al, 1984; McGlashan, 1987; Strauss et al, 1980; Ugelstad, 1965).

La terapia de grupo presenta una serie de características específicas y factores terapéuticos que facilitan al paciente a admitir el carácter subjeti-

vo de su trastorno psicótico y, basándose en la aceptación del trastorno adquirir mayor nivel de insight sobre el mismo (González de Chávez, 2009; González de Chávez & García Ordás, 1992; González de Chávez & Capilla, 1993 a,b). A pesar de todo esto el número de estudios sobre factores terapéuticos grupales en pacientes psicóticos es escaso, además no se trata de grupos diagnósticos homogéneos sino que también incluyen trastornos afectivos y de personalidad y, en un realizados en un contexto hospitalario (Maxmen & Hanover 1973; Schaffer & Dreyer 1982; Leszcz et al 1985; Kahn et al 1986). Entre los realizados en medio ambulatorio destacan dos: el de Butler y Fuhrman (1980), en hospital de día y donde se incluyen además de la psicosis otros trastornos mentales graves y, las investigaciones de nuestro centro, los únicos hasta donde conocemos, con homogeneidad diagnóstica y que comparan grupos de pacientes ambulatorios y hospitalizados (González de Chávez et al, 2000; Rico & Sunyer, 2001).

El presente estudio pretende descubrir, usando el cuestionario Q-sort de Yalom, los factores terapéuticos considerados más importantes por parte de pacientes esquizofrénicos que acuden a psicoterapia de grupo y determinar si el orden de estos factores, especialmente el autoconocimiento, varía en función del grado de insight por los pacietnes.

Material y métodos

Modelo de intervención

Se trata de grupos ambulatorios abiertos, a los que acuden entre 9 y 12 pacientes, con periodicidad semanal y una duración entre 90-120 minutos. Son grupos con orientación psicodinámica. Basados en el modelo descrito por Yalom (1985), quien propone el grupo como vehículo de cambio, aprovechando las características interpersonales y las interacciones grupales únicas. Sin embargo, cuando el grupo adquiere la suficiente cohesión y los pacientes están estabilizados, también intentamos incorporar experiencias personales y biográficas en la discusión grupal, favoreciendo la integración de las experiencias psicóticas (González de Chávez et al 1999).

Muestra

Se evaluaron 17 pacientes, clínicamente estables con diagnóstico de esquizofrenia según DSM-IV (15 paranoides y 2 residual, con diferentes for-

mas de evolución, 5 episódicas con remisión completa y el resto con episodios con remisiones parciales), que habían acudido de forma regular durante al menos un año a uno de los dos grupos ambulatorios conducidos por los autores. La media de meses en terapia fue 24.6 (d.e.=7.8) y, la media del número de sesiones 130.15 (d.e.=113.89). El 64.7% de los pacientes puntuó por encima de 70 en la escala de valoración del funcionamiento global (GAF). Esta escala evalúa presencia de síntomas y dificultades sociales, laborales y académicas, que sólo se puntuaron como severos (GAF<40) en dos casos.

Otras características de la muestra aparecen en la tabla 1.

Tabla 1
Características de la muestra.

Edad	35.1, d.e. 7.3 (22-45)
Edad de inicio de la enfermedad	27.8, d.e. 7.13 (18-41)
Género	
Hombre	64.7%
Mujer	35.3%
Estado civil	
Soltero	82.4%
Casado	17.6%
Nivel educativo	
Primaria	17.6%
Secundaria	47.1%
Universitario	35.3%
Actividad laboral	
Trabajando	41,2%
En paro	35.3%
Empleo protegido	5.9%
Jubilados por enfermedad	17.6%
Ingresos previos	2.6, s.d. 1.9 (0-7)
Ingresos en el año previo	0.29, s.d. 0.47 (0-1)
BPRS total	20.82, s.d. 12.38 (0-35)
GAF	67.73, s.d.12.72 (50-90)
SAI-E	22.5, s.d. 3.38 (15-28)
Nivel de insight (Camarillo)	
4-5	23.5%
6-7	29.4%
8-9	47,1%

*Los descriptivos se refieren a medias.
Entre paréntesis aparecen los rangos.*

Procedimiento

Todos los pacientes que estaban diagnosticados de esquizofrenia y habían completado al menos un año de terapia de grupo aceptaron participar. El estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. El procedimiento se realizó una vez verificado que los pacientes lo entendían correctamente y dieron su consentimiento informado.

Los pacientes acuden a nuestro programa terapéutico procedentes de la Unidad de Agudos de nuestro hospital. Éste consiste en un programa de terapias combinadas con sesiones grupales semanales además de tratamiento psicofarmacológico (14 de los 17 pacientes recibían antipsicóticos y 3 benzodiacepinas) y terapia individual (normalmente una vez al mes). El objetivo principal de la terapia individual es el apoyo, el control del tratamiento farmacológico y profundizar en algunos aspectos tratados durante las sesiones grupales. A veces se añaden intervenciones familiares, pero en ningún caso terapia familiar en sentido estricto.

Los pacientes se incorporan al programa terapéutico en función de una serie de características, principalmente el grado de motivación para participar en él y una mínima capacidad de insight y comunicación verbal (González de Chávez, García Cabeza & Fraile, 1999).

Las entrevistas las llevó a cabo un evaluador independiente con entrenamiento específico en las escalas utilizadas y ajeno a cualquier tipo de tratamiento de los pacientes. El procedimiento seguido incluía una entrevista semiestructurada en la que se rellenaba el cuestionario sociodemográfico y escalas (BPRS, GAF, niveles de insight de Camarillo). La escala autoaplicada de insight (SAI-E) se administraba a los pacientes antes que el cuestionario Q-sort de Yalom.

Instrumentos

Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de todos los pacientes mediante un cuestionario que incluía: edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, tipo convivencia, edad de inicio del trastorno, número de ingresos totales y en el último año, forma de evolución, adherencia y tipo de tratamiento, consumo de tóxicos, tiempo y asistencia al grupo.

Además los datos clínicos y de funcionamiento se recogieron mediante las BPRS y GAF. LA BPRS es un instrumento de evaluación clínica que

evalúa 18 síntomas o signos frecuentes en los trastornos mentales, en la versión utilizada cada ítem puntúa de 0 a 4 según gravedad (Overall y Gorham, 1962). La escala de funcionamiento global (GAF) evalúa en una escala de 1 a 100, con definiciones para cada intervalo de 10, un continuo salud-enfermedad mental, incluyendo además de aspectos psicopatológicos, el funcionamiento social, familiar y laboral del paciente, la versión utilizada es la que aparece en el Manual DSM-IV.

El insight se evaluó mediante dos escalas: una cuantitativa, la SAI-E de Kemp y David (1997) y, la cualitativa de Camarillo (1969). En la primera los pacientes valoran 11 ítem, 8 de 0-2 y otros 3 ítem hasta 4 (máximo 28 puntos). Se trata de una versión modificada y expandida de la original SAI, que refleja las tres dimensiones del insight que describe David (1990): la aceptación de la enfermedad, la necesidad de tratamiento y el juicio de realidad sobre los síntomas psicóticos. La escala de Camarillo permite colocar a los pacientes en 9 grados de insight desde el 1 (donde el paciente niega tener ningún trastorno) hasta el 9 (con insight psicológico). En realidad sólo determina 5 niveles de insight ya que las puntuaciones intermedias son de transición entre un nivel y otro. Nosotros a efectos de análisis estadístico sólo hemos considerado estos cinco grupos, añadiendo los valores pares al punto inmediatamente superior.

Los factores terapéuticos se estudiaron con la versión estándar del cuestionario Q-sort de Yalom. En éste se administran 60 tarjetas a los pacientes, cada una de las cuales contiene una frase que se relaciona con un factor. Así por ejemplo el factor instilación de esperanza lo definen frases del tipo: "ver que otros mejoran me estimula" o "saber que el grupo ha ayudado a otros con problemas similares a los míos me anima" y; el factor autoconocimiento por otras como: "aprendo que cómo me siento y comporto hoy está relacionado con mi infancia y desarrollo (hay motivo en mi vida temprana que explican por qué soy como soy)" o "aprender que reacciono ante determinadas personas o situaciones de forma poco realista (con sentimientos que de algún modo pertenecen a etapas precoces de mi vida). Los pacientes organizan las tarjetas en 7 categorías atendiendo a su grado de utilidad: lo más útil (2 tarjetas), extremadamente útil (6), muy útil (12), útil (20), no muy útil (12), poco útil (6), lo menos útil (2). Después se interpretan, atribuyéndolas a las doce categorías de factores terapéuticos previamente establecidas: esperanza, autoconocimiento, universalidad, aprendizaje interpersonal input y output, identificación, catarsis, guía, cohesión, altruismo, renacimiento de la familia de origen y factor existencial.

Análisis estadístico

Se estudió la relación entre variables cuantitativas del insight mediante el coeficiente de correlación de Pearson (factores terapéuticos, SAI-E, BPRS, GAF y otras variables cuantitativas del cuestionario) y con el coeficiente de correlación de Spearman cuando se relacionaban éstas con variables categóricas (niveles de insight de Camarillo).

Dado el pequeño tamaño de la muestra, para comparar medias se utilizaron tests no paramétricos, la U de Mann-Whitney en el caso de dos muestras independientes y el test de Kruskal-Wallis para varias muestras.

Todos los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Los resultados del análisis de factores terapéuticos aparecen en la tabla 2 y su representación en valores absolutos en la gráfica 1. En general e independientemente del grado de insight el factor mejor valorado es la instilación de esperanza seguido de autoconocimiento, altruismo y universalidad. El menos valorado es la identificación. Sin embargo sí se aprecian cambios en la valoración según el nivel de insight, aunque de forma significativa tan sólo varía el autoconocimiento ($\chi^2=7.13$; g.l.=2; $p=0.02$), mucho más valorado por aquellos pacientes que tiene un mayor grado de insight. Este hallazgo es congruente con el estudio de correlación mediante el coeficiente de Pearson entre los factores terapéuticos y el insight medido con la escala SAI-E: tan sólo se produce una correlación significativa con el factor autoconocimiento ($r=0.527$; $p=0.030$).

No encontramos relaciones significativas entre ninguno de los factores terapéuticos tiempo en terapia, edad de inicio de la enfermedad, con las puntuaciones de BPRS o GAF, ni con el grado de adherencia al tratamiento.

Entre las variable sociodemográficas, tan sólo encontramos diferencias significativas en la valoración de los factores terapéuticos, con relación al género. Las mujeres valoran significativamente mejor el autoconocimiento ($U=13.0$; $p=0.04$) que los hombres, mientras que éstos lo hacen con el aprendizaje input ($U=3.0$; $p=0.002$). No encontramos relación de ningún factor con el estatus legal, nivel de estudios, años de escolarización, estatus laboral y tipo de convivencia. Tampoco existían diferencia en cuanto al cuál de los dos grupos asistían.

Tabla 2

Factores terapéuticos. Comparación de medias para muestra total y según grado de insight de Camarillo.

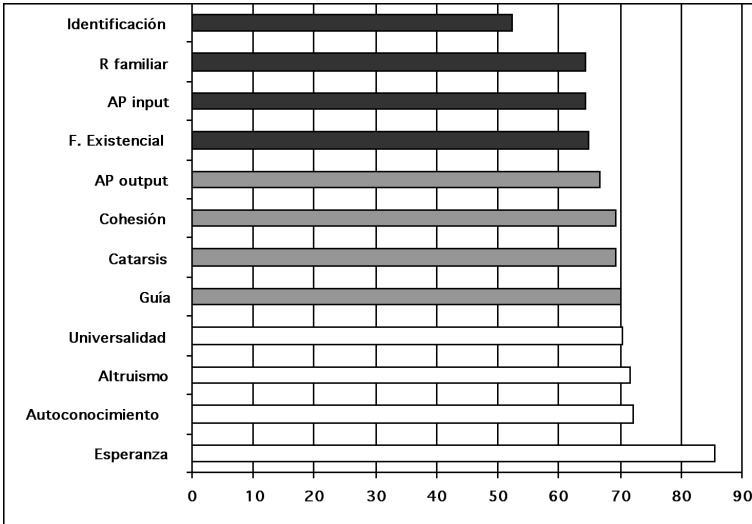
	Más valorados	Valoración media	Menos valorados
Total (n=17)	Esperanza (5.04±0.76)	Guía (4.13±0.76)	F. existencial (3.93±0.83)
	Comprensión (4.25±0.75)	Catarsis (4.08±0.84)	AP input (3.79±0.53)
	Altruismo (4.22±1.01)	Cohesión (4.07±0.75)	R. familiar (3.78±0.47)
	Universalidad (4.14±0.53)	AP output (3.93±0.5)	Identificación (3.08±0.83)
Nivel 4-5 de insight (n=5)	Esperanza (5.0±0.57)	Cohesión (4.15±1.02)	AP input (3.72±0.10)
Aceptación de trastorno mental sin percibir que intervengan elementos personales o psicológicos	Altruismo (4.5±1.01)	R. familiar (4.05±0.64)	Autoconocimiento * (3.68±0.70)
	F. existencial (4.20±1.03)	AP output (4.04±0.26)	Guía (3.64±0.66)
	Catarsis (4.16±0.93)	Universalidad (4.0±0.70)	Identificación (3.40±0.74)
Nivel 6-7 de insight (n=4)	Esperanza (5.16±0.43)	Cohesión (4.06±0.71)	Universalidad (3.93±1.14)
Conciencia explícita de participación de factores psicológicos y biográficos en la psicosis	Guía (4.45±0.52)	Autoconocimiento * (4.05±0.30)	AP input (3.85±0.41)
	Catarsis (4.35±1.18)	AP output (4.05±0.52)	R. familiar (3.31±0.87)
	F. existencial (4.25±0.86)	Altruismo (3.93±1.00)	Identificación (2.90±0.52)
Nivel 8-9 de insight (n=8)	Esperanza (5.0±1.02)	Altruismo (4.18±1.11)	AP output (3.80±0.63)
Entienden su psicosis como parte de sus problemas y de ellos mismos	Autoconocimiento * (4.70±0.7)	Cohesión (4.03±0.68)	AP input (3.80±0.75)
	Universalidad (4.34±0.58)	Catarsis (3.90±0.65)	F. existencial (3.62±0.65)
	Guía (4.27±0.83)	R. familiar (3.84±0.55)	Identificación (2.97±0.61)

*La única diferencia significativa entre grupos la encontramos en el factor autoconocimiento ($\chi^2=7.13$; g.l.=2; $p=0.02$)

AP= aprendizaje interpersonal

Los números entre paréntesis debajo de cada factor indican la media y desviación estándar

Sí existe una correlación altamente significativa entre insight medido con la SAI-E y menos psicopatología con la BPRS ($r= -0.86$; $p=0.001$) y mejor funcionamiento global con el GAF ($r=0.84$; $p=0.001$). También es al-



Gráfica 1. Factores terapéuticos.

ta la correlación entre el insight medido de forma cuantitativa (SAI-E) y de forma cualitativa (Camarillo) ($\rho=0.87$; $p=0.000$).

Discusión

En general las limitaciones del estudio vienen determinadas por la propia intervención psicoterapéutica, se trata de muestras pequeñas y no representativas de la población general de pacientes con esquizofrenia, aunque sí de aquellos que acuden a terapia de grupo, lo que supone un sesgo de selección. Por ejemplo, paciente con deterioro cognitivo, falta de motivación y sin una mínima capacidad de comunicación o un nivel educativo muy bajo se excluyen de las psicoterapias de grupo. De hecho en nuestra muestra son pacientes con escasa sintomatología, buen funcionamiento global y alto nivel de insight.

A pesar de ello nuestros resultados mimetizan los ya obtenidos en un estudio previo (González de Chávez et al 2000) donde esperanza, auto-comprensión y universalidad son los factores más valorados por los pacientes. Identificación, aprendizaje input y revalidación familiar son los

factores considerados de menos importancia. También son bastante parecidos a los obtenidos en uno de los grupos de Rico y Sunyer (2001) donde es también la esperanza el factor más valorado y la identificación el menos. El hecho que todos estos grupos tengan la misma orientación y los terapeutas se halla formado en el Hospital Gregorio Marañón, bajo la supervisión del Dr. González de Chávez, habla mucho sobre la fiabilidad y validez del cuestionario y los estudios. Además el hallazgo de la esperanza como factor más valorado es independiente del nivel de insight que tengan los pacientes.

Yalom (1985) fue el primero que incluye la instilación de esperanza como factor terapéutico al reconocer su importante papel, no sólo para mantener al paciente en tratamiento, sino también que creer que la mejoría es posible puede ser efectivo desde el punto de vista terapéutico. Es muy beneficioso para el paciente el optimismo con relación a sus posibilidades de cambio, al observar el progreso de los demás, especialmente en las fases iniciales de la terapia. En un estudio con 100 pacientes ingresado en una Unidad de Agudos (trastornos afectivos y esquizofrenia), Maxmen y Hanover (1973) encuentran que la esperanza era un factor clave en grupos de pacientes hospitalizados, desmoralizados y desesperados; la presencia de otros pacientes que han pasado y superado esta situación es clave en la recuperación. Este mismo hecho puede producirse en grupos ambulatorios, sobre todo en aquellos como los nuestros que son abiertos y entran pacientes en periodos de poscrisis (tras haber sido hospitalizados, desesperanzados, sin saber si van a poder recuperarse...) y con una enfermedad estigmatizante, como la esquizofrenia, donde además se producen recaídas que hace que se inicie nuevamente el proceso de recuperación. Así, la esperanza puede y debe estar siempre presente. Yalom (1985) afirma que la esperanza actúa en grupos homogéneos con enfermos graves favoreciendo la asistencia. Algunos autores, incluso desde posturas psicoanalíticas, consideran el fomento de la esperanza como un elemento clave en la psicoterapia individual de la psicosis, a la hora de empezar a aprender y pensar (Tizón, 1992). El grupo cuenta con la ventaja adicional de que aquella no viene dada por el equipo terapéutico sino por quienes padecen trastornos y vicisitudes similares.

Mayor concordancia existe al situar el autoconocimiento como uno de los factores más valorados en las terapias grupales ambulatorias (Berzon et al 1963; Butler y Fuhrman, 1980, 1983; Bloch y Reibstein, 1980; Kapur et al 1988; Hobbs et al 1989, Almenta et al 1994), aunque ninguno de estos estudios evalúa pacientes psicóticos. Sin embargo en nuestro caso los resultados son significativamente distintos según el

grado de insight alcanzado. Sólo los pacientes con más insight sitúan el autoconocimiento entre los factores más valorados; para los de menor insight, otros factores como el altruismo o consejo tienen mayor peso. En cualquier caso hoy día, como también nosotros postulamos en nuestro modelo de intervención, las terapias dinámicas no pueden olvidarse nunca de incluir el apoyo. Ya el estudio de Boston (Gunderson et al 1984) puso de manifiesto que terapias introspectivas no obtenían resultados superiores a las de apoyo, y McGlashan (1994) propone con acierto la integración de estrategias de apoyo en los abordajes de las psicoterapias dinámicas. Apoyo e insight no son excluyentes y los encuadres de las terapias deben ajustarse a las necesidades de los pacientes (Alanen, 2009) y las posibilidades de terapeutas y dispositivos asistenciales (García Cabeza, 2009).

En las últimas décadas el concepto de insight ha evolucionado. Desde el ya descrito paso a la consciencia de procesos inconscientes, actualmente se considera como la toma de conciencia por parte del paciente de cambios en su experiencia. En cualquier caso el nivel clínico de insight es igualmente importante. El diseño de nuestro estudio impide hacer inferencias entre la correlación positiva con el funcionamiento y la negativa con la psicopatología, aunque estos hallazgos son congruentes con la literatura (David et al 1992; Marková y Berrios 1992; Amador et al 1993; Kemp y Lambert 1995; García Cabeza et al 1999).

Aunque el insight es un concepto complejo con implicaciones multidimensionales, nuestros hallazgos nos permiten incluir los factores terapéuticos como elementos de cambio en el insight del paciente esquizofrénico. La psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos introduce numerosos factores facilitantes del autoconocimiento: se aprovecha de forma directa e indirecta los insights y aprendizajes de las múltiples relaciones especulares del grupo para sacar a los pacientes de su aislamiento y singularidad, ayudándoles en las aceptaciones y reconceptualizaciones del proceso terapéutico y promoviendo el autoconocimiento y cambio (González de Chávez y Capilla 1993 a,b; González de Chávez et al 1999).

Para finalizar y a modo de conclusión queremos hacer hincapié en el efecto recíproco que se produce en la relación entre el insight y la valoración del factor terapéutico autoconocimiento. Según el paciente adquiere un mayor insight valora más éste elemento como factor terapéutico grupal pero a su vez, interesarse y valorar el autoconocimiento incrementa las posibilidades de adquirir un mejor y mayor insight.

Bibliografía

- Alanen, Y. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenic group psychoses. *Psychosis, Psychological, Social and Integrative Approaches*, DOI: 10.1080/17522430902795667
- Alanen, Y.O., González de Chávez, M., Silver, A.L., & Martindale, B. (2009). *Psychotherapeutic approaches to schizophrenia psychosis. Past, present and future*. London: Routledge.
- Almenta, E., García Robles, M.P., & González Duro, E. (1994). Factores terapéuticos en dinámica grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 48, 83–97.
- Amador, X.F., & David, A. (2005). *Insight and psychosis*. (2nd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., & Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873–879.
- Battegay, R., & Benedetti, G. (1971). Psychodynamic approach to group-therapy and to psychotherapy of psychotics. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 224.
- Battegay, R., & Von Marshall, R. (1978). Results of long-term group psychotherapy with schizophrenics. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 349–353.
- Beitman, B., & Nair, J. (2004). Self-awareness deficits in psychiatric patients. *Neurobiology, assesment and treatment*. New York: W.W. Norton.
- Benedetti, G. (1987). *Psychotherapy of schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Berzon, B., Pious, C., & Farson, R.E. (1963). The therapeutic event in group psychotherapy: A study of subjective reports by group members. *Journal of Individual Psychology*, 19, 104–112.
- Blackman, J. (2004). *101 defenses. How the mind shields itself*. New York: Brunner Routledge.
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bloch, S., Crouch, E., & Reibstein. (1981). Therapeutic factors in group psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 519–526.
- Bloch, S., & Reibstein, J. (1980). Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 137, 274–278.
- Butler, T., & Fuhrman, A. (1980). Patients perspective on the curative process: A comparison of day treatment and outpatients psychotherapy groups. *Small Group Behaviour*, 11, 371–388.
- Butler, T., & Fuhrman, A. (1983). Level of functioning and length of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 189–205.
- Cooke, M.A., Peters, E.R., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 4–17.

- Corsini, R.J., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 51, 406–411.
- David, A., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599–602.
- David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798–808.
- David, A.S. (1998). The clinical importance of insight. In: X.F. Amador, & A.S. David (Eds.). *Insight and psychosis*. Oxford: Oxford University Press.
- DSM-IV. (1993). *Diagnostic and Statistical Manual*. Washington: APA.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion & healing*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Frydenberg, E. (2002). *Beyond coping*. Oxford: Oxford University Press.
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 101, 9–25.
- García Cabeza, I., Sánchez, E., Sanz, M., & González de Chávez, M. (1999). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 211–216.
- González de Chávez, M. (2009). Group psychotherapy and schizophrenia. In: Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A.L. Silver, & B. Martindale (Eds.). *Psychotherapeutic approaches to schizophrenia psychosis: Past, present and future*. London: Routledge.
- González de Chávez, M., & Capilla, T. (1993a). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos (I). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44, 29–34.
- González de Chávez, M., & Capilla, T (1993b). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos (II). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 45, 103–112.
- González de Chávez, M., & García-Ordás, A. (1992). Group therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to schizophrenia. In A. Webart, & J. Cullberg (Eds.). *Psychotherapy of schizophrenia – Facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press.
- González de Chávez, M., García Cabeza, I., & Fraile, J.C. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 72, 573–586.
- González de Chávez, M., Gutiérrez, M., Ducajú, M., & Fraile, J.C. (2000). Comparative study of the therapeutic factors of group therapy in schizophrenic inpatients and outpatients. *Group Analysis*, 33, 251–264.
- Gunderson, J.G., Frank, A., Katz, H., Vanicelli, M., Frosch, J. & Knapp, P. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564–598.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1987). *Illness and self in society*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Hobbs, M., Birtchnell, S., Harte, A., & Lacey H. (1989). Therapeutic factors in short-term group therapy for women with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 623–633.

- Jackson, S.W. (1999). *Care of the psyche*. London: Yale University Press.
- Jenkins, J., & Barret, R. (2004). *Schizophrenia, culture and subjectivity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahn, E., Webster, P.B., & Storck, M. (1986). Curative factors in two types of inpatient psychotherapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 579–585.
- Kapur, R., Miller, K., & Mitchell, G. (1988). Therapeutic factors within in-patients and outpatients psychotherapy groups. *British Journal of Psychiatry*, 152, 229–233.
- Kemp, R., & David, A.S. (1997). Insight and compliance. In B. Blackwell (Ed.). *Compliance and treatment alliance in serious mental illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Kemp, R., & Lambert, T. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 18, 21–28.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Leszcz, M., Yalom, I.D., & Nordem, M. (1985). The value of inpatient group psychotherapy: Patient's perception. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 41–433.
- MacKenzie, K.R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy*. (1st ed.) Washington: American Psychiatric Press.
- May, P.R.A., & Dixon, W.J. (1969). The Camarillo Dynamic Assessment Scales. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33, 1–35.
- Markova, I.S., & Berrios, G.E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159–164.
- Marková, I.S. (2005). *Insight in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maxmen, J.S., & Hanover, M.D. (1973). Group therapy as viewed by hospitalized patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 404–408.
- McCallum, M., & Piper, W. (1997). *Psychological mindedness*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- McGlashan, T. (1987). Recovery style from mental illness and longterm outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 71, 681–685.
- McGlashan, T.H. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(suppl. 384), 147–152.
- Mushet, G.L., Whalan, G.S., & Power, R. (1989). In-patients' views of the helpful aspects of group psychotherapy impact of therapeutic style and treatment setting. *British Journal of Medical Psychology*, 2, 135–141.
- Norcross, J.C., & Goldfried, M.R. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799–812.
- Rico, L. (1997). *Factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense.

- Rico, L., & Sunyer, M. (2001). Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia (II): Resultados y discusión. *Psiquis*, 22, 57-72.
- Schaffer, J.B., & Dreyer, S.F. (1982). Staff and inpatient perceptions of change mechanisms in group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 139, 127-128.
- Slipp, S. (1993). *Curative factors in dynamic psychotherapy*. London: Jason Aronson.
- Snyder, C.R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. Oxford: Oxford University Press.
- Stierlin, H. (2009). Family therapy. In Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A.L. Silver, & B. Martindale (Eds.). *Psychotherapeutic approaches to schizophrenia psychosis: Past, present and future*. London: Routledge.
- Strauss, J., Bowers, M., Downey, T., Fleck, S., Jackson, S., & Levine, I. (1980). *The psychotherapy of schizophrenia*. New York: Plenum Medical Books.
- Tizón, J.L. (1992). Psicosis, contención y esperanza: Las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. *Informaciones Psiquiátricas*, 129, 593-616.
- Ugelstad, E. (1965). Some experiences in group psychotherapy with psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 40, 239.
- Vaillant, G. (1992). *Ego mechanisms of defense*. Washington: American Psychiatric Press.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. (3rd ed.) New York: Basic Books.

Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos

Manuel González de Chávez y Teresa Capilla Roncero

Introducción

Aunque la importancia del "insight" en los enfermos mentales fue ya observada y subrayada, en las primeras décadas del presente siglo, por figuras tan relevantes como Jaspers⁽¹⁾ o Lewis⁽²⁾, debemos reconocer que este campo de la investigación psiquiátrica ha permanecido descuidado hasta los años más recientes, y no sólo en la esquizofrenia sino en todos los trastornos mentales, por lo que aún carecemos de los conocimientos y la perspectiva suficiente para tener una visión global y unitaria del fenómeno del "insight" en las enfermedades psíquicas, y su afinidad y posible paralelismo con otras cuestiones como, por ejemplo, el desconocimiento que algunos enfermos con lesiones cerebrales tienen de sus propios déficits⁽³⁾, la variada gama de actitudes de afrontamiento que acontecen ante el padecimiento de enfermedades somáticas^(4,5), o las formas diversas de adaptación a las crisis biográficas⁽⁶⁾.

Por otra parte, después de muchos años de utilización del término "insight" en la práctica clínica y psicoterapéutica, tampoco tenemos una definición consensuada y ampliamente aceptada del mismo. Habitualmen-

te hablamos del "insight" de un enfermo mental para referirnos a su nivel o capacidad -expresada por el paciente y juzgada por nosotros- de conocimiento o reconocimiento de sus experiencias psicopatológicas, y la visión o concepción que tiene de sus trastornos.

De forma simplificada, el "insight" del paciente equivale a su epistemología personal y cotidiana sobre su trastorno mental. Es un complejo grupo de ideas, observaciones y valoraciones, con aspectos descriptivos, juicios, categorías, atribuciones causales, las propias hipótesis explicativas, sus predicciones de futuro, intentos o esperanzas de solución, y estrategias de adaptación.

El "insight" del paciente es una epistemología personal y cotidiana, pero no una epistemología científica. El paciente, por tanto, no pretende construir un modelo global de su trastorno que sea explícito, coherente, consistente, predictivo, verificable y de validez universal. El paciente ni siquiera sigue las leyes de la lógica deductiva. Su "insight" es un modesto, particular y desigual agregado de vivencias peculiares y de intuiciones, reflexiones y argumentaciones contradictorias, en las que, a menudo, se confunden las causas y los efectos, y las previsiones de futuro con los deseos. La epistemología personal del paciente refleja además la fuerte in fluencia asimétrica que recibe de las epistemologías científicas con las que ha entrado en contacto, a su paso por instituciones psiquiátricas y sociales, y en las relaciones más o menos terapéuticas tenidas con los profesionales de las mismas.

El "Insight" en la esquizofrenia

Los trastornos mentales esquizofrénicos añaden, además, tantos obstáculos al "insight" de los enfermos, que su pobreza o falta de "insight" ha sido considerada una de las características más frecuentes y discriminatorias para la identificación, en todo el mundo, de la esquizofrenia^(7,8). En cualquier caso, hay bastante acuerdo en que el "insight" de los esquizofrénicos no es un atributo existente o no existente, o una cualidad contrapuesta y discontinua, sino más bien una dimensión continua y gradual, que puede ser percibida y evaluada por nosotros utilizando diferentes escalas, niveles y criterios⁽⁹⁻¹³⁾.

Grados de "insight" en los pacientes esquizofrénicos

En la Tabla I exponemos una gradación numerada de posibles niveles de "insight" en los pacientes esquizofrénicos, desde el más bajo, o "Grado 0",

donde el único "insight" presente es el "insight" psicótico en el que el enfermo vive e interpreta psicóticamente toda su realidad, sin ninguna conciencia de su psicopatología subjetiva, al mejor nivel de "insight", o "Grado 5", cuando el paciente logra integrar y comprender el contenido, sentido y significado de su psicosis dentro de la dinámica de su identidad y de las dificultades personales y biográficas que intentan resolver y superar.

Tabla 1

Grados de insight en los pacientes esquizofrénicos.

Grado 0	Ausencia de "insight": Insight psicótico. No conciencia de trastorno mental Convicción de realidad de las experiencias psicóticas y negación de la psicopatología de las mismas.
Grado 1	Insight contradictorio. El paciente se debate en dudas, ambigüedades y ambivalencias sobre la realidad o irrealidad de sus experiencias psicóticas.
Grado 2	Insight de "paciente" psicótico. Conciencia de trastorno mental. Aceptación del carácter psicopatológico de las experiencias psicóticas vividas, sin apreciar los elementos que intervienen en las mismas.
Grado 3	Insight no psicológico de la psicosis Aceptación del trastorno mental, con atribuciones causales no psicológicas, sino físicas, biológicas, generales o inespecíficas.
Grado 4	Insight psicológico de la psicosis Aceptación del trastorno mental con apreciación de los factores psicológicos y biográficos que intervienen en el mismo.
Grado 5	Insight integrador de la psicosis. Integración del trastorno mental y su significado en la dinámica biográfica de la identidad del paciente y las dificultades que intenta resolver y superar.

Aunque resulta verosímil que los grados de "insight" de los pacientes esquizofrénicos pueden expresar una secuencia temporal, desde el comienzo de la crisis psicótica hasta el final de un proceso psicoterapéutico, muy pocos trabajos empíricos, con la excepción del grupo finlandés de Alanen y cols.⁽¹¹⁾ o el estudio del grupo de Boston^(14,15) han incluido grados de "insight" en el análisis de la evolución psicoterapéutica de los enfermos esquizofrénicos.

Los niveles de "insight" pueden ser considerados, en bastantes ocasiones, con los techos de autoconocimiento alcanzados por los enfermos, y, obviamente muchos o casi todos comienzan con el "Grado 0" y muy pocos alcanzan el nivel integrador del "Grado 5". Aún, en cada nivel de "in-

sight" de los pacientes esquizofrénicos existen formas variadas de vivir y concebir las experiencias psicóticas. Por ejemplo, en el que hemos llamado "Grado 0" del "insight" en la esquizofrenia, los enfermos pueden tener la convicción de la realidad de todas sus experiencias psicóticas, o pueden tener conciencia en ellos mismos de algunos cambios psíquicos anormales y atribuirlos al impacto de la realidad psicótica que vive y crea externa y objetiva.

Algunos enfermos pueden aceptar que tienen problemas mentales, a la vez que afirman que estos están siendo o han sido provocados por fuerzas o personajes exteriores. Algunos pueden tener cierta distancia, o forzar cierta amnesia, de sus trastornos mentales, sin abandonar nunca su convencimiento o certeza de la realidad que viven o han vivido. Otros reconstruyen su vida e identidad con una activa defensa de la objetividad de su psicosis, y hay otros que la interpretan o reinterpretan en claves y coordenadas subculturales, parapsicológicas, mágicas, místicas o religiosas.

La importancia del "insight" en los pacientes esquizofrénicos

El nivel y desarrollo del "insight" del paciente esquizofrénico tiene una gran importancia como parte integral de su proceso de recuperación^(2,12). De su conciencia y conocimiento de sus trastornos dependen sus comportamientos generales de búsqueda de ayuda terapéutica⁽¹⁶⁾ y que esta ayuda sea precoz, efectiva y adecuada en nuevas recaídas o situaciones de crisis⁽¹⁷⁾.

De la capacidad de "insight" del enfermo depende la elección de los tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores más adecuados y la composición de los programas individualizados de terapias combinadas^(11,18-21). Es conocida esa influencia del "insight" de los esquizofrénicos en el cumplimiento y uso más racional de la medicación neuroléptica^(13,22-25) y en las posibilidades de prescindir de los tratamientos farmacológicos y utilizar estrategias limitadas en el tiempo y con objetivos concretos^(17, 26, 27).

El "Insight" es decisivo en los mecanismos de autocontrol utilizados por los pacientes⁽²⁷⁻³¹⁾ y en el papel más activo y participativo de estos en su tratamiento y recuperación⁽³²⁾. Influye en el mejor ajuste hospitalario⁽³³⁾ y posthospitalario⁽³⁴⁻³⁶⁾, en la disminución del número de recaídas con nuevas hospitalizaciones⁽¹⁷⁾ y, afectando a todos los comportamientos del paciente respecto a sus trastornos y tratamientos, mejoran el cumplimiento y eficacia de los mismos, reduciendo los efectos secundarios e inconvenientes.

Sabemos que el nulo e escaso "insight" de muchos pacientes, por el contrario, da lugar a muchas interrupciones y abandonos de medicaciones y tratamientos, a continuas recaídas, y a hospitalizaciones involuntarias y múltiples complicaciones y conflictos de toda índole en el manejo terapéutico difícil de algunos enfermos.

En todos ellos, en los que no tienen conciencia de sus trastornos y en los que tienen mejor conocimiento de sí mismos, sus grados de "insight" repercuten, indudablemente, en sus futuros pronósticos.

Frecuencia de los diversos grados de "insight" en la esquizofrenia

El porcentaje de pacientes esquizofrénicos que carecen de "insight", no tienen conciencia de enfermedad, y viven su "insight psicótico" en cualquiera de sus variedades o manifestaciones posibles, incluidos aquí en el "Grado 0" del "insight", puede ser un porcentaje muy alto en plena crisis. El 93% de los enfermos, en el estudio internacional de la esquizofrenia promovido por la WHO⁽⁸⁾.

En el magnífico y detenido estudio del grupo de Turku⁽¹¹⁾, la mitad de los pacientes esquizofrénicos que contactan por primera vez con instituciones psiquiátricas carecen de "insight". Un 20% niegan completamente sus problemas y su enfermedad y un 29% admiten los problemas, pero los consideran causados por otros.

En esquizofrénicos crónicos, el porcentaje de pacientes sin conciencia de enfermedad oscila entre el 30% y el 70%, según los estudios^(22, 23, 24, 37), y ese porcentaje está entorno al 30% en otros estudios de pacientes esquizofrénicos no limitados a pacientes crónicos^(31, 38), con la evidencia además de que el porcentaje de pacientes sin "insight" o conciencia de trastorno mental se reduce por lo menos a su mitad, tras varios años de seguimiento en programas terapéuticos⁽¹¹⁾.

En la actualidad son muy escasos los estudios que nos pueden ofrecer datos significativos y fiables sobre las frecuencias o distribuciones de los restantes grados de "insight" en la esquizofrenia.

El que hemos llamado "Grado 1" o "insight psicótico contradictorio", con dudas, ambigüedades y ambivalencias del paciente respecto a la realidad o irrealidad de sus experiencias psicóticas, es muy común durante el tratamiento de los enfermos⁽³⁹⁾, y probablemente es una fase forzosa de transición hacia mejores niveles de "insight". Pero no tenemos datos sobre si esa transición acontece también en sentido contrario, ni sobre la fre-

cuencia con que los pacientes viven en estas contradicciones durante periodos prolongados de tiempo.

Los niveles de "insight" posteriores a la conciencia y aceptación de su propia psicopatología por parte del enfermo (Grados 2 a 5) se presentan también con una frecuencia muy variable, según los estudios y las poblaciones de pacientes^(8, 11, 22, 23, 24, 31, 37, 38). Solamente el 7% de los enfermos en crisis, según el estudio de la WHO, y con frecuencia igualmente variables del 30% al 70% en los estudios restantes.

Los Grados 2 y 3 del "insight", con la aceptación del trastorno mental, pero sin apreciar los elementos psicológicos personales que intervienen en los mismos reflejan el nivel de "insight" del 25% al 40% de los esquizofrénicos^(11,31).

El "Grado 4", con conciencia explícita de la participación de los factores psicológicos y biográficos en la psicosis, puede ser el nivel de la tercera parte o el logro de la mitad de los pacientes^(11,31).

El "Grado 5" de "insight", de los que ven su psicosis como parte de sus problemas y de sí mismos, lo alcanza, en cambio, un porcentaje muy reducido de pacientes -entre un 3 % y un 13%- sea antes o después de seguir un programa terapéutico⁽¹¹⁾.

En el estudio de Alanen y cols.⁽¹¹⁾, se observa la evolución de los pacientes a lo largo de cinco años de programa terapéutico. Dos terceras partes permanecen estables en sus niveles de "insight", por ejemplo en los grados 2 y 4 aquí citados, mientras reducen mucho su número los que no tienen conciencia de enfermedad, o multiplican su ya reducido porcentaje aquellos otros con el mayor grado de "insight". Globalmente, el número de pacientes con mejores grados de "insight" (grados 2 a 5) aumenta progresivamente desde un inicial 50% a un 65% al cabo de dos años de tratamiento, y en torno al 80% a los cinco años de programas psicoterapéuticos.

También, en cerca del 15% de los pacientes su nivel de "insight" evoluciona peor. El grupo de Turku señala algunos factores desfavorables en el nivel y evolución del "insight" en la esquizofrenia, como el uso y abuso del alcohol y la adicción a otros tóxicos, las dificultades o desviaciones sociales del grupo familiar, la patología importante en la personalidad de la madre de los pacientes, el desempleo de éste, o la utilización de dosis de neurolépticos superiores al promedio de los pacientes⁽¹¹⁾. Otros estudios indican también el carácter desfavorable de los delirios grandiosos o paranoides^(12, 17, 23, 24), pero en general, hay muy poca investigación al respecto y necesitamos análisis empíricos y estudios demostrativos que nos permitan conocer las características clínicas, personales, familiares y sociales que inciden favorable o desfavorablemente en el "insight" de los enfermos esquizofrénicos.

Factores y dinámicas del insight en la esquizofrenia

¿Cómo podemos ir delimitando con mayor nitidez cuáles son los factores, características o dinámicas que intervienen en el grado de "insight" de los pacientes esquizofrénicos?

Indudablemente, las peculiaridades de las crisis y experiencias psicóticas incluyen factores que obstaculizan el autoconocimiento del paciente y su reconocimiento de la patología subjetiva que vive. Pero, muy a menudo, el "insight" del paciente está muy limitado ya antes de la psicosis, y su ajuste premórbido, relaciones sociales, dinámicas familiares y personalidad previa son expresión, si no el origen, de esas limitaciones prepsicóticas del "insight".

Las personalidades prepsicóticas más habituales (esquizoide, paranoide, dependiente-simbiótica, etc.) revelan en sus mecanismos de defensa dominantes y en sus estilos cognitivos y de afrontamiento, las lagunas de autoconocimiento del sujeto y sus esfuerzos previos por mantener la autoestima y reorganizarse una identidad vulnerable, producto de una historia personal y familiar, posibles factores biológicos, o contextos sociales que no han favorecido un desarrollo cognitivo coherente, ni tampoco un proceso estable y consistente de individuación y autoconocimiento.

El precario equilibrio y el limitado "insight" de la personalidad premórbida de los pacientes se rompe, y se hace aún más opaco, cuando se manifiesta la psicosis, sea cuando circunstancias externas -de fracaso, rechazo, pérdida o mayor exposición y exigencias- hacen aún más frágil al sujeto, e insuficientes sus ya forzados mecanismos de defensa, o cuando la esquizofrenia se manifiesta como una lentamente elaborada solución subjetiva a dificultades objetivas.

La crisis esquizofrénica es también la crisis de la vulnerable identidad del sujeto y la de los procesos cognitivos que la configuran, que ahora se desestructuran y dan lugar a una dialéctica psicótica de nuevas identidades y subidentidades fragmentadas, deseadas, protectoras, onnipotentes e idealizadas, o dolorosas, críticas, rechazadas e inaceptables, que objetivadas y externalizadas el paciente vive de forma alucinatoria o paranoide.

En la crisis psicótica, con la tormentosa fragmentación de la identidad y los oleajes de sus sentidos y significados, y con la desorganización de la estructura del pensamiento y la escisión, objetivación y externalización de la conciencia, la capacidad de autoobservación de los pacientes se distorsiona y obstaculiza en grado extremo, y su autoconocimiento se hace

prácticamente imposible cuando la regresión cognitiva del paciente le lleva al abandono de la lógica formal si con ella no puede resolver su conflicto, recurriendo a la lógica operacional, y si aún esta regresión cognitiva es insuficiente, a la lógica preoperacional que diluye las fronteras entre lo objetivo y lo subjetivo, funde y confunde al mundo externo e interno, y permite todas las soluciones del pensamiento mágico.

La crisis le lleva al paciente al egocentrismo perceptivo, a la perplejidad o a la focalización psicótica de la atención. Le puede llevar a un pánico desordenado, a la inmovilidad catatónica o a un estado de hiperalerta deformada y paranoide. Puede vivirse indefenso, temeroso o grandioso, con una mente intrusiva y onnipotente, o con una identidad transparente y expuesta públicamente sin ocultamientos ni defensas, o un autismo tan fuertemente defensivo de la realidad, que en su interacción la ignora para introvertirse y sumergirse completamente en su mundo interno.

Todos estos obstáculos al "insight" de las crisis o etapas iniciales de la experiencia esquizofrénica, se entrecruzan con las reacciones que el comportamiento, observado o comunicado, del paciente suscita en sus grupos familiares o de referencia, los cuales son los primeros que inician e intentan entender, o regular, la conducta del paciente, y promover su autoevaluación y reconocimiento.

Las dinámicas o los comportamientos familiares y de los grupos sociales de referencia del paciente pueden influir decisivamente, de forma positiva o negativa, en su capacidad de "insight" en la nueva situación que vive. Unas veces son dinámicas de empatía, comprensión y buena comunicación. Otras están deterioradas por la hostilidad o la incomunicación, por la descalificación del enfermo, o por la negación de sus trastornos mentales.

Antes de recurrir a los agentes sociales y a los servicios psiquiátricos, la conducta psicótica del paciente puede ser un estímulo fluctuante para el grupo familiar, dentro del cual actúan también mecanismos de normalización y defensa contra el reconocimiento de la enfermedad mental y todo lo que ella significa⁽⁴⁰⁾.

En cualquier caso, la interacción del paciente con sus grupos familiares o sociales de referencia, introduce ya en él la vivencia de no compartir, percibir o interpretar con sus otros significativos la misma realidad, que ya para todos no es común.

Al tomar contacto con los centros médicos o psiquiátricos el paciente ya se vive reconocido por otros como enfermo. La aceptación posterior de la enfermedad por el enfermo mismo es un complicado e incierto proce-

so en el que intervienen numerosas variables, tanto institucionales y organizativas como profesionales, junto con los modelos dominantes de la esquizofrenia, la información que se proporciona y las prácticas que conllevan, y, desde luego y principalmente, los tratamientos posibles, y sus combinaciones, y las alianzas y relaciones terapéuticas.

En esas observaciones terapéuticas e institucionales se producen las transacciones diversas y complejas entre las epistemologías científicas de los profesionales y lo que podríamos llamar las epistemologías "espontáneas" de los pacientes.

Durante esa transacción epistemológica, el enfermo puede recorrer cronológicamente todos los grados del "insight", desde su ausencia al nivel más elemental y contradictorio, aceptando posteriormente su trastorno, sin apreciar y apreciando los elementos que intervienen en el mismo, captando las dinámicas que subyacen en su psicosis y el sentido y significado integrador de la misma, en los mejores niveles de autoconocimiento. Pero también puede ocurrir que esa transacción epistemológica tenga escasos efectos sobre el "insight" del enfermo esquizofrénico, carezca de efectos positivos, o tenga consecuencias incluso negativas, provocando actitudes que refuerzan las convicciones psicóticas de algunos pacientes.

Todos los factores y dinámicas familiares y sociales que llevan a los sujetos a centros psiquiátricos y los que tienen lugar allí, inciden sobre el "insight" de los pacientes movilizando la dialéctica interna y personal que cada paciente mantienen respecto a sí mismo y a su situación, a su imagen, experiencias y comportamientos.

Indudablemente, los tratamientos farmacológicos inciden sobre el substrato biológico de esa dialéctica interna del paciente, reduciendo su pánico, temor, hiperalerta, ansiedad o intranquilidad, recuperando su sueño, enlenteciendo sus rápidos y desordenados procesos cognitivos y permitiéndole una mejor organización y autocontrol. El paciente puede vivir la "double-awareness" del mundo psicótico interior y la realidad exterior⁽⁴¹⁾, puede vivir con menos implicación y alguna perspectiva la subjetividad de su psicosis, o dejarla de vivir en el presente, lo que permite al sujeto alguna distancia de sí mismo para su autoobservación.

Ahora bien, el uso exclusivo de la monoterapia farmacológica tiene muchas limitaciones⁽⁴²⁾ y aspectos "deshumanizantes"⁽⁴³⁾, porque desconsidera al enfermo como persona, con interés cosificador, descriptivo o clasificador de síntomas, y actitudes de previa y prejuiciosa incomprensión. Es cierto que muchos pacientes pueden salir de sus crisis agudas con neurólépticos, que serán para ellos una verdadera "protección neuroquímica

contra el stress"⁽⁴⁴⁾, pero la monoterapia farmacológica no les proporciona ninguna habilidad para afrontarlo, ningún mejor conocimiento de sí mismos o de las circunstancias que les precipitaron en sus trastornos, ni remedio a sus vulnerabilidades, problemas, conflictos o tensiones interpersonales o biográficas, ni análisis o modificaciones de sus estilos cognitivos y mecanismos defensivos⁽²⁰⁾.

La influencia de las terapias

Para mejorar el "insight" y ayudar más efectivamente a los pacientes esquizofrénicos debemos combinar el tratamiento neuroléptico con otros métodos terapéuticos que mutuamente se influyen y beneficiosamente se potencian.

Actuar sobre el "insight" de los enfermos es incidir en los condicionantes internos de su capacidad de autoobservación y autoconocimientos, como son las experiencias esquizofrénicas y el peso y significado que tienen en la crisis biográfica y personal del paciente. Pero también es actuar sobre los factores prepsicóticos de su "insight", las vulnerabilidades de su identidad y personalidad premórbida, y los desencadenantes de su desajuste. Es influir en las actitudes y estilos de recuperación de los pacientes, cuya dinámica no es solamente bipolar, entre la integración y el "sealing over"^(45,46), sino multidimensional y llena de polaridades como la negación y la aceptación, la externalización y la interiorización, la somatización y la psicologización, la amnesia y el recuerdo, las actitudes difusas, pasivas o indiferentes que eluden el autoconocimiento o el esfuerzo de autoobservación y confrontación con las dificultades y problemas.

También la dinámica de la recuperación del proceso del paciente esquizofrénico está afectada por las consecuencias personales, familiares y sociales del proceso diagnóstico y terapéutico, el significado del rol de enfermo mental y las habituales actitudes y derivaciones estigmatizadoras^(47,48), con todas las manifestaciones postpsicóticas de apatía, depresión, fatalismo, aislamiento, regresión y dependencia, nostalgia y gratificaciones compensatorias, victimizaciones, culpabilizaciones, abuso elusivo del alcohol y otros tóxicos y un largo etc.⁽⁴⁹⁾.

Sobre todos estos factores ejercen influencia positiva diversas psicoterapias y terapias educativas y rehabilitadoras. Las psicoeducativas y comunitarias, elevando los niveles nulos o más bajos del "insight", y otras psicoterapias, logrando el reconocimiento y mejor conocimiento de los pacientes.

Sabemos de la influencia claramente positiva de las psicoterapias individuales^(11, 14, 15, 18, 50, 52) y de grupo^(53, 58) sobre el "insight" de los enfermos es-

quizofrénicos, y la influencia menos evidente de las psicoterapias familiares sobre su autoconocimiento^(11, 59, 60). Pero ¿cómo se produce esta influencia? ¿Qué factores específicos o inespecíficos intervienen en esas relaciones terapéuticas y en esos tratamientos?

Necesitamos investigaciones al respecto. Aún en la más estudiada psicoterapia individual de los esquizofrénicos, y a pesar de algunos trabajos magistrales^(10, 11, 61), nos queda mucho por conocer e ignoramos aún mucho sobre los micromecanismos que hacen progresar el "insight" en los enfermos, y sobre el papel de las identificaciones, transferencias, interpretaciones y otros factores terapéuticos y la posible incidencia "mutativa" de los mismos.

También necesitamos conocer los grados iniciales de "insight" que hacen cada terapia posible, ya que a partir de la aceptación por el paciente de su trastorno mental, y aún más, desde su apreciación de los elementos psicológicos que intervienen en el mismo, el progreso del "insight" de los esquizofrénicos recorre un camino muy distinto al que se inicia en condiciones y niveles o grados más bajos, con muchos más obstáculos a la autoobservación y autoconocimiento.

Precisamente la psicoterapia de grupo con esquizofrénicos introduce numerosos factores facilitantes de su autoconocimiento⁽⁶²⁾ y, permite trabajar con niveles más bajos de "insight" que otras psicoterapias, y hacerlo, también por ello, más tempranamente. La acción de la psicoterapia de grupo sobre el "insight" de los esquizofrénicos tiene características completamente específicas y distintas de las restantes intervenciones psicoterapéuticas.

La psicoterapia de grupo es en la actualidad uno de los instrumentos terapéuticos más eficaces que disponemos para incidir favorablemente en el "insight" de muchos pacientes, y de forma muy primordial en el "insight" de los pacientes esquizofrénicos.

Todos los elementos o mecanismos que en la terapia grupal contribuyen al proceso terapéutico que ayuda al paciente, inciden en la mejoría de su insight. Pero si esos factores terapéuticos grupales, más numerosos que en las terapias individuales⁽⁶³⁻⁶⁷⁾ lo hacen de modo distinto, es gracias a la poderosa acción de un fenómeno específicamente grupal como la reacción especular.

Reacciones espectaculares y psicoterapia de grupo

La reacción especular fue ya descrita por Foulkes⁽⁶⁸⁾, uno de los pioneros y más agudos observadores de los grupos de terapia, cuando éstos eran, hace ya más de medio siglo, una nueva situación terapéutica.

Foulkes observó esos fenómenos de espejo característicos de la interacción de pacientes en pequeños grupos. Cada cual se veía a sí mismo en otros, o veía partes de sí mismo, con más frecuencia aquellas reprimidas, reflejadas en otros miembros del grupo, a quienes ve reaccionar del mismo modo, pudiendo ver sus propias reacciones y conductas, conocerse a través de los otros, del efecto que su comportamiento tiene en el grupo y la imagen de sí mismo que el grupo le devuelve.

En la psicoterapia de grupo tienen lugar múltiples reacciones especulares, no solamente diádicas, de cada paciente con cada uno de los otros, sino triádicas o triangularizadas, observando e interviniendo en los fenómenos de espejo que entre sí tienen otros miembros del grupo.

Cada paciente es un espejo para los demás y los demás miembros del grupo son espejos para él, que se va descubriendo y conociendo a sí mismo a través de los otros, porque las reacciones especulares operan en los dos registros de la reflexión: el de reflejar y el de reflejarse, mostrarse a los demás, y verse en los otros. Y también reflexionar y reflexionarse, pensar y conocer o conocerse y pensarse^(20, 69, 70).

Lo que hace que las relaciones intragrupales generen los fenómenos especulares es la participación de los miembros del grupo en las mismas o semejantes experiencias, trastornos y dificultades, su compatibilidad y sus muchas similitudes. Y el carácter voluntario e intencionado de su encuentro, dirigido y conducido con objetivos terapéuticos por técnicos expertos, que hacen de esas relaciones recíprocas de revelación, observación e interacción el instrumento clave de su mutuo entendimiento.

El "mirroring" grupal simultáneamente facilita el conocimiento de los otros y el propio conocimiento, la observación y exploración de semejanzas y diferencias, lo común con otros, o con todos, y lo que a cada cual individualiza, las dinámicas psicológicas y biográficas que comparten o no, viven del mismo modo o viven de un modo diferente.

Pero, sobre todo, los fenómenos especulares tienen la poderosa acción terapéutica de confrontar a cada paciente con sus puntos ciegos, con las lagunas -algunas inmensas de sus desconocimientos, con sus aspectos, vivencias o subidentidades más reprimidas y negadas.

En muchos psicóticos es muy conocido, y llamativo, el hecho de que sean muy capaces de reconocer la locura de otros pacientes y al mismo tiempo incapaces de reconocer la suya propia. El grupo explota esa posibilidad de "insight" sobre los otros, esa capacidad de observar y reconocer en los demás lo que aún no se es capaz de observar y reconocer en sí mismos.

El paciente puede hacer "insight" sobre otros, no tanto, inicialmente, porque se identifica y proyecta con ellos, sino porque en ellos puede separar la realidad objetiva, que percibe, y los mundos subjetivos, que los otros le revelan. En los demás puede hacer lo que no puede hacer consigo mismo: la desconexión de la dualidad del mundo externo y el interno, de lo objetivo y lo subjetivo, de los actos y sus móviles internos, las conductas resultantes y las dinámicas, y secuencias y elaboraciones precedentes.

La desconexión de la dualidad -mundo externo o interno- que puede hacer en los otros de forma parcial o total, no le es posible sobre sí mismo. Puede ser su propio observador y también tomar la perspectiva completamente externa de aquellos por quienes es observado, pero no puede desprenderse de su propia subjetividad que se ha ido tejiendo a lo largo de su vida, de forma lenta, complicada y a veces penosa, hilvanada a un mundo personal que va perdiendo su cualidad objetiva y que muchos pacientes deforman y transforman subjetivamente.

Los fenómenos especulares grupales muestran muy clara y precozmente como los mecanismos de proyección llenan los vacíos que deja la desconexión de la dualidad que el paciente realiza en los otros, y que tiende a llenar con su propia subjetividad. Los mecanismos de proyección actúan como activadores de las reacciones especulares, no en vano la proyección misma es una "mirror-defense"⁽⁷¹⁾. En los grupos de psicóticos el paciente se refleja mejor proyectando que revelando. Se refleja asimismo sin ser consciente aún de la proyección de su subjetividad, sin reconocerse como el agente que atribuye a los otros, lo que es suyo propio, y quizás ni como suyo reconoce.

Las reacciones especulares ponen pronto en juego, dentro del grupo, los mecanismos de negación utilizados por los pacientes y toda la cohorte de "defensas reactivas" de todo aquello para ellos más inaceptable y doloroso, ante lo cual experimentan el paro cognitivo que elude la atención focal⁽⁷²⁾, la represión amnésica, la introyección u objetivación no asimilada o vivida como ajena, o aíslan, encapsulan, simbolizan, somatizan, desplazan, se disocian de la realidad o se escinden en sí mismos destruyendo o atacando los nexos que unen o separan autoconocimiento y autodesconocimiento.

Este complicado aparato de "defensas reactivas" se percibe mejor en los otros, mediante el "mirroring" que en el propio sujeto, que las ha ido levantando para taponar e impedir que penetre la riada angustiada de su inconsciente, y que, por si esta barrera fuese aún insuficiente, realiza además un conjunto de comportamientos encubridores⁽⁷²⁾, que refuerzan las negaciones, contradiciéndolas y sustituyéndolas por subjetividades opuestas más satisfactorias.

Estas "screen behaviours" o defensas encubridoras con las que el paciente refuerza sus "defensas reactivas", afirmando lo contrario que estas niegan, pueden ser sus fantasías y sus idealizaciones. Son sus formaciones reactivas, racionalizaciones e intelectualizaciones. Pero también muchas proyecciones, delirios y otras experiencias psicóticas.

Las defensas encubridoras siempre son explícitas en las primeras etapas de la dinámica grupal, precisamente porque cumplen su función defensiva en cuanto existen, afirman y se expresan. También entran fácilmente en el punto de mira de los fenómenos especulares. Son inicialmente ciegos para ellas quienes las necesitan y practican para reforzar la negación que viven. Quienes, en el grupo, desde fuera, no viven esa subjetividad que así se niega, perciben el cartón piedra de toda la tramoya y empiezan a intuir la inautenticidad del propio entramado escénico.

A medida que el grupo avanza, y se cohesiona, y los pacientes van observando y desvelando mutuamente su propia subjetividad, las empatías e identificaciones son más frecuentes e importantes en la dinámica grupal y en los fenómenos especulares. Si inicialmente, los pacientes psicóticos, en sus reacciones especulares, despliegan con sus identificaciones y todas sus vicisitudes^(73,74) las formas más primitivas o regresivas de identificaciones psicóticas y proyectivas, también, y sobre todo luego, en etapas posteriores del proceso grupal, canalizan, con las reacciones especulares, las formas más constructivas de identificación con los demás miembros del grupo en la comprensión y exploración mutua de la subjetividad, en la adquisición y desarrollo del "insight", y en los aprendizajes interpersonales y vicariantes.

Las identificaciones múltiples y la red grupal de reacciones especulares sirve así, pieza a pieza, al mosaico de la autoobservación y autoconocimiento que cada miembro del grupo aporta a los demás, y cada uno construye gracias a los otros. La identificación con los de mejor "insight", sirve de guía y ayuda para la exploración, observación y conocimiento para otros, en los que suscitan esperanzas y promueven aprendizajes y modelos. Las identificaciones con los más rezagados o enredados en mecanismos psicóticos, o en crisis, permiten "insights" reactualizados o retrospectivos, fomentan autorevelaciones, ayudan a la perspectiva continuada del camino recorrido y el progreso terapéutico y ponen en marcha además los factores, también terapéuticos, de altruismo y guía, con nuevas reacciones especulares, que elevan la autoestima y permiten a los pacientes ver en otros mejor, las salidas, cambios y soluciones que buscan, se esfuerzan y realizan en sí mismos.

Todo el proceso grupal es un "mirroring" continuo que constantemente cuestiona, flexibiliza, moldea y define la imagen e identidad de cada

miembro del grupo (20,75), tanto por lo que de sí mismos observan y aprenden en otros, como por el "feedback" que de los otros reciben, que va corrigiendo, confirmando o contradiciendo, directa o indirectamente la propia imagen, que no es tan fija y estable como cada cual la presentaba y creía, y que va dejando de ser distorsionada y defensiva, a medida que la percepción de sí mismo por los otros, y el "mirroring" grupal, van esculpiendo en cada uno, una nueva identidad y una nueva mirada.

"Mirroring" en el desarrollo de la identidad

Al fin y al cabo, esta definición y redefinición de la identidad a través de las relaciones y fenómenos especulares de los grupos terapéuticos, no es más que la recuperación, reactivación o reanudación subsanada y modificada en este contexto específico, del proceso biográfico, personal y también especular, por el que cada cual desde su nacimiento desarrolla su propia imagen^(76,77).

Desde la infancia, el desarrollo de la identidad es el producto de numerosas relaciones especulares, primero maternas, parentales y familiares, luego de otras relaciones y grupos de referencia con amigos de estudios, aficiones o trabajos, de relaciones más íntimas y de interacciones sociales diversas, en las cuales el sujeto va construyendo una imagen de sí mismo, que le refleja los demás y el también refleja a los otros.

El desarrollo de la identidad a lo largo de la vida es paralelo y dependiente del desarrollo de la capacidad para la autoobservación, que permite el autoconocimiento, que a su vez cristaliza en la identidad desde cuya perspectiva se van haciendo nuevas observaciones y conocimientos, en un proceso que avanza con las etapas sucesivas del desarrollo cognitivo, desde un primigenio "self" puramente corporal y un autoconocimiento meramente físico, sin conciencia de la experiencia psicológica interna diferente de la naturaleza material de la experiencia externa y las perspectivas egocéntricas más precoces, a las posteriores diferenciaciones de la dualidad interior y exterior, y el surgimiento de un "self" introspectivo que reflexiona sobre la realidad de su experiencia interna y desarrolla la habilidad de observarla y monitorizarla⁽⁷⁸⁾.

En ulteriores etapas del desarrollo cognitivo, el sujeto adquiere la capacidad de colocarse en el lugar de otro para observar las propias acciones, y la habilidad y comprensión simultánea de observador y observado, sujeto y objeto de sí mismo, etapa en la que decía MEAD emerge el concepto de la mente como el observador de uno mismo consciente de sí mismo, el "self" como entidad, perspectiva reflexiva de un "self" que piensa

sobre sí⁽⁷⁹⁾ la mente con su rol dual, como lugar donde se localizan los procesos mentales.

En las últimas etapas del desarrollo cognitivo, el sujeto descubre también que los esfuerzos introspectivos de la conciencia reflexiva tienen sus límites, y que hay aún experiencias internas no fácilmente accesibles al conocimiento consciente, que debajo del mundo interior puede haber una realidad aún más profunda, influyendo los sentimientos y los comportamientos⁽⁸⁰⁾. Con el desarrollo de la mentalidad psicológica se descubren también las barreras del inconsciente.

Pero ese desarrollo paralelo de la autoobservación, del autoconocimiento y de la identidad, es igualmente simultáneo, interdependiente y posible porque a la vez adquirimos y desarrollamos la capacidad de observar y conocer a los demás, hacernos de ellos una imagen, entender sus interacciones y las nuestras. Y no solamente el significado de las relaciones interpersonales concretas, sino las abstracciones de las mismas, esos conceptos cognitivo sociales sobre la amistad, el amor, la autoridad, los roles, la moral, etc, etc, que permiten nuestra propia comprensión y la de los demás^(78, 80).

Es imposible entender el autoconocimiento desconectándolo de la comprensión interpersonal y sobre los otros, porque en este aspecto todo pensamiento es "reflexivo", utilizando el término con el que Selman⁽⁸⁰⁾ subraya la cualidad del pensamiento interpersonal, la naturaleza intrincada y coordinada del "pensamiento reflexivo", que construye la autoobservación y el autoconocimiento junto a la observación y conocimiento de los otros, y permite el desarrollo de nuestra identidad psicológica y socialmente diferenciada de la identidad de los otros.

Ese pensamiento reflexivo es la trenza cognitiva de los fenómenos de espejo que se establecen a lo largo de la vida con aquellas personas con las que se comparten perspectivas y experiencias, y con las que se mantienen relaciones intersubjetivas de mutua observación y conocimiento. Pero a diferencia de las relaciones especulares de los grupos terapéuticos, muchos espejos significativos de la infancia, la adolescencia y la vida adulta no tienen esa distancia de neutralidad mayor o menor, sino fuertes implicaciones afectivas y cognitivas en conductas con estrechos lazos de recíprocas dependencias, que anudan favorable o desfavorablemente las imágenes de los sujetos que reflejan.

Precisamente, en la historia de los pacientes esquizofrénicos, nos encontramos con frecuencia con nudos conflictivos y esos lazos distorsionantes en su desarrollo, que les dificultan su propia comprensión y la de los demás, así como una configuración estable de su identidad, con grandes ausencias, desequilibrios y deformaciones en las relaciones especulares de su infancia

y adolescencia, recorridas por dinámicas familiares e interpersonales ego-céntricas, confusas o contradictorias, rotas o abiertamente hostiles, sesgadas o simbióticas, sobrevaloradoras o devaluantes, cargadas de obstáculos para el desarrollo posterior de las interacciones personales, y para una síntesis equilibrada y estable de la autoestima y de la propia imagen⁽⁸¹⁻⁸³⁾.

Insight y proceso psicoterapéutico grupal en la esquizofrenia

En el tratamiento de la esquizofrenia se viene empleando diversos tipos de psicoterapias grupales, que hemos simplificado en cuatro grandes grupos en la Tabla II, donde se muestra cuales son los grados iniciales de "insight" de los enfermos que las permiten, y los grados finales de "insight" que, más habitualmente, cada tipo de terapia se propone.

Tabla 2

Formas de psicoterapia grupal en la esquizofrenia. Grados de insight iniciales que las permiten y grados finales de insight que más habitualmente se proponen.

	Grados de insight					
	0	1	2	3	4	5
Psicoterapia grupales						
Psicoeducativas						
Grupos de pacientes internados						
Grupos ambulatorios orientados al apoyo y la adaptación						
Grupos ambulatorios orientados al insight						

En los pacientes sin "insight" son posibles algunas terapias grupales psicoeducativas y socializadoras, así como otras más habituales en las unidades de internamiento de pacientes agudos, orientadas a la comunicación y confrontación de experiencias entre pacientes psicóticos^(20, 21, 57, 84-86).

En los grados bajos del "insight" de los esquizofrénicos, subir un peldaño es un gran paso, a veces, cualitativo, por sus efectos y consecuencias. Lograr la conciencia de enfermedad del enfermo es un importante objetivo de algunos tipos de terapia. Con posterioridad, desde un "insight" contradictorio o desde la aceptación de su psicopatología, el paciente puede ser incluido en grupos de psicoterapia ambulatorios, orientados a la adaptación y apoyo solamente, o también orientados a desarrollar en los pacientes un mayor grado de "insight".

El proceso psicoterapéutico grupal, que en un resumen esquemático describimos en la Tabla III, transcurre en todos los niveles del insight y dentro de él cada paciente, según sus características, puede recorrer una parte o la totalidad del camino.

Hay una etapa pre-grupal de evaluación del paciente y su adecuabilidad psicoterapéutica y grupal, si existe el dispositivo asistencial y el paciente reúne las condiciones que le permiten beneficiarse del mismo.

A partir del encuentro terapéutico periódico con otros pacientes que sufren o han sufrido también experiencias psicóticas, hay una primera etapa grupal en los pacientes sin insight o insight contradictorio que tiene por objetivo la aceptación del trastorno mental, tras la comunicación, revelación y confrontación grupal de experiencias psicóticas, que provoca la desingularización de los enfermos.

En esa etapa, que recorre los grados 0, 1 y 2 del "insight" esquizofrénico, el paciente redefine su visión psicótica de sí mismo y su realidad singular, que desingularizada en el grupo, le permite aceptarse con una nueva identidad de "paciente" que sufre o ha sufrido trastornos psicóticos.

Tras el grado 2 del "insight", con la conciencia de enfermedad, el proceso psicoterapéutico grupal entra en una segunda etapa de autoconocimiento, solamente interpersonal en las terapias de apoyo y adaptación, o también intrapersonal en las orientadas al "insight". Con las primeras, los pacientes pueden lograr el grado 4 de insight y con las últimas, el grado 5.

La etapa de autoconocimiento les lleva a explorar y conocerse en la dinámica grupal y a realizar los cambios convenientes para adaptarse mejor en las relaciones interpersonales y sociales, los grupos orientados al "insight" de los esquizofrénicos, les llevan a profundizar en la dinámica biográfica y en el conocimiento de las características personales que les hacen vulnerables.

En dichos grupos orientados al "insight", hay una última etapa del proceso psicoterapéutico grupal, que es una etapa de integración de la psicosis, y su significado, dentro de la dinámica biográfica de su identidad vulnerable, y la gradual transformación de la misma en otra más sólida, realista y estable, que pueda superar y prescindir de los mecanismos y experiencias psicóticas.

En la Tabla III damos una visión panorámica de las etapas del proceso grupal, junto con los contenidos, dinámicas, factores terapéuticos y fenómenos de espejo que van predominando a lo largo de ese proceso, que también va definiendo y redefiniendo la identidad de los pacientes. Vamos a tratar, ahora, cada una de esas etapas con mayor detenimiento.

Tabla 3
Proceso psicoterapéutico grupal con pacientes esquizofrénicos.

Etapas Grupales	Grados de Insight	Contenidos, Dinámicas y Factores Grupales	Reacciones Especulares Predominantes	Dinámica de la Identidad
Etapa Pregrupal	0		Ausencia Bloqueo Fusión Destructivas Paranoides	Identidad Psicótica Singular
		Encuentro Comunicación	Egocéntrico	
Etapa de Aceptación	1	Autorrevelación	Reacciones Especulares de la Psicosis	Desingularización de la Psicosis
		Contraste Confrontación	Defensas encubridoras Proyecciones	
		Autorrevelación Catarsis	Identificaciones	
Etapa de Autoconocimiento	2	Aceptación		Identidad de "paciente" mental
		Exploración Autoobservación Autoconocimiento	Transferencias Idealizaciones	
		Cambios y Adaptaciones. Cohesión		
	3	Dinámicas Desencadenantes de la Psicosis	R. especulares de Factores Desencadenantes	
		Dinámicas Biográficas e Interpersonales Reacciones	"Mirroring" Biográfico e Interpersonal	
	4			
Etapa de Integración	5	Aprendizaje de la Interacción		
		Exploración del Ajuste premórbido Exploración de la personalidad Vulnerabilidades Continuidad biográfica, mecanismos de defensa	Negación y otras defensas "rejetivas" "Mirroring" de la personalidad	Identidad de persona vulnerable
		Sentido y significado de la Psicosis. Transformaciones y modificaciones	Identificaciones Insight y aprendizajes interpersonales y vicariantes Reacciones especulares altruistas	Integración y transformación realista de la identidad

Etapas pregrupales

En el grado 0 de insight, no todos los pacientes se encuentran en condiciones de ser incluidos en un grupo de psicoterapia. En las crisis psicóticas siempre hay que esperar que los enfermos superen, con la ayuda del tratamiento neuroléptico, los mayores obstáculos para una mínima relación y comunicación, y para permanecer en situación grupal durante las sesiones, con alguna atención a lo que verbalizan otros miembros del grupo.

Carece de sentido y beneficio terapéutico incluir a los pacientes esquizofrénicos internados en Unidades de Agudos, en grupos terapéuticos, cuando los pacientes aún no reúnen condiciones para ello.

Es importante no introducir en los grupos de terapia a pacientes aún desorganizados, perplejos, e incapaces de focalizar su atención fuera del mundo psicótico, con ausencias o bloqueo para las reacciones especulares, o una fusión psicótica de toda la realidad.

También puede ser contraproducente la conclusión grupal de pacientes temerosos o muy angustiados y paranoides en sus vivencias psicóticas. Tampoco a pacientes excitados y muy intranquilos, incontinentemente verborreicos u hostiles, con tendencia a las reacciones especulares destructivas y una agresividad imprevisible.

Para empezar la terapia de grupo, siempre hay que esperar que el paciente tenga cierto grado de control de sí mismos, una capacidad mínima de "mirroring" a pesar de las experiencias psicóticas que viva o haya estado viviendo, alguna posibilidad de verbalizarlas, y sobre todo, de atender y escuchar a los demás exponer sus experiencias psicóticas.

Los pacientes sin esos mínimos requisitos, con su propio descontrol desestructuran la precaria estabilidad de estos grupos terapéuticos de pacientes internados, sin suficiente cohesión, pocas sesiones, abiertos, con introducción frecuente de nuevos pacientes, muy sensibles a otras dinámicas institucionales externas al grupo, y cuyo breve proceso debería ser considerado solamente como el preámbulo de otras psicoterapias ambulatorias⁽⁸⁷⁾.

Conviene establecer con claridad el funcionamiento de estos grupos, sus objetivos, normas y cultura grupal de mutuo respeto y escucha, alejada de cualquier descalificación o desconsideración de las experiencias psicóticas ajenas.

Estos grupos manejan mejor sus dificultades habituales si son conducidos por un equipo de varios terapeutas⁽⁵⁷⁾. Una vez el estado del paciente lo permite, en la evaluación y establecimiento de relaciones terapéuti-

cas, se valora su capacidad para seguir la dinámica grupal, y se le informa y prepara antes de incluirle en un grupo, explicándole su funcionamiento y fines terapéuticos.

Etapas grupales de aceptación

Los grupos de psicoterapia de pacientes esquizofrénicos sin "insight" promueven principalmente la verbalización y mutua escucha, con interés y respeto, de las experiencias psicóticas que vive cada enfermo, contrastando dichas experiencias entre sí, con la realidad común, y el aquí y ahora de la situación grupal.

El esquizofrénico sin conciencia de enfermedad, vive convencido de su singularidad. La situación grupal le presenta a otras personas que viven también realidades e identidades singulares con el convencimiento de la certeza de las mismas.

El "mirroring" grupal de la psicosis, permite ver en los otros, lo que el enfermo aún no puede ver en sí mismo. El manifiesto contraste entre lo que él observa en los demás, y lo que los demás dicen percibir o interpretar, que el no puede comprobar. Tampoco el grupo ratifica la veracidad de sus propias experiencias. Observa, con sorpresa y desconcierto, como las vivencias de unos y otros tienen formalmente muchas similitudes, con la misma repetida contradicción de que nadie verifica el mundo singular que viven los otros, y todos creen irreales las experiencias psicóticas de los demás.

En el grupo, cada paciente empieza a cuestionar su propia singularidad con la misma simultaneidad con la que rechaza la singularidad que viven los demás. Empieza a dudar de la objetividad de sus experiencias psicóticas, al mismo tiempo que va llegando a la convicción de la veracidad exclusivamente subjetiva de las psicosis de los otros.

En la observación grupal, cada uno separa la dualidad objetiva y subjetiva de los demás enfermos, y esa desconexión dual le hace vislumbrar, en las reacciones especulares, su propia dualidad que aún no puede separar, y ha transformado psicótica y subjetivamente su realidad.

Pocas cosas hay que ayuden más a un paciente esquizofrénico que la posibilidad de comunicación grupal con otras personas que también viven psicóticamente su propio mundo, y descubrir en ellas igual convicción subjetiva, sin consenso, ni verificación objetiva.

La evidencia grupal le hace salir de su singularidad psicótica, y con la desingularización de la psicosis, el paciente adquiere una nueva perspectiva en la visión y reflexión sobre sí mismo. Supone una mutación personal de sus actitudes hacia su propia subjetividad, aceptando su propia contradicción, que le va a permitir cierta distancia de sí mismo, y otras formas de observarse y conocerse.

La desingularización de la psicosis acredita por sí misma la terapia grupal que, mejor que ninguna otra terapia, permite lograr esa nueva perspectiva del enfermo, que le abre muchas posibilidades de avanzar en el proceso terapéutico, desbloqueando sus convicciones psicóticas y su falta de insight.

Con esa nueva actitud hacia sí mismos empieza también a resquebrajarse el egocentrismo perceptivo de estos enfermos, que también en esta etapa, utilizan con cierta frecuencia, sus propios mecanismos psicóticos para defenderse de la evidencia del contexto grupal que les desingulariza y les va llevando a tomar conciencia de su trastorno mental.

En esa dialéctica aún predominantemente egocéntrica pueden presentarse fenómenos de paranoidización o psicotización del grupo por algunos pacientes, que lo incluyen como un elemento a añadir su delirio, como un teatro o montaje intencionado para ellos con falsos pacientes, o reuniones expresamente realizadas por las personas o fuerzas protectoras u hostiles de sus psicosis, con intenciones de ayudarle o juzgarle.

La confrontación, en el grupo y por el grupo, de los fenómenos de psicotización grupal de los pacientes debe ser inmediata, y es imprescindible. Las intervenciones de otros miembros sobre su propia realidad y la situación grupal suele ser rápida y muy eficaz.

Algunos pacientes intervienen con "mirroring" de refuerzos psicóticos. Afirman la veracidad de las alucinaciones o los delirios de otros para validar también su propia psicosis. Las intervenciones terapéuticas deben aprovechar los recursos grupales para contrastar y desmontar el discurso de refuerzo, haciendo evidente la ausencia de datos, la no verificación y la total subjetividad de sus argumentos. El mismo psicótico pretendidamente reforzado es uno de los primeros que intervienen, porque suele captar enseguida la falacia apresurada, que valida lo que casi no conoce.

Otros pacientes utilizan el grupo como foro de exposición de sus convicciones y acusaciones delirantes, o el conjunto de circunstancias de las cuales son víctima, y le ha llevado a su crisis, o a su internamiento. La confrontación de otros enfermos es inevitable, aunque aquí conviene conducirlas para ir llevando al paciente a la posibilidad de ver su situación desde otras perspectivas.

Tampoco hay que pasar por alto los "seudoinights" subculturales, parapsicológicos, mágicos, religiosos o de cualquier tipo, evitando que esas convicciones cristalicen en los pacientes y hagan mella en el grupo.

Los fenómenos de psicotización grupal son propios de esta etapa grupal y raros en etapas posteriores, pero siempre que surjan hay que intervenir inmediata y activamente en ellos, porque afectan a la esencia misma de la estructura terapéutica, y porque el grupo, y sólo el grupo, los disuelve.

La psicotización refleja la lucha contra la desingularización del enfermo que intenta englobar a todos los demás, que obviamente se resisten, en su propia singularidad psicótica. Es un fenómeno asociado al desarrollo del "insight" contradictorio que hace al enfermo más permeable a la aceptación de su trastorno, pero también a otras salidas o hipótesis interpretativas reevaluadoras, o no tan devaluadoras y socialmente estigmatizadoras como su rol de enfermo mental, que no es, precisamente, la imagen más atractiva de sí mismo entre las posibles, en la recuperación de su psicosis.

La psicoterapia grupal deja menos margen a otras salidas, y presiona a la aceptación del trastorno mental desde dentro, desde la reiterada evidencia de las identificaciones horizontales con personas semejantes, sobre cuyos trastornos no tiene la menor duda.

Etapa de autoconocimiento

Con el reconocimiento de la psicopatología, empieza el proceso psicoterapéutico de autoconocimiento, con un recorrido progresivo y recurrente que va explorando los factores desencadenantes de los trastornos, las dinámicas biográficas, familiares e interpersonales previas, introduce adaptaciones y cambios en el ajuste premórbido, y va acercándose al conocimiento de la propia personalidad y sus vulnerabilidades, alcanzando y superando el nivel 4 del "insight" en la esquizofrenia.

Al comienzo de esta etapa, los niveles iniciales de "insight" son muy variables. Hay pacientes que no aprecian los elementos que intervienen en sus trastornos (Grado 2). Otros no tienen "insight" psicológico del mismo (Grado 3) y apuntan a casualidades generales e inespecíficas. Esbozan epistemologías que son mosaicos de ideas populares, hipótesis familiares, experiencias institucionales y otros fragmentos pegados y unidos con sus mecanismos de defensa.

También hay pacientes que intuyen ya, con la aceptación del trastorno mental, que subyace en ellos alguna dinámica biográfica y personal, y su disposición psicológica les interesa y motiva al autoconocimiento, haciendo avanzar a los demás en la dinámica grupal.

El proceso de autoobservación y conocimiento es siempre un proceso desigual por las desiguales capacidades y características de cada paciente, que la composición de cada grupo debe homogeneizar, para no alejar demasiado los ritmos y procesos de unos y otros.

También la diversidad de niveles y capacidades sirve para elegir el tipo de terapia grupal más conveniente, con objetivos de apoyo y adaptación, u orientada al "insight". En la Tabla IV recogemos las principales variables que, a nuestro juicio, facilitan o dificultan el desarrollo, proceso y grado de autoconocimiento que alcance un paciente esquizofrénico. La presencia en él de características favorables le permite seguir psicoterapias de grupo orientadas al "insight". La concurrencia de variables que dificultan su autoconocimiento le selecciona para psicoterapias de grupo de apoyo, adaptación y socialización o rehabilitación.

Esas variables se pueden equiparar a las que favorecen u obstaculizan también las psicoterapias individuales^(11, 18, 20, 88, 93) y familiares^(11, 20, 59, 60, 94) en la esquizofrenia, aunque el proceso grupal en sí, introduzca factores facilitantes específicos⁽⁶²⁾ que pueden compensar, hasta cierto punto algunas características poco o menos propicias de los enfermos.

Aunque se utilicen programas de psicoterapias combinadas, el proceso de desarrollo del "insight" es único, en la medida que cada paciente lo unifica y hace reflexiones personales con las distintas perspectivas y logros que va alcanzando en diferentes contextos terapéuticos y en su realidad individual fuera de los mismos.

Pero también hay un proceso psicoterapéutico grupal como núcleo circular que recoge, potencia y devuelve los procesos individuales de autoconocimiento de cada uno de los miembros del grupo.

Si el insight en la psicoterapia individual es más lineal y dependiente de una relación terapéutica dual, el "insight" en la psicoterapia de grupo es más poliédrico, plurifocal y múltiple por el círculo de fenómenos especulares que se aceleran e intensifican con la cohesión del grupo.

El grupo permite múltiples asociaciones, revelaciones y catarsis, hace evidentes mecanismos encubridores, proyecciones e identificaciones que facilitan a terapeutas, y a enfermos, las claves que van haciendo progresar el "insight"^(63-66, 95-97).

Tabla 4
Variables en el desarrollo del insight en la esquizofrenia.

Lo facilitan	Lo dificultan
1 Niveles sociales, culturales y educativos altos	Niveles muy bajos, desorganizados y con necesidades básicas.
2 Buen nivel intelectual.	Coefficientes intelectuales bajos.
3 Desarrollo cognitivo con capacidad reflexiva de autoobservación y mentalidad psicológica.	Deficiente desarrollo cognitivo con regresiones, egocentrismo, falta de perspectivismo y mentalidad psicológica.
4 Mayor autonomía y madurez.	Inmadurez, simbiosis.
5 Mejor ajuste premórbido, empatía y capacidad de intimidad.	Peores ajustes premórbidos. Falta de empatía y capacidad de intimidad.
6 Roles ocupacionales y profesionales gratificantes.	Ausencia de trabajo y falta de preparación laboral.
7 Personalidades previas menos patológicas.	Personalidad previa muy patológica. Paranoides, esquizotípicas, esquizoides.
8 Dinámicas familiares menos patológicas.	Dinámicas familiares más patológicas. Rígidas, paranoides y egocéntricas.
9 Ausencia de trastornos mentales y de personalidad en la familia.	Trastornos mentales y de personalidad en la familia parental.
10 Actitudes familiares de más empatía y entendimiento al paciente.	Actitudes familiares intrusivas, hostiles, de rechazo o negación.
11 Factores recientes desencadenantes.	Ausencia de factores desencadenantes.
12 Historia psicótica más breve, y poco regresiva o paranoide.	Historia psicótica prolongada, regresiva o paranoide.
13 Psicosis egosintónica o egodialéctica.	Psicosis egodistónica.
14 Control de la agresividad.	Conductas violentas y delictivas.
15 Capacidad para afrontar y resolver frustraciones y dificultades.	Poca tolerancia a la frustración. Acting out. Fantasías esquizoides.
16 No alcohol, ni tóxicos.	Uso elusivo de alcohol y tóxicos.
17 Estilos de recuperación integradores. Depresiones post-psicóticas.	Estilos paranoides, indiferenciados, pasivos o de "sealing over".
18 Déficits ausentes o moderados.	Déficits importantes e invalidantes.
19 No otras patologías orgánicas.	Otras patologías cerebrales.
20 Relaciones terapéuticas buenas con motivación y participación.	Relaciones terapéuticas nulas o pobres con desinterés o rechazo.
21 Compromiso e interés por la vida con relaciones y apoyos significativos.	Falta de apoyos, relaciones significativas y de compromiso e interés por la vida.

Los contenidos grupales aportados por todos los miembros al proceso grupal, son, en esta etapa, de tantos temas, y aspectos de las dinámicas biográficas, sociales, familiares e interpersonales y de interacciones presentes, pasadas, o expectativas futuras, que producen un auténtico "barrido" en la autoobservación de los sujetos, les dan una visión comparativa y diferenciada de sí mismos, y el sentido de su continuidad biográfica.

Los "feedback" del proceso grupal son un bombardeo persistente y continuo al egocentrismo perceptivo y a los "puntos ciegos" de cada enfermo, y van desmontando sus mecanismos defensivos que le impedían ver sus vulnerabilidades y su personalidad.

El proceso de autoconocimiento va girando en espirales concéntricas desde las realidades más externas y claras a las más conflictivas, íntimas, personales, oscuras y negadas. La dinámica grupal va proporcionando múltiples focos o luces para ese autoconocimiento, con la observación directa de las relaciones y reacciones de los otros, sus adaptaciones, cambios, autoobservaciones y análisis que permiten múltiples aprendizajes e "insights" vicariantes.

Etapas de integración

Esta etapa final del proceso psicoterapéutico, que tiene lugar en los niveles más desarrollados del "insight", se inicia cuando el paciente va reconociendo y aceptando las características de su personalidad e identidad que le hacen vulnerable a los mecanismos y experiencias psicóticas.

Para conducir a los pacientes a ese reconocimiento de sí mismo, los terapeutas hemos observado en numerosas sesiones sus mecanismos encubridores y de defensa, sus proyecciones e identificaciones en los fenómenos especulares, pero sobre todo hemos podido utilizar, a lo largo de la psicoterapia, el hilo conductor del material inconsciente expuesto en las experiencias psicóticas, cuyo sentido y significado, sólo ahora, tras un largo camino de autoconocimiento, el paciente puede empezar a comprender, pero que ya, en la eclosión de la psicosis, mostraba abiertamente sus contradicciones e inconsistencias.

Para la integración del sentido y significado de la psicosis y la reconstrucción de una identidad psicopatológicamente menos vulnerable, el sujeto ha debido explorar sus actitudes, estilos, reacciones, conductas y mecanismos habituales de defensa, y lo que esas defensas defienden, la autoestima e imagen de sí mismo inestable, deformada, inadecuada y en

continuo conflicto entre lo que no quiere ser y lo que cree que es, lo que para otros es o no es, y lo que desea ser.

El continuado "mirroring" grupal le va a ayudar a corregir e integrar todas esas imágenes de sí mismo. La existencia entre los miembros del grupo de personalidades prepsicóticas con similares pautas o rasgos paranoides, esquizoides, esquizotípicos, dependientes, narcisistas, etc y el uso común de un conjunto de mecanismos de defensa, les va ayudando a reconocerse a través de los otros y captar las incongruencias entre su imagen personal, grupal y social, la que expresan, la que desconocen y la que ocultan, la que tiene él y la que le devuelven los otros, las deformaciones de su autoestima y las infravaloraciones o sobrevaloraciones de sí mismo, las imágenes que en sus experiencias psicóticas él afirma y otros niegan, y las que reprime y los delirios críticamente le devuelven, las identidades grandiosas y omnipotentes de sus psicosis y sus imágenes fantaseadas e ideales, que nacen de realidades personales humillantes, dolorosas y de sus sentimientos de incompetencia e impotencia.

Los sujetos llegan al conocimiento de sus vulnerabilidades con el reconocimiento de esas incongruencias, infravaloraciones y baja autoestima, y el aislamiento, sensibilidad y desconfianza paranoide que la defienden, o las proyecciones, distorsiones y negaciones con las que construye falsas autoestimas e imágenes de sí mismo, tan insostenibles, frágiles y contradictorias como revelan las psicosis.

En esta última etapa de la psicoterapia pueden reconocer el sentido egosintónico, egodistónico o el carácter egodialéctico de sus experiencias psicóticas como expresiones del conflicto interno de su identidad vulnerable, y su crisis, ruptura o fragmentación de la misma en subidentidades opuestas, rechazadas e inaceptables unas, e idealizaciones e identificaciones deseadas y asumidas las otras.

Sólo a través de la conciencia de su vulnerable identidad los sujetos pueden comprender sus mecanismos de defensa en los desajustes consigo mismo y en la interacción con los demás, y pueden entender la insuficiencia, o agrandada deformación de los mismos, en determinados momentos o situaciones donde emergen las experiencias psicóticas.

La persistencia de miniexperiencias psicóticas, breves y transitorias, posteriores a la recuperación clínica aparente, y bastante más frecuentes de lo que creemos, como la detenida observación de los procesos psicoterapéuticos revela, permite hacer de esas minireacciones psicóticas un valioso instrumento de autoconocimiento para los enfermos, que las analizan, ubican y entienden como sus personales respuestas ante estrés y

situaciones indicadoras de su fragilidad, y pueden captar y verificar lo que significan, su búsqueda, recursos, nostalgia o intentos que compensar u ocultar las frustraciones y precariedades no superadas, o los aspectos aún no integrados de sí mismo.

La redefinición realista, aceptada e integrada de la identidad hace a los pacientes menos referenciales y, tensos, y más autónomos e independientes del juicio o proyección de su imagen en los otros. Es el camino más sólido para ir haciendo innecesaria la vía psicótica de transformación de sí mismo. Pero esa renuncia y lucha interna que le priva de las identidades psicóticas, ideales, regresivas, o de sus fantasías y gratificaciones mágicas, le impone también el realismo de una existencia si no dolorosa, frustrante cuya modificación concreta, objetiva y no subjetiva, es siempre lenta y muy gradual, difícil y llena de obstáculos.

Los enfermos, con la integración de las psicosis y la reconstrucción realista de su identidad van renunciando a salidas o soluciones psicóticas al mismo tiempo que se esfuerzan en la búsqueda y práctica de soluciones objetivas. El proceso grupal permite la ayuda mutua y el aprendizaje vicariante de los cambios que realizan los demás. Las reacciones especulares también equilibran la sensación personal que tiene cada cual, que recarga y le hace parecer peores, más difíciles e insolubles o imposibles de superar sus problemas.

La búsqueda altruista de soluciones objetivas a los problemas y dificultades de los demás miembros del grupo, les ayuda a ellos mismos a ver desde fuera, y en los otros, los obstáculos y objetivos que debe superar y lograr. Al final del proceso terapéutico las reacciones especulares permiten encontrar salidas realistas, proyectando e identificando en otros los propios esbozos incipientes de iniciativas o soluciones de cambio, los análisis, consejos o recomendaciones que el paciente se está dando a sí mismo cuando los hace a los otros. En los grupos, los enfermos aprenden de los cambios de los otros, y aprenden a cambiar ellos mismos ayudando a cambiar a los otros.

Bibliografía

1. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Springer. Berlin, 1913. (spanish traslادation Ed Beta, Buenos Aires 1966).
2. Lewis A. The psychopathology of insight. British Journal of Medical Psychology, 1934; 14: 332-348.
3. Prigatano G, Schacter D (eds). Awareness of Deficit After Brain Injury. Oxford University Press. Oxford 1991.

4. Weisman AD. Coping with illness. In Hackett T and Cassen N (eds), *Handbook of General Hospital Psychiatry*, 2 ed PSG Ca, Littleton. Massachusetts, 1987; pp 297-308.
5. Weisman AD. *The Coping Capacity: On the Nature of Being Mortal*. Human Sciences Press, N York, 1984.
6. Moas R (ed). *Human Adaptation: Coping with Life Crisis*. Heath & Ca, Lexington, 1976.
7. Carpenter W, Strauss J, Bartko J. Flexible System for the Diagnosis of Schizophrenia: Report form the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science* 1973; 18: 1275-1278.
8. WHO Report of the International Study of Schizophrenia. Geneve 1974; vol 1.
9. May PR, Dixon WJ. The Camarillo Dinamic Assesment Scales. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1969; 33: 1-35.
10. Stanton A. The Significance of Ego Interpretative States in Insight Directed Psychotherapy. *Psychiatry*, 1978; 41: 129-140.
11. Alanen Y, Rakkolainen V, Laakso J, Rasimus R, Kaltojen A. *Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*. Springer. Berlin 1986.
12. David AS. Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 1990; 156: 798-808.
13. MC Evoy J, Apperson L, Appelbaum P, Ortlip P, Brecosky J, Ham mili K, Geller J, Roth L. Insight in Schizophrenia. Its Relationship to Acute Psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1989; 177: 43-47.
14. Stanton A, Gunderson J, Knapp P, Frank A, Vanicelli M, Schitzer R, Rosenthal R. Effects oí Psychotherapy in Schizophrenia. 1. Desing and Implementation of a Controlled Study. *Schizophrenia Bulletin* 1984;10: 520-560.
15. Gunderson J, Frank A, Katz H, Vanicelli M, Frosch J, Knapp P. Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment. *Schizophrenia Bulletin*,1984; 10: 564-598.
16. Horwitz AV. Help-Seeking Processess and Mental Health Services. In Mechanic D (ed). *Improving Mental Hea1th Services: What the Social Science can tell us New Directions for Mental Health Services*. Josey Bass. California, 1987.
17. Heinrichs D, Cohen B, Carpenter W. Early Insight and the Management of Schizophrenic Descompensation. *The Journal of the Nervous and Mental Disease*. 1985; 173: 133-138.
18. Gunderson JG, Mosher LR (eds). *Psychotherapy of Schizophrenia*. S Jason Aronson. N York 1975.
19. Strauss JS, Estroff SE. Subjective Experiences of Schizophrenia and related Disorders. Implications for Understanding and Treatment. *Schizophrenia Bulletin* 1989; 5: 177-178.
20. González de Chávez M. Terapias combinadas y programadas integrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas. AEN (ed) *El qué hacer en salud mental*. Las Palmas, 1989; pp 112-132.
21. González de Chávez M. La atención al paciente psicótico: los programas integrados y sus condiciones de aplicabilidad. Seminario La rehabilitación del paciente mental crónico en la comunidad. UIMP. Sevilla 1990.

22. Un IF, Spiga R, Fortch W. Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry* 1979; 40: 430-432.
23. Van Putten T, Crumpton E, Yale C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Archives of General Psychiatry*. 1976; 33: 1443-1446.
24. Mc Evoy JP, Aland J, Wilson WH, Guy W, Hawkins L. Measuring chronic schizophrenia Patient's attitude toward their Illness and Treatment. *Hospital & Community Psychiatry*. 1981; 32: 856-858
25. Bartko G, Herczeg I, Zador G. Clinical Symptomatology and Drug Compliance in Schizophrenic Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1988; 77: 74-76.
26. Carpenter WT jr, Heinrichs DW. Early intervention, time-limited, targeted pharmacotherapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1983; 9: 533-542.
27. Kane J (ed) *Drug Maintenance Strategies in Schizophrenia*. American Psychiatric Association. Washington 1984.
28. Breier A, Strauss JS. Self control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 1141-1145.
29. Takai A, Vematzu M, Kaiya H, Inoue M, Ueki H. Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 82: 289-294.
30. Cohen CI, Berk LA. Personal Coping Styles of Schizophrenic outpatients. *Hospital & Community Psychiatry*, 1985; 36: 407-410.
31. Dittmann J, Schutter R. Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 82: 318-322.
32. Strauss JS, Harding CM, Hafez H, Ueberman P. The role of the patient in recovery from psychosis. In Straus JS, Boker W, Brenner H (eds). *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Hans Huber Pub Toronto 1987.
33. Roback H, Abramowitz S. Insight and hospital Adjustment. *Canadian Journal of Psychiatry* 1979; 24: 233-236.
34. Mosher LR, Gunderson J. Group, Family, Milieu and Community Support. In Bellak L (ed). *Disorders of the Schizophrenic Syndrome*. Basic Books. N York, 1979; pp 399-452.
35. Soskis D, Bowers MB. The Schizophrenic Experience. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 1969; 149: 443-449.
36. Mc Glashan T, Carpenter WT. Does Attitude Toward Psychosis Relate to Outcome? *American Journal of Psychiatry*, 1981; 138: 797-801.
37. Brooks G, Deane W, Hugel R. Some aspects of subjective experience of schizophrenia. *Disease of Nervous System* 1968; 29, suppl5: 78-82.
38. Wing J, Monck E, Brown Gw. Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959. *British Journal of Psychiatry*, 1964; 110: 10-21.
39. Greenfeld D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M. Insight and Interpretation of Illness in Recovery from Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 1989; 15: 245-252.

40. Yarrow MR, Schartz CH, Murphy H, Deasy L. The Psychological Meaning of Mental illness in the Family. In Price R, Denner B (eds). *The Making of Mental Patient*. Holt Reinhart, N York, 1973; pp 31-46.
41. Sacks MH, Carpenter WT jr, Strauss JS. Recovery from delusion. *Archives of General Psychiatry* 1974; 30: 117-120.
42. González de Chávez M. La psicofarmacología y los límites del biologicismo. *Archivos de Neurobiología*, 1977; XL, 2: 105-116.
43. Strauss JS, Carpenter WT. *Schizophrenia*. Plenum Press, N York 1981.
44. Wing JK. Recent Advances in understanding schizophrenia. In Wing JK & Hielholz P (eds) *Rehabilitation of patients with schizophrenia and with depressions*. H. Huber Berna 1981.
45. Levy S, MC Glashan T, Carpenter WT jr. Integration and Sealing over. Clinically distinct Recovery Styles from Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1975; 32: 1269-1272.
46. Levy S, MC Glashan T, Carpenter WT jr. Integration and Sealing over as Recovery Styles from Acute Psychosis. *Metapsychological and Dynamic Concepts*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1975; 161: 307-312.
47. Price RH, Denner B (eds). *The making of a mental patient*. Holt, Rinehart and Wiston. Inc N York, 1973.
48. Goffman E. *Stigma. Notes on the management of solid Identity*. Prentice Hall. Englewood Cliffs. N J 1963.
49. Carr VJ. Recovery From Schizophrenia: A Review of Patterns of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 1983; 9: 95-121.
50. Benedetti G. *Psychoterapy of Schizophrenia*. N York University Press, N York, 1987.
51. Sjostrom R. Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. A restrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1985; 71: 513-522.
52. Mc Glashan T. Recovery Style from Mental illness and Longterm Outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1987; 175: 681-685.
53. Ugelstad E. Some experiences in group psychotherapy with psychotic patients. *Acta Psychiatrica Sacandinavica*. 1965; Suppl 40: 239.
54. O'Brien CH. Group therapy for schizophrenia: a practical approach. *Schizophrenia Bulletin*. 1975; 13: 119-130.
55. Malm U. The Influence of Group Therapy in Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Sacandinavica*. 1982; 65, Suppl 297.
56. Steiner J. Holistic group therapy with schizophrenic patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1979; XIX, 2: 195-210.
57. González de Chávez M. Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1985; V 14: 335-341.
58. Battegay R and Von Marshall R. Results of long-term group Psychotherapy with schizophrenics. *Comprehensive Psychiatry*. 1978; 19: 349-353.

59. Kaufman L. Long term family therapy with schizophrenics. In Jorstad J & Ugelstad E (eds) *Schizophrenia* 75. Universitetsforlaget. Oslo 1976; pp 229-243.
60. Alanen Y. The benefits of family psychotherapy in hebephrenic schizophrenia. In Rubinstein D & Alanen Y (eds) *Psychotherapy of Schizophrenia*. Excerpta Médica. Amsterdam, 1972; pp 194-200.
61. Stanton A. Insight and self Observation. En Strauss JS Bowers M, Wayn T, Fleck S, Jackson S, Levine I (eds). *The Psychotherapy of Schizophrenia*. Plenum Medical Books Co, N York 1980; pp 131-144.
62. González de Chavez M y García-Ordas A. Group Therapy as a Facilitating Factor in the Combined-Treatment Approach to Schizophrenia. Xth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia. Stockholm 1991.
63. Corsini R, Rosenberg B. Mechanism of group psychotherapy. Process and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1955; 51: 406-411.
64. Yalom ID. *The theory and Practice of Group Psychotherapy*. 3.a ed. Basic Books. New York. 1985.
65. Bloch S, Crouch E. *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford University Press. Oxford 1985.
66. Mackenzie KR. Therapeutic factors in Group Psychotherapy. *A Contemporary View*. Group 1987; 11: 26-34.
67. Kapur R, Miller K, Mitchell G. Therapeutic Factors within In-patient and Out-patient Psychotherapy Groups. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 229-233.
68. Foulkes SH. *Therapeutic Group Analysis*. George Allen, Unwin. London 1964.
69. Pines M. The Frame of Reference of Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 1981; 31: 275-285.
70. Pines M. Reflections on Mirroring. *Group Analysis*. 1982; Vol. 15 Supplementum pp 1-26.
71. Laughlin HP. *The Ego and its Defenses*. Butterworths. London 1970.
72. Dorpat TL. The Cognitive arrest hypothesis of denial. *International Journal of Psycho-Analysis* 1983; 64: 47-58.
73. Kernberg OF. Identification and its vicissitudes as observed in psychosis. *International Journal of Psycho-Analysis* 1986; 67: 147-159.
74. Goldstein WN. Clarification of Projective Identification. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 153-161.
75. Cox M. Group psychotherapy as a redefinition process. *International Journal of Group Psychotherapy* 1973; 23: 465-473.
76. Honess T, Yardley K (eds). *Self and Identity Perspective across the Life Span*. Routledge. London 1987.
77. Lapsley DK, Power FC (eds). *Self, Ego and Identity*. Springer. Berlin 1988.
78. Damon W, Hart D. *Self Understanding in Childhood and Adolescence*. Cambridge University Press. Cambridge 1988.

79. Mead GH. *Mind, Self and Society*. University of Chicago Press. Chicago 1934.
80. Selman RL. *The growth of interpersonal understanding*. Academic Press. New York 1980.
81. Lidz T, Fleck S, Cornelison AR. *Schizophrenia and the Family*. Internacional University Press. New York 1965.
82. Alanen Y. *The Family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum 189. Munksgaard. Copenhagen 1966; 42.
83. Howells JS, Guirguis WR. *The Family and Schizophrenia*. International University Press. New York 1985.
84. Gruber L. *Group Techniques for Acutely Psychotic Inpatients* Group 1978; 2: 31-39.
85. Barr MA. *Homogeneous Groups with acutely Psychotic Schizophrenics*. Group 1986; 10: 7-12.
86. Kanas N. *Therapy Groups for Schizophrenic Patients on Acute Care Units*. Hospital & Community Psychiatry 1988; 5: 546-549.
87. Kapur R, Ramage J, Walker K. *Group Psychotherapy in an Acute In patient Setting*. Psychíatry 1986; 49: 337-349.
88. Alanen Y, Lehtinen K, Rakkolainen V, Daltonen J. *Need-adapted treat ment of new schizophrenic patients. Experiences and results of the Turku Project*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1991; 83: 363-372.
89. Gunderson JG, Gomes-Schartz B. *The Quality of Outcome from Psychotherapy of Schizophrenia*. In Strauss JS, Bowers M, Downey T, Fleck S, Jackson S, Levine I. (eds). *The Psychotherapy of Schizophrenia*. Plenum Medical Books Ca. New York 1980; pp 257-275.
90. Cullberg J. *Recovered versus non recovered schizophrenic patients among those who have intensive psychotherapy*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1991; 84: 242-245.
91. MC Glashan T. *The Chesnut Lodge follow-up study. II long-term out come of schizophrenia and the affective disorders*. Arhives of General Psychiatry 1984; 41: 586-601.
92. Fenton WS, Mc Glashan T. *Sustained Remission in Drug. Free Schizophrenic Inpatients*. American Journal of Psychiatry 1987; 144: 1306-1309.
93. MC Glashan TH, Keats CJ. *Schizophrenia. Treatment, Process & Out come*. America Psychiatric Assoc. Press. Inc. Washington 1989.
94. Alanen Y. *On the background factors and goals in the family therapy of young schizophrenic patients and their parents*. In Jorstad J, Ugels tad E. (eds). *Schizophrenia* 75. Universitetforlaget. Oslo 1976; pp 173-186.
95. Anthony EJ. *Comparison between Individual and Group Psychotherapy*. In Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Group Psychot herapy*. P ed. Williams & Wilkins Co. Baltimore 1971; pp 104-117.
96. Bednar R, Lawlis F. *Empirical Research in Group Psychotherapy*. In Bergin A, Garfield S (eds). *Handbook of Psychotherapy and Beha vior Change*. Wilkey, Son. New York 1971; pp 812-838.
97. Battgay R. *Psychotherapy of schizophrenics in small groups*. Inter national Journal of Group Psychotherapy 1965; vol. 15: 316-320.

Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en el tratamiento combinado de la esquizofrenia

Manuel González de Chávez y Alfonso García-Ordás

Introducción

En las últimas décadas, estamos pasando, en nuestros enfoques de las psicosis esquizofrénicas, desde anteriores modelos reduccionistas que implicaban prácticas monoterapéuticas limitadas⁽¹⁾, a perspectivas más globales y abiertas, que se esfuerzan por integrar la multiplicidad de conocimientos sobre estas psicosis, en hipótesis multifactoriales más unitarias⁽²⁻⁵⁾.

La consecuencia práctica de estos modelos multifactoriales de la esquizofrenia es la instauración en estos pacientes, de tratamientos combinados, y de programas terapéuticos.

Los modelos predominantemente biológicos, asocian los neurolépticos con terapias didácticas/psicoeducativas, o intervenciones familiares en la detección y prevención de recaídas, y al igual que los modelos rehabilitadores, con programas de aprendizaje y adquisición de habilidades sociales o entrenamiento en la solución de problemas⁽⁶⁻⁹⁾.

Los modelos multifactoriales predominantemente dinámicos, hacen también uso de los neurolépticos y de las terapias rehabilitadoras, pero

dan un papel preeminente a la psicoterapia, en sus diversas modalidades; individual, familiar, de grupo, relacionales o de apoyo, u orientadas al "insight"⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Desde hace años, los países escandinavos, han venido siendo pioneros en la implantación de tratamientos combinados de la esquizofrenia, así como en el diseño y realización de programas psicoterapéuticos y rehabilitadores⁽¹⁵⁻¹⁸⁾, constituyendo, el Programa Nacional Finlandés de Tratamiento y Rehabilitación de la Esquizofrenia, "adaptado a las necesidades" de cada paciente, un meritorio y equilibrado ejemplo de atención global a los pacientes, tanto agudos como crónicos⁽¹⁹⁻²²⁾.

Las terapias de grupo en la esquizofrenia

Las terapias de grupo pretenden ser un eje fundamental en los programas de tratamientos de los pacientes esquizofrénicos. Su utilización conjunta con terapias individuales y/o familiares, con farmacoterapia y con terapias rehabilitadoras, puede favorecer sinérgicamente la eficacia de los programas terapéuticos^(23,24).

Una de las ventajas de la terapia de grupo, es su gran flexibilidad y versatilidad para adaptarse a todo tipo de pacientes esquizofrénicos, instituciones y objetivos terapéuticos.

Para el tratamiento de la esquizofrenia se viene usando una variada metodología grupal, desde las psicoterapias orientadas al "insight" o investigativas, las relacionales o de apoyo, hasta las de comunicación y confrontación, o de convivencia y socialización⁽²⁴⁻²⁷⁾.

Las terapias rehabilitadoras o psicoeducativas también utilizan metodología grupal^(28,29), así como las asociaciones de autoayuda de familiares y pacientes^(30,31). Obviamente lo mismo ocurre con los grupos dinamizadores de espacios institucionales, ya sean unidades de internamiento de breve, media o larga estancia, comunidades terapéuticas o centros comunitarios^(13,32-35).

En las psicoterapias de grupo de pacientes esquizofrénicos, se ha observado un amplio predominio de los buenos resultados, con disminución de síntomas o experiencias psicóticas, menores recaídas e internamientos, dosis más bajas de neurolépticos, mejor autoconocimiento de los enfermos y más capacidad de éstos para establecer y mantener relaciones sociales⁽³⁶⁻⁴²⁾.

En las psicoterapias individuales, se han observado resultados similares^(17,19, 43-48). Los estudios comparativos entre terapias individuales y de grupo con pacientes esquizofrénicos, subrayan la mejor socialización en estas últimas, el mayor interés y entusiasmo de terapeutas y pacientes por los grupos y el menor número de abandonos en esta última forma de terapia^(26, 37, 39-42, 49-52).

Las psicoterapias individuales y de grupo no son excluyentes, sino complementarias entre sí y con otras modalidades terapéuticas^(24, 53, 54), como lo prueba el creciente interés por ayudar a este tipo de pacientes con programas integrados de terapias combinadas⁽²⁴⁾.

Factores facilitantes de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia

A nuestro juicio, la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia ofrece un conjunto de factores facilitantes, de la psicoterapia y el tratamiento de estos enfermos, que podemos agrupar en los apartados siguientes.

1. Facilita a los pacientes un contexto realista y específico de referencia

El grupo ofrece a los pacientes un contexto nuevo, más igualitario, compatible y aceptable, y completamente distinto de la relación intersubjetiva dual de la psicoterapia individual, más desigual, estrecha y dependiente, más unilateral, unifocal y más expuesta a distorsiones interpretativas y transferenciales^(40,53-56).

El grupo de psicoterapia es muy diferente a la psicoterapia familiar, donde el rol desviado y los sentimientos de inferioridad, humillación, dependencia, sobreprotección, culpabilización u hostilidad de y hacia enfermo, suelen ser frecuentes estando la familia largamente implicada en transacciones y dinámicas parentales o conyugales sesgadas, negadoras, descalificadoras, caóticas o contradictorias que persisten, se agravan o acentúan ante el trastorno mental del paciente, en ocasiones con intereses y demandas opuestas, irreales, silenciadoras o erróneamente normalizadoras^(10,11,19,57-61).

El grupo de psicoterapia proporciona a los pacientes psicóticos un contexto más seguro⁽⁴⁰⁾, que les puede permitir vencer las resistencias para salir de sus aislamientos defensivos o ensimismamientos autistas, y superar, con

alivio sus convicciones de singularidad, las autorreflexiones, fantasías e interpretaciones solipsistas o las devaluaciones estigmatizadoras.

El grupo lo constituye un conjunto variado de personas que comparten muchas similitudes, que pueden reconocer, aceptar y entender. Pueden desingularizarse y compararse entre sí mismos, valorarse y reconceptualizarse.

En este contexto, son más fáciles y múltiples las interacciones, identificaciones y transferencia, la corrección del egocentrismo perceptivo de los pacientes; y conseguir organizar, precisar o refinar sus comunicaciones y observaciones, llevándoles a progresar en el autoconocimiento gracias a los análisis y aprendizajes, propios o vicariantes.

El grupo de psicoterapia es a la vez un referente que permite a sus miembros adquirir una visión dinámica de sus vidas, y el sentido del tiempo y la evolución de sus progresos terapéuticos. El testimonio y la observación de la mejoría de los otros fundamenta las esperanzas en la propia mejoría, y ayuda a superar desmoralizaciones y dificultades. El grupo permite recibir y luego dar ayuda, vivir el altruismo y sentir la estima de ser útil a los demás.

Finalmente, el grupo es también una realidad tangible, estimulante y socializadora, que sirve de guía y apoyo. Promueve la participación de sus miembros y funciona reforzando el cumplimiento terapéutico y la motivación a la superación, a la vez que disuade del uso de resistencias y defensas que bloqueen, impidan o eludan dichos cambios (62,63).

2. El grupo de psicoterapia facilita las relaciones del paciente esquizofrénico con el equipo terapéutico

Aunque es mejor, más fácil y más conveniente iniciar el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica durante el conocimiento y evaluación de los pacientes, y su selección y preparación para el programa terapéutico y la psicoterapia de grupo^(64,65), también es cierto que, con la posterior introducción del paciente en el grupo de terapia, se facilita aún más la relación terapéutica y se reducen en gran medida muchos de los estrés, dificultades y complicaciones transferenciales y contratransferenciales que suelen presentarse en las psicoterapias exclusivamente individuales con los pacientes esquizofrénicos⁽⁶³⁾. En el grupo son menores los bloqueos, resistencias, silencios, transferencias psicóticas, y otros riesgos o errores que psicotizan y paranoidizan las relaciones transferenciales y contratransferenciales.

Si la introducción del paciente en el grupo no se demora mucho del comienzo de la psicoterapia individual ya iniciada, el contexto grupal da más realismo a la relación y a la figura del terapeuta, así como más autonomía y menos dependencia al paciente de éste. Las transferencias se diluyen en el grupo porque los terapeutas se comparten, y porque éstos empatizan, interactúan y simultanean alianzas y contratransferencias con los otros miembros, que son observadas por el grupo.

El grupo permite estar alerta y corregir actitudes, distorsiones o insanas idealizaciones, imitaciones e identificaciones con el terapeuta, que además, deja de ser el único punto de referencia, porque se establecen múltiples y más igualitarias relaciones, e innumerables transferencias y contratransferencias entre sus miembros.

Los pacientes se tornan más objetivos y realistas con sus terapeutas y éstos más expuestos como personas y como profesionales al escrutinio de sus pacientes y, a diferencia de la relación dual, tienen aquí menos poder, y una participación más complicada, activa, flexible y ágil, menos observadora y más espontánea, sólo posible con empatía y autenticidad. Por ello la psicoterapia de grupo es más difícil, y requiere más competencia de los terapeutas^(56, 66, 67), aunque éstos, sí practican ambas, como revelan algunos estudios en esquizofrénicos y otros tipos de pacientes, prefieran los grupos y muestren más entusiasmo, satisfacción e interés por ellos^(26, 49, 50, 54, 55, 68, 69) considerándoles como el tratamiento primario de las terapias combinadas, que la psicoterapia individual complementa⁽⁷⁰⁾.

Las psicoterapias de grupo facilitan las coterapias y el mejor trabajo del equipo, la observación técnica del propio trabajo grupal, la coordinación sinérgica de estrategias y terapias, una reflexión e información compartida de las mismas, y más atención a las peculiaridades de las intervenciones terapéuticas.

Por otra parte, las psicoterapias de grupo con pacientes esquizofrénicos permiten un nivel aceptable de calidad y continuidad asistencial, sin interrupciones, ni vacíos, muy a tener en cuenta con la habitual escasez de recursos, permitiendo una cualificación de los mismos, y una mejor docencia, no sólo en estas técnicas terapéuticas, sino de la esquizofrenia en general.

3. La psicoterapia de grupo facilita un mejor conocimiento

En el grupo, los terapeutas, no sólo disponen de las verbalizaciones y revelaciones de los pacientes, sino que además el grupo les ofrece la oportu-

tunidad de observar, en vivo, muchas dimensiones o variables del comportamiento de los mismos.

Enumeremos por ejemplo, el aislamiento o comunicación; la actividad o pasividad; tolerancia o intolerancia; flexibilidad o rigidez; dependencia o autonomía; egoísmo y altruismo; cooperación y competitividad; arrogancia, narcisismo; paciencia e impaciencia; masculinidad o feminidad; sadismo o masoquismo; afectos, hostilidades, seducciones, rivalidades, envidias, intelectualizaciones, negaciones, proyecciones, identificaciones y toda clase de interacciones, actitudes y estilos o mecanismos de defensa⁽⁵⁶⁾.

Con estas observaciones continuadas y cambiantes, ante unos y otros miembros del grupo, incluidos los terapeutas, éstos tienen muchos más elementos para la comprensión de los pacientes y ellos también un mejor conocimiento de sí mismos.

Además de la propia motivación y esfuerzo, las verbalizaciones y revelaciones de los otros pacientes emergen en cada uno múltiples asociaciones, identificaciones y proyecciones, que reprimidas, negadas, escindidas o externalizadas, sin la resonancia grupal, hubiesen permanecido ignoradas, o más difícilmente se hubiesen hecho conscientes.

Esta multiplicidad y multifocalidad de temas, niveles y tiempos del contenido grupal, que suscitan observaciones, y arrojan alguna luz a los "puntos ciegos" de los pacientes⁽⁷¹⁾, van componiendo, en el proceso grupal, un mosaico de numerosas piezas, que, unas junto a otras, acaban dando más y más perspectivas y autoconocimiento a cada enfermo.

Además, éstos tienen en el grupo instrumentos específicamente grupales y de valor indudable en la progresiva adquisición de un mayor y mejor "insight" de sí mismos y de sus dificultades y trastornos: las reacciones especulares que facilitan la observación, y exploración mutua, y permiten aprender y reconocerse en los otros, a través de las reacciones, comentarios y opiniones intragrupales^(36,72,73).

4. La psicoterapia de grupo facilita y acelera el proceso psicoterapéutico

Inicialmente consolidada la alianza terapéutica, y permitiendo al paciente una situación realista y de gran autonomía en la comunicación con el grupo, la dinámica grupal, acelera llamativamente la desingularización de los pacientes ^(24,33,36), así como una aceptación más temprana de las peculiaridades psicopatológicas, de la subjetividad, no validada en el gru-

po, de sus experiencias psicóticas. En esta desingularización, intervienen de forma decisiva las reacciones especulares iniciadas en las primeras sesiones⁽³⁶⁾.

A partir de la aceptación de sí mismo, los procesos de autoobservación y autoconocimiento, que en las psicoterapias individuales suele ser bastante lineal, largo y lento, en los grupos se manifiesta y acentúa con la incidencia de mecanismos y factores múltiples^(62, 71, 74, 75). Son múltiples las comunicaciones y revelaciones de los miembros del grupo, los niveles y contenidos, las interacciones, identificaciones, reacciones especulares, aprendizajes y transferencias, las mutuas exploraciones y confrontaciones, los aprendizajes vicariantes y la ayuda de los "insights" de los pacientes más avanzados y lúcidos.

El grupo estimula más la visión dinámica de la propia vida y la de los otros. En los orientados al "insight", el proceso progresivo y recurrente de exploración y autoconocimiento va facilitando la integración y comprensión de las experiencias psicóticas en las dinámicas biográficas, así como un mejor conocimiento, de la identidad personal, y las subidentidades ideales e irreales, o negadas e intolerables. Un material extraordinariamente rico, que el paciente debe ir integrando en una nueva reconceptualización menos vulnerable de sí mismo. Para esta integración, las sesiones individuales, más centradas y detalladas, son de gran utilidad.

Las etapas finales del proceso psicoterapéutico, que van del autoconocimiento a las modificaciones personales, están muy favorecidas por la presión al cambio de la dinámica grupal, tanto en las relaciones interpersonales, laborales o sociales, como en las familiares, o en las afectivas y sexuales. La dinámica grupal, apoya y fomenta la autonomía y superación del paciente, el altruismo y la esperanza, sucediéndose toda una serie de intervenciones grupales de guía, socialización y consejo.

Los grupos más orientados al "insight" contribuyen a la adquisición, por los pacientes esquizofrénicos, de identidades más realistas y estables, a la reestructuración de subidentidades en conflicto, y a la reconciliación de imágenes sociales, ideales, irreales o fantaseadas, reconociendo y rehuyendo aquellas soluciones subjetivas derivadas de tempranas identidades defensivas, esquizoides, dependientes, simbióticas, narcisistas o grandiosas, y del uso habitual de los mecanismos de defensa psicóticos. A todo ello ayuda la dinámica avanzada del proceso grupal, que induce en cada paciente, un proceso personal de redefinición de la propia identidad⁽⁷⁶⁾.

Bibliografía

1. Siegler M, Osmond H. Models of Madness, models of Medicine. McMillan. New York 1974.
2. Strauss JS, Carpenter W. Schizophrenia. Plenum Press. New York 1981.
3. Neuchterlein KH, Oasowson ME. A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenia episodes. Schizophrenia Bulletin 1984; 10: 300-312.
4. Ciompi L. Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia. Converging new concepts. In: Strauss JS, Bower W, Brenner H, eds. Psychosocial Treatment of Schizophrenia. H Huber Pub. Stuttgart 1986; pp 48-62.
5. Carpenter W. Approaches to knowledge of Understanding of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1987; 13: 1-8.
6. Anderson C, Hogarty G, Reiss D. Family treatment of adult schizophrenia patient: A psychoeducational approach. Schizophrenia Bulletin 1980; 6: 490-505.
7. Fallon IR, Boyd JL, Mc Gill CW. Family Care of Schizophrenia. A problem-solving approach to the Treatment of Mental Illness. Guilford Press. New York 1984.
8. Goldstein MJ, Hand 1, Hahlweg K (eds). Treatment of Schizophrenia. Family assesment and Intervention. Springer. Berlin 1986.
9. Leff J, Vaughn CE. Expressed Emotion in Families. Guilford Press. New York 1985.
10. Lidz T. The origin and Treatment of Schizophrenic Disorders. Hutchinson. London 1975.
11. Rubinstein O, Alanen Y, eds. Psychotherapy of Schizophrenia. Excerpta Médica. Amsterdam 1972.
12. Strauss JS, Bowers M, Oowney TW, Fleck S, Jackson S, Levine 1, eds. The Psychotherapy of Schizophrenia. Plenum Medical Book Co. New York 1980.
13. Mosher L, Keith SJ. Psychosocial Treatment: Individual Group, Family and Community Support Approaches. Schizophrenia Bulletin 1980; 7: 10-41.
14. Borri P, Quartesan R, eds. USA-Europe Joint Meeting on Therapies an Psychotherapy of Schizophrenia. ARP. Perugia 1990.
15. Alanen Y. The psychotherapeutic care of schizophrenic patients in a community psychiatric setting. In: Lader MH, ed. Studies of Schizophrenia. British Journal of Psychiatry. Special Publication 1975; n.º 10: pp 86-93.
16. Ugelstad E. Possibilities of organizing psychotherapeutically oriented treatment programmes for schizophrenia within sectorized psychiatric services. In: Muller O, ed. Psychotherapy of Schizophrenia. Excerpta Médica. Amsterdam 1979.
17. Lindberg O. Management of Schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 1981; vol 63 suppl, nº 289.
18. Anttinen EE, Stenij P. The care and rehabilitation of schizophrenic out patients with home careo Psychiatria Fénica 1974; 145-154.
19. Alanen Y, Rakkolainen V, Laakso J, Rasimus R, Kaljonen A. Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses. Springer-Verlag. Berlin 1986.

20. Alanen Y, Anttinen EE, Kokkola A, Lehtinen K, Ojamen M, Pilkka nen K, Rakkolainen V. Treatment and Rehabilitation of Schizophrenic Psychoses. The Finish Treatment Model. *Nordisk Psychiatrisk Tidssk rift* 1990; vol 42, supp 22.
21. Alanen Y, Lehtinen K, Rakkolainen V, Altonen J. Need-adapted treat ment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 83: 363-372.
22. García-Ordas Alvarez A. Programa de tratamiento y rehabilitación de pacientes con esquizofrenia en Turku, Finlandia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1990; n.º 34: 411-418.
23. González de Chávez M. La atención al paciente psicótico: los programas integrados y sus condiciones de aplicabilidad. Seminario: La rehabilitación del paciente mental crónico en la comunidad. UIMP. Sevilla 1990.
24. González de Chávez M. Terapias combinadas y programas integrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas. AEN (ed). *El qué hacer en salud mental*. Las Palmas 1989; pp 112-123.
25. Mosher LR, Gunderson JG. Group, Family, Milieu and Community Support Systems Treatment for Schizophrenia. In: Bellack L, ed. *Order of the Schizophrenic Syndrome*. Basic Books. New York 1979.
26. Kanas N. Group Therapy with Schizophrenic. A Review of Contro lled Studies. *International Journal of Group Psychotherapy* 1986; 36: 339-351.
27. Scott O, Griffith M. The evaluation of group therapy in the treatment of schizophrenia. *Small Group Behaviour* 1982; 13: 415-422.
28. Lam OH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine* 1991; 21: 423-431.
29. Barrowclough C, Tarrier N. Psychosocial interventions with families and their effects on the course of schizophrenia: a review. *Psychological Medicine* 1984; 14: 629-642.
30. Caplan G, Killilea M, eds. *Support Systems and Mutual Help*. Grune & Stratton. New York 1976.
31. Katsching H, Konieczna T. The Philosophy and Practice of Self-help for Relatives of Mentally Ill. In: Strauss JS, Boker W, Brenner H, eds. *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Huber. Berlin 1986; pp 191-200.
32. Gruber L. Group Techniques for Acutely Psychotipc Inpatients. *Group* 1978; 2: 31-39.
33. González de Chávez M. Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1985; Vol 34: 335-341.
34. Kanas N. Therapy groups for schizophrenic patients on acute care units. *Hospital & Community Psychiatry* 1988; 39: 546-549.
35. Jones M. Therapeutic Communities: Past, Present and Future. In: Pines M, Rafaelsen L, eds. *The Individual and the Group*. Plenum Press. London 1982; Vol 1: pp 519-528.
36. González de Chávez M, Capilla Roncero T. Insight and Mirroring in Group Psychotherapy with Schizophrenic Patients. *Xth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia*. Stockholm 1991.

37. Oonlon PT, Rada RT, Knight SW. A therapeutic aftercare setting for refractory chronic schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 1973; 130: 682-684.
38. Claghorn J, Johnstone E, Cook TH, Itschner L. Group Therapy and maintenance treatment of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1974; 31: 361-365.
39. O'Brien Ch. Group Therapy for Schizophrenia: a practical approach. *Schizophrenia Bulletin* 1975; 13: 119-130.
40. Battegay R. Psychotherapy of Schizophrenics in small groups. *Inter national Journal of Group Psychotherapy* 1965; 15: 316-320.
41. Battegay R, Von Marshall R. Results of long-term group psychotherapy with schizophrenics. *Comprehensive Psychiatry* 1978; 19, 4: 349-353.
42. Malm U. The influence of Group Therapy in Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Munksgaard. Copenhagen 1982; vol 65, Sup1297.
43. Mintz J, O'Brien CHP, Luborsky L. Predicting outcome of Psychotherapy for Schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1976; 33: 1183-1186.
44. Gunderson J, Mosher L (eds). *Psychotherapy of Schizophrenia*. Jason Aronson. New York 1975.
45. Gunderson J, Frank A, Katz H, Vanicelli M, Frosch J, Knapp P. Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. II. Comparative outcome of two forms of Treatment. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10, 4: 564-598.
46. Sjostrom R. Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. A retrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985;1 171: 503-522.
47. Benedetti G. *Psychotherapy of Schizophrenia*. New York University Press. New York 1987.
48. Karon BP, Vandenbos GR. *Psychotherapy of Schizophrenia. The Treatment of Choice*. Jason Aronson. New York 1981.
49. O'Brien CHP, Hamm KB, Ray BA, Pierce JF, Luborsky L, Mintz J. Group vs Individual Psychotherapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1972; 27: 474-478.
50. Herz MI, Spitzer RL, Gibbon M, Greenpan K, Reibel S. Individual versus group aftercare treatment. *American Journal of Psychiatry* 1974; 131: 808-812.
51. Prince RM Jr, Ackerman RE, Carter NL, Harrinson A. Group After care Impact on a state wide program. *Diseases of Nervous System* 1977; 38: 793-796.
52. Purvis S, Miskimins R. Effects of community follow up on post-hospital adjustment of psychiatric patients. *Community Mental Health Jour nal* 1970; 6: 374-382.
53. Forer B. Group Psychotherapy with out-patient schizophrenics. *International Journal of Group Psychotherapy* 1961; 11: 188-195.
54. Fidler JW. Group Psychotherapy of Psychotics. *American Journal of Orthopsychiatry* 1965; 35: 688-694.
55. Leopold HS. Selective Group Approaches with Psychotic Patients in Hospital Settings. *American Journal of Psychotherapy* 1976; 30,1: 95-102.

56. Anthony EJ. Comparison between Individual and Group Psychotherapy. In: Kaplan HI, Sadock BJ, (eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*. 1ª ed. Williams & Wilkins Co. Baltimore 1971; pp 104-117.
57. Fleck S. Group and Family Therapies: Distinctions. In: Pines M & Rafaelsen L (eds). *The Individual and the Group*. Plenum Press. London 1982; Vol 1: pp 127-138.
58. Alanen Y. On the background factors and goals in the family therapy of young schizophrenics patients and their parents. In: Jorstad J, Ugelstad E (eds). *Schizophrenia 75*. Universitetsforlaget. Oslo 1976; pp 173-186.
59. Sterlin H. Perspectives on the individual and family therapy of schizophrenics. In: Jorstad J, Ugelstad E (eds). *Schizophrenia 75*. Universitetsforlaget. Oslo 1976; pp 295-304.
60. Kaufman L. Long-term family therapy with schizophrenics In: Jorstad J, Ugelstad E (eds). *Schizophrenia 75*. Universitetsforlaget. Oslo 1976; pp 229-243.
61. Beels C, McFarlane W. Family Treatment of Schizophrenia. *Background and State of the Art*. Hospital and Community Psychiatry 1982; 33: 541-550
62. Kelman He. The Role of the Group in the Induction of Therapeutic Change. *International Journal of Group Psychotherapy* 1963; 13: 399-432.
63. Alikakos LC. Analytical Group Treatment of the Post-Hospital Schizophrenic. *International Journal of Group Psychotherapy* 1965; 15: 492-504.
64. Aronson ML. The working alliance in combined individual and group psychotherapy. In: Wolberg L, Aronson ML (eds). *Group Therapy*. Stratton. New York 1979; pp 10-23.
65. Hartley DE. Research on the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. In: Hales RE, Frances AJ (eds). *American Psychiatric Association. Annual Review*. Washington 1985; Vol 4: pp 523-549.
66. Grotjahn M. The Qualities of the Group Therapist. In: Kaplan H, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*. 1ª ed. Williams & Wilkins. Baltimore 1971; 757-774.
67. Weiner ME The role of the leader in Group Psychotherapy. In: Kaplan H, Sadock B (eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*. 2ª ed. Williams & Wilkins. Baltimore 1983; pp 54-63.
68. Bieber TB. Combined Individual and Group Psychotherapy. In: Kaplan H, Sadock B (eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*. 1ª ed. Williams & Wilkins. Baltimore 1971; pp 153-169.
69. Wong N. Combined Individual and Group Psychotherapy. In: Kaplan H, Sadock B (eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*. 2ª ed. Williams & Wilkins. Baltimore 1983; pp 73-83.
70. Scott Rutan J, Alonso A. Group Therapy, Individual Therapy or both? *International Journal of Group Psychotherapy* 1982; 32: 2267-282.
71. Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 3ª ed. Basic Books. New York 1985.
72. Foulkes SH, Anthony EJ. *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*. Penguin Books. London 1965.

- 73. Foulkes SH. Therapeutic Group Analysis. George Allen & Unwin. London 1964.
- 74. Bloch S, Crouch E. Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. Oxford University Press. Oxford 1985.
- 75. Mc Kenzie R. The therapeutic factors in Group Psychotherapy: A contemporary view. Group 1987; 11: 26-34.
- 76. Cox M. Group Psychotherapy as redefining process. International Journal of Group Psychotherapy 1973; 23: 465-473.

Terapia de grupo en primeros episodios psicóticos

Ignacio García Cabeza y Manuel González de Chávez

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 pro-

blemas, 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.

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.

Tabla 1
Características de la muestra.

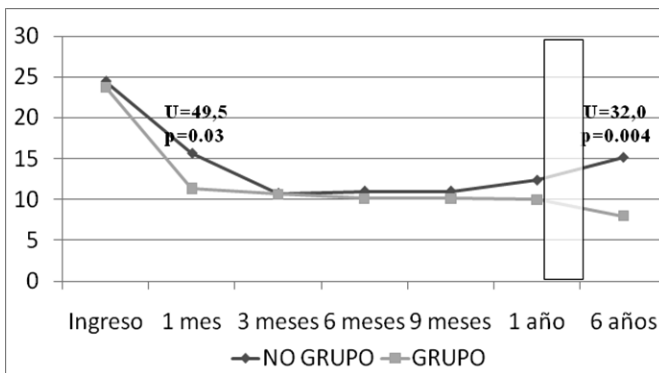
	No grupo (n = 21)		Grupo (n = 12)	
Edad (al ingreso)	26.86; s.d. 6.75		28.83; s.d. 6.49	
Género				
Hombre	42.9%		33.3%	
Mujer	57.1%		66.7%	
Estado Civil	Al ingreso	6 años	Al ingreso	6 años
Soltero	85.7%	71.4%	83.3%	75%
Casado/ en pareja	14.3%	23.8%	16.7%	16.7%
Separado/ divorciado	-	-	-	8.3%
Estatus socioeconómico				
I	-		-	
II	9.5%		8.3%	
III	42.9%		58.3%	
IV	38.1%		33.3%	
V	9.5%		-	
Situación laboral	Al ingreso	6 años	Al ingreso	6 años
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	
N ° de ingresos (excluido el inicial)	1.5; s.d. 3.35		0.33; s.d. 0.49	
Diagnóstico	Al ingreso	6 años	Al ingreso	6 años
Esquizofenia	41.66%	50%	48%	56%
Tr esquizofreniforme	50%	33.33%	44%	24%
Tr esquizoaectivo	-	8.33%		8%
Psicosis breve	-		4%	4%
T delirante	8.33%	8.33%	4%	4%
Psicosis no especificada	-			4%

Resultados

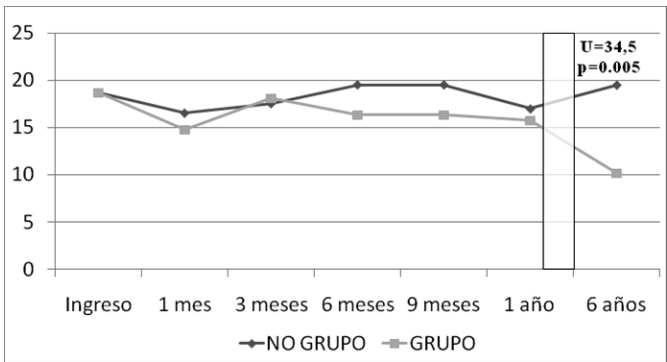
A los seis años de seguimiento se contactó con 32 de los 37 pacientes. Los doce pacientes en terapia de grupo participaron en el estudio, acudiendo a una media de 160 sesiones de terapia grupal. Los cinco pacientes que no accedieron a colaborar pertenecían a los que recibieron tratamiento convencional, 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.

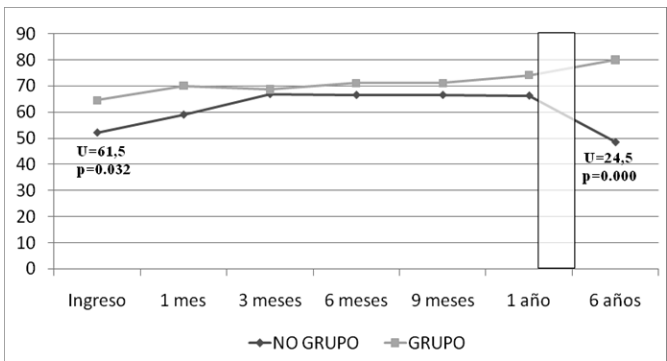
La evolución de la psicopatología y funcionamiento global aparecen en las gráficas 1-3. Como podemos observar se superponen prácticamente durante el primer año, salvo una mayor reducción de los síntomas positivos durante el primer mes en los pacientes que al alta acudirán a terapia de grupo ($U=49.5$; $p=0.03$), 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 ($U=24.5$; $p=0.000$).



Gráfica 1. PANSS-Positiva.



Gráfica 2. PANSS-Negativa.



Gráfica 3. GAF

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 hospitalizados 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 comparti-

mos 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 se 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 neurolepticos 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.

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 schizophrenia. *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, Rääkköläinen 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.

Avances futuros de los abordajes terapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: un punto de vista integrado

*Yrjö O. Alanen, Manuel González de Chávez,
Ann-Louise S. Silver Y Brian Martindale*

Vamos a resumir el mensaje de este libro con cuatro puntos:

- 1) Los modelos biológicos dominantes de las psicosis esquizofrénicas y los abordajes terapéuticos basados en ellos han defendido visiones unilaterales y fatalistas de ese trastorno, que con frecuencia dan lugar a bajos niveles de ayuda, asistencia sanitaria y dedicación profesional a los pacientes psicóticos y sus familias. Sin embargo, cada vez hay más avances encaminados hacia un conocimiento más integrado de las características y el tratamiento de estos trastornos, tanto en investigaciones de orientaciones neurobiológicas como psicodinámicas.*
- 2) Se ha demostrado que es posible ofrecer una mejor calidad en el tratamiento y los cuidados sociales de estas personas, y actualmente esto es un objetivo necesario.*
- 3) Este libro contiene revisiones extensas de los tratamientos psicológicos que son eficaces en los pacientes con psicosis esquizofrénicas, que*

muestran su carácter multidisciplinar y que utilizan diversos abordajes y perspectivas.

- 4) *Este libro pretende ser una herramienta útil para aumentar la difusión de los programas integrados y para facilitar la enseñanza y la formación de los profesionales en salud mental en intervenciones psicoterapéuticas y modalidades terapéuticas para los pacientes psicóticos.*

Han aumentado las condiciones previas para el desarrollo integral

Los puntos de vista contradictorios y antagónicos en relación con las psicosis esquizofrénicas han sido muy perjudiciales para los intentos de elaborar tratamientos. Hay una necesidad evidente de abordajes más integrados, lo que pone de relieve la exigencia de unas premisas amplias, necesarias para elaborar contextos terapéuticos eficaces.

Las condiciones previas para un desarrollo más integrado del tratamiento de las psicosis esquizofrénicas son mayores que en las décadas anteriores. Los motivos de este fenómeno son dobles. Los abordajes terapéuticos que han aparecido gradualmente son más diversos, pero al mismo tiempo son más complementarios entre sí. Además, en los últimos diez años, el progreso de la investigación neurobiológica ha acercado entre sí los puntos de vista que previamente elaboraron los investigadores psicoanalíticos y otros investigadores psicoterapéuticos, lo que ha hecho que a nivel teórico sea más factible un abordaje integrador. En primer lugar haremos referencia a este último fenómeno.

Abordaje integrador en el campo de la neurobiología

El estudio biomédico de los trastornos esquizofrénicos no ha podido encontrar una causa orgánica o genética inequívoca de la esquizofrenia. El objetivo se ha trasladado a hipótesis multifactoriales. Con el desarrollo de los estudios cerebrales, la división de los trastornos mentales entre una psicología explicativa y una psicología comprensiva, tal como la presentó Jaspers hace casi 100 años (véase el *Capítulo 1, págs. 2-3*) se ha convertido en menos categórica. La mayor parte de los neurocientíficos actualmente pone de relieve la naturaleza holística de todas las funciones cerebrales: a) la mayor importancia de las redes o circuitos neurales en comparación con los centros individuales, b) la plasticidad y la posibilidad de modificar estas funciones y, lo que tal vez sea más importante, c) que el desarrollo y la función del cere-

bro dependen de la interacción del individuo con el entorno humano. Estos puntos de vista se hicieron familiares especialmente como consecuencia de las cinco tesis del neurobiólogo y psiquiatra Eric Kandel, Premio Nobel, que presentó en su obra *"A New Intellectual Framework for Psychiatry"* (Un nuevo marco intelectual para la psiquiatría) (Kandel, 1998), y su ampliación, que aborda la relación entre los estudios cerebrales y el psicoanálisis (Kandel, 1999). Kandel afirma que los genes son determinantes importantes de las interconexiones neuronales en el cerebro, aunque la expresión génica se ve afectada de forma crucial por factores relacionados con el desarrollo y factores sociales, principalmente la interacción humana. El aprendizaje modifica la expresión génica y las redes neuronales. Debido a la plasticidad de las funciones del sistema nervioso central, la psicoterapia y el apoyo psicosocial, además de los fármacos, pueden producir cambios en las redes neuronales y en las interconexiones entre las neuronas. Los fenómenos biológicos y psicológicos se afectan recíprocamente entre sí.

La interacción entre los factores genéticos y los factores psicológicos ambientales en la génesis de los trastornos esquizofrénicos se observó claramente en los resultados del extenso estudio finlandés de familias adoptivas (Tienari y cols., 2003, 2004; Wahlberg y cols., 2004; Wynne y cols., 2006), al que se hizo una referencia breve en el *Capítulo 1*. De esta forma actualmente se ha verificado la hipótesis de Kandel sobre la dependencia de la expresión génica de la interacción con el entorno humano en relación con la etiología de las psicosis esquizofrénicas.

En el *Capítulo 16*, de Koehler y Silver, se presenta una revisión más detallada del desarrollo de la investigación integrada neurobiológica y psicosocial, que también es importante para el estudio de las psicosis esquizofrénicas.

Mirando hacia el futuro, otro conjunto de observaciones excepcionalmente interesantes procederá con mucha probabilidad de la investigación sobre las *neuronas espejo* o, tal vez mejor, las *funciones* neuronales en espejo, del cerebro, descubiertas por Rizzolatti y Gallese (Rizzolatti y cols., 1996; Gallese y cols., 1996). Se supone que son importantes para el desarrollo temprano de la personalidad humana, especialmente para el desarrollo de la empatía mutua y las identificaciones durante las interacciones entre el niño y su madre (u otro cuidador). Los estudios adicionales sobre las funciones de las neuronas espejo pueden arrojar más luz sobre el conocimiento de las primeras interacciones entre las características genéticas individuales y los efectos de la interacción emocional más temprana. Su relevancia para el estudio de la vulnerabilidad a la esquizofrenia es evidente (véase Olds 2006; Gallese 2006; Nishitani y cols., 2004).

Muchos psicoanalistas y/o investigadores y clínicos de orientación psicodinámica han estudiado la integración de los abordajes biológicos y psicológicos de los trastornos esquizofrénicos. Los libros de Michael Robins (1993) y Johan Cullberg (2006) son ejemplos excelentes.

Desarrollo integrador de los abordajes terapéuticos

El tratamiento de los pacientes esquizofrénicos es un problema complejo que en la mayoría de los casos se puede realizar de forma óptima dentro del sistema sanitario público. Esto se debe incluso a la naturaleza heterogénea de las psicosis esquizofrénicas, lo que implica la disponibilidad de un contexto terapéutico exhaustivo, así como la necesidad de colaboración con otras actividades psicosociales, como la detección temprana de los trastornos y la rehabilitación.

Sobre los abordajes psicodinámico y cognitivo y su relación mutua

Se pueden diferenciar dos orientaciones principales con puntos de partida diferentes, la orientación psicodinámica (de orientación psicoanalítica) y la cognitiva-conductual. Ambas se han aplicado a la terapia individual, grupal y familiar (en este último caso, combinado con frecuencia puntos de vista de la teoría de sistemas).

Como se ha señalado en varios capítulos de nuestro libro, desde los trabajos pioneros de Freud varias generaciones de psicoanalistas han desarrollado el conocimiento y los métodos terapéuticos psicoanalíticos (o, en su sentido más amplio, psicodinámicos) para conseguir que sean adecuados para la psicoterapia de pacientes psicóticos. El punto de partida es estudiar junto al paciente los problemas que contribuyen a su enfermedad y sus conexiones con el campo más profundo del desarrollo de su personalidad. En el proceso terapéutico individual tiene una importancia crucial la relación transferencia-contratransferencia, que se establece mediante la escucha empática por parte del terapeuta. De esta forma el terapeuta puede ayudar al paciente a ser capaz de renovar un proceso de desarrollo de su personalidad y de las relaciones humanas. De forma simultánea a este desarrollo, aumentaría el insight sobre el significado de los síntomas psicóticos, perderían su importancia y disminuiría el riesgo de su recurrencia.

Las relaciones terapéuticas individuales intensivas de orientación psicoanalítica precisan de parte del paciente tanto la capacidad de exploración interna como la motivación para hacerlo (lo que con frecuencia sólo se puede clarificar cuando ya se ha establecido una relación terapéutica empática). El proceso terapéutico habitualmente es prolongado y no es adecuado para todos los pacientes esquizofrénicos, lo que plantea límites para su utilización en los centros psiquiátricos comunitarios. Sin embargo, también se ha exagerado este aspecto. El conocimiento de base psicodinámica se utiliza con éxito también en conexión con relaciones psicoterapéuticas menos intensivas. Y, como ha señalado Murray Jackson (*Capítulo 8*), este conocimiento tiene también la máxima importancia para la atmósfera general de una unidad de internamiento (o para las unidades de hospitalización de día) que tratan a pacientes esquizofrénicos.

Los métodos terapéuticos cognitivos-conductuales (TCC; véase Dudley y cols., *Capítulo 19* y Kennard, *Capítulo 8*) se basan en las teorías del aprendizaje. La TCC está centrada en los síntomas y los problemas desde el principio, y se dirige más a los factores que mantienen los síntomas del paciente que a los factores que se relacionan con sus orígenes psicológicos. El número de sesiones es limitado, habitualmente entre 6 y 20 sesiones. El objetivo es desarrollar un mejor control de los síntomas psicóticos, especialmente animando al paciente a que busque explicaciones alternativas de sus alucinaciones y sus delirios. Con los pacientes que tienen su primer episodio se presta una atención especial a las experiencias precipitantes que preceden al inicio de la psicosis, a fin de enseñar al paciente (y/o a sus familiares) a manejar mejor el riesgo de recaídas. Los métodos conductuales también se utilizan en la rehabilitación de los pacientes con evoluciones más prolongadas para que puedan afrontar mejor su contexto y su vida.

En comparación con la psicoterapia psicodinámica, es más fácil aplicar los métodos cognitivos-conductuales a un mayor número de pacientes. El punto débil de la TCC es su carácter más superficial, que habitualmente pasa por alto la naturaleza más profunda de los problemas de los pacientes. Su duración limitada puede dificultar el logro de los efectos a largo plazo del tratamiento (un riesgo que a veces se alivia por las denominadas sesiones de refuerzo). Muchos terapeutas conductistas asocian su trabajo con la negación del papel que juegan los factores psicológicos en la historia del desarrollo de la psicosis. Habitualmente se considera que el uso continuado del tratamiento con fármacos neurolépticos es un complemento necesario a las terapias conductuales en los pacientes psicóticos.

Sin embargo, los terapeutas psicodinámicos y cognitivos (aunque no los estrictamente conductistas) comparten características comunes, como el objetivo de ayudar a los pacientes. Los terapeutas cognitivos también pretenden conocer los problemas de sus pacientes, y los terapeutas psicodinámicos dan a sus pacientes “explicaciones alternativas” de sus delirios psicóticos en forma de interpretaciones y traducciones del lenguaje psicótico a un lenguaje más común. En algunos centros europeos se ha establecido el término “*psicoterapia cognitiva-analítica*”, lo que supone la utilización de técnicas de base cognitiva junto a una psicoterapia de orientación psicodinámica, o la implicación de un conocimiento psicológico más profundo en una psicoterapia de orientación cognitiva.

La evolución de las terapias cognitivas en los últimos 10 años es interesante. Esto está bien representado por la evolución personal de Paul Chadwick, uno de sus principales promotores (Chadwick y cols., 1996; Chadwick, 2006). Con la ayuda de importantes iconoclastas de la esquizofrenia como Bentall (1990) o Boyle (1990), se produjo primero una orientación hacia los síntomas y luego una reorientación desde los síntomas hacia la persona que sufre los síntomas psicóticos. El análisis ABC de delirio, voces y paranoia (Chadwick y cols., 1996) ha evolucionado a la *Terapia cognitiva centrada en la persona con trastornos psicóticos* (Chadwick, 2006), con mayor énfasis en la relación terapéutica (de tipo rogeriano). Esta incluye una meditación consciente para aliviar el malestar que originan estas experiencias y sus significados, una perspectiva metacognitiva e insight para conocer las experiencias, y el trabajo con un concepto unificador del *self* como esquema y como proceso, así como con el objetivo central de la aceptación de uno mismo (Chadwick, 2006).

Éste puede ser un paso importante hacia un diálogo más fácil y una posible convergencia futura con las terapias psicodinámicas, que también consideran el inconsciente y la persona globalmente, en su dinámica biográfica y su situación específica. Tal vez ahora podamos adoptar una actitud más abierta e intercambiar nuestras concepciones mutuas de los trastornos psicóticos y los procesos terapéuticos y reflexionar sobre las mismas. Además del abordaje de Chadwick, esta reflexión puede ayudar incluso a adquirir una perspectiva sobre la “neofenomenología del *self*” en la esquizofrenia (Zahivi, 2000; Cheung Cheng y cols., 2006). Estamos en habitaciones contiguas. Sólo tenemos que abrir la puerta.

Evaluaciones basadas en la evidencia y el campo de la psicoterapia

En la investigación psiquiátrica actual hay algunos factores cuya influencia ha sido perjudicial, especialmente para el desarrollo de la psicoterapia psicodinámica. La clasificación DSM, por importante que sea con fines de investigación, tiende demasiado a trasladar el objetivo de la docencia psiquiátrica hacia la fenomenología basada en los síntomas, lo que parece socavar el interés en el conocimiento psicodinámico de los pacientes. Podemos esperar que los intentos de renovar la clasificación psiquiátrica internacional sobre la base de la *Psiquiatría para la Persona* (Mezzich, 2007; Mezzich y Saloum, 2007) tengan un efecto positivo en esta situación.

Otro factor es la *evaluación basada en la evidencia* (EBE) de los resultados terapéuticos, a cuya importancia se da actualmente mucho énfasis, incluso en psiquiatría, con opiniones contradictorias entre los psicoterapeutas. Las evaluaciones de EBE estrictamente son aquéllas que se basan en estudios aleatorizados y controlados (EAC), que habitualmente tienen premisas bastante rígidas en relación con la definición de los métodos terapéuticos. Los criterios de valoración durante el seguimiento se basan en datos u observaciones externos que se pueden definir y medir con facilidad. Es fácil reconocer que la utilización de agentes externos, como fármacos, es más adecuada para este tipo de evaluaciones que la evaluación de los abordajes psicoterápicos. Esto es especialmente cierto para las terapias de orientación psicoanalítica, en las que el objetivo crucial es un desarrollo interno gradual de la personalidad del paciente, en el que siempre es muy importante el carácter individual de la relación terapéutica particular (véase, p. ej., Hinshelwood, 2002). Es más fácil hacer una evaluación basada en la evidencia de los abordajes sencillos de TCC que siguen técnicas y criterios claramente predefinidos. Para hacer una evaluación del trabajo de un terapeuta de orientación psicodinámica es necesario un estudio cualitativo específico del caso que se centre en las experiencias de la relación terapéutica por parte del paciente y del terapeuta.

En relación con las psicosis esquizofrénicas, este tipo de evaluación se complica además por otros factores. La naturaleza compleja y heterogénea de este grupo de pacientes no se aborda bien mediante una intervención terapéutica restringida definida de antemano. Para que la terapia tenga éxito, con frecuencia es necesario un abordaje terapéutico más amplio que incluya (de una u otra forma) al entorno humano más próximo del paciente, además de la modificación de los planes terapéuticos en ca-

da etapa. Este abordaje no se puede estudiar con un método rígido de EBE, y por lo tanto habitualmente queda fuera de las recomendaciones que se basan en métodos de EBE. En su libro sobre los abordajes centrados en redes, Seikkula y Arnkil (2005) afirman de forma sucinta que las recomendaciones basadas en EBE que no tengan en consideración la naturaleza compleja y que no la adapten a las necesidades del trabajo psicoterapéutico con los pacientes psicóticos “no son recomendaciones para el trabajo terapéutico práctico, sino recomendaciones para una realidad artificial generada por el contexto de la investigación”.

Las dificultades debidas a la naturaleza heterogénea del grupo de esquizofrenias de las psicosis también se pueden ejemplificar en los estudios de seguimiento de la terapia individual psicodinámica en poblaciones aleatorizadas de pacientes esquizofrénicos. Es bien conocido que la mayoría de estos estudios ha dado resultados bastante pesimistas. Sin embargo, si este tipo de terapia se adapta bien a algunos pacientes, con buenos resultados, aunque no es adecuada para otros (muchos de ellos incluso carecen de motivación para este tipo de relación terapéutica), los resultados buenos y malos se anulan entre sí en un análisis estadístico. Además, no se puede considerar que una modalidad terapéutica sea ineficaz si sólo beneficia a algunos de los pacientes. Por el contrario, debemos investigar en qué pacientes está indicado este tratamiento.

Se debe añadir que todavía es posible evaluar los resultados de los abordajes psicoterapéuticos integrados y globales como entidad (p. ej., *el tratamiento adaptado a las necesidades* cuyo contenido varía de unos casos a otros) en un abordaje de base científica, aun cuando no sea en el contexto de un EAC rígido. Esto se puede realizar comparando la evolución de los pacientes en áreas de influencia en las que se ha realizado este tratamiento, con la evolución en áreas en las que se han aplicado otros tipos de modelos, o siguiendo las evoluciones en cohortes cronológicamente sucesivas en áreas de influencia en las que se ha establecido el nuevo modelo (véanse los proyectos finlandés y sueco que se describen en el *Capítulo 12*).

Desarrollando un tratamiento global e integrado de los pacientes esquizofrénicos

Durante el último siglo, en general, se ha considerado que el sector psiquiátrico de la asistencia sanitaria pública tiene una importancia secundaria. Se han ignorado con facilidad sus necesidades y se han ahorra-

do costes mediante la restricción de sus actividades. A la luz de gran importancia de los trastornos mentales, en relación tanto con el bienestar como con los factores económicos, incluyendo la pérdida de días de trabajo, esto ha sido una política francamente desastrosa. En este nuevo siglo se debe cambiar rápidamente esta situación, lo cual está además justificado por el desarrollo de los conocimientos y las actividades psicoterapéuticas.

En los capítulos de este libro se han descrito diversos ejemplos de abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas, que se han establecido en países con contextos sociales y culturales diferentes. A continuación exponemos algunos aspectos que encontramos especialmente importantes para el desarrollo futuro.

Sobre la actitud psicoterapéutica

Es muy importante *ver a nuestros pacientes esquizofrénicos como seres humanos iguales que nosotros*, escuchándoles y reconociendo su personalidad y su difícil situación. La autoestima de la mayoría de estos pacientes es débil, y su admisión para su tratamiento (especialmente el tratamiento hospitalario) es un golpe adicional que, además de la crisis psicótica, con frecuencia provoca síntomas de estrés postraumático, (Shaw y cols., 1997). Como han señalado de forma muy enfática muchos psicoterapéuticos de las psicosis (p. ej., Frieda Fromm-Reichmann en su libro clásico *Principles of Intensive Psychotherapy* [Principios de psicoterapia intensiva, 1950]), una actitud respetuosa y sincera hacia el paciente es la base necesaria para el éxito del trabajo del terapeuta como constructor del puente entre el paciente y la realidad. La franqueza es muy importante. También se debe poner en práctica la participación del paciente en todas las reuniones que aborden la planificación de su tratamiento. Se debe evitar la aplicación de tratamientos innecesarios. Sin embargo, si se considera que es necesaria una fase involuntaria de tratamiento, debe ser lo más breve posible, se debe aclarar al paciente el motivo de la misma y se debe garantizar el acceso a los documentos relacionados con la misma.

Una actitud psicoterapéutica, compartida entre los miembros del personal y basada en los esfuerzos por comprender qué le ha ocurrido al paciente y cómo se podría utilizar ese conocimiento para acercarse a él y ayudarle, debe ser el punto de partida y la característica continua del tratamiento. En nuestra opinión, una evaluación de orientación psicodinámica debe ser una parte necesaria de esta primera etapa del tratamiento,

incluso en los casos en los que otro tipo de orientación terapéutica pueda ser la decisión que finalmente se tome. De esta forma el énfasis en una comprensión más profunda de los problemas del paciente se puede extender entre los miembros del equipo terapéutico y convertirse en una característica del clima terapéutico general.

La ampliación del estudio psicodinámico al entorno interpersonal más próximo del paciente (habitualmente la familia) es una parte importante de la fase temprana del tratamiento, como se verá más adelante en la descripción de las denominadas reuniones de terapia. En concordancia con este abordaje centrado en el entorno, se debe tener también en consideración el contexto cultural más específico del paciente en la planificación y ejecución del tratamiento. La importancia del conocimiento del trasfondo cultural del paciente y de su entorno interpersonal ha sido descrita de forma muy ilustrativa por Lyn Chua, Chan Hee Huh y J. Geekie y cols. en los *Capítulos 14 y 15* de nuestro libro, que describen el desarrollo de las actividades terapéuticas en condiciones culturales algo diferentes de las de los países occidentales. Se trata de un tema que no se limita a áreas específicas, sino que está adquiriendo una importancia cada vez mayor tanto los países europeos como en los Estados Unidos, debido a la creciente dispersión cultural de la población mundial.

Prevención e intervención temprana

Muchos pacientes esquizofrénicos llegan tarde al tratamiento. En el estudio noruego que precedió al proyecto TIPS que describe Larsen en nuestro libro (*Capítulo 21*), la duración media de la psicosis no tratada (DPNT) era de 114 semanas y la mediana era de 26 semanas (Johannessen y cols., 2000). El retraso se debe con frecuencia a la negación que hace el paciente de su enfermedad y/o a prejuicios y sentimientos de culpa presentes en la familia. Sin embargo, es probable que este retraso temporal empeore el pronóstico porque los síntomas psicóticos como parte de la dinámica interna del paciente tienden a hacerse más fijos, y las actitudes de la familia y del resto del entorno empeoran, lo que consolida el rol del paciente como enfermo mental.

Por lo tanto, las actividades preventivas y los intentos dirigidos a las intervenciones más precoces tienen una gran importancia. Con toda la razón, su desarrollo ha estado cada vez más en el centro de interés en los últimos años (véase, p. ej., el libro de Gleeson y McGorry, 2004). Los excelentes resultados del proyecto pionero de Falloon (1992) en Buckinghamshire, Inglaterra, llamaron mucho la atención, y se obtuvie-

ron resultados similares en el estudio finlandés de Laponia occidental (*Capítulo 12*; véanse estos proyectos en el *Capítulo 17*). Estos dos proyectos se realizaron en áreas de captación rurales relativamente pequeñas. Sin embargo, los resultados clínicos del proyecto TIPS de Larsen en el área de captación que rodea a la ciudad de Stavanger fueron impresionantes en comparación con los centros testigos. McGorry y cols. (2002) ha demostrado que también se puede realizar un importante trabajo preventivo en una ciudad como Melbourne, en Australia.

Larsen (*Capítulo 21*) y Kennard (*Capítulo 8*) han descrito proyectos que tratan de la *detección precoz de las psicosis*. Se debe despojar al trabajo preventivo del estigma de “buscar la esquizofrenia”, para reducir el riesgo de posibles consecuencias perjudiciales. De acuerdo con un trabajo preliminar de McGorry y cols. (1995), estas características prodrómicas son “muy prevalentes” en adolescentes mayores y es poco probable que sean específicas de una esquizofrenia posterior. Es necesaria una actitud muy cuidadosa y empática en el trabajo psiquiátrico preventivo. Sería un error fatídico, por ejemplo, indicar el tratamiento con neurolépticos a muchos jóvenes “hipopsicóticos”, en lugar de una entrevista y apoyo de orientación psicológica. Heinimaa y Larsen (2002) han publicado una revisión de los aspectos conceptuales y éticos del diagnóstico y la intervención tempranos.

En nuestro libro se han descrito *centros de intervención precoz* con un abordaje humano multifactorial, especialmente en los *Capítulos 14* (Lyn Chua) y *15* (Geekie y cols.). Aquí también haremos referencia al abordaje centrado en la familia que se ha desarrollado asociado al modelo terapéutico finlandés adaptado a las necesidades (Alanen y cols., 2000; véase *Capítulo 12*). Las reuniones conjuntas iniciales (“*reuniones de terapia*”) del paciente, sus familiares y el equipo terapéutico tuvieron un efecto sorprendentemente beneficioso para la evolución del paciente, incluso a largo plazo (K. Lehtinen, 1993). Escuchar al paciente al mismo nivel que a otros participantes tiende a disminuir la tendencia que hay a etiquetarlo como enfermo sin esperanza, con el consiguiente aislamiento social, el “*cierre*” que describieron acertadamente Scott y Ashworth (1967). Al mismo tiempo, es posible apoyar a los familiares en su situación, que con frecuencia es muy estresante. Los pacientes psicóticos son mucho más dependientes de sus familias y su evolución depende mucho más de las actitudes de los familiares que otras personas menos alteradas (como indican incluso los *estudios EE*; Leff y cols., 1985). En la fase inicial, la mayor parte de las familias están muy motivadas para asistir a estas reuniones, que habitualmente continúan en los días y semanas siguientes, a veces junto a visitas domiciliarias.

Sobre los medios terapéuticos

Hacia el final del siglo XX, una característica típica de la asistencia psiquiátrica en los países occidentales era la reducción muy significativa del número de camas hospitalarias. Esto se basaba en parte en la disminución de los pacientes con síntomas psicóticos graves producida por la introducción de la combinación de tratamiento psicosocial y farmacológico, en parte en consideraciones económicas, y a veces en la indiferencia por el destino de los pacientes con psicosis crónica. En algunos países (véase *Capítulo 11*, sobre Italia) esto dio un impulso, bien recibido, al desarrollo de los tratamientos ambulatorios, incluyendo la creación de diversos dispositivos que dan un apoyo adicional al bienestar y las circunstancias de la vida del paciente. Sin embargo, y especialmente en las grandes ciudades, a veces esto llevó también a abandonar a su suerte a muchos pacientes psicóticos.

El desarrollo de una asistencia ambulatoria amplia y completa tiene una importancia fundamental para el desarrollo futuro de tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Los centros ambulatorios, preferiblemente descentralizados de acuerdo con un modelo sectorial, deben estar dotados con un personal adecuado, de diferentes disciplinas, con los recursos cuantitativos y cualitativos capaces de realizar un trabajo terapéutico amplio y diversificado. Es esencial una colaboración estrecha con los hospitales, lo que es más probable si los centros ambulatorios y los hospitales forman parte de la misma organización descentralizada. Esto puede aumentar la coherencia de las actividades y ofrecer más posibilidades para evitar interrupciones y cambios innecesarios en las relaciones psicoterapéuticas. Además de la terapia individual, se deben elaborar terapias de grupo y diversos tipos de actividades grupales. También es importante la necesidad de actividades centradas en la familia y en el entorno, con un aumento de las visitas domiciliarias, que tienen mayor probabilidad de producirse en una red asistencial abierta y descentralizada.

Sin embargo, en el caso de muchos pacientes esquizofrénicos jóvenes que ingresan por primera vez, un período de tratamiento hospitalario suficientemente prolongado es un requisito previo necesario para el establecimiento de una relación terapéutica duradera. Eso se puede conseguir de forma óptima en una unidad que se caracterice por una atmósfera tranquila, una comunicación mutua abierta, diversas actividades de grupo, reuniones terapéuticas centradas en la familia, y en el desarrollo de relaciones terapéuticas de apoyo con las enfermeras personales (Alanen, 1997, págs. 144-145; 191-195, describió un ejemplo de una *comunidad psicoterapéutica* de este tipo). La actual atmósfera apresurada de muchas

unidades de enfermos agudos no es muy adecuada para este fin, un hecho que se debe tener en cuenta muy seriamente en los avances futuros. Una solución mejor puede ser la creación de *hogares terapéuticos* separados para los pacientes psicóticos que ingresan por primera vez y también para aquellos con recaídas, siempre en el marco de la psiquiatría comunitaria, siguiendo el *modelo Soteria* y sus aplicaciones (véase Aderhold, *Capítulo 23*). Las experiencias de Soteria, en Berna, así como las del proyecto Parachute, en Suecia (véase *Capítulo 12*), pueden servir aquí como ejemplos a seguir.

Abordajes familiares

Los abordajes entrados en la familia habitualmente deben continuar después de las intervenciones clínicas. Se pueden basar en una orientación psicodinámica o un TCC, dependiendo con frecuencia de los recursos disponibles (sin embargo, se deben considerar como indicadores las opiniones y las necesidades de los pacientes y sus familias). Una intervención continuada centrada en la familia es más necesaria en el tratamiento de pacientes jóvenes con inicio agudo de una psicosis asociada a conflictos con los padres, así como (cuando si es posible hacerlo) en pacientes que han presentado la psicosis cuando ya estaban casados o mantenían una relación de pareja de larga duración. Sin embargo, las reuniones familiares continuadas u otro tipo de tratamiento centrado en la familia también están indicadas en los casos en los que las únicas relaciones interpersonales de un paciente grave y retraído se producen en el hogar. Con los pacientes con riesgo de cronicidad, la TCC puede ayudar tanto al paciente como a los familiares a observar con más facilidad los signos de una amenaza de recaída o de empeoramiento de los síntomas y pueden estar más atentos para evitar este riesgo (p. ej., Gumley y cols., 2003; véase también *Capítulo 19*). Se han descrito experiencias particularmente positivas de trabajo psicoeducativo con grupos multifamiliares (McFarlane, 2000).

En su análisis del desarrollo de los abordajes centrados en la familia para las psicosis esquizofrénicas, Helm Stierlin (*Capítulo 17*) lamenta los puntos de vista extremistas que presentan algunos investigadores y terapeutas familiares que, por su parte, estimularon ideas infundadas que culpaban a los padres de las enfermedades de sus hijos. En algunos países, como los Estados Unidos, esto llevó a una oposición comprensible, liderada por las asociaciones familiares. Lamentablemente, también las actitudes de varios investigadores llevaron a considerar un *tabú* la investigación de las dinámicas familiares y la terapia en este campo, una

actitud más moralizadora que científica. Hay investigadores de orientación biológica para los cuales el término “entorno” se restringe a los efectos externos a que ha estado sometido el niño durante la vida intrauterina y el parto. Puede ser adecuado que los clínicos eviten el término “terapia familiar” y, en su lugar, hablen de reuniones o consultas familiares, aunque tiene la máxima importancia la continuación de las reuniones comprensivas y no acusadoras con las familias de los pacientes psicóticos.

En los últimos años han despertado mucho interés las relaciones entre el trauma y la psicosis (véase la revisión de Morrison y cols., 2003), lo que ha culminado en estudios que revelan la elevada frecuencia de maltrato físico y sexual experimentado durante la infancia por los futuros pacientes esquizofrénicos (Read y cols., 2005). Sin embargo, estos hallazgos no son específicos de la esquizofrenia, sino que también se encuentran en otros trastornos psiquiátricos. Hay motivos para esperar que no se exageren los resultados de estos estudios y que no reactiven la culpabilización. El punto de partida de los terapeutas familiares es ayudar a las familias. Sabemos que los orígenes de las psicosis esquizofrénicas, al igual que los de otros muchos trastornos mentales, son multifactoriales, con muchos aspectos y facetas, que incluyen factores genéticos y otros factores biológicos (incluyendo el efecto precipitante de drogas como el cannabis), así como las relaciones interactivas tempranas y las experiencias durante etapas posteriores de la vida. También sabemos que muchos pacientes esquizofrénicos son niños particularmente importantes para sus padres. Una terapia familiar psicodinámica con éxito puede ayudar a los padres que de forma inconsciente han mantenido relaciones claramente simbióticas con sus hijos, con frecuencia estimuladas por las inclinaciones innatas de los niños, a apoyar su proceso de desarrollo hacia una personalidad más integrada y una vida independiente. Para obtener este resultado, es necesario que los terapeutas vean los acontecimientos mediante el conocimiento empático de cada uno de los miembros de la familia, que “asuman el papel de todos” (*Allparteilichkeit*, Stierlin y cols., 1977). Con frecuencia es importante, a veces crucial, para el éxito de la terapia individual posterior, un contacto positivo entre el terapeuta y los padres, establecido durante las reuniones familiares previas.

Psicoterapia individual

Una terapia individual psicodinámica prolongada puede seguir siendo la forma de tratamiento más útil para ayudar a un paciente es-

quizofrénico a restablecer su personalidad. Sin embargo, no está indicada en todos los casos de esquizofrenia. La probabilidad de éxito es mayor en los pacientes que pertenecen a la mitad mejor de los esquizofrénicos, los que han hecho mayores progresos en su vida que el promedio de los pacientes esquizofrénicos. El inicio de su psicosis habitualmente es agudo, al menos relativamente, y surge pronto en ellos cierta motivación para estudiar sus propios problemas. Muchos de estos pacientes pueden establecer rápidamente una relación de transferencia de tipo simbiótico con el terapeuta, que sirve de base para un proceso terapéutico eficaz. Tenemos aún que lamentar las consecuencias generalizadas de los puntos de vista erróneos de Freud sobre que la retirada narcisista en las psicosis no permitía establecer una relación terapéutica fructífera.

Esto no quiere decir que para muchos pacientes esquizofrénicos no sea difícil desarrollar la motivación necesaria para la psicoterapia psicodinámica. Esto es cierto especialmente para los pacientes más graves y para los que tienen delirios paranoides tenaces. En estos casos, habitualmente, es una alternativa mejor la terapia de orientación cognitiva-conductual (véase el estudio de Iso-Koivisto (2004) que se describe en el *Capítulo 12*). Sin embargo, las directrices no deben ser rígidas: se debe estudiar y seguir individualmente el plan terapéutico de cada paciente, de una forma “específica para cada caso”. Más arriba ya hemos señalado los signos de una creciente congruencia entre los abordajes psicodinámico y cognitivo. Y siempre está la cuestión de los recursos disponibles.

Habitualmente se ha considerado que las posibilidades de aumentar la cantidad de terapias individuales de orientación psicoanalítica en el contexto de la salud pública son escasas. En los países del norte de Europa algunas terapias individuales de pacientes esquizofrénicos, cuando están indicadas, se contratan con terapeutas que ejercen fuera del sistema sanitario público, aunque debemos reconocer que la terapia individual psicodinámica de un paciente psicótico no precisa la misma frecuencia de sesiones que el psicoanálisis clásico. Se recomiendan dos horas a la semana, y muchos terapeutas de los servicios lo encuentran viable. En su instructivo libro *Weathering the Storms - Psychotherapy for Psychosis* (Capeando el temporal: psicoterapia de las psicosis), Murray Jackson (2001) presenta muchos ejemplos de buenos resultados de terapias prolongadas con una frecuencia relativamente baja, conseguidas incluso por personal de enfermería con la ayuda de una supervisión competente. La terapia tiene lugar cara a cara, lo que ofrece mayores probabilidades de empatía mutua e introyección, “*mirroring*”, para utilizar el término propuesto por Benedetti (1976).

Terapia de grupo y actividades de grupo

La importancia y los efectos beneficiosos de la psicoterapia de grupo en las esquizofrénicas se ponen de relieve en el *Capítulo 18*. Las características de la psicoterapia de grupo difieren de las de otras psicoterapias. Estas diferencias pueden poner de relieve algunos factores terapéuticos que afectan de forma favorable a las experiencias y los comportamientos de los pacientes esquizofrénicos. Ese tipo de terapia debería ser un componente esencial de todos los programas de psicoterapia, puesto que ofrece a todos los pacientes la oportunidad de un contexto dinámico grupal con personas que tienen o han tenido estas experiencias psicóticas. Se pueden expresar, establecer comparaciones, validar sus experiencias y conocerse mejor a sí mismos. También es un lugar en el que pueden adquirir insight sobre sus características y dificultades, gracias a las reacciones especulares, al mirroring grupal, y el grupo es también un espacio y un tiempo en el que pueden reconstruir su identidad y su mundo de una manera estable y realista. Otras actividades o reuniones de grupo entre iguales pueden tener también el mismo tipo de funciones de una forma menos específica.

Rehabilitación y psicoterapia

En el *Capítulo 22*, Harding y McCrory hacen una llamada a unas estrategias más integradoras entre las intervenciones psicoterapéuticas y rehabilitadoras. Ilustran esto con ejemplos interesantes de las formas en las que estos abordajes pueden (y deben) apoyarse entre sí. Ya debería ser algo del pasado plantearse de forma secuencial estos dos tipos de intervenciones con estrategias excesivamente economicistas que consideran la rehabilitación solamente después de un período avanzado del trastorno y cuando los pacientes claramente hayan mostrado su “marca defectual”. Una de las enseñanzas más beneficiosas obtenidas de la intervención precoz en las psicosis es el mayor conocimiento de las dificultades que ya tienen muchos pacientes durante el período premórbido: sus problemas en las relaciones sociales y la intimidad, y en la adaptación y el ajuste al mundo educativo, la orientación profesional y el mundo laboral. Estas dificultades premórbidas, que indudablemente han influido en el proceso de enfermar del paciente, también exigen una intervención rehabilitadora precoz. Actualmente conocemos mejor la *necesidad de complementariedad y simultaneidad de la psicoterapia y la rehabilitación* y debemos facilitar el ajuste y el desarrollo personal de nuestros pacientes en ambas

direcciones, dándole apoyo en sus propias acciones y contextos profesionales. En el Proyecto Nacional Finlandés (*Finnish National Project*), el “*compromiso con la vida*” de los pacientes recién ingresados en el hospital (lo cual se refiere a si el paciente ha mantenido o perdido sus intentos de conseguir los objetivos y modos de satisfacción asociados a las relaciones interpersonales y la vida social de una persona adulta) pareció ser uno de los factores más importantes que predecían la evolución (Salo-kangas y cols., 1989).

Sobre el tratamiento con neurolépticos

Desde una perspectiva mundial, en la segunda mitad del último siglo se ha considerado que el uso de fármacos neurolépticos es el elemento más crucial del tratamiento de los pacientes con trastornos del grupo de la esquizofrenias. Sin embargo, cada vez hay más debate sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de los neurolépticos. Aun cuando el tratamiento neuroléptico alivia los denominados síntomas positivos en aproximadamente dos tercios de los pacientes y les ayuda a integrarse mejor en la comunidad, el meta-análisis de Hegarty y cols. (1994) y otros muchos estudios han mostrado que el número de pacientes con esquizofrenia que se recuperan totalmente no ha aumentado desde la introducción de los neurolépticos. Sabemos que los efectos adversos de estos fármacos son perjudiciales para los pacientes si se utilizan a dosis innecesariamente elevadas, lo cual sigue siendo una práctica general lamentable en muchos pacientes. Los efectos adversos perjudiciales no han desaparecido con el desarrollo de la “nueva generación” de neurolépticos, aunque sí han cambiado algo sus características (p. ej., Lieberman y cols., 2005). Hay muchos pacientes que no cumplen el tratamiento prolongado con neurolépticos, simplemente por los efectos adversos. Cada vez hay más oposición al tratamiento obligatorio con estos fármacos, con el apoyo por ejemplo del movimiento *Mind Freedom* de los EE.UU. (mindfreedom-news@intenex.net).

La utilización de neurolépticos, especialmente a dosis elevadas, también puede estar más motivada por las necesidades defensivas de los psiquiatras y otros miembros del personal que por el interés del paciente. Esto puede incluir el deseo inconsciente de evitar encontrar los problemas profundamente enraizados que generan ansiedad en los pacientes psicóticos (véase *Capítulo 1*), o (de modo más consciente) el deseo del personal de tranquilizar la atmósfera de una planta psiquiátrica por su propia comodidad.

El efecto de los fármacos neurolépticos se basa fundamentalmente en el bloqueo de la transmisión dopaminérgica cerebral (especialmente los receptores dopaminérgicos D₂). Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) han demostrado que se debería considerar que es suficiente el bloqueo de la transmisión dopaminérgica a un nivel del 60% al 80%, y que esto se consigue con una dosis bastante baja de neurolépticos (véase Hietala, *Capítulo 20*). Una dosis mayor es una elección errónea, porque no mejora la respuesta al tratamiento, aunque sí aumenta notablemente el número de efectos adversos. Como señala Whitaker (*Capítulo 24*), la ingesta crónica de neurolépticos también produce un aumento compensador de la densidad de los receptores D₂ del cerebro. La consecuencia es que aumenta el riesgo de recaída en los síntomas psicóticos después de interrumpir los fármacos, especialmente si se retiran de forma súbita.

No se han confirmado las afirmaciones de que el tratamiento neuroléptico debe proteger al cerebro de los efectos claramente perjudiciales de la esquizofrenia. Por otro lado, sabemos que los propios neurolépticos tienen efectos perjudiciales sobre el cerebro. También es importante recordar que la transmisión dopaminérgica es muy importante para el funcionamiento del cerebro en el proceso de aprendizaje y, por lo tanto, también en la interacción psicoterapéutica (un hecho en el que ha insistido, p. ej., Braus, 2005). Incluso debido a esto, el tratamiento con neurolépticos a dosis mayores es incompatible con las actividades psicoterapéuticas. El efecto calmante de una menor dosis de neurolépticos se puede utilizar como apoyo para una relación psicoterapéutica, pero es importante reducir gradualmente la dosis en el transcurso de la terapia e incluso suspender la medicación, si ya no es necesaria. Como han mostrado Rökköläinen y Aaltonen (*Capítulo 20*), en muchos estados psicóticos agudos se puede obtener la tranquilización satisfactoria con un abordaje psicoterapéutico combinado con benzodiazepinas administradas durante un periodo breve de tiempo. En su *Capítulo*, Rökköläinen y Aaltonen presentan experiencias piloto sobre las indicaciones de la utilización o la no utilización de los neurolépticos en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos clasificados en tres grupos; de acuerdo con datos clínicos y psicodinámicos; y con un primer ingreso, en un contexto de tratamiento intensivo de orientación psicoterapéutica.

Vamos a continuación a poner énfasis en los siguientes puntos de vista sobre el tratamiento con neurolépticos de los pacientes con trastornos del grupo de la esquizofrenias:

- 1) El tratamiento de los pacientes con un primer episodio de psicosis debe comenzar con un período de aproximadamente tres semanas de du-

ración durante el cual un contacto psicoterapéutico intensivo con el paciente y con las personas que componen su red de interacciones personales tiene una importancia fundamental. Cuando sea posible, se debe posponer la utilización de neurolépticos, y la ansiedad y la agitación del paciente se deben controlar con benzodiazepinas. Cuando sea necesario un tratamiento con internamiento, éste se debe realizar preferiblemente en una unidad hospitalaria o en una residencia en la que se pueda garantizar tiempo y recursos suficientes; cuando se realice en el domicilio o en otro contexto ambulatorio, se debe garantizar la intensidad del tratamiento y la seguridad del paciente y de sus familiares.

- 2) Después de este período, está indicado el tratamiento neuroléptico, con dosis pequeñas o moderadas, para apoyar la intervención psicoterapéutica continuada en pacientes cuyo estado psicótico persista y esté enraizado profundamente. En muchos pacientes que se recuperan de una psicosis aguda se puede evitar el tratamiento con neurolépticos, lo que ayudará a evitar un uso innecesario y con frecuencia estigmatizante de los neurolépticos, que una vez que se comienza con frecuencia se prescribe indefinidamente. Tan sólo por este motivo se debe seguir cuidadosamente a estos pacientes y debe revisarse a intervalos frecuentes la indicación de la necesidad de los neurolépticos.
- 3) La utilización de dosis elevadas de fármacos neurolépticos está contraindicada en todos los pacientes con psicosis del grupo de la esquizofrenias. Se debe analizar y hablar frecuentemente con el paciente sobre los fármacos y sus diversos efectos, reducir gradualmente las dosis, e incluso se debe suspender el tratamiento cuando se considere posible.

Formación y supervisión

Como el sector de salud mental ha estado en una situación infravalorada durante mucho tiempo, los recursos tanto cuantitativos como cualitativos siguen siendo insuficientes en la mayoría de los países. Quisiéramos poner de relieve especialmente la importancia de aumentar los recursos cualitativos. Durante el proyecto *National Schizophrenia Project* de Finlandia, por ejemplo (véase *Capítulo 12*), fue posible un avance real de las actividades sólo después de un aumento significativo de los recursos cualitativos por la implantación de actividades de supervisión y de formación relacionadas con el proyecto de trabajo, y esto también se realizó en áreas de captación en las que el número de miembros del personal era mayor que la media.

El primer paso para desarrollar las capacidades psicoterapéuticas del personal es la formación y el establecimiento de supervisión por terapeutas con experiencia. De forma simultánea, los servicios sanitarios públicos deben ofrecer la posibilidad de que los miembros del personal participen en programas de formación en psicoterapia, incluyendo la psicoterapia de las psicosis. Somos firmes defensores de los programas de formación elaborados sobre una base multiprofesional, que incluyan a miembros del personal de enfermería junto a los médicos y los psicólogos. Las enfermeras especializadas en psiquiatría que trabajan en centros psiquiátricos comunitarios constituyen un importante recurso psicoterapéutico cuya contribución al trabajo psicoterapéutico habitualmente no se ha reconocido adecuadamente, a pesar de las primeras pioneras como Gertrude Schwing, la alumna y colaboradora de Paul Federn (véase *Capítulo 5*). Este mismo se aplica a los trabajadores sociales, especialmente en su función de miembros de los equipos de terapia familiar.

Debido a la gran diversidad de las actividades psicoterapéuticas con las psicosis esquizofrénicas no es recomendable elaborar programas y/o recomendaciones estandarizados rígidamente; se han producido algunas experiencias negativas. Por el contrario, se deben desarrollar diferentes tipos de programas de formación en psicoterapia, siendo conscientes de la necesidad de su carácter mutuamente complementario. Sin embargo, se recomiendan normas generales que definan las necesidades de formación de cada trabajo psicoterapéutico (nivel especial) y del puesto de formador y supervisor (nivel especial avanzado).

La formación en psicoterapia individual con pacientes psicóticos y con otros pacientes con regresión grave habitualmente no se ha incluido en los programas de formación psicoanalítica. Un ejemplo que se podría seguir podría ser la formación de un nivel especial avanzado en psicoterapia psicodinámica con pacientes con trastornos graves (Aaltonen y cols., 2002). En la psicoterapia cognitiva también se deben desarrollar más los programas de formación para terapias con pacientes psicóticos. En los programas de formación del equipo en terapia de grupo y familiar con frecuencia se incluye el trabajo con pacientes psicóticos.

En sus perspectivas sobre el futuro desarrollo de la ISPS, Gaetano Benedetti (2006) abordó los motivos por los que muchos de sus seminarios, incluso a pesar de la entusiasta respuesta de sus participantes, no daban lugar a esfuerzos organizativos, ni actividades terapéuticas duraderas. Después escribió sobre la importancia de crear, dentro de las instituciones psiquiátricas y psicoterapéuticas, grupos de terapeutas que pudieran compartir sus experiencias, incluso en el nivel de la comunicación pre-

verbal e incluyendo las resistencias de los terapeutas producidas por las relaciones diarias de tipo simbiótico con los pacientes psicóticos. También se podría considerar que esto es una llamada a la colaboración y el intercambio mutuo de experiencias también a nivel general, para poder desarrollar mejor el abordaje psicoterapéutico de los pacientes esquizofrénicos y sus problemas.

Conclusión

Es muy difícil predecir el futuro de cualquier avance en un mundo que se enfrenta a grandes problemas que exigirán recursos mundiales comunes durante las próximas décadas: la expansión continua de la población, las crecientes desigualdades entre personas y países ricos y pobres, los problemas de contaminación y falta de agua potable, y el amenazante cambio climático, con sus diversas consecuencias. Para poder enfrentarnos a estos retos, debemos esperar sinceramente que la solidaridad común entre los diferentes países sea mayor que en la actualidad.

El desarrollo de los abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas, que se describe en diversos capítulos de este libro, también se debe enfrentar a muchos retos especiales. La psiquiatría biológica en sus formas reduccionistas sigue predominando en la investigación y la docencia psiquiátricas, apoyada en el interés general en las técnicas y ciencias biológicas, así como en el mundo económico, representado por la industria farmacéutica. En el terreno médico se piensa, con frecuencia, que las investigaciones y tratamientos asociados con un equipo técnico costoso son mejores objetivos para la ayuda económica que los proyectos psicoterapéuticos y las actividades de formación.

Nuestro conocimiento de la esencia de las psicosis esquizofrénicas sigue siendo parcial e incompleto. Ya son bienvenidos y tangibles los signos de un desarrollo más integrado en el futuro, tanto en la teoría como en la práctica. La diversificación de las modalidades de psicoterapias han aumentado nuestras posibilidades de ayudar a un mayor número de pacientes y ha llevado al desarrollo de actividades terapéuticas que tendrán una evolución más integradora. Esperamos que este avance continúe y que aumente la importancia de los abordajes psicoterapéuticos en los pacientes esquizofrénicos. No pensamos que la "remisión estable con síntomas leves" de los pacientes (según la definición de algunos influyentes investigadores) mantenida con la ayuda de un tratamiento continuo con fármacos neurolépticos, sea un objetivo satis-

factorio para nuestras actividades terapéuticas (aun cuando sea necesaria en una proporción afortunadamente cada vez menor de nuestros pacientes). Pensamos que el tratamiento precoz e intensivo basado en la comprensión psicológica permitirá en el futuro que un número creciente de pacientes pueda superar mejor sus profundamente enraizados problemas y facilitará su crecimiento como seres humanos en sus capacidades interpersonales y sociales.

Hay signos que permiten predecir un futuro mejor. Entre ellos se encuentra el desarrollo continuo y diversificado de la *International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenia and other Psychoses* (Sociedad internacional para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia y de otras psicosis; ISPS). Durante 50 años la ISPS ha crecido desde la organización de pequeños (aunque importantes) symposiums hasta una organización internacional viva con grandes Congresos (al último, de Madrid en 2006, acudieron unos 1200 participantes) y con asociaciones locales activas en diferentes partes del mundo (véase Alanen, Silver and González de Chávez, 2006). Esperamos que una nueva generación de psicoterapeutas de diferentes disciplinas profesionales sea testigo del nacimiento de una era más integradora (y más humanista) de la investigación y el tratamiento de las esquizofrenias. Estaríamos muy satisfechos si este libro pudiese jugar su papel estimulando ese desarrollo.

Bibliografía

- Aaltonen J, Alanen YO, Keinänen M, Rökköläinen V. (2002). An advanced special- level training programme in psychodynamic individual psychotherapy of psychotic and borderline patients: the Finnish approach. *European Journal of Psychotherapy & Counseling & Health*, 5: 13-30.
- Alanen YO. (1997). *Schizophrenia - Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Londres: Karnac.
- Alanen YO, Lehtinen V, Lehtinen K, Aaltonen J, and Rökköläinen V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En: B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe and F. Margison (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness* (págs. 235-65). Glasgow: Gaskell (ISPS).
- Alanen YO, Silver S S y González de Chávez M. (2006). *Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychoses*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, para su distribución durante el XV Congreso Internacional de la ISPS.
- Benedetti G. (1976). Curative factors in psychotherapy with schizophrenic patients. En: Jorstad, J. Ugelstad, E. (eds.), *Schizophrenia 75. Psychotherapy, family therapy, research*, (págs. 15-27).

- Benedetti G. (2006). My views for the future development of the ISPS. En: Alanen, Y. O. Silver, S. S., and González de Chávez, M. (eds.): *Fifty Years of Humanistic Treatment of Psychoses* (págs. 327-30).
- Bentall R. (1990). *Reconstructing Schizophrenia*. Routledge. Londres.
- Boyle M. (1990). *Schizophrenia. A Scientific Delusion*. Routledge. Londres.
- Braus DF. (2005). Aktuelle neurobiologische Forschungsergebnisse, die von der Bedeutung für die Psychotherapie sind. *Kongress Brennpunkte der Psychiatrie*, Hamburg, 28-30 April, 2005.
- Chadwick P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Chadwick P, Birchwood M & Trower P. (1996) *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Cheung Chung M, Fulford K & Graham G. (2006). *Reconceiving Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Cullberg C. (2006). Psychoses. *An Integrated Perspective*. Londres: Routledge
- Fromm-Reichmann F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago IL: Chicago University Press.
- Gallese V. (2006). Mirror neurons and intentional attunement. Commentary on Olds. *Journal of American Psychoanalytical Association* 54:47-57.
- Gallese V, Fadiga L, Fogassi L and Rizzolatti, &. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain* 119:593-609.
- Gleeson JFM and McGorry PD. (eds.) (2004). *Psychological Interventions in Early Psychosis. A treatment handbook*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gumley AI, O'Grady M, McNay L, y cols. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy. *Psychological Medicine* 33:419-31.
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M. y cols. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry* 151:1409-11.
- Heinimaa M and Larsen TK. (2002). Psychosis: conceptual and ethical aspects of early diagnosis and intervention. *Current Opinion Psychiatry* 15:633-41.
- Hinshelwood RD. (2002). Symptoms or relationships. *British Medical Journal* 324:292-3.
- Jackson M. (2001). *Weathering the Storms. Psychotherapy for Psychosis*. Karnac: Londres.
- Johannessen JO, Larsen TK, McGlashan T and Vaglum P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multicentre study in Scandinavia. In Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. and Matgison, F. (eds.): *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness* (págs. 210-34). Glasgow: Gaskell (ISPS).
- Kandel E. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 155:457-69.
- Kandel E. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry* 156:505-24.

- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R and Sturgeon D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 146:594-600.
- Lehtinen K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia. A five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87:96-101.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP y cols. (2005). Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE). Effectiveness of antipsychotic drugs in schizophrenia. *New England J of Medicine* 353:1209-23.
- McFarlane WR. (2000). Psychoeducational multi-family groups: adaptations and outcomes. En: B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (eds.). *Psychosis - Psychological Approaches and their Effectiveness*, págs. 68-95.
- McGorry PD, McFarlane C, Patton GC y cols. (1995). The prevalence of prodromal features in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92:241-49.
- McGorry PD, Yung AR, Phillips RJ y cols. (2002). A randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 59:921-28.
- Mezzich JE. (2007). Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007:1-3.
- Mezzich JE, Salloum IM. (2007). Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116:1-5.
- Morrison AP, Frame L, Larkin W. (2003). Relationships between trauma and psychosis. *British J of Clinical Psychology* 42:331-53.
- Nishitani H, Avikainen S, Hari R. (2004). Abnormal imitation-related cortical activation sequences in Asperger's syndrome. *Annales Neurologiae* 55:558-62.
- Olds DD. (2006). Identification: Psychoanalytical and biological perspectives. *Journal of American Psychoanalytical Association* 54:17-46.
- Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112:330-50.
- Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, and Fogassi L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3:131-41.
- Salokangas RKR, Rääkköläinen V, Alanen YO. (1989). Maintenance of grip on life and goals of life: a valuable criterion for evaluating outcome of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80:187-193.
- Scott RD and Ashworth PL. (1967). "Closure" at the first schizophrenic breakdown: a family study. *British Journal of Medical Psychology* 40:109-45.
- Seikkula J. and Arnkil RE. (2005). *Dialogical Meetings in Social Networks*. Londres: Karnac.
- Shaw K, McFarlane A, Bookless C. (1997). The phenomenology to traumatic reactions to psychiatric illness. *J Nervous and Mental Diseases* 434-41.
- Stierlin H, Rücker-Embsen I, Wetzel N and Wirsching M. (1977). *Der erste Familiengespräch*. Stuttgart: Ernst Klett.

- Tienari P, Wynne LC, Läksy K y cols. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence of the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 160:1-8.
- Tienari P, Wynne LC, Sorri A y cols. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry* 184:216-22.
- Wahlberg K-E, Wynne LC, Hakko H y cols. (2004). Interaction of genetic risk and adoptive parent communication deviance: longitudinal prediction of adoptee psychiatric disorders. *Psychological Medicine* 34:1531-41.
- Wynne LC, Tienari P, Sorri A y cols. (2006). I. Genotype-environment interaction in schizophrenia spectrum: Genetic liability and global family ratings in the Finnish adoption study; II. Genotype-environment interaction in the schizophrenia spectrum: Qualitative observations. *Family Process* 45:419-47.
- Zahavi D. (2000). *Exploring the Self*. Amsterdam: John Benjamin.

Trastornos de personalidad premórbidos en la esquizofrenia

*Juan Jose Rodríguez Solano
Manuel González de Chávez*

Introducción

A lo largo de la Historia se han hecho muchos intentos por comprender la enfermedad mental y su relación con las características de las personas que la padecían. La relación entre personalidad premórbida y esquizofrenia comenzó a ser estudiada en los primeros años de este siglo. Algunos autores proponían que la esquizofrenia estaba producida por un empeoramiento de los rasgos esquizoides previamente presentes (Kraepelin, 1913; E. Bleuler, 1924 y Kretschmer, 1925). Otros sugerían que la esquizofrenia era independiente de la personalidad previa, y los pacientes esquizofrénicos podrían tener previamente personalidades normales o cualquier trastorno de personalidad (Jaspers, 1948 y Schneider, 1974).

Se ha sugerido que los trastornos de personalidad, en una visión dimensional, pueden ser considerados como puntos medios a lo largo de un espectro en cuyos extremos se encuentran, por un lado, rasgos leves y por el otro, trastornos sintomáticos severos (Kretschmer, 1925; Meehl, 1962; Claridge, 1987; Siever y Davis, 1991; Stone, 1993). Los trastornos esquizofrénicos parecen existir en un espectro con el grupo A de los

trastornos de la personalidad (Kety y col., 1968; Rosenthal y col., 1971; Kendler y col., 1981; Kendler y Gruenberg, 1982, 1984; Baron y col., 1983; Gunderson y Siever, 1985; Torgensen, 1985; Nestadt y col., 1994; Kendler y Walsh, 1995). Así los trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide constituyen lo que se ha dado en llamar los Trastornos de Personalidad del Espectro de la Esquizofrenia.

Por otro lado y apoyando las ideas de Jaspers y Schneider, otros autores plantean la existencia de otros trastornos de personalidad diferentes a los del espectro que también están asociados a la esquizofrenia (Arieti, 1974; M. Bleuler, 1978; Hogg y col., 1990).

La existencia de trastornos de personalidad premórbidos en la esquizofrenia es compatible con la hipótesis del Neurodesarrollo de la esquizofrenia (Murray y Lewis, 1987; Weinberger, 1987; Lewis, 1989). Esta hipótesis propone que la esquizofrenia surge como consecuencia de una lesión cerebral precoz y no progresiva. Esta lesión se manifestaría como esquizofrenia en la adolescencia o edad madura pero hasta ese momento las manifestaciones serían mucho más sutiles, bien como alteraciones del ajuste premórbido, bien como trastornos de personalidad. Las existencia de trastornos de personalidad premórbidos vendrían a ser la expresión de esas dificultades de funcionamiento psicosocial que surgirían por la lesión no progresiva del SNC.

La evidencia disponible sugiere que los trastornos de personalidad son altamente prevalentes tanto en la población general 2-28% (Casey y Tyrer, 1986, 1990) como en la población psiquiátrica general 36-67% (Kass y col., 1985; Koenigsberg y col., 1985; Dhal, 1986; Jackson y col., 1991). La elevada prevalencia de los trastornos de personalidad en los espacios psiquiátricos supone un consumo significativo de recursos de salud mental. Consecuentemente la psiquiatría no puede ignorar los trastornos de personalidad y conocerlos es esencial para la práctica clínica efectiva.

En suma, con el presente trabajo pretendemos determinar la prevalencia y realizar un estudio descriptivo de los trastornos de personalidad en un grupo de pacientes esquizofrénicos.

Método

Sujetos

Se estudiaron 40 pacientes esquizofrénicos (DSM-III-R) en tratamiento ambulatorio. Revisados posteriormente los diagnósticos se comprobó

que todos los pacientes cumplieran también los criterios de esquizofrenia de DSM-IV y CIE-10. Fueron elegidos de forma consecutiva de distintos dispositivos del Área 1 de Salud de Madrid (España). Los criterios de inclusión eran:

- Que los pacientes tuvieran un mínimo de 18 años de edad, para poder hacer diagnósticos de trastornos de personalidad;
- un máximo de 10 años de evolución desde el comienzo de la enfermedad y;
- estar en remisión de la fase aguda de la enfermedad para que los síntomas agudos no influyeran en la colaboración en las entrevistas.

No se incluyeron pacientes con deterioro global importante, ni aquellos en los que no se podía obtener la colaboración familiar. Solo dos pacientes rehusaron participar en el estudio. Cinco pacientes no fueron incluidos debido a un deterioro importante por su enfermedad. La información fue obtenida de los pacientes y de miembros significativos de la familia de todos los pacientes, en su mayoría los padres. Todos los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

No se excluyó a ningún paciente por el hecho de padecer cualquier trastorno del eje I diferente de la esquizofrenia, siempre y cuando ésta fuera el diagnóstico principal.

Los 40 pacientes tenían una edad media de 29 ± 6 años, había 22 (55%) varones y 28 (70%) eran solteros. El tiempo medio de evolución de la esquizofrenia era de 5 ± 4 años. Todos los pacientes en el momento de la evaluación estaban en tratamiento ambulatorio, pero tenían una media de $1,4 \pm 1,6$ hospitalizaciones. La esquizofrenia era el 75% de los casos del tipo paranoide. Aunque la proporción del tipo paranoide es alta, es bastante representativa del conjunto de pacientes esquizofrénicos de nuestro medio. El 60% de los pacientes seguían un tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico (individual y grupal).

Material

Para estudiar los trastornos de personalidad se utilizó la Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Personality Disorders (SCID-II versión 1.0) de Spitzer y col. (1990-a). Esta es una entrevista estructurada, diseñada para diagnosticar el rango completo de trastornos de personalidad del DSM-III-R, incluyendo el trastorno autodestructivo de su anexo. Se utilizaron dos tipos de medidas: Una categorial, es decir, si cumplía o

no los criterios establecidos, para valorar las prevalencias. Y otra dimensional: la proporción de criterios que cumple cada paciente de cada trastorno de personalidad dado. Esta segunda medida la utilizamos para ver la correlación entre los distintos trastornos de personalidad. Aunque es cuestionable, usamos el sistema no jerárquico de psicopatología del DSM-IV que considera el diagnóstico de varios trastornos de personalidad cuando cumplen los criterios descriptivos de sus conductas.

Procedimiento

Tras el diagnóstico de esquizofrenia siguiendo la Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) de Spitzer y col. (1990-b), y la inclusión de los pacientes en el estudio se llevaron a cabo entrevistas por separado con el paciente y con los familiares para estudiar los trastornos de personalidad.

En todos los sujetos intentamos asegurar que los rasgos patológicos de personalidad no eran una consecuencia temporal de los síntomas del trastorno esquizofrénico. Se enfatizaba que debían fijarse en su comportamiento habitual antes del inicio de los síntomas psicóticos. Siempre, y con un especial cuidado en aquellos casos que el inicio fue solapado, se analizó la personalidad hasta 6 meses antes de los primeros síntomas. Este límite de tiempo se tuvo especialmente en cuenta al analizar el trastorno de personalidad esquizotípico, paranoide y esquizoide, algunos de cuyos rasgos pueden confundirse fácilmente con el inicio de la psicosis. Se consideró el inicio de la psicosis la presentación de cualquier psicopatología psicótica, incluyendo los síntomas negativos, percibidos por el paciente, la familia o en el primer contacto psiquiátrico.

Se tomaron una serie de medidas para evitar la confusión entre los síntomas de la enfermedad esquizofrénica y los rasgos de los trastornos de personalidad:

- Los pacientes fueron examinados sólo cuando estaban libres de síntomas agudos.
- Se les recordaba continuamente que los rasgos de personalidad explorados eran previos al inicio de la enfermedad y siempre se intentaban diferenciar de posibles síntomas de esquizofrenia.
- Aunque los datos fueron retrospectivos, el tiempo de evolución de la enfermedad de 5 ± 4 años fue lo suficientemente corto como para poder evitar la contaminación de la información por la enfermedad.
- En todos los casos se utilizó la información de un familiar o allegado.

En general, la información aportada por la familia verificaba los datos que habían dado los pacientes y en todo caso solo añadían algunos datos más acerca de la personalidad del paciente que este no había reconocido. Raramente se contradecía la información de la familia y la de los pacientes. Cuando las contestaciones del paciente y del informante (familia o persona allegada) no coincidían, el evaluador pesó la validez de cada fuente usando su propio criterio clínico. En estos casos también se contaba con la colaboración de su psiquiatra habitual.

Fiabilidad interevaluadores de los diagnósticos de Trastornos de Personalidad

Se realizó un estudio de fiabilidad con 12 pacientes de la muestra. En cada entrevista participaron dos evaluadores, uno dirigiendo la entrevista y otro como observador. Ambos realizaban el diagnóstico de forma independiente. El coeficiente Kappa no fue calculado en aquellos casos que la frecuencia era menor del 5% de diagnósticos positivos de trastorno de personalidad. Los resultados Kappa que se obtuvieron oscilaban entre moderados y excelentes (tabla 1).

Tabla 1
Fiabilidad entre evaluadores de la SCID II en esquizofrénicos

Trastornos premórbidos de la personalidad	Coef. Kappa
Evitativa	0.76
Dependiente	0.81
Obsesiva-compulsiva	0.76
Pasivo-agresiva	—
Autoderrotista	—
Paranoide	0.76
Esquizotípica	0.65
Esquizoide	1.00
Histriónica	—
Narcisista	—
Borderline	—
Antisocial B	—
Antisocial C	—

Resultados

Número de trastornos de personalidad y asociaciones

De los 40 pacientes incluidos en este estudio 34 pacientes (85%) tienen uno o más trastornos de personalidad (T.P.). 15 pacientes (37,5%) tienen un T.P. único. 13 pacientes (32,5%) tienen dos T.P. y 6 (15%) tienen más de dos T.P. Por tanto, lo más frecuente es encontrar trastornos de personalidad asociados: Los 18 pacientes con dos ó más trastornos suponen un 47,5% del total.

El número medio de trastornos de personalidad encontrados fue de $1,6 \pm 1,3$ con un rango de 0 a 6. Se hallaron 5 trastornos asociados en un mismo paciente y 6 en otro.

Entre aquellos sujetos con un único trastorno de personalidad el más frecuente fue el T.P. dependiente (26,7%), seguido por el T.P. paranoide (20%).

En los individuos con dos o más trastornos de personalidad, la asociación más habitual fue el T.P. evitativo y el T.P. esquizoide (21% del total de asociaciones). Las coaliciones T.P. evitativo-esquizotípico (12%) y T.P. evitativo-dependiente (12%) eran las siguientes en frecuencia. A continuación y con un porcentaje de 9% cada una, estaban las parejas esquizotípico-esquizoide, evitativo-paranoide y obsesivo-compulsivo-paranoide.

Correlación entre los trastornos de personalidad premórbidos

Se realizó un estudio de correlación entre los distintos trastornos de personalidad. Para ello se utilizó la medida dimensional. Los datos de asociaciones coinciden con las correlaciones encontradas (tabla 2). Vemos que el evitativo T.P. está correlacionado de una forma significativa y aceptable con los esquizotípico T.P. y esquizoide. Los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico correlacionan también de forma significativa y aceptable entre sí, pero es llamativo que no hemos encontrado correlación significativa de estos trastornos con el paranoide.

El T.P. dependiente, que es el que más frecuentemente se presenta aislado, no se correlaciona con ningún T.P. salvo con el narcisista y de forma muy débil. Otras correlaciones que son de reseñar son las de los trastornos obsesivo-compulsivo-paranoide, histriónico-narcisista y narcisista-límite. También aceptable es la correlación entre los criterios "b" y "c" del trastorno antisocial. El pasivo-agresivo correlaciona con casi todos los T.P. del grupo "dramático".

Tabla 2
Correlaciones entre diferentes tipos personalidad premórbida

P.D.	Evit.	Depen- diente	Obses- Comp.	Pass- Agres.	Auto- derrot.	Para- noide	Esqui- zotípico	Esqui- zoide	Histrió- nica	Narci- sista	Border- line	Antiso- cial B	Antiso- cial C
Evitt.	-	0.27	0.35*	-0.10	0.02	0.34*	0.57*	0.51*	-0.26	-0.04	0.03	-0.30	-0.32*
Dependiente		-	-0.07	0.16	-0.14	-0.17	-0.24	-0.30	0.27	0.40*	0.27	-0.16	-0.12
Obsesi-C.			-	-0.18	0.19	0.54*	0.11	0.10	0.01	0.18	-0.06	-0.32*	-0.21
Pasivo-agr.				-	-0.06	0.09	0.05	-0.23	0.37*	0.48*	0.48*	0.30	0.40*
Autoderrot.					-	0.36*	0.09	-0.09	-0.21	-0.22	-0.05	-0.17	0.02
Paranoide						-	0.29	0.02	-0.21	0.10	0.11	-0.05	-0.02
Esquizotípico							-	0.65*	-0.42*	-0.02	-0.13	0.16	-0.02
Esquizoide								-	-0.37*	-0.24	-0.21	-0.11	-0.23
Histriónica									-	0.51*	0.34*	0.01	0.01
Narcisista										-	0.45*	0.28	0.19
Borderline											-	0.13	0.42*
Antisoc. B												-	0.60*
Antisoc. C													-

* Correlation of Pearson significatooa $p < 0.05$.

Las correlaciones hasta ahora descritas son positivas. En cuanto a las correlaciones negativas únicamente señalar, aunque débiles, las de los T.P. esquizotípico y esquizoide con el T.P. histriónico y las del T.P. antisocial con los T.P. evitativo y obsesivo-compulsivo.

Frecuencia de los trastornos de personalidad

Cuando consideramos el nivel de exigencia establecido por la DSM-III-R para el diagnóstico de trastorno de personalidad, los resultados en nuestra muestra de pacientes esquizofrénicos son los siguientes (tabla 3). El T.P. evitativo es el más frecuente, presentándose en el 32,5% de los esquizofrénicos. El segundo en orden de frecuencia es el T.P. esquizoide (27,5%) seguido por el paranoide y el dependiente con 20% cada uno. A continuación el T.P. esquizotípico se presenta tan solo en el 12,5% de los casos. También reseñar que un 10% de los pacientes tienen un T.P. obsesivo-compulsivo y otro 10% tienen un trastorno de conducta en la infancia (criterio "B" del antisocial).

Tabla 3

Prevalencia de la personalidad premórbida en esquizofrenia

Trastornos Personalidad	DSM-III-R	
	N	%
Evitativa	13	32.5
Dependiente	8	20.0
Obsesiva-C.	4	10.0
Pasiva-Agr.	2	5.0
Derrotista	2	5.0
Paranoide	8	20.0
Esquizotípica	5	12.5
Esquizoide	11	27.5
Histriónica	2	5.0
Narcisista	2	5.0
Borderline	1	2.5
Antisocial B	4	10.0
Antisocial C	3	7.5

Características clínicas de los pacientes con trastornos de personalidad

La tabla 4 muestra las características clínicas de los pacientes con diferentes tipos de trastornos de personalidad. Comprobamos como los pacientes con T.P. por evitación son más frecuentemente solteros que el conjunto de la muestra. Los pacientes con T.P. dependientes tienen con más frecuencia esquizofrenias de tipo paranoide, carecen de historia familiar de esquizofrenia y de evoluciones procesuales, de tal forma que su evolución es siempre en crisis sin deterioro. También tienden a ser con menos frecuencia solteros y a tener un funcionamiento algo mejor durante la enfermedad. Los pacientes con T.P. esquizoides o esquizotípicos son más frecuentemente solteros y tienen una claro predominio de evoluciones procesuales con más tendencia hacia el deterioro.

Tabla 4

Características clínicas de los pacientes con trastorno de la personalidad

Variable	Muestr. Total	Evitativa	Depen- diente	Paranoide	Esquizoide y Esquizotípica
n	40	13	8	8	12
Sexo masculino	55%	62% N.S.	50% N.S.	63% N.S.	67% N.S.
Solteros	70%	92% p<.05	38% p< .1	63% N.S.	92% p<.05
Edad de comienzo TM	24±4.5	24±5 N.S.	24±4 N.S.	28±4 N.S.	23±5 N.S.
N.º de hospitalizaciones	1.4±1.6	.8±1.1 N.S.	1.3±2.5 N.S.	1.3±1 N.S.	1±1 N.S.
Tipo paranoide	75%	62% N.S.	100% p<.001	88% N.S.	58% N.S.
Evol. procesual	28%	46% N.S.	0% p<.001	14% N.S.	67% p<.05
Historia familiar	15%	8% N.S.	0% p<.01	13% N.S.	33% N.S.
GAF en la enfermedad	26±7	25±8 N.S.	31±5 p<.1	24±4 N.S.	23±8 N.S.

Discusión

Aunque las cifras son muy variables, los estudios epidemiológicos sobre los T.P. han demostrado que son más prevalentes de lo que se pensaba en un principio. En nuestro trabajo hemos encontrado T.P. en un 85% de los pacientes esquizofrénicos. Esta cifra es bastante mayor que la prevalencia encontrada en la población general (2-18%). Se acerca más a la prevalencia de los T.P. en las poblaciones de pacientes psiquiátricos en general (36-67%). Todo esto nos sugiere que en los distintos síndromes clínicos del eje I existe una predisposición a presentar T.P. y la esquizofrenia no es una excepción de esta alta relación. Además parece que cada trastorno sindrómico está más relacionado con determinados T.P. (Docherty y col. 1986, Fiester y col 1990, Mors y Sorensen 1994, Oldhan 1995). Nosotros encontramos un claro predominio de los T.P. del grupo "excéntrico" y del grupo "temeroso". Al valorar que T.P. son los que se presentan en la esquizofrenia se comprueba que efectivamente los T.P. del espectro de la esquizofrenia son bastante frecuentes: T.P. Esquizoide 27,5%, paranoide 20%, y esquizotípico 12,5%. Además llama la atención el hecho de que otros T.P. diferentes también son frecuentes: T.P. Evitativo 32,5% y T.P. dependiente 20%. Desde este punto de vista se podría pensar como afirma Meehl (1990) que existieran dos formas de esquizofrenia, una con una diátesis genética manifestada previamente por T.P. del espectro; y otra forma, una genofenocopia de la anterior, que se manifestaría sin T.P. previo o con T.P. diferentes a los del espectro.

Desde el punto de vista clínico los pacientes con trastornos de personalidad diferentes de los del espectro, y sobre todo los esquizofrénicos sin trastornos de personalidad premórbidos son más fácilmente manejables. En nuestro estudio hemos podido comprobar cómo los pacientes con trastorno de personalidad premórbido dependiente tienen mejores evoluciones que los pacientes con Trastornos de personalidad premórbidos esquizoides y esquizotípicos. Estos últimos tienen un claro predominio de malas evoluciones. Además los pacientes esquizofrénicos con trastorno de personalidad premórbido dependiente de nuestro estudio carecen significativamente de antecedentes familiares con lo que podemos reforzar la idea de Meehl (1990).

Cuando revisamos la prevalencia de trastornos de personalidad premórbidos en la esquizofrenia encontrada por otros autores podemos ver que la frecuencia de T.P. premórbidos en la esquizofrenia oscila entre el 7% y el 80% (Parnas et al. 1982, Koenigsberg et al. 1985, Black et al. 1988, Grebb and Cancro 1989, Zimmerman and Coryell 1989, Casey and Tyrer 1990, Hogg et al. 1990, Peralta et al. 1991, Terkelsen et al. 1991, Oulis,

1998). La enorme variación encontrada entre los distintos trabajos y con el nuestro tiene que ver fundamentalmente con diferencias metodológicas (Dalkin y col. 1994).

Nuestros resultados, siendo los más altos, no se alejan mucho de los de los de otros investigadores que estudian la personalidad premórbida de los esquizofrénicos. Una explicación de la alta prevalencia de T.P. encontrada podría ser, como sugieren Jackson y col. (1991), la dificultad para distinguir síntomas prodrómicos y residuales de la esquizofrenia de la personalidad premórbida. Esta confusión síntoma-rasgo podría haber incrementando artificialmente las frecuencias de T.P. Para evitar esto, no obstante, se llevaron a cabo varios controles en el diseño de nuestro estudio con el objeto de minimizar cualquier efecto causado por la enfermedad esquizofrénica.

También es importante resaltar la elevada frecuencia de asociaciones de trastornos de personalidad premórbidos en los pacientes esquizofrénicos de nuestra muestra. El 47,5% tenía dos ó más de dos T.P. en la época premórbida. El número medio de T.P. por paciente fue de $1,6 \pm 1,3$. El solapamiento de los T.P. se presenta en muchos trabajos de forma que los diagnósticos múltiples son la norma. La comorbilidad de los T.P. ha sido informada por distintos métodos, en distintas poblaciones clínicas y no clínicas (Skodol y col. 1988, Zimmerman y Coryell 1989, Hoog y col. 1990, Nurnberg y col. 1991, Dowson y Berrios 1991, Dowson 1992, Oldham y col. 1992). Existe una concordancia general en las asociaciones de T.P. tanto en muestras comunitarias como en otros grupos de pacientes, no solo pacientes esquizofrénicos. La alta frecuencia de comorbilidad entre los T.P. parece por tanto que no es algo específico de la esquizofrenia, sino de los T.P. en sí mismos, o al menos de sus sistemas de clasificación.

Existe una fuerte asociación entre los T.P. evitativo, esquizoide y esquizotípico, que viene apoyada por el estudio de correlación. La asociación entre estos trastornos, frecuentemente demostrada por diversos autores, nos sugiere que son elementos del mismo continuo patológico, con diferencias fundamentalmente de grado, siendo el T.P. evitativo la forma más leve, el T.P. esquizoide la forma intermedia y el T.P. esquizotípico la más grave (Gunderson y col. 1983, Gunderson y Siever 1985, Livesly y col. 1985, Widiger y Frances 1985, Dhal 1986, Widiger y col. 1988, Jonhson 1991, Schroeder y Livesly 1991 y Nurnberg y col. 1991).

Somos conscientes de las debilidades del estudio, por todas las dificultades metodológicas ya comentadas y sobre todo por la recogida de información de forma retrospectiva. Los trastornos de personalidad en la

esquizofrenia son un área de investigación generalmente olvidada, probablemente por estas dificultades metodológicas. Esto no nos debe hacer desistir de la investigación, incluso proponemos por la utilidad que puede tener en este área llevar a cabo estudios prospectivos de trastornos de personalidad en sujetos de alto riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia como pueden ser hijos de padres esquizofrénicos.

Agradecimientos

Queremos agradecer a **W.T. Carpenter, Jr., M.D.** por su ayuda y sugerencias en la elaboración del presente artículo.

Bibliografía

1. Arieti, S. (1974). Interpretation of Schizophrenia, 2nd Ed., Basic Books Edit, New York.
2. Baron, M., Gruen, R., Asnis, L., Kane, J. (1983). Familial Relatedness of Schizophrenia and Schizotypal States. *Am. J. Psychiatr.* 140, 1437-1442.
3. Black, D.W., Yates, W.R., Andreasen, N.C. (1988). Schizophrenia, Schizophreniform Disorder and Delusional Disorders (Paranoids). In: Talbott, J.A., Hales, R.E., Yudofsky, S.C., The American Psychiatric Press, Textbook of Psychiatry. American Psychiatric Press Inc., Washington, pp. 355-400.
4. Bleuler, E. (1924). Textbook of Psychiatry, McMillan, New York.
5. Bleuler, M. (1978). The Schizophrenics Disorders. Long-term Patient and Family Studies, Yale University Press, London.
6. Casey, P.R., Tyrer, P. (1986). Personality, Functioning and Symptomatology. *J. Psychiatr. Res.* 20, 363-374.
7. Casey, P.R., Tyrer, P. (1990). Personality Disorder and Psychiatric Illness in General Practice. *Br. J. Psychiatr.* 156, 261-265.
8. Claridge, G. (1987). The Schizophrenia as Nervous Types Revisited. *Br. J. Psychiatr.* 151, 735-743.
9. Dahl, A.A. (1986). Some Aspects of the DSM-III-R Personality Disorders Illustrated by a Consecutive Sample of Hospitalized Patients. *Acta Psychiatr Scand*, supl. 328, 61-67.
10. Dalkin, T., Murphy, P., Glazebrook, C., Medley, I., Harrison, G. (1994). Premorbid Personality in First-Onset Psychosis. *Br. J. Psychiatr.* 164, 202-207.
11. Docherty, J.P., Fiester, S.J., Shea, T. (1986). Syndrome Diagnosis and Personality Disorder. In: Frances, A.J., Hales, R.E., Psychiatric Update: American Psychiatric Association, Annual Review, vol. 5, APA, Washington D.C. pp. 315-355.
12. Dowson, J.H. (1992). Assessment of DSM-III-R Personality Disorders by Self-Report Questionnaire: The Role of Informants and a Screening Test for Comorbid Personality Disorders (STCPD). *Br. J. Psychiatr.* 161, 344-352.

13. Dowson, J.H., Berrios, G.E. (1991). Factor Structure of DSM-III-R Personality Disorders Shown by Self-Report Questionnaire: Implications for Classifying and Assessing Personality Disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 84, 555-560.
14. Fiester, S.J., Ellison, J.M., Docherty, J.P., Shea, T. (1990). Comorbidity of Personality Disorders: Two for the Price of Three. In: Adler, D.A. *Treating Personality Disorders*, Jossey-Bass Inc. San Francisco, pp. 103-114.
15. Greebb, J.A., Cancro, R. (1989). Schizophrenia: Clinical Features. In: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 757-777.
16. Gunderson, J.G., Siever, L.J. (1985). Relatedness of Schizotypal to Schizophrenic Disorders. Editor Introduction. *Schizophr. Bull.* 11, 4, 532-537.
17. Gunderson, J., Siever, L., Spaulding, E. (1983). The Search for a Schizotype: Crossing The Border Again. *Arch. Gen. Psychiatr.* 40, 15-22.
18. Hogg, B., Jackson, H.J., Rudd, R.P., Edwards, J. (1990). Diagnosing Personality Disorders in Recent-Onset Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178, 3, 194-199.
19. Jackson, H.J., Whiteside, H.L., Bates, G.W., Bell, R., Rudd, R.P., Edwards, J. (1991). Diagnosing Personality Disorders in Psychiatric Inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 83, 206-213.
20. Jaspers, K. (1948). *Psicopatología General* Ed. Beta, Madrid, Translated, 5th Ed., German of 1948 (1th Ed. 1913).
21. Johnson, S.M. (1991). *The Symbiotic Character*. Norton Company, N. York.
22. Kass, F., Skodol, A.E., Charles, E., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (1985). Scaled Ratings of DSM-III Personality Disorders. *Am. J. Psychiatr.* 142, 627-630.
23. Kendler, K.S., Gruenberg, A.M. (1982). Genetic Relationship between Paranoid Personality Disorder and the 'Schizophrenia Spectrum' Disorders. *Am. J. Psychiatr.* 139, 9, 1185-1186.
24. Kendler, K.S., Gruenberg, A.M. (1984). An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, VI. The Relationship between Psychiatric Disorders as Defined by DSM-III in the Relatives and Adoptees. *Arch. Gen. Psychiatr.* 41, 555-564.
25. Kendler, K.S., Walsh, D. (1995). Schizotypal Personality Disorder in Parents and the Risk for Schizophrenia in Siblings. *Schizophr Bull.* 21, 1, 47-52.
26. Kendler, K.S., Gruenberg, A.M., Strauss, J.S. (1981). An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, II. The Relationship between Schizotypal Personality Disorder and Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 38, 982-984.
27. Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., Schulsinger, F. (1968). The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. *J. Psychiatr. Res.* 6, suppl. 1, 345-362.
28. Koenigsberg, H.W., Kaplan, R.D., Gilmore, M.M., Cooper, A.M. (1985). The Relationship Between Syndrome and Personality Disorder in DSM-III: Experience With 2.462 Patients. *Am. J. Psychiatr.* 142, 207-212.
29. Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie* 8th Ed. Vol III, Barth, Leipzig.
30. Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character*. Kegan Paul, Trench and Trubner, London.

31. Lewis, S.W. (1989). Editorial: Congenital Risk Factors For Schizophrenia. *Psychol. Med.* 19, 5-13.
32. Livesley, W.J., West, M., Tanney, A. (1985). Historical Comment on DSM-III Schizoid and Avoidant Personality Disorder. *Am. J. Psychiatr.* 142, 1344-1347.
33. Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, Shizotypy, Schizophrenia. *Am. Psychol.* 17, 827-838.
34. Meehl, P.E. (1990). Toward an Integrated Theory of Schizotaxia, Schizotypy, and Schizophrenia. *J. Pers. Disord.* 4, 1, 1-99.
35. Mors, O., Sorensen, L.V. (1994). Incidence and Comorbidity of Personality Disorders Among First Ever Admitted Psychiatric Patients. *Eur. Psychiatr.* 9, 4, 175-184.
36. Murray, R.M., Lewis, S.W. (1987). Is Schizophrenia a Neurodevelopmental Disorder? *Br. Med. J.* 295, 681-682.
37. Nestadt, G., Hanfelt, J., Liang, K.Y., Lamacz, M., Wolyniec, P., Pulver, A.E. (1994). An Evaluation of the Structure of Schizophrenia Spectrum Personality Disorders. *J. Pers. Disord.* 8, 4, 288-298.
38. Nurnberg, H.G., Raskin, M., Levine, P.E., Pollack, S., Siegel, O., Prince, R. (1991). The Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Other DSM-III-R Axis II Personality Disorders. *Am. J. Psychiatr.* 148, 1371-1377.
39. Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Doidge, N., Rosnick, L., Galla-her, P.E. (1995). The Comorbidity of axis I and II Disorders. *Am. J. Psychiatr.* 152, 571-578.
40. Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Rosnick, L., Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R Personality Disorders by Two Structured Interviews: Patterns of Comorbidity. *Am. J. Psychiatr.* 149, 213-220.
41. Oulis, P., Lykouras, L., Hatzimanolis, J., Tomaras, V. (1998). Comorbilidad de los Trastornos de Personalidad del DSM-III-R en los Trastornos Esquizofrénico y Unipolar del Estado de Ánimo: Un Estudio Comparativo. *Eur Psychiatr. Ed. Esp.* 5, 55-58.
42. Parnas, J., Schulsinger, F., Schulsinger, H., Mednick, S.A., Teasdale, T.W. (1982). Behavioral Precursors of Schizophrenia Spectrum a Prospective Study. *Arch. Gen. Psychiatr.* 39, 658-664.
43. Peralta, V., Cuesta, M.J., De Leon, J. (1991). Premorbid Personality and Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 84, 336-339.
44. Roshental, D., Wender, P.H., Kety, S.S. (1971). The Adopted Way Offspring of Schizo-phrenics. *Am. J. Psychiatr.* 128, 307-311.
45. Schneider, K. (1974). *Las Personalidades Psicopáticas* 7th Ed. Ed. Morata, Madrid (1th Ed. 1923).
46. Schroeder, M.L., Livesley, W.J. (1991). An Evaluation of DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 84, 512-515.
47. Siever, L.J., Davis, K.L. (1991). A Psychobiological Perspective on the Personality Disorders. *Am. J. Psychiatr.* 148, 1647-1658.
48. Skodol, A.E., Rosnick, L., Kellman, D., Oldhan, J.M., Hyler, S.E. (1988). Validating Structured DSM-III-R Personality Disorder Assessments with Longitudinal Data. *Am. J. Psychiatr.* 145, 1297-1299.
49. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B. (1990-a). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) Version 1.0*. American Psychiatric Press, Washington DC.

50. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B. (1990-b). Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). American Psychiatric Press, Washington DC.
51. Stone, M.H. (1993). Long-Term Outcome in Personality Disorders. *Br. J. Psychiatr.* 162, 299-313.
52. Torgersen, S. (1985). Relationship of Schizotypal Personality Disorders to Schizophrenia: Genetics. *Schizophr. Bull.* 11/4, 554-563.
53. Terkelsen, K.G., Smith, T., Gallagher, R.E., Schwartz, F., McCarthy, R.H., Munich, R.L. (1991). Schizophrenia and Axis II. *Hosp. Community Psychiatr.* 42, 5, 538.
54. Weinberger, D.R. (1987). Implications of Normal Brain Development For The Pathogenesis of Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 44, 660-669.
55. Widiger, T.A., Frances, A.J. (1985). The DSM-III Personality Disorders Perspectives from Psychology. *Arch. Gen. Psychiatr.* 42, 615-623.
56. Widiger, T.A., Frances, A., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (1988). The DSM-III-R Personality Disorders: An Overview. *Am J Psychiatr.* 145, 786-795.
57. Zimmerman, M., Coryell, W. (1989). DSM-III Personality Disorder Diagnoses in a Non-patient Sample: Demographic Correlates and Comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatr.* 46, 682-689.

Ajuste premórbido y personalidad previa en pacientes esquizofrénicos

*Juan José Rodríguez Solano
Manuel González de Chávez*

Introducción

Al periodo premórbido de la esquizofrenia podríamos definirlo, dentro del marco de las hipótesis de la vulnerabilidad, como la época en la que se pueden manifestar las características básicas de la vulnerabilidad sin la participación del proceso mórbido. Delimitándolo en el tiempo se ha descrito como aquel que termina 6 meses antes de la primera hospitalización psiquiátrica, del primer contacto psiquiátrico o de la evidencia de los síntomas psicóticos floridos característicos (Cannon-Spoor y col., 1982). El ajuste premórbido puede definirse (Phillips 1953) como la medida con la que un individuo fue capaz de cumplir con las expectativas apropiadas para el sexo y la edad antes del comienzo de la enfermedad. Así el individuo con mal ajuste premórbido sería aquel que no pudo alcanzar una o más de esas metas de maduración antes del inicio del trastorno, o el que pudo alcanzarlas pero en un periodo posterior de la vida que el que es considerado apropiado.

La literatura sobre el ajuste premórbido es muy extensa y se relaciona con numerosos y significativos aspectos de la esquizofrenia. Strauss y col.

(1977-a,b), Klorman y col. (1977-a,b), Kokes y col. (1977) en un trabajo conjunto hacen una revisión exhaustiva de ello. Con la Elguin Prognostic Scale, la primera escala de ajuste premórbido, Wittman (1941) pretendía ofrecer una forma objetiva de diferenciar las esquizofrenias procesuales de las reactivas. Posteriormente se ha visto que la utilidad de la medida del ajuste premórbido en la esquizofrenia es muy amplia. Así se ha comprobado que los esquizofrénicos que tienen un mal ajuste premórbido tienen peores pronósticos y evoluciones (Strauss y Carpenter, 1972, 1974, 1977; Evans y col., 1973; Bromet y col., 1974; Strauss y col., 1977-a; Zigler y col., 1979; Cannon-Spoor y col., 1982; García-Ribera, 1983; McGlashan, 1984; Harrow y col., 1986; Álvarez y col., 1987; Bailer y col., 1996), formas no paranoides de la enfermedad (Goldstein y col., 1968; Zigler y Levine, 1973; Zigler y col., 1977; Goldstein 1978), más alteraciones cognitivas (Addington y Addington, 1993), más alteraciones orgánicas (Quitkin y col., 1976; Weinberger y col., 1980; Williams y col., 1985; Keefe y col., 1989; Klausner y col., 1992; Levitt et al., 1994), y más síntomas negativos (Keefe y col., 1989; Fenton y McGlashan, 1991; McGlashan y Fenton, 1992; Kelley y col., 1992; Addington y Addington, 1993; Levitt et al., 1994; Peralta et al., 1995; Bailer et al., 1996; Larsen et al., 1996).

Strauss y col. (1977-a) consideran que las alteraciones del ajuste premórbido pueden ser una manifestación de la vulnerabilidad a la esquizofrenia o una manifestación clínica precoz, es decir, un estadio temprano o pródromo de la esquizofrenia. El vínculo entre el ajuste premórbido y la vulnerabilidad a la esquizofrenia está también apoyado por otros trabajos (Hartmann y col., 1984; Nuechterlein y Dawson, 1984; Nuechterlein y col., 1992). Esta posibilidad coincide con la hipótesis del Neurodesarrollo de la esquizofrenia. Esta hipótesis propone la existencia de una lesión cerebral precoz y no progresiva que podría ser tanto de origen genético como medioambiental. Los efectos cognitivos y conductuales de tal lesión cambiarían con el tiempo a medida que el sistema nervioso se fuera desarrollando y madurando. En el cerebro inmaduro los efectos funcionales serían sutiles con déficits relativamente menores, como por ejemplo una reducción de la respuesta afectiva y de la sociabilidad (mal ajuste premórbido). Sólo cuando el cerebro alcanza la madurez funcional en la adolescencia se hacen manifiestos los síntomas psicóticos (Murray y Lewis, 1987; Weinberger, 1987; Lewis, 1989). Por tanto, las alteraciones del ajuste premórbido serían las manifestaciones precoces, cognitivas y conductuales, de la lesión antes del desarrollo de la esquizofrenia franca (Foerster y col., 1991).

Nosotros además añadiríamos que las alteraciones del ajuste premórbido podrían ser la manifestación de otro trastorno previo a la esquizo-

frenia, relacionado o no con ésta, por ejemplo un trastorno de personalidad. Esta hipótesis no excluye a la anterior. Se ha demostrado, por estudios familiares, de adoptivos y genéticos, que los trastornos del espectro (esquizoide y esquizotípico fundamentalmente) están relacionados genéticamente con la esquizofrenia (Kety y col., 1968; Rosenthal y col., 1971; Kendler y col., 1981; Kendler y Gruenberg, 1982, 1984; Baron y col., 1983; Gunderson y Siever, 1985; Torgensen, 1985; Nestadt y col., 1994; Kendler y Walsh, 1995). Además otros autores (Arieti, 1974; M. Bleuler, 1978; Hogg y col., 1990; Solano y Chávez, 2000) encuentran trastornos de personalidad premórbidos diferentes a los del espectro probablemente sin una relación genética.

Existen diversos trabajos que sugieren una relación entre mal ajuste premórbido y las personalidades esquizoides y esquizotípicas (Kretschmer, 1925; Wittman, 1941; Quitkin y col., 1976; Kokes y col., 1977; Zubin y col., 1983; Nuechterlein y Dawson, 1984; McGlashan, 1986; Fenton y McGlashan, 1989; Dalkin y col., 1994), pero existen muy pocos que estudien experimentalmente la relación entre ajuste premórbido y personalidad previa (Jorgensen y Parnas, 1990; Foerster y col., 1991). Con nuestro trabajo pretendemos determinar si existe algún tipo de correlación entre el ajuste premórbido y la personalidad previa de los esquizofrénicos. Y si es así, ver con qué trastornos de personalidad se relaciona y estudiar en qué grado depende el ajuste premórbido de esos rasgos patológicos de personalidad.

Método

Sujetos

Se estudiaron 40 pacientes esquizofrénicos consecutivos en tratamiento ambulatorio en distintos dispositivos del Área 1 de salud de Madrid (España). Cumplían criterios de esquizofrenia según DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10. Se requería que los pacientes tuvieran: 1) Un mínimo de 18 años de edad para poder hacer diagnósticos de trastornos de personalidad. 2) Un máximo de 10 años de evolución para no perder fiabilidad en los diagnósticos retrospectivos de ajuste y personalidad. 3) Que estuvieran en remisión de la fase aguda de la enfermedad y no tuvieran un deterioro global importante para que interfiriera lo menos posible en las entrevistas. 4) Y por último, que dispusieran de colaboración familiar. Solo dos pacientes rehusaron participar en el estudio. Cinco pacientes fueron no incluidos debido a un deterioro significativo. Se obtuvo información

de los familiares en todos los pacientes. Todos ellos dieron su consentimiento informado para la participación en el estudio.

Los 40 pacientes tenían una edad media de 29 ± 6 años, había 22 (55%) varones y 28 (70%) eran solteros. El tiempo medio de evolución de la esquizofrenia era de 5 ± 4 años. Todos los pacientes en el momento de la evaluación estaban en tratamiento ambulatorio, pero tenían una media de $1,4 \pm 1,6$ hospitalizaciones. La esquizofrenia era el 75% de los casos del tipo paranoide. Aunque esta tasa de esquizofrenia paranoide es alta, es representativa del grupo total de pacientes esquizofrénicos de nuestro medio.

Material

Los diagnósticos de esquizofrenia se realizaron siguiendo los criterios DSM-III-R y utilizando la Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) de Spitzer y col. (1990-a). Revisados los casos posteriormente se comprobó que cumplían también los criterios diagnósticos de esquizofrenia del DSM-IV y CIE-10.

Para medir el ajuste premórbido se utilizó la Premorbid Adjustment Scale (PAS) de Cannon-Spoor y col. (1982). Esta es una escala de medida desarrollada para ser aplicada en trabajos de investigación. Se diseñó para evaluar el grado de desarrollo alcanzado en los distintos periodos de la vida del sujeto antes del comienzo de la esquizofrenia. Por tanto la valoración de la PAS no está focalizada en el inicio de la enfermedad, sino en el desarrollo del proceso de maduración a través de los diferentes periodos de la vida. Además valoramos las distintas áreas (social, socio-sexual, escolar, laboral y autonomía) por separado.

Para estudiar los trastornos de personalidad se utilizó la Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Personality Disorders (SCID-II versión 1.0) de Spitzer y col. (1990-b). Esta es una entrevista estructurada, diseñada para diagnosticar el rango completo de trastornos de personalidad del DSM-III-R. Aprovechando las características de prototipicalidad y el carácter politético de los criterios de los trastornos de personalidad del DSM-III-R se utilizó una medida dimensional. Esta viene referida por el número o proporción de criterios que cumple un sujeto del total de criterios de cada trastorno de personalidad. Oscilará desde 0% (sujetos que no cumplen ningún criterio) hasta 100% (pacientes que cumplen todos los criterios que definen el trastorno de personalidad). Este sistema proporciona una escala de medida cuantitativa que tiene más poder para

detectar relaciones empíricas que los resultados cualitativos inherentes a los sistemas categóricos.

Procedimiento

Una vez seleccionados los casos se procedió a la aplicación de los instrumentos de medida con el siguiente orden: 11 Valoración clínico-diagnóstica (SCID); 21 Ajuste premórbido (PAS); 31 Trastornos de personalidad (SCID-II). En todos los casos se mantuvieron entrevistas por separado con los pacientes y con los familiares. Las entrevistas con los familiares nos sirvieron para aumentar la fiabilidad de los datos retrospectivos aportados por los pacientes. Cuando las contestaciones del paciente y del informante no coinciden, el evaluador pesó la validez de cada fuente usando su propio criterio clínico. En estos casos también se contaba con la colaboración de su psiquiatra habitual. Para asegurar que los datos de ajuste y personalidad premórbidos no eran una consecuencia de los síntomas del trastorno esquizofrénicos se enfatizaba en que debían fijarse en su comportamiento habitual siempre antes del inicio de los síntomas psicóticos.

Se comprobó que las variables seguían una distribución normal, lo que nos permitía realizar estudios estadísticos paramétricos: “t” de Student para comparación de medias, correlación de Pearson entre las variables, y regresión lineal múltiple por pasos para estimar la varianza del ajuste premórbido que se produce por los distintos trastornos de personalidad.

Resultados

Ajuste premórbido

El ajuste premórbido medio para cada una de las subescalas se presenta en la tabla 1. Las puntuaciones oscilan entre 0, que se corresponde con el mejor ajuste, y 1, que se refiere al peor funcionamiento premórbido de los sujetos. El mejor resultado premórbido es el de la infancia, con un empeoramiento progresivo durante la adolescencia.

Tabla 1*Ajuste premórbido*

Subescalas	Media	Desv. Típica
Infancia	0,33	0,18
Adol. Temprana	0,38	0,17
Adol. Tardía	0,41	0,21
Adulto	0,35	0,27
General	0,45	0,22
TOTAL	0,39	0,18

Personalidad previa

De los 40 pacientes incluidos en el estudio 34 (85%) tienen al menos un trastorno de personalidad. Los trastornos de personalidad (T.P.) premórbidos más frecuentes fueron: T.P. evitativo (32,5%), T.P. esquizoide (27,5%), T.P. paranoide (20%), T.P. dependiente (20%) y T.P. esquizotípico (12,5%). Damos más detalles sobre las características de los trastornos de personalidad premórbidos en la esquizofrenia en otro trabajo (Solano y Chávez, 2000). Cuando manejamos los datos dimensionales de los trastornos de personalidad nos encontramos con las proporciones medias expresadas en la tabla 2. Estos datos son los porcentajes medios del número de criterios totales para cada trastorno de personalidad de todos los pacientes.

Tabla 2*Porcentaje de rasgos de personalidad*

Trastornos	% Medio	Desv. Típica
Evitativa	32,9	30,4
Dependiente	30,1	24,3
Obsesivo-comp.	18,3	20,3
Pasivo-agresiva	18,0	19,6
Autodestructiva	12,2	17,6
Paranoide	20,0	27,6
Esquizotípica	25,5	22,1
Esquizoide	26,1	33,9
Histriónica	10,0	15,6
Narcisista	15,8	18,3
Límite	14,1	18,8
Antisocial "B"	6,6	9,0
Antisocial "C"	4,5	12,0

Ajuste Premórbido y Personalidad Previa

Los pacientes con algún trastorno de personalidad previa tenían un ajuste premórbido total ($0,23 \pm 0,09$) significativamente peor ($p < 0,05$ t Student) que los esquizofrénicos sin trastornos de personalidad premórbidos ($0,41 \pm 0,18$).

En la tabla 3 se exponen las correlaciones entre el ajuste premórbido y la personalidad previa. El ajuste psicosocial premórbido en todas las subescalas: infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía, adulto y general, se correlaciona de forma significativa y positiva con las patologías evitativa, esquizotípica y esquizoide. Es decir, cuantos más criterios cumplen de estos trastornos de personalidad peor es el funcionamiento psicosocial premórbido.

Tabla 3
Correlación ajuste premórbido y personalidad previa

Ajuste premórbido. Rasgos personalidad	Infancia	Adolescencia precoz	Adolescencia tardía	Adulto	Sub-escala general	Social	Escolar	Socio-sexual	Laboral	Autonomía	Total
Evitativa	0,46*	0,56*	0,62*	0,56*	0,52*	0,70*	0,04	0,71*	0,33*	0,54*	0,64*
Dependiente	-0,15	-0,23	-0,01	-0,11	-0,10	-0,18	-0,05	-0,11	-0,23	0,08	-0,13
Obsesivo-C.	-0,08	0,11	0,12	0,28	-0,01	0,30	-0,37*	0,26	-0,12	0,08	0,08
Autoagresiva	0,20	-0,01	-0,04	-0,19	0,17	-0,13	0,26	-0,24	0,27	0,07	0,01
Pasivo-Agr.	0,04	0,08	-0,08	0,13	-0,01	0,06	-0,02	0,01	0,04	-0,12	0,01
Paranoide	0,17	0,19	0,09	0,16	0,04	0,22	0,00	0,21	0,08	0,03	0,14
Esquizotípica	0,53*	0,78*	0,73*	0,70*	0,73*	0,71*	0,41*	0,68*	0,62*	0,60*	0,80*
Esquizoide	0,55*	0,70*	0,71*	0,76*	0,69*	0,78*	0,25	0,76*	0,50*	0,60*	0,80*
Histriónica	-0,22	-0,23	-0,28	-0,31	-0,26	-0,27	-0,13	-0,41*	-0,23	-0,19	-0,31*
Narcisista	-0,02	-0,02	0,07	0,01	0,02	-0,06	0,10	-0,14	-0,05	0,09	-0,01
Límite	0,17	-0,05	0,03	-0,14	0,09	-0,04	0,09	-0,16	0,26	-0,03	0,01
Antisocial B	0,14	-0,02	0,14	0,07	0,22	-0,13	0,51*	-0,15	0,29	0,17	0,11
Antisocial C	0,14	-0,07	-0,01	0,01	0,15	-0,07	0,16	-0,09	0,29	0,07	0,03

* Correlación de Pearson significativa $p < 0,05$.

Por áreas vemos como el ajuste premórbido social está bien correlacionado con el número de rasgos de los trastornos de personalidad evitativo, esquizotípico y esquizoide. Es decir, el peor ajuste premórbido a nivel social lo presentan aquellos pacientes con más patología evitativa, esquizotípica y esquizoide. El ajuste premórbido escolar se relaciona negativamente con la patología obsesivo-compulsiva de la personalidad,

lo que significa que a mayor número de rasgos patológicos de este tipo, existe una tendencia hacia un mejor ajuste en este área. También existe una asociación positiva con el trastorno de conducta en la infancia, a mayor número de rasgos del criterio B antisocial peor ajuste escolar. El funcionamiento sociosexual premórbido se correlaciona significativamente con los rasgos evitativos, esquizotípicos y esquizoides, es decir, aquellos sujetos con más patología de éstos tipos tuvieron un peor funcionamiento sociosexual. Con la patología histriónica la correlación es negativa, o sea la existencia de más patología histriónica de la personalidad habla a favor de un buen ajuste premórbido sociosexual. El ajuste laboral y la autonomía premórbidas tienen correlaciones significativas de nuevo con los T.P. evitativo, esquizotípico y esquizoide.

Con respecto al ajuste premórbido total, vemos que los pacientes con más rasgos de las personalidades evitativa, esquizotípica y esquizoide son los que peor ajuste premórbido total tienen. Sin embargo, por la correlación negativa, cuantos más rasgos histriónicos mejor ajuste premórbido global.

En nuestro trabajo, en el conjunto total de la muestra, no hemos podido encontrar ninguna asociación del ajuste premórbido con los rasgos de las personalidades dependiente, autodestructiva, pasivo-agresiva, paranoide, narcisista, límite y antisocial criterio C.

También realizamos un análisis de regresión múltiple por pasos. Consideramos como variable dependiente el ajuste premórbido y como variable independiente cada una de las patologías de la personalidad cuya correlación era significativa. Este análisis fue llevado a cabo para determinar el poder de los distintos trastornos de personalidad en predecir el ajuste premórbido. Con este procedimiento fuimos añadiendo secuencialmente cada uno de los trastornos de personalidad como variables predictivas, con la finalidad de obtener cada una de sus contribuciones al ajuste premórbido. Solo se incluyeron aquellas variables que aportaban una diferencia del coeficiente de determinación (r^2) significativa, es decir, las que suponían un poder predictivo significativamente mayor que el aportado por las variables previas. Así, los rasgos patológicos de las personalidades esquizotípica y esquizoide suponen hasta un 77% de la varianza del ajuste premórbido total en los pacientes esquizofrénicos (tabla 4). Las personalidades evitativa e histriónica también correlacionadas con el ajuste premórbido total no añaden más valor predictivo que el aportado por las personalidades esquizotípica y esquizoide.

Tabla 4*Regresión múltiple por pasos*

Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO TOTAL			
Variabes Independientes:	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,80	0,64	0,64
T.P. ESQUIZOIDE	0,80	0,77	0,07

Discusión

La principal debilidad metodológica de nuestro estudio es que los datos son retrospectivos, de tal forma que los pacientes y sus familiares podrían aportar datos distorsionados sobre la personalidad y el ajuste premórbido debido al desarrollo de la enfermedad. Además la muestra estaba sesgada hacia pacientes con una mayor duración de la enfermedad, ya que era más probable que estos pacientes se pusieran en contacto con los servicios sanitarios que aquellos que se podrían haber recuperado después de un episodio único de enfermedad. Sin embargo, este estudio tiene ciertas ventajas. Hemos usado definiciones estandarizadas de trastornos de personalidad e instrumentos estructurados para el análisis del ajuste premórbido y los trastornos de personalidad. Además, en todos los casos usamos la información aportada por la familia para corroborar los datos obtenidos.

Nuestros resultados de ajuste premórbido son similares a los encontrados por otros autores que utilizan la misma escala (Cannon-Spoor y col., 1982; Haas y Sweeney, 1992; Schanda y col., 1992; McCreadie et al., 1994; Larsen et al., 1996).

Los resultados de correlación entre ajuste y personalidad premórbidos que hemos encontrado están avalados por distintos autores. En distintos trabajos revisados por Zubin y col. (1983), encuentran que los pacientes esquizofrénicos con personalidad premórbida esquizoide tienen peor ajuste premórbido que los que no la tienen. McGlashan (1986) demuestra un ajuste premórbido significativamente peor en los esquizofrénicos con T.P. esquizotípico premórbido asociado, que en los que carecen de este trastorno de personalidad. Seguí y col. (1986) ponen en relación el mal ajuste premórbido con los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico previos. Estos autores afirman que la red social es un sistema de apoyo que favorece un mejor ajuste premórbido, protegiendo contra la

enfermedad y amortiguando el efecto de los estresores. Si el individuo tiene un trastorno de personalidad en el que el rasgo más llamativo es su aislamiento social, esto favorecería un mal ajuste premórbido y, por tanto, una mayor vulnerabilidad. Malmberg y col. (1998) encuentra que aquellos pacientes que tenían más dificultades para mantener relaciones personales íntimas fueron los más vulnerables para el desarrollo de esquizofrenia. Foerster y col. (1991), utilizando una metodología muy parecida a la de nuestro trabajo, demuestran una clara correlación entre mal ajuste premórbido y los trastornos de personalidad previos esquizoide y esquizotípico en pacientes esquizofrénicos. Castle et al. (1993) encuentran que la esquizofrenia en varones jóvenes, diagnosticada con criterios muy estrictos se asocia con mal ajuste premórbido y la existencia de trastornos de personalidad. Sugieren que estas alteraciones premórbidas orientan a una forma severa de la esquizofrenia que denominan tipo neurodesarrollo. McCreadie et al. (1994) encuentran más rasgos esquizoides y esquizotípicos y mayor deterioro premórbido en pacientes esquizofrénicos que en sus hermanos. Igual que nosotros encuentran una asociación estadísticamente significativa entre ajuste premórbido social y trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípico. Insisten en el concepto de "Esquizofrenia del Neurodesarrollo" como una forma diferente de la enfermedad. Serían pacientes que muestran evidencias de una alteración del desarrollo manifestadas como alteración de la personalidad y de su funcionamiento social infantil y adolescente. Este mal funcionamiento en la infancia o adolescencia puede ser una manifestación temprana de la enfermedad en sí misma o de una lesión previa que promueve el desarrollo de la enfermedad y sus síntomas. Todas las alteraciones premórbidas de los pacientes esquizofrénicos podrían ser como sugieren Jablensky (1998) y Jones (1998) el resultado de un factor subyacente único, por ejemplo, una alteración neurocognitiva o un insulto cerebral temprano que se va a agravando con el neurodesarrollo. Con esta hipótesis se asume que las causas del trastorno actúan pronto en la vida, mucho antes del comienzo de la enfermedad. Los jóvenes que padecerán esquizofrenia lejos de ir madurando socialmente con mayor implicación y confianza en los demás comienzan a sufrir un deterioro ya en la infancia y adolescencia que se manifiesta con alteraciones del ajuste premórbido. A partir de la adolescencia tardía la forma de presentarse sería como un trastorno de personalidad franco, del tipo esquizoide o esquizotípico, para luego acabar desarrollando una esquizofrenia. De hecho, como demuestran Goldberg y Schmidt (2001), el grado de timidez y el bajo nivel de sociabilidad en la infancia y adolescencia son precursores de una disfunción social permanente en el esquizofrénico adulto. Willinger et al. (2001) confirman que las variables premórbidas, entre las que se incluyen las alteraciones

del ajuste premórbido y las personalidades esquizotípica y esquizoide son manifestaciones de una alteración del neurodesarrollo que acabará manifestándose como un trastorno esquizofrénico.

Jorgensen y Parnas (1990) encuentran datos de correlación entre el ajuste premórbido y los trastornos de personalidad previos bastante diferentes a los nuestros. En su trabajo encontraron que el mal ajuste premórbido estaba asociado con la presencia de rasgos de personalidad previa histriónicos y antisociales. El P.D. obsesivo-compulsivo se relacionaba con buen ajuste premórbido y los P.D. evitativo y esquizoide no tenían relación alguna con el ajuste premórbido. Estas diferencias probablemente tengan que ver con las distintas metodologías utilizadas, fundamentalmente las usadas para medir los trastornos de personalidad.

La asociación ajuste psicosocial y trastorno de personalidad, ¿es específica de los pacientes con esquizofrenia? Debido a que los trastornos de personalidad se manifiestan a menudo como problemas interpersonales, no es sorprendente descubrir que los sujetos que los padecen presentan más alteraciones del ajuste premórbido que los pacientes que no tienen trastorno de personalidad, independientemente de que tengan o no un trastorno del eje I asociado. Se demuestra que el hecho de padecer un trastorno de personalidad hace que el funcionamiento psicosocial sea malo (Zigler y col., 1979; Drake y Vaillant, 1985; Casey y Tyrer, 1986; Bernstein y col., 1993; Thaker et al., 2001). Esto mismo se ha demostrado en pacientes con trastornos afectivos: los individuos que peor ajuste premórbido tienen son aquéllos que poseen un t.p. límite previo (Fiesta y col., 1990). En trastornos obsesivo-compulsivos la existencia de un t.p. también se relaciona con un peor ajuste psicosocial (Steketee, 1990). Con nuestros resultados podemos afirmar que el mal ajuste premórbido, aunque en general se ha vinculado con la existencia de trastornos de personalidad, sea el que sea, en la esquizofrenia está relacionado precisamente con uno de los grupos de trastornos de personalidad que se presentan previamente al inicio de la esquizofrenia. Son justamente aquellos trastornos de personalidad que están más relacionados genéticamente con la esquizofrenia, los que dan un peor ajuste premórbido. De acuerdo con Cuesta y col. (1999), las personalidades premórbidas esquizoides y esquizotípicas pueden incrementar la vulnerabilidad para el desarrollo de la esquizofrenia. Es probable que la vulnerabilidad aumente a medida que la carga genética aumente. Sin embargo, Carpenter (Comunicación personal) considera que estos trastornos de personalidad no son factores de vulnerabilidad, sino más bien manifestaciones de la enfermedad.

Junto con los trastornos del espectro (esquizoide y esquizotípico) hemos encontrado el trastorno de personalidad evitativo también correlacionado con las alteraciones del ajuste premórbido. Se podría explicar por el hecho de que los tres trastornos, esquizotípico, esquizoide y evitativo se consideran elementos del mismo continuo patológico (Livesly y col. 1983). Por otro lado resulta llamativo que los rasgos de personalidad paranoide, también representantes del espectro de la esquizofrenia, no los hemos encontrado correlacionados con el ajuste premórbido.

Es llamativo que no todos los rasgos patológicos de todas las personalidades apuntan en la misma dirección de ajuste premórbido. Como sugieren Zubin y col. (1983), es posible que determinados trastornos de personalidad tengan un papel como variables moderadoras que actúen previniendo la enfermedad.

Agradecimientos

Agradecemos a Alanen Y.O., Böker W., Carpenter W.T., David A.S. and Rääkköläinen V., por su ayuda y sugerencias para este artículo.

Bibliografía

1. Addington, J., Addington, D. (1993). Premorbid Functioning, Cognitive Functioning, Symptoms and Outcome in Schizophrenia. *Journal Psychiatr. Neurosci.* 18 (1), 18-23.
2. Álvarez, E., García Ribera, C., Torrens, M., Udina, C., Guíllamat, R., Casas, M. (1987). Premorbid Adjustment Scale As a Prognostic Predictor For Schizophrenia. *Br. J. Psychiatr.* 150, 411.
3. Arieti, S. (1974). *Interpretation of Schizophrenia*, 2nd ed., Basic Books Edit, New York.
4. Bailer, J., Bräuer, W., Rey, E.R. (1996). Premorbid Adjustment as Predictor of Outcome in Schizophrenia: Results of a Prospective Study. *Acta Psychiatr. Scand.* 93, 368-377.
5. Baron, M, Gruen, R, Asnis, L, Kane, J. (1983). Familial Relatedness Of Schizophrenia and Schizotypal States. *Am. J. Psychiatr* 140, 1437-1442.
6. Bernstein, D.P., Cohen, P., Velez, N., Schwab-Stone, M., Siever, L.J., Shinsato, L. (1993). Prevalence and Stability of the DSM-III-R Personality Disorders in a Community-Based Survey of Adolescents. *Am. J. of Psychiatr.* 150, 1237-1243.
7. Bleuler, M. (1978). *The Schizophrenics Disorders. Long-term Patient and Family Studies.* Yale University Press, London.
8. Bromet, E, Harrow, M, Karl, S. (1974). Premorbid Functioning and Outcome in Schizophrenics and Nonschizophrenics. *Arch. Gen. Psychiatr.* 30, 203-207.
9. Cannon-Spoor, E., Potkin, S.G., Wyatt, R.J. (1982). Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 8, 470-484.

10. Casey, P.R., Tyrer, P. (1986). Personality, Functioning and Symptomatology. *J. Psychiatr. Res.* 20, 363-374.
11. Castle, D.J., Wessely, S., Murray, R.M. (1993). Sex and Schizophrenia: Effects of Diagnostic Stringency, and Associations with and Premorbid Variables. *Br. J. Psychiatr.* 162, 658-664.
12. Cuesta, M.J., Peralta, V., Caro, F. (1999). Premorbid Personality in Psychoses. *Schizophr. Bull.* 25 (4), 801-811.
13. Dalkin, T., Murphy, P., Glazebrook, C., Medley, I., Harrison, G. (1994). Premorbid Personality in First-Onset Psychosis. *Br. J. Psychiatr.* 164, 202-207.
14. Drake, R. E., Vaillant, G.E. (1985). A Validity Study of Axis II of DSM III. *Am. J. Psychiatr.* 142, 553-558.
15. Evans, J.R., Goldstein, M. J., Rodnick, E.H. (1973). Premorbid Adjustment, Paranoid Diagnosis, and Remission: Acute Schizophrenics Treated in a Community Mental Health Center. *Arch. Gen. Psychiatr.* 28, 666-672.
16. Fenton, W.S., McGlashan, T.M. (1989). Risk of Schizophrenia in Character Disordered Patients. *Am. J. Psychiatr.* 146 (10), 1280-1284.
17. Fenton, W.S., McGlashan, T.M. (1991). Natural History of Schizophrenia Subtypes. II Positive and Negative Symptoms and Long-Term Course. *Arch. Gen. Psychiatr.* 48, 978-986.
18. Fiester, S.J., Ellison, J.M., Docherty, J.P., Shea, T. (1990). Comorbidity of Personality Disorders: Two for the Price of Three. In: Adler, D.A. (Ed.), *Treating Personality Disorders*. Jossey- Bass, San Francisco, pp. 103-114.
19. Foerster, A., Lewis, S., Owen, M., Murray, R. (1991). Premorbid Adjustment and Personality in Psychosis. Effects of Sex and Diagnosis. *Br. J. Psychiatr.* 158, 171-176.
20. Garcia Ribera, C. (1983). Factores Premórbidos como Indicador Pronóstico en la Esquizofrenia. *Avances en Terapeutica Psiquiátrica*. Sociedad Catalana de Psiquiatria, Barcelona.
21. Goldberg, J.O., Schmidt, L.A. (2001). Shyness, Sociability and Social Dysfunction in Schizophrenia. *Schizophr. Res.* 48, 343-349.
22. Goldstein, M.J. (1978). Further Data Concerning the Relation Between Premorbid Adjustment and Paranoid Symptomatology. *Schizophr. Bull.* 4 (2), 236-243.
23. Goldstein, M.J., Held, J.M., Cromwell, R.L. (1968). Premorbid Adjustment and Paranoid- Nonparanoid in Schizophrenia. *Psycholog. Bull.* 70, 382-386.
24. Gunderson, J.G., Siever, L.J. (1985). Relatedness of Schizotypal to Schizophrenic Disorders: Editor Introduction. *Schizophr. Bull.* 11(4), 532-537.
25. Haas, G.L., Sweeney, J.A. (1992). Premorbid and Onset Features of First-Episode Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 18 (3), 373-386.
26. Harrow, M., Westermeyer, J.F., Silverstein, M., Strauss, B.S., Cohler, B.J. (1986). Predictors of Outcome in Schizophrenia: the Process-Reactive Dimension. *Schizophr. Bull.* 12 (2), 195-206.
27. Hartmann, E., Milofsky, E., Vaillant, G., Olfield, M., Falice, R., Ducey, Ch. (1984). Vulnerability to Schizophrenia. Prediction of Adult Schizophrenia Using Childhood Information. *Arch. Gen. Psychiatr.* 41, 1050-1056.
28. Hogg, B., Jackson, H.J. Rudd, R.P., Edwards, J. (1990). Diagnosing Personality Disorders in Recent-Onset Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178 (3), 194-199.

29. Jablensky, A. (1998). High Risk, Low Prediction: Implications for Early Intervention. *Br. J. Psychiatry*. 172, 314.
30. Jones, P. (1998). Who Gets Schizophrenia *Br. J. Psychiatry*. 172, 314-315.
31. Jorgensen, A., Parnas, J. (1990). The Copenhagen High-Risk Study: Premorbid and Clinical Dimensions of Maternal Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178, 370-376.
32. Keefe, R.S.E., Mohs, R.S., Losconczy, M.F., Davidson, M., Silverman, J.M., Horvath, T.B., Davis, K.L. (1989). Premorbid Sociosexual Functioning and Long-term Outcome in Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 146, 206-211.
33. Kelley, M.E., Gilberston, M., Mouton, A., Jan Kamhen, D.P. (1992). Deterioration in Premorbid Functioning in Schizophrenia: A Developmental Model of Negative Symptoms in Drug-Free Patients. *Am. J. Psychiatry*. 149, 1543-1548.
34. Kendler, K.S., Gruenberg, A.M. (1982). Genetic Relationship between Paranoid Personality Disorder and the 'Schizophrenia Spectrum' Disorders. *Am. J. Psychiatry*. 139 (9), 1185-1186.
35. Kendler, K.S., Gruenberg, A.M. (1984). An Independent Analysis of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, VI. The Relationship between Psychiatric Disorders as Defined by DSM-III in the Relatives and Adoptees. *Arch. Gen. Psychiatry*. 41, 555-564.
36. Kendler, K.S., Walsh, D. (1995). Schizotypal Personality Disorder in Parents and the Risk for Schizophrenia in Siblings. *Schizophr. Bull.* 21 (1), 47-52.
37. Kendler, K.S., Gruenberg, A.M., Strauss, J.S. (1981). An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, II. The Relationship between Schizotypal Personality Disorder and Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 38, 982-984.
38. Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., Schulsinger, F. (1968). The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. *J. Psychiatry. Res.* 6, suppl. 1: 345-362.
39. Klausner, J.D., Sweeney, J.A., Deck, M.D.F., Kelly, A.B. (1992). Clinical Correlates of Cerebral Ventricular Enlargement in Schizophrenia. Further Evidence for Frontal Lobe Disease. *J. Nerv. Ment. Dis.* 180 (7), 407-412.
40. Klorman, R., Strauss, J.S., Kokes, R.F. (1977-a). Premorbid Adjustment in Schizophrenia... Part III. The Relationship of Demographic and Diagnostic Factors to Measures of Premorbid Adjustment in Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 3 (2), 214-225.
41. Klorman, R., Strauss, J.S., Kokes, R.F. (1977-b). Premorbid Adjustment in Schizophrenia. Part IV. *Schizophr. Bull.* 3 (2), 226-239.
42. Kokes, R.F., Strauss, J.S., Klorman, R. (1977). Premorbid Adjustment in Schizophrenia... Part II. Measuring Premorbid Adjustment: the Instruments and Their Development. *Schizophr. Bull.* 3 (2), 186-213.
43. Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character*. Kegan Paul, Trench and Trubner, London.
44. Larsen, T.K., McGlashan, T.H., Johannessen, J.O., Vibe-Hansen, L. (1996). First-Episode Schizophrenia: II Premorbid Patterns by Gender. *Schizophr. Bull.* 22 (2), 257-269.
45. Levitt, J.J., Shenton, M.E., Mccarley, R.W., Faux, S.F., Ludwig, A.S. (1994). Premorbid Adjustment in Schizophrenia: Implications for Psychosocial and Ventricular Pathology. *Schizophr. Res.* 12 (2), 159-168.
46. Lewis, S.W. (1989). Congenital Risk Factors for Schizophrenia Editorial. *Psychol. Med.* 19, 5-13.

47. Livesley, W.J., West, M., Tanney, A. (1985). Historical Comment on DSM-III Schizoid and Avoidant Personality Disorder. *Am. J. Psychiatr.* 142, 1344-1347.
48. Malmberg, A., Lewis, G., David, A., Allebeck, P. (1998). Premorbid Adjustment and Personality in People with Schizophrenia. *Br. J. Psychiatr.* 172, 308-313.
49. McCreadie, R.G., Connolly, M.A., Williamson, D.J., Athawes, R.W., Tilak, D. (1994). The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XII. 'Neurodevelopmental' Schizophrenia: a Search for Clinical Correlates and Putative Aetiological Factors. *Br. J. Psychiatr.* 165 (3), 340-346.
50. McGlashan, T.H. (1984). The Chestnut Lodge Follow-up Study. II: Long-Term Outcome of Schizophrenia and the Affective Disorders. *Arch. Gen. Psychiatr.* 41, 586-601.
51. McGlashan, T.H. (1986). The Prediction of Outcome in Chronic Schizophrenia. IV: The Chestnut Lodge Follow-up Study. *Arch. Gen. Psychiatr.* 46, 167-176.
52. McGlashan, T.H., Fenton, W.S. (1992). The Positive-Negative Distinction in Schizophrenia: A Review of Natural History Validators. *Arch. Gen. Psychiatr.* 49, 63-72.
53. Murray, R.M., Lewis, S.W. (1987). Is Schizophrenia a Neurodevelopmental Disorder? *Br. Med. J.* 295, 681-682.
54. Nestad, G., Hanfelt, J., Liang, K.Y., Lamacz, M., Wolyniec, P., Pulver, A.E. (1994). An Evaluation of the Structure of Schizophrenia Spectrum Personality Disorders. *J. Pers. Disord.* 8 (4), 288-298.
55. Nuechterlein, K.H., Dawson, M. (1984). A Heuristic Vulnerability Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophr. Bull.* 10, 300-312.
56. Nuechterlein, K.M., Dawson, M., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M.J., Snyder, K.S., Yee, C.M., Mintz, J. (1992). Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress. *Schizophr. Bull.* 18 (3), 387-425.
57. Peralta, V., Cuesta, M.J., De Leon, J. (1995). Positive and Negative symptoms/syndromes in Schizophrenia: Reliability and Validity of different diagnostic systems. *Psychol. Med.* 25, 43-50.
58. Phillips, L. (1953). Case History Data and Prognosis in Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 117, 515-525.
59. Quitkin, F., Rifkin, A., Klein, D.F. (1976). Neurological Soft Signs in Schizophrenia and Character Disorders: Organicity in Schizophrenia with Premorbid Asociality and Emotionally Unstable Character Disorders. *Arch. Gen. Psychiatr.* 33, 845-853.
60. Rodríguez-Solano, J.J., González de Chávez, M. (2000). Premorbid Personality Disorders in Schizophrenia. *Schizophr. Res.* 44 (2), 137-144.
61. Roshental, D., Wender, P.H., Kety, S.S. (1971). The Adopted Way Offspring of Schizophrenics. *Am. J. Psychiatr.* 128, 307-311.
62. Schanda, H., Foldes, P., Topitz, A., Fliedl, R., Knecht, G. (1992). Premorbid Adjustment of Schizophrenic Criminal Offenders. *Acta Psychiatr. Scand.* 86, 121-126.
63. Seguí, J., Humbert, M.S., Salvador, L., Malet, D., Judar, I. (1986). Ajuste Social del Enfermo Esquizofrénico. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.* 13 (4), 175-187.
64. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B. (1990-a). Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). American Psychiatric Press, Washington, DC.
65. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B. (1990-b). Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) Version 1.0 American Psychiatric Press, Washington, DC.

66. Steketee, G. (1990). Personality Traits and Disorders in Obsessive-Compulsives. *J. Anxiety Dis.* 4, 351-364.
67. Strauss, J.S., Carpenter, W.T. (1972). The Prediction of Outcome in Schizophrenia, I: Characteristics of Outcome. *Arch. Gen. Psychiatr.* 27, 739-746.
68. Strauss, J.S., Carpenter, W.T. (1974). The Prediction of Outcome in Schizophrenia: II Relationships Between Predictor and Outcome Variables: A Report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 31, 37-42.
69. Strauss, J.S., Carpenter, W.T. (1977). Prediction of Outcome in Schizophrenia: III Five Years Outcome and its Predictors. *Arch. Gen. Psychiatr.* 34, 159-163.
70. Strauss, J.S., Klorman, R., Kokes, R.F. (1977-a). Premorbid Adjustment in Schizophrenia... Part V. The Implications of Findings for Understanding, Research, and Application. *Schizophr. Bull.* 3 (2), 240-244.
71. Strauss, J.S., Kokes, R.F., Klorman, R., Sacksteder, J.L. (1977-b). Premorbid Adjustment in Schizophrenia: Concepts Measures and Implications Part I. The Concept of Premorbid Adjustment. *Schizophr. Bull.* 3 (2), 182-185.
72. Thaker, G., Adami, H., Gold, J. (2001). Functional Deterioration in Individuals with Schizophrenia Spectrum Personality Symptoms. *J. Pers. Disord.* 15 (3), 229-234.
73. Torgersen, S. (1985). Relationship of Schizotypal Personality Disorder to Schizophrenia: Genetics. *Schizophr. Bull.* 11 (4), 554-563.
74. Weinberger, D.R. (1987). Implications of Normal Brains Development for the Pathogenesis of Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 44, 660-669.
75. Weinberger, D.R., Cannon-Spoor, H.E., Potkin, S.G., Wyatt, R.J. (1980). Poor Premorbid Adjustment and C.T. Span Anomalies in Chronic Schizophrenia. *Am. J. Psychiatr.* 137, 1410-1415.
76. Willians, A.O., Reveley, M.A., Kolakonska, T., Ardern, M., Mandelbrote, B.M. (1985). Schizophrenia with Good and Poor Outcome II: Cerebral Ventricular Size and its Clinical Significance. *Br. J. Psychiatr.* 146, 239-246.
77. Willinger, U., Heiden, A.M., Meszaros, K., Formann, A.K., Aschauer, H.N. (2001). Neurodevelopmental Schizophrenia: Obstetric Complications, Birth Weight, Premorbid Social Withdrawal and Learning Disabilities. *Neuropsychobiology* 43 (3), 163-169.
78. Wittman, M.P. (1941). A Scale for Measuring Prognosis in Schizophrenic Patients. *Elguin State Hospital Paper* 4, 20-33.
79. Zigler, E., Levine, J. (1973). Premorbid Adjustment and Paranoid Nonparanoid Status in Schizophrenia. A Further Investigation. *J. Abnormal Psychology* 82, 189-199.
80. Zigler, E., Levine, J., Zigler, B. (1977). Premorbid Social Competence and Paranoid-Nonparanoid Status in Female Schizophrenic Patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 164, 333-339.
81. Zigler, E., Glick, M., Marsh, A. (1979). Premorbid Social Competency and Outcome Among Schizophrenic and Nonschizophrenic Patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 167, 478-483.
82. Zubin, J., Magaziner, J., Steinhauer, S.R. (1983). The Metamorphosis of Schizophrenia: From Chronicity to Vulnerability. *Psycholog. Med.* 13, 551-571.

Duración de la psicosis no tratada y sus correlatos en un primer episodio de psicosis en Finlandia y España

Outi Kalla

Jukka Aaltonen

Jarl Wahlström

Ville Lehtinen

Ignacio García Cabeza

Manuel González de Chávez

Introducción

Uno de los principales objetivos de los programas de intervención temprana y de la investigación sobre la misma ha sido identificar lo antes posible a los pacientes con un primer episodio de psicosis para reducir la duración de la psicosis no tratada (DPNT), porque se considera que esto mejorará la respuesta al tratamiento y la evolución (1-5).

El inicio de la psicosis y el comienzo de un tratamiento adecuado a menudo están separados por un período de tiempo significativo, porque se estima que la DPNT es en promedio de 1-2 años (1, 6-11). En un estudio de Haas y Sweeney (12) la DPNT media fue de hasta 3 años. Estos hallazgos indican que muchos pacientes nuevos que tienen un elevado nivel de psicopatología pueden vivir en la sociedad durante un período muy prolongado. Los resultados de estudios previos también indican que hay una variabilidad considerable del retraso del tratamiento (10, 13).

Como buena parte del deterioro psicosocial en la esquizofrenia se produce antes del tratamiento inicial, los procesos de déficit pueden estar

activos durante este tiempo. Como la psicosis es un estado clínico potencialmente peligroso, dicho retraso en la identificación de los casos y el tratamiento representa un importante problema de salud pública (14).

Varios trabajos indican que los retrasos en la intervención inicial en general se relacionan con el pronóstico y la evolución en la esquizofrenia (1, 2, 9, 15-20). La DPNT se correlaciona con un importante deterioro funcional, la resistencia al tratamiento y un aumento de la incidencia de recurrencias (2, 9, 19, 21). Se ha encontrado que los retrasos del tratamiento mayores de 1 año son factores predictivos de la respuesta al tratamiento más importantes que otros factores pronósticos como, por ejemplo, un tiempo más prolongado hasta la remisión y un menor grado de remisión (1). Se ha encontrado que la DPNT es un factor predictivo de recaídas más importante que el estado de la medicación de mantenimiento (2). Además, se ha encontrado que una DPNT prolongada se asocia a conducta suicida (22). Al menos, los importantes beneficios clínicos inmediatos y las reducciones de los costes de la intervención temprana en sí mismos justificarían los intentos de detección temprana (14). Sin embargo, en varios estudios recientes no se ha encontrado que la DPNT sea un factor pronóstico de mala evolución a corto plazo (23, 24), y los argumentos a favor de la asociación de la DPNT con una mala evolución no demuestran que la identificación temprana sea el motivo del mejor pronóstico en los casos tratados precozmente porque esto puede ser un efecto de la selección. Es bastante posible que los casos que tengan buen pronóstico sean precisamente aquellos que se detectan precozmente. Además, es muy difícil demostrar que la detección temprana, y no un mejor tratamiento, sea el factor que ha mejorado el pronóstico de los pacientes en estos estudios. Por lo tanto, los estudios sobre la asociación entre la DPNT y la evolución deben controlar los posibles factores de confusión (25-27). Son necesarios estudios intervencionistas para clarificar esta cuestión.

Como el desarrollo de los sistemas de detección temprana ha comenzado recientemente, no hay datos sobre cómo los pacientes pueden tener psicosis activa durante tanto tiempo antes de recibir una asistencia adecuada (4). Los intentos de reducir el retraso del tratamiento se deben basar en el conocimiento de los factores que tienen una influencia grande sobre la DPNT y que son modificables (28).

En estudios recientes se han encontrado muchos factores que aparentemente están asociados con el retraso del tratamiento. Un funcionamiento social y laboral bajo o decreciente en la adolescencia y el año previo al ingreso para tratamiento, además del inicio insidioso de la psicosis y

la presencia de síntomas negativos, se han relacionado con una DPNT prolongada (8, 10, 29). Una DPNT prolongada también se ha asociado a una red social débil, retraimiento social y funcionamiento global malo el año previo al ingreso (8, 10). El sexo también puede explicar el retraso en la solicitud de tratamiento porque se ha encontrado que los hombres tienen mayor DPNT que las mujeres (1). Además, la ausencia de introspección se ha asociado a retraso del tratamiento (20, 29).

No se ha encontrado ninguna asociación entre la DPNT y la edad al inicio (1, 7, 10) ni la edad en el momento del primer tratamiento hospitalario (10, 12).

En general el inicio de la solicitud de tratamiento se puede ver afectado negativamente por problemas en el reconocimiento de la enfermedad, reticencia a solicitar ayuda y problemas en las vías de derivación o acceso a los servicios psiquiátricos. Los factores socioculturales y psicosociales pueden determinar cuándo y cómo recibe tratamiento el paciente. Aunque los síntomas y signos más tempranos de la psicosis pueden ser universales, la influencia sobre el tratamiento de factores individuales, familiares, sociales y relacionados con los servicios sanitarios podría variar en diferentes contextos culturales (28).

Aunque se dispone de datos transculturales sobre la incidencia y la prevalencia, las tasas de ingreso, aspectos psicopatológicos, síntomas, evolución y resultados (30-34), no se han realizado estudios formales sobre factores relacionados con la DPNT en diferentes culturas, que sepan los autores. La mayoría de los estudios transculturales sobre las características de la evolución temprana de las psicosis han sido comparaciones entre países desarrollados y países en vías de desarrollo o estudios monoculturales que expresan las diferencias entre diferentes grupos étnicos de un país. Por lo tanto, hacen falta datos de estudios que comparen países más similares desde el punto de vista socioeconómico, como estudios entre países europeos. Aunque tanto Finlandia como España son países europeos occidentales, su entorno sociocultural y sus condiciones de vida son bastante diferentes, lo que puede influir en los factores asociados al retraso en el tratamiento.

En primer lugar, el presente estudio tiene como finalidad analizar la magnitud de la DPNT en ambos grupos de pacientes nacionales y describir y comparar otras características de la evolución temprana relacionadas con el funcionamiento psicosocial premórbido y más reciente, características del inicio y datos funcionales y clínicos en el momento del ingreso para tratamiento. Además, los autores han analizado la asociación entre la DPNT y otros parámetros de la evolución temprana en

ambos grupos de pacientes para distinguir cuál de los correlatos del DPNT son comunes a ambos grupos de pacientes y cuales son más específicos de una cultura determinada.

Material y métodos

El presente estudio forma parte de un estudio longitudinal cooperativo sobre las características, el tratamiento, la evolución y resultado de un primer episodio de psicosis realizado en tres unidades psiquiátricas, los hospitales de Kupittaa y Keroputaa en Finlandia y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Psiquiatría I, en España. Este estudio longitudinal se relaciona con los proyectos de investigación finlandeses sobre el tratamiento de la esquizofrenia y la psicosis agudas (35-39), especialmente el proyecto API (*Integrated Approach to the Treatment of Acute Psychosis Project*; Proyecto de abordaje integrado del tratamiento de la psicosis aguda) (40, 41) realizado desde 1991.

El hospital de Kupittaa está localizado en la ciudad de Turku, al sudoeste de Finlandia, con un área de captación de 80.000 habitantes. El hospital de Keroputaa está en la ciudad de Tornio, en el norte de Finlandia, con un área de captación de 72.000 habitantes. El Hospital General Universitario Gregorio Marañón está situado en Madrid, con un área de captación de 300.000 habitantes. Todos ellos son hospitales psiquiátricos municipales.

El estudio se sigue realizando. En la muestra finlandesa se han hecho las evaluaciones de seguimiento a los 2 y los 5 años, mientras que en la española se está realizando el seguimiento a los 2 años. Los datos del seguimiento se describirán en otro trabajo.

Participantes

Los pacientes incluidos en el estudio son 86 pacientes consecutivos con un primer episodio (31 del hospital de Keroputaa, 18 del hospital de Kupittaa y 37 del hospital Gregorio Marañón) sin ningún tratamiento psiquiátrico previo. Se habían puesto en contacto con las dos unidades psiquiátricas finlandesas entre 1992 y 1994, o con la unidad española entre 1997 y 1999. Todos los pacientes españoles estaban ingresados en el hospital, mientras que el 45% de la muestra finlandesa recibían tratamiento ambulatorio y se habían puesto en contacto solo con la unidad ambulatoria del hospital, pero no habían sido hospitalizados.

Los criterios de inclusión específicos fueron los siguientes: 1) paciente nuevo con una psicosis no afectiva funcional según criterios del manual *DSM-III-R* (42), 2) residencia en el área de captación de una de las tres unidades psiquiátricas, 3) edad de 16-44 años, 4) inicio del tratamiento en el período temporal especificado anteriormente en cada una de las unidades psiquiátricas respectivas, y 5) el paciente es capaz de dar su consentimiento informado y desea participar. Los criterios de exclusión específicos fueron los siguientes: 1) tratamiento previo con neurolépticos, 2) psicoterapia previa (más de 30 sesiones), 3) enfermedad física grave, 4) gestación, y 5) amenaza grave de suicidio o violencia. Participaron todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

Se derivó a los pacientes para tratamiento por diversas vías que incluyen médicos generales, otros servicios de salud mental comunitarios y hospitales generales. Cuatro pacientes españoles y ninguno de los finlandeses habían tenido contacto previo con un servicio sanitario por las experiencias psicóticas, aunque los contactos de los pacientes españoles no llevaron a la derivación a la unidad psiquiátrica. Tres de estos pacientes españoles habían consultado con un psicólogo sin revelarle sus experiencias psicóticas. Al cuarto paciente español un psiquiatra le había prescrito antipsicóticos por síntomas psicóticos, pero el paciente no tomó la medicación y se negó a cumplir el tratamiento previo.

Instrumentos para la obtención de los datos

Se utilizaron los siguientes métodos: (a) Escala abreviada de evaluación psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS) (43), (b) Escala de evaluación global (*Global Assessment Scale*, GAS) (44) y un cuestionario semiestructurado estandarizado. En la versión de la herramienta BPRS utilizada en este estudio se evaluaron 18 síntomas en una escala que iba de 1 a 7, de manera que 1 indicaba ausencia de síntomas y 7 una manifestación grave del síntoma. Además de la puntuación total de la escala BPRS, se utilizaron subescalas de síntomas positivos y negativos basadas en la puntuación de la escala BPRS. Las preguntas de síntomas positivos incluían alucinaciones, desorganización conceptual, grandiosidad, hostilidad, suspicacia y agitación psicomotora. Los síntomas negativos eran afecto plano y retraimiento emocional.

El cuestionario semiestructurado es un instrumento completo elaborado inicialmente para el Proyecto nacional de esquizofrenia finlandés de 1982-1992 y suministrado para el proyecto API; incluye la evaluación del funcionamiento social y laboral premórbido y más reciente del pa-

ciente, sus relaciones familiares, su estado clínico, las características del inicio y el diagnóstico según el manual *DSM-III-R*. La mayor parte de la información se mide en una escala que va de 0 (buena adaptación) a 3 (problema grave).

El psiquiatra responsable del tratamiento del paciente aplicó las escalas BPRS y GAS inmediatamente después del inicio del tratamiento. El equipo de investigación obtuvo los datos para el cuestionario de los pacientes y de sus familias durante las primeras 3 semanas del período de tratamiento. Lamentablemente, debido a la naturaleza transcultural y a las diferencias temporales de la obtención de los datos de este estudio, no se pudo evaluar la fiabilidad interobservador transnacional de las puntuaciones de ninguna de las escalas de evaluación.

Sin embargo, el equipo de investigación de todos los centros estaba bien formado en el uso de las escalas BPRS y GAS y del cuestionario semiestructurado, y los había utilizado con frecuencia en su trabajo. El cuestionario contiene instrucciones formuladas cuidadosamente para la mayoría de las preguntas. Lo cumplimentó el entrevistador (puntuación de consenso de dos personas) basándose en la información suministrada tanto por el paciente como por su familia. En otro estudio se ha confirmado que la fiabilidad de este cuestionario es satisfactoria (45).

Procedimiento diagnóstico

Los diagnósticos se basaron en todas las fuentes de información disponibles, como la entrevista con el paciente, la información colateral de la familia o de otras personas significativas de la vida del paciente, la historia clínica y las diversas evaluaciones, como los resultados de las escalas BPRS y GAS y del cuestionario semiestructurado. En el Hospital Gregorio Marañón también se utilizó la entrevista clínica estructurada para el manual *DSM-IV* (SCID) (46). Toda la información diagnóstica se revisó con el psiquiatra responsable del paciente, los psicólogos y el resto del equipo de investigación en una reunión de consenso en la que se realizó un diagnóstico final. Los mismos miembros del equipo de investigación volvieron a diagnosticar a los pacientes según los criterios del manual *DSM-III-R* después de 6 meses para confirmar los diagnósticos. Se incluyó a los pacientes en la muestra solo si el diagnóstico de psicosis no afectiva funcional era evidente e indiscutible.

Medidas al inicio

Se analizaron cuatro características del inicio (DPNT, duración de los síntomas prodrómicos, edad al inicio de la psicosis y forma de inicio).

El inicio de la psicosis se definió como la primera manifestación de síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones, trastorno del pensamiento o conducta inadecuada/extraña. Estos síntomas debían haberse producido a lo largo de todo el día durante varios días o debían haberse producido varias veces a la semana, sin que estuvieran limitados a algunos momentos breves, y debían haber precisado una intervención psiquiátrica no ambigua. La DPNT se definió como el intervalo temporal entre el inicio de los síntomas psicóticos y el ingreso para tratamiento. La duración de los síntomas prodrómicos se refiere al período temporal desde la manifestación de los primeros signos inespecíficos de trastorno mental que precisaron al menos alguna atención psiquiátrica hasta el inicio de los síntomas psicóticos. Forma de inicio se refiere a la aparición de psicosis que varía desde aguda hasta insidiosa. Esta variable se define en relación con el intervalo temporal en el que se han desarrollado los síntomas psicóticos, y también denota una característica de intensidad gravedad de los mismos.

Medidas clínicas

Las medidas clínicas en el momento del ingreso incluían gravedad de los síntomas, nivel de funcionamiento global e introspección sobre el trastorno.

Funcionamiento psicosocial premórbido y más reciente

Se evaluaron los siguientes aspectos relativos al funcionamiento premórbido durante la adolescencia según el momento de máximo nivel funcional: número de relaciones con los iguales, frecuencia y nivel de conducta asocial, y nivel de adaptación sexual.

Las preguntas que se referían al funcionamiento social y laboral el año previo al ingreso para tratamiento eran frecuencia de contactos sociales, estabilidad de las relaciones de pareja, tipo de actividades de ocio (sociales o solitarias), duración del desempleo e incapacidad laboral continua. Estos aspectos se puntuaron según el nivel general de funcionamiento

del paciente sin tener en consideración los cambios súbitos relacionados con la enfermedad. Además, se evaluó el éxito laboral hasta el momento del ingreso y la estabilidad de la identidad profesional en el momento del ingreso para tratamiento. Aparte de estas preguntas, los autores elaboraron una puntuación sumatoria que representaba la solidez de la red social y que incluía los siguientes elementos: frecuencia de contactos sociales, tipo de actividades de ocio (sociales o solitarias), estabilidad de las relaciones de pareja el año previo al ingreso y éxito laboral hasta el ingreso.

El funcionamiento general del paciente el año previo al ingreso para tratamiento se evaluó con dos medidas, la evaluación del Eje V del manual *DSM-III-R* (42) y la evaluación del mantenimiento por el paciente del compromiso con la vida (*Grip on life*) (38). Esta última medida es una evaluación completa del estado psicosocial total de los pacientes que evalúa los esfuerzos de los pacientes por conseguir los objetivos y los modos de satisfacción que se asocian normalmente a las relaciones interpersonales, la vida social y la actividad laboral de una persona adulta.

También se evaluó el nivel de dependencia psicológica del paciente de su familia primaria, el nivel de críticas de los padres y una implicación excesiva de estos con los pacientes.

Análisis de los datos

Todos los análisis de los datos se realizaron con el programa SPSS para Windows (versión 6.3.1). Las diferencias entre grupos se analizaron con las pruebas de la *t* para muestras independientes para variables que se distribuyan de manera normal o con la prueba no paramétrica de la *U* de Mann-Whitney cuando no se cumplían los supuestos sobre la distribución. Se tabularon las variables nominales y se evaluaron las relaciones con la prueba de la χ^2 al cuadrado. Se utilizaron los coeficientes de correlación por rangos de Spearman para calcular la correlación entre la DPNT y las demás variables. Se consideró que todos los resultados de las pruebas estadísticas eran significativos cuando la probabilidad era menor que 0,05.

Resultados

Características sociodemográficas y diagnóstico

Las características sociodemográficas y la distribución por diagnósticos de los grupos de pacientes se presentan en la tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas y distribución por diagnósticos

	Pacientes finlandeses (n = 49)		Pacientes españoles (n = 37)		p
	F	%	F	%	
Edad en años, media (DT)	27,7	(6,7)	27,5	(6,5)	NS
Sexo					
Hombres	23	47	19	51	NS
Mujeres	26	53	18	49	
Estado civil					
Soltero	29	59	31	84	0,033
Casado o conviviendo	19	39	5	14	
Divorciado	0	0	1	3	
Viudo	1	2	0	0	
Vive independientemente de su familia de origen	30	61	9	24	0,003
Nivel educativo en años					
≥12	13	27	11	30	NS
≤12	23	46	14	38	
≤9	13	27	12	32	
Nivel socioeconómico ¹					
I-II	3	6	3	8	NS
III	28	57	19	51	
IV-V	18	37	15	41	
Diagnóstico					
Esquizofrenia	19	39	17	46	0,000
Trastorno esquizofreniforme	4	8	17	46	
Trastorno esquizoafectivo	12	25	0	0	
Psicosis reactiva breve	11	22	1	3	
Trastorno delirante	1	2	2	5	
Trastorno psicótico no especificado	2	4	0	0	

Las diferencias se compararon con la prueba de la U de Mann-Whitney o de la ji al cuadrado.
¹ Nivel socioeconómico de la familia de origen medido con la escala de Hollingshead-Redlich Scale (47) que varía desde I (alto) hasta V (bajo).
NS, resultado estadísticamente no significativa (p ≥ 0,05).

No hubo diferencias significativas entre los grupos de pacientes finlandeses y españoles en cuanto a edad, sexo, nivel educativo y nivel socioeconómico. La mayoría de los pacientes de ambos grupos estaban solteros, aunque los pacientes finlandeses estaban casados o tenían relaciones de convivencia con una frecuencia significativamente mayor que los españoles (el 39% y el 14%, respectivamente) (χ^2 [3, $n = 86$] = 8,73; $p = 0,033$). En lo que se refiere a la relación de los pacientes con su familia primaria, los pacientes finlandeses vivían separados de su familia primaria con más frecuencia que los españoles (el 61% y el 24%, respectivamente) (χ^2 [2, $n = 86$] = 11,88; $p = 0,003$).

Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de frecuencias de las categorías diagnósticas entre las muestras nacionales (χ^2 [5, $n = 86$] = 29,73; $p = 0,000$). Además, en la cohorte española había un número significativamente mayor de hombres (72%) que de mujeres (21% diagnosticados de esquizofrenia) (χ^2 [1, $n = 37$] = 7,79; $p = 0,005$), mientras que no había diferencias de sexo significativas en el diagnóstico de esquizofrenia en los finlandeses.

DPNT, inicio y características clínicas y de funcionamiento psicosocial

La tabla 2 presenta estadísticos descriptivos de la DPNT en el grupo de pacientes.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la DPNT en meses

	<i>n</i>	M	DT	Mediana	Intervalo
Pacientes finlandeses	49	4,0	6,0	2	0-25
Pacientes españoles	37	9,9	18,4	2	0-72

No hubo diferencias significativas en la DPNT entre los pacientes finlandeses y españoles. El valor medio de la DPNT era de 4,0 meses para el grupo de pacientes finlandeses y 9,9 meses para los españoles. La mediana de tan solo 2 meses en ambos grupos de pacientes es muy indicativa de que hay algunos valores extremos con duración muy prolongada en esta variable. En los pacientes finlandeses la DPNT varió desde menos de un mes hasta más de 2 años, y en los españoles desde menos de un mes hasta más de 6 años.

La DPNT fue menor de 1 mes en el 27% de los pacientes finlandeses, entre 1 y 6 meses en 53%, y más de 6 meses en el 20%; los respectivos valores para los pacientes españoles eran 19%, 54% y 27%.

La DPNT media era significativamente mayor en pacientes diagnosticados de esquizofrenia en ambos grupos de pacientes. Los pacientes finlandeses con un diagnóstico de esquizofrenia tuvieron una DPNT media significativamente mayor que los pacientes con diagnósticos distintos a la esquizofrenia (7,4 meses y 1,9 meses, respectivamente) ($U = 400,39,5$; $p = 0,001$), mientras que las correspondientes cifras de los pacientes españoles eran 15,7 meses y 4,3 meses ($U = 200,46,5$; $p = 0,019$).

La tabla 3 presenta la comparación del inicio y las características clínicas y psicosociales entre los dos grupos de pacientes.

Tabla 3

Comparación de las características relacionadas con el inicio, datos clínicos y funcionamiento psicosocial

	Pacientes finlandeses (<i>n</i> = 49)	Pacientes españoles (<i>n</i> = 37)	Valor de <i>p</i>
<i>Inicio</i>			
Edad de inicio de la psicosis, años, media (DT)	27,5 (6,7)	26,6 (6,1)	NS
Duración de los síntomas prodrómicos, meses, media (DT)	11,5 (19,8)	9,0 (13,1)	NS
Forma de inicio, F y %			
Aguda (<1 semana)	8 (16,3)	5 (13,9)	NS
Relativamente aguda (<1 mes)	18 (36,7)	12 (33,3)	
Gradual (1-6 meses)	12 (24,5)	8 (22,2)	
Insidiosa (>6 meses)	11 (22,5)	11 (30,6)	
<i>Medidas clínicas</i>			
BPRS al ingreso, media (DT)	45,6 (11,2)	50,5 (9,9)	0,043
Síntomas positivos	15,3 (4,5)	19,9 (4,3)	0,000
Síntomas negativos	5,1 (2,9)	5,6 (2,3)	NS
Funcionamiento global al ingreso (GAS), media (DT)	4,7 (1,2)	5,9 (1,7)	0,000
Nivel de introspección sobre el trastorno (0 = bueno, 4 = malo), media (DT)	2,4 (1,1)	2,6 (1,1)	NS
<i>Funcionamiento premórbido durante la adolescencia (12-23 años de edad), media (DT)</i>			
Número de relaciones con los iguales (0 = muchas, 3 = pocas)	0,7 (0,8)	0,8 (0,8)	NS
Frecuencia de conducta asocial (0 = inexistente, 3 = continua)	0,1 (0,5)	0,2 (0,6)	NS
Nivel de adaptación sexual (0 = buena, 3 = mala)	0,8 (0,9)	1,0 (1,1)	NS

Tabla 3 (continuación)

Comparación de las características relacionadas con el inicio, datos clínicos y funcionamiento psicosocial

	Pacientes finlandeses (n = 49)	Pacientes españoles (n = 37)	Valor de p
<i>Funcionamiento más reciente</i>			
Relaciones interpersonales el año previo al ingreso para tratamiento, media (DT)			
Frecuencia de contactos sociales (0 = alta, 4 = baja)	1,7 (1,6)	2,1 (1,4)	NS
Tipo de actividades de ocio (0 = sociales, 3 = solitarias)	1,2 (0,9)	1,9 (1,0)	0,001
Estabilidad en relaciones de pareja (0 = buena, 3 = mala)	1,3 (1,3)	1,8 (1,3)	NS
Red social (0 = buena, 13 = mala)	5,4 (3,8)	7,7 (2,9)	0,006
Actividad laboral			
Duración del desempleo el año previo al ingreso, f y %			
No desempleado	18 (36,7)	11 (29,7)	NS
Desempleado (<3 meses)	5 (10,2)	2 (5,4)	
Desempleado (3-6 meses)	4 (8,2)	1 (2,7)	
Desempleado (>6 meses)	17 (34,7)	18 (48,7)	
Sin trabajo todavía por ser estudiante	5 (10,2)	5 (13,5)	
Duración de la incapacidad laboral continúa el año previo al ingreso			
Sin incapacidad laboral	14 (28,6)	15 (40,5)	NS
Incapacitado (<3 meses)	18 (36,7)	14 (37,9)	
Incapacitado (3-12 meses)	13 (26,5)	5 (13,5)	
Incapacitado (>1 año)	4 (8,2)	3 (8,1)	
Éxito laboral hasta el momento del ingreso (0 = bueno, 3 = malo), media (DT)	1,2 (1,1)	1,7 (1,1)	0,043
Estabilidad de la identidad profesional al ingreso (0 = buena, 3 = mala), media (DT)	1,4 (1,2)	1,8 (1,2)	NS
Funcionamiento global el año previo al ingreso, media (DT)			
Mantenimiento del compromiso con la vida el año previo al ingreso (0 = bueno, 3 = malo)	1,2 (0,9)	1,8 (0,7)	0,004
Funcionamiento global (Eje V del manual DSM-III-R)	4,0 (1,4)	4,4 (1,2)	NS
<i>Relaciones familiares, media (DT)</i>			
Dependencia psicológica de la familia primaria (0 = inexistente, 3 = intensa)	1,4 (1,1)	1,7 (0,9)	NS
Crítica del paciente por sus padres (0 = baja, 2 = alta)	0,7 (0,7)	0,7 (0,8)	NS
Nivel de implicación emocional excesiva de los padres (0 = bajo, 2 = alto)	1,0 (0,9)	0,9 (0,8)	NS

Las diferencias se estudiaron con la prueba de la U de Mann-Whitney U o la prueba de la ji al cuadrado. NS = resultado estadísticamente no significativa (p ≥ 0,05)

El grupo de pacientes españoles tenía más síntomas que los finlandeses, según indica una media significativamente mayor de la puntuación total de la escala BPRS ($U = 634$; $p = 0,043$). Los pacientes españoles también tenían una puntuación media de síntomas positivos significativamente mayor que los finlandeses ($U = 412$; $p = 0,000$). En relación con las preguntas individuales de la escala BPRS, el grupo de pacientes español tuvo una media significativamente mayor de grandiosidad ($U = 538$; $p = 0,003$), suspicacia ($U = 462$; $p = 0,000$), alucinaciones ($U = 531$; $p = 0,003$) y agitación psicomotora ($U = 404$; $p = 0,000$). Sin embargo, también tuvieron mejor funcionamiento global (escala GAS) 1 semana antes del ingreso para tratamiento que los pacientes finlandeses ($U = 400,965$; $p = 0,000$). No hubo diferencias significativas en la duración de los síntomas prodrómicos, la forma de inicio, la edad al inicio de la psicosis, la gravedad de los síntomas negativos ni el nivel de introspección sobre el trastorno entre ambos grupos de pacientes.

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en el funcionamiento psicosocial durante la adolescencia. Sin embargo, en relación con el funcionamiento psicosocial más reciente, los pacientes finlandeses tenían una red social significativamente más sólida ($U = 396$; $p = 0,006$), mejor mantenimiento del compromiso con la vida ($U = 600$; $p = 0,004$) y un tipo más social de actividades de ocio ($U = 558$; $p = 0,001$) el año previo al ingreso para tratamiento que los españoles. También habían tenido significativamente más éxito laboral antes del ingreso que los españoles ($U = 464$; $p = 0,043$). No había diferencias significativas en la frecuencia de contactos sociales, estabilidad de las relaciones de pareja, duración del desempleo, duración de la incapacidad laboral, funcionamiento global el año previo al ingreso o estabilidad de la identidad profesional en el momento del ingreso entre ambos grupos de pacientes. Tampoco hubo diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en cuanto al nivel de dependencia psicológica de la familia, críticas o implicación excesiva de los padres con el paciente.

Todos los resultados de los aspectos que se ven en la tabla 3 eran independientes del sexo.

Correlatos de la DPNT

A fin de estudiar la relación entre la DPNT y otras variables los autores utilizaron el análisis de correlación por rangos de Spearman individualmente en ambos grupos de pacientes nacionales, utilizando la DPNT como la variable dependiente. La tabla 4 presenta las correlaciones

Tabla 4

Correlaciones por rangos de Spearman de la DPNT con otras características

	Pacientes finlandeses (n = 49)		Pacientes españoles (n = 37)	
	r	Valor de p	r	Valor de p
<i>Inicio</i>				
Edad al ingreso para tratamiento	-0,08	NS	0,29	NS
Edad al comienzo de la psicosis	-0,14	NS	0,17	NS
Duración de los síntomas prodrómicos	0,38	0,007	0,08	NS
Inicio insidioso	0,60	0,000	0,83	0,000
<i>Medidas clínicas</i>				
BPRS al ingreso	0,05	NS	0,1	NS
Síntomas positivos	0,04	NS	0,41	0,014
Síntomas negativos	0,12	NS	-0,17	NS
Funcionamiento global al ingreso (GAS)	-0,45	0,001	-0,41	0,012
Ausencia de introspección sobre el trastorno	0,23	NS	0,18	NS
<i>Funcionamiento premórbido durante la adolescencia (12-23 años de edad)</i>				
Pocas relaciones con los iguales	0,4	0,006	0,11	NS
Conducta asocial frecuente	0,04	NS	-0,03	NS
Mala adaptación sexual	0,01	NS	0,12	NS
<i>Funcionamiento más reciente</i>				
Debilidad de la red social el año previo al ingreso	0,59	0,000	0,10	NS
Relaciones interpersonales el año previo al ingreso para tratamiento				
Pocos contactos sociales	0,57	0,000	0,2	NS
Ausencia de actividades sociales	0,43	0,002	0,23	NS
Ausencia de estabilidad en las relaciones de pareja	0,44	0,002	0,11	NS
Actividad laboral				
Duración del desempleo el año previo al ingreso	0,20	NS	0,16	NS
Duración de la incapacidad laboral el año previo al ingreso	0,30	0,035	0,37	0,023
Poco éxito laboral hasta el momento del ingreso	0,30	NS	0,05	NS
Inestabilidad de la identidad profesional al ingreso	0,39	0,005	0,06	NS
Funcionamiento global el año previo al ingreso para tratamiento				
Nivel de mantenimiento del compromiso con la vida	0,54	0,000	0,38	0,022
Déficit del funcionamiento global (Eje V del manual DSM-III-R)	0,38	0,011	0,55	0,000
<i>Relaciones familiares</i>				
Dependencia psicológica de la familia primaria	0,37	0,010	0,12	NS
Críticas de los padres al paciente	0,39	0,08	-0,18	NS
Implicación emocional excesiva de los padres con el paciente	0,21	NS	-0,02	NS
Diagnóstico de esquizofrenia	0,46	0,001	0,39	0,016

*Se utilizó la prueba del coeficiente de correlación por rangos de Spearman.**NS = resultado estadísticamente no significativa (p ≥ 0,05).*

de la DPNT con el inicio y las características clínicas y funcionales premórbidas y más recientes de ambas muestras.

En ambos grupos de pacientes una DPNT prolongada se asociaba significativamente a mal funcionamiento global (escala GAS) 1 semana antes del ingreso y el año previo al ingreso (Eje V del manual *DSM-III-R*), inicio insidioso, pérdida del compromiso con la vida y mayor duración de la incapacidad laboral el año previo. El diagnóstico de esquizofrenia también se asoció significativamente a una DPNT prolongada.

La DPNT no se correlacionó significativamente con ninguna de las variables demográficas en ninguno de los grupos de pacientes. No hubo ninguna asociación entre la DPNT y la edad en el momento del inicio de la psicosis, la edad en el momento del ingreso para tratamiento, la puntuación total de la escala BPRS, los síntomas negativos, la introspección sobre el trastorno, la frecuencia de conducta asocial ni el nivel de adaptación sexual durante la adolescencia. Tampoco hubo correlación entre la DPNT y la duración del desempleo el año previo al ingreso, ni con el éxito laboral hasta el momento del ingreso, ni con el nivel de implicación emocional excesiva de los padres.

Tan solo en el grupo de pacientes finlandés, una DPNT prolongada se asoció a menos relaciones sociales durante la adolescencia, red social débil, pocos contactos sociales, ausencia de actividades de ocio sociales, inestabilidad en las relaciones de pareja el año previo al ingreso para tratamiento, inestabilidad de la identidad profesional en el momento del ingreso, dependencia psicológica de la familia primaria, crítica de los padres hacia los pacientes y duración larga de los síntomas prodrómicos.

Solo en los pacientes españoles una DPNT prolongada se asoció a síntomas positivos más graves en el momento del ingreso. De los síntomas individuales de este grupo de pacientes, solo la grandiosidad se correlacionó positivamente con la DPNT.

Además de las correlaciones de la DPNT en cada país, los autores analizaron si había diferencias estadísticamente significativas entre las correlaciones de la DPNT de grupos de pacientes finlandeses y españoles. Se encontró que había diferencias significativas en la asociación de la DPNT con otros factores entre Finlandia y España en relación con la edad en el momento del ingreso para tratamiento, la forma de inicio, los síntomas positivos, la red social, la frecuencia de contactos sociales, la estabilidad de las relaciones de pareja, la estabilidad de la identidad profesional y la crítica de los padres al paciente.

Las correlaciones de la tabla 4 se repitieron para cada uno de los sexos en los dos grupos de pacientes para explorar si las asociaciones dependían más del sexo que de la cultura. El número de resultados significativos disminuyó por la pérdida de la potencia estadística. Solo en las mujeres finlandesas, una DPNT más prolongada se relacionaba con ausencia de actividades de ocio sociales el año previo al ingreso ($r = 0,65$; $p = 0,001$), escasa identidad profesional ($r = 0,52$; $p = 0,012$) y peor funcionamiento global en el momento del ingreso ($r = -0,64$; $p = 0,001$) y el año previo al ingreso ($r = 0,51$; $p = 0,030$). Una DPNT más prolongada se correlacionó significativamente con el diagnóstico de esquizofrenia ($r = 0,53$; $p = 0,006$), duración prolongada de los síntomas prodrómicos ($r = 0,47$; $p = 0,014$), crítica de los padres hacia los pacientes ($r = 0,54$; $p = 0,004$) e inestabilidad de las relaciones de pareja el año previo al ingreso ($r = 0,43$; $p = 0,028$) en los pacientes finlandeses, pero solo en varones. En los pacientes españoles una DPNT más prolongada se relacionó con duración prolongada de la incapacidad laboral ($r = 0,46$; $p = 0,047$) y pérdida del compromiso con la vida ($r = 0,57$; $p = 0,012$) solo en mujeres.

Discusión

Este estudio analizó las diferencias transculturales de las características de la evolución temprana de un primer episodio de psicosis en Finlandia y España, con énfasis especial en la asociación de varios factores clínicos y previos al inicio del cuadro con la DPNT.

La DPNT media fue mayor en los pacientes españoles (9,9 meses) que en los finlandeses (4,0 meses), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Por tanto, la DPNT fue menor en ambos grupos de pacientes, especialmente los finlandeses, que la que se ha descrito en muchos de los estudios previos (7, 9, 10, 12, 24). Sin embargo, en la mayoría de estos estudios que se citan las muestras estaban formadas principalmente por pacientes diagnosticados de esquizofrenia (6, 7, 9, 11, 29). En este estudio se ha encontrado que la DPNT media es casi cuatro veces mayor en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que en los que tienen otra psicosis, en los dos grupos de pacientes nacionales (7 y 2 meses, respectivamente, en los pacientes finlandeses, y 16 y 4 meses, respectivamente, en los españoles). Están más en consonancia con los resultados de este estudio los de un trabajo de McGorry y cols. (48) que demostraron que la DPNT media era de aproximadamente 17 meses en los pacientes que cumplían criterios de esquizofrenia, mientras que la

correspondiente cifra era de aproximadamente 6 meses en la muestra completa, que también incluía pacientes con otra psicosis funcionales. Los resultados actuales no muestran diferencias de sexo en la DPNT, al contrario de los hallazgos de estudios previos que señalaban que las mujeres tienen menor DPNT que los hombres (1).

En el presente estudio se han replicado los resultados de estudios previos que mostraban una gran variabilidad del retraso del tratamiento (3, 10). La mediana de 2 meses de la DPNT en ambos grupos de pacientes en el presente estudio fue mucho menor que los valores medios, lo que indica que hay algunos valores extremos de duración prolongada de la DPNT. Por lo tanto, los resultados actuales respaldan la idea de que algunos de los pacientes pueden vivir en la comunidad con psicopatología grave durante períodos de tiempo prolongados.

El tratamiento se retrasó entre 1 y 6 meses en más de la mitad de los pacientes de ambos grupos. En otras palabras, la mayoría de los pacientes ingresaron para tratamiento dentro de un marco temporal razonable y dentro del período crítico que también indicaron McGorry y cols. (3, 48) en el que se espera que el tratamiento tenga el mayor efecto sobre la remisión y la recuperación. El retraso del tratamiento fue mayor de 6 meses en la quinta parte de los pacientes finlandeses y la cuarta parte de los españoles. Estos pacientes, en los que cabe esperar un pronóstico malo, son los que más se podrían beneficiar y que, por lo tanto, serían una diana para estrategias de intervención temprana.

Estudios previos señalan varios problemas con la ausencia de detección de los pródromos y de los síntomas psicóticos tempranos y la ausencia de tratamiento adecuado en los servicios sanitarios de varios países (28). En nuestro estudio solo cuatro pacientes de la muestra española se habían puesto en contacto con servicios sanitarios antes de su participación en el estudio. Por lo tanto, en este estudio el retraso del tratamiento no dependió de la ausencia de detección o derivación al nivel del servicio sanitario, sino de factores relacionados con los pacientes y sus familias.

Aunque es importante que todos los pacientes españoles estuvieran ingresados y que los finlandeses fueran una mezcla de pacientes ingresados y ambulatorios, y que muchas de las diferencias que se han encontrado se puedan deber a la diferente composición terapéutica, los resultados del presente estudio respaldan la idea de que hay factores universales que influyen en la DPNT. Por ejemplo, puede haber un inicio insidioso y un funcionamiento global anterior peor (10,29), aunque también indican que las diferencias culturales pueden influir en el retraso

del tratamiento. La principal diferencia que se encontró en este estudio entre los grupos de pacientes nacionales fue que factores relacionados con la red social débil, pocas relaciones con los iguales, ausencia de actividades sociales, e inestabilidad en las relaciones de pareja y en la identidad personal antes del ingreso, se asociaron a una DPNT prolongada en los pacientes finlandeses pero no en los españoles, en los cuales la DPNT prolongada se relacionaba con síntomas positivos más graves en el momento del ingreso. Por lo tanto, el cuadro que influye en el proceso de búsqueda de tratamiento parece bastante diferente en ambos grupos nacionales de pacientes. Esto se podría relacionar con el hecho de que la situación social de los grupos de pacientes finlandeses y españoles es bastante diferente. La inmensa mayoría de los pacientes finlandeses vivían independientes de su familia, mientras que tres cuartas partes de los españoles vivían con su familia primaria. Además, los pacientes finlandeses tenían una red social mucho más sólida fuera de la familia que los españoles.

Cabría preguntarse si estos hallazgos reflejan diferencias en las culturas de la familia y la red social entre los dos países. Los vínculos familiares pueden ser más sólidos en España, donde la mayoría de los pacientes vivían con su familia, que en Finlandia, de modo que la red social fuera de la familia puede no tener tanta influencia en la conducta de solicitud de tratamiento. En Finlandia, donde la mayoría de los pacientes vivían independientemente de la familia, las relaciones sociales fuera de la familia tienen una importancia mayor en el inicio de la solicitud de tratamiento. Por otro lado, las prácticas terapéuticas en España se basan más en actitudes culturales y patrones de asistencia informal (49), lo que puede retrasar el proceso de búsqueda de tratamiento. Además, Salize y cols. (50) han puesto en duda si la valiosa tradición cultural que existe en las familias españolas de atender a los miembros que no pueden cuidarse a sí mismos podría contribuir a ocultar los problemas de salud mental que precisan ayuda profesional. Además, el hecho de que en el grupo de pacientes españoles no haya asociación entre la DPNT y la crítica de los padres hacia su hijo puede reforzar esta hipótesis. Una vez más, en Finlandia la familia puede tener una función menor como prestador de asistencia. Un motivo de esto puede ser el esfuerzo de la política social finlandesa de transferir muchas de las funciones tradicionales de la familia a la sociedad.

Aunque estos hallazgos parecen reflejar la existencia de una diferencia cultural real que influye en el retraso del tratamiento, la evolución temprana de las psicosis es bastante heterogénea (9, 34, 51), y la asociación entre la DPNT y otras características de la evolución temprana no se presta a una generalización fácil.

Cuando se extraen conclusiones de estos datos se deben tener en mente algunas limitaciones de este estudio. Los pacientes procedían de áreas poblacionales diferentes porque los pacientes españoles procedían del área metropolitana de Madrid y de algunas de sus áreas circundantes, mientras que los finlandeses procedían de un área rural y otra urbana del país. No se pudo garantizar que hubiera una representación homogénea de los diversos grupos diagnósticos, y las prácticas diagnósticas pueden variar de unos países, unidades psiquiátricas y psiquiatras a otros. Sin embargo, siempre hay un elevado grado de inestabilidad diagnóstica en el momento del primer episodio psicótico. En este estudio no se ha podido verificar la fiabilidad transnacional o interobservador de los instrumentos que se han utilizado porque las muestras nacionales se analizaron en períodos temporales diferentes.

Una de las limitaciones metodológicas de este estudio, y de otros muchos estudios similares, es la medición del funcionamiento premórbido durante los períodos de la adolescencia y la vida adulta o hasta el año previo al ingreso para tratamiento. Debido a estos procedimientos, los intentos de medir el deterioro funcional antes del inicio de la enfermedad con frecuencia están contaminados por manifestaciones francas de la enfermedad, porque algunos de los pacientes ya pueden estar prepsicóticos o incluso claramente psicóticos. En el presente estudio se puntuaron las preguntas relativas al funcionamiento el año previo al ingreso en relación con el funcionamiento normal no relacionado con la enfermedad. En ese período temporal el 67% de los pacientes finlandeses estaban todavía en la fase premórbida, el 27% ya habían entrado en la fase prodrómica y el 6% ya habían estado psicóticos el año previo al ingreso; las correspondientes cifras son 62%, 22% y 16% para los pacientes españoles.

Otra limitación del estudio fue que los métodos del mismo no posibilitan la medición del cambio del funcionamiento premórbido, lo cual habría dado información sobre si había habido algún deterioro del funcionamiento del paciente y en qué fase del desarrollo se había producido. De acuerdo con Larsen y cols. (29), es el cambio llamativo del funcionamiento premórbido lo que lleva a la detección temprana y el tratamiento del trastorno. Este cambio puede ser el principal motivo de la detección independientemente, de que el cambio hasta la psicosis se haya producido desde un funcionamiento premórbido bueno o malo.

Además, en este estudio la inclusión de pacientes hospitalizados puede haber generado un sesgo hacia una mayor gravedad de los pacientes en la cohorte española que en la finlandesa, a la que a menudo se trató en el contexto ambulatorio. De hecho, el primer grupo de pacientes tenía

síntomas más graves, que pueden haber precisado con más frecuencia tratamiento hospitalario. Puede ocurrir que el umbral para solicitar ayuda sea mayor en España. El motivo de que los pacientes finlandeses no fueran hospitalizados se relacionó más con el buen funcionamiento de la asistencia ambulatoria, con intervención ante una crisis y práctica terapéutica orientada al tratamiento domiciliario y adaptada individualmente a las familias de los pacientes con un primer episodio, y no a la gravedad de los síntomas. En muchas unidades psiquiátricas de España todavía no se dispone de este tipo de asistencia ambulatoria intensiva como alternativa al tratamiento intrahospitalario.

Bibliografía

1. Loebel, A.D.; Lieberman, J.A.; Alvir, J.M.J.; Mayerhoff, D.I.; Geisler, S.H. y Szymanski, S.R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 149: 1183-1188.
2. Crow, T.J.; MacMillan, J.F.; Johnson, A.L. y Johnstone, E.C. (1986). The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. II. A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br J Psychiatry*; 148: 120-127.
3. McGorry, P.D.; Edwards, J.; Mihalopoulos, C.; Harrigan, S.M. y Jackson, H.J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.*; 22: 305-326.
4. McGlashan, T.H. (1996). Early detection and intervention in schizophrenia: research. *Schizophr Bull*; 22: 327-345.
5. Wyatt, R.J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull*; 17: 325-351.
6. Beiser, M.; Ericson, D.; Fleming, J.A.E. y Iacono, W.G. (1993). Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry*; 150: 1349-1354.
7. Häfner, H.; Maurer, K.; Löfler, W. y Riecher-Rösler, A. (1993). The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 162: 80-86.
8. Johannessen, J.O.; Larsen, T.K. y McGlashan, T. (1999). Duration of untreated psychosis: An important target for intervention in schizophrenia? *Nord J Psychiatry*; 53: 275-283.
9. Johnstone, E.C.; Crow, T.; Johnson, A.L. y MacMillan, J.F. (1986). The Northwick Park study of first-episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry*; 148: 115-120.
10. Larsen, T.K.; McGlashan, T.H. y Moe, L.C. (1996). First-episode schizophrenia. I. Early-course parameters. *Schizophr Bull*; 22: 241-256.
11. Barnes, T.R.E.; Hutton, S.B.; Chapman, M.J.; Mutsatsa, S.; Puri, B.K. y Joyce, E.M. (2000). West London first-episode study of schizophrenia: clinical correlates of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry*; 177: 207-211.
12. Haas, G.L. y Sweeney, J.A. (1992). Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull*; 18: 373-386.

13. McGorry, P.D. y Singh, B.S. (1995). Schizophrenia. risk and possibility. In: Raphael, B. y Burrows G.D. eds., *Handbook of studies on preventive psychiatry*. Amsterdam: Elsevier Science, 491-514.
14. McGlashan, T.H. y Johannessen, J.O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia. *Schizophrenia Bull.*; 22: 201-222.
15. Falloon, I.R.H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry*; 55: 4-15.
16. Lieberman, J.A.; Jody, D. y Geisler, S. et al. (1993). Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch General Psychiatry*; 50: 369-376.
17. Rabiner, C.J.; Wegner, J.T. y Kane, J.M. (1986). Outcome study of first-episode psychosis, I. relapse rates after 1 year. *Am J Psychiatry*; 143: 1155-1158.
18. Lo, W.H. y Lo, T. (1977). A ten-year follow-up study of Chinese schizophrenics in Hong Kong. *Br J Psychiatry*; 131: 63-66.
19. Helgason, L. (1990). Twenty year's follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatr Scand*; 81: 231-235.
20. Drake, R.J.; Haley, C.J.; Akhtar, S. y Lewis, S.W. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 177: 511-515.
21. Birchwood, M.; Cochrane, R.; MacMillan, F.; Copestake, S.; Kucharska, J. y Caross, M. (1992). The influence of ethnicity and family structure on relapse in first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 161: 783-790.
22. Verdoux, H.; Liraud, F.; Gonzales, B.; Assens, F.; Abalan, F. y Van Os, J. (2001). Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta PsySCAN*; 103: 347-354.
23. Ho, B.-C.; Andreasen, N.C.; Flaum, M.; Nopoulos, P. y Miller, D. (2000). Untreated initial psychosis. its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 157: 808-815.
24. Craig, T.J.; Bromet, E.J.; Fennig, S.; Tanenberg-Karant, M.; Lavelle, J. y Galambos, N. (2000). Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *Am J Psychiatry*; 157: 60-66.
25. Verdoux, H. (2001). Have the times come for early intervention in psychosis? *Acta Psychiatr Scand*; 103: 321-322.
26. Larsen, T.K.; Friis, S. y Haahr, U. et al. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand*; 103: 323-334.
27. Carbone, S.; Harrigan, S.; McGorry, P.; Curry, C. y Elkins, K. (1999). Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: the impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand*; 100: 96-104.
28. Vaglum, P. (1996). Early detection and intervention in schizophrenia. *Schizophr Bull*; 22: 347-352.
29. Larsen, T.K.; Johannessen, J.O. y Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry*; 172(Suppl. 33): 45-52.
30. World Health Organization (1979). *Schizophrenia: An International Follow-Up Study*. New York: Wiley.
31. World Health Organization (1992). *WHO coordinated multicenter study on the course and outcome of Schizophrenia*. Geneva: WHO.

32. Jablensky, A.; Sartorius, N. y Ernberg, G. et al. (1992). Schizophrenia: manifestation, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr. Supplement*; 20: 1-97.
33. Leff, J.; Sartorius, N.; Jablensky, A.; Korten, A. y Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med.*; 22: 131-145.
34. Sartorius, N.; Jablensky, A y Korten, A. et al. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report of the initial evaluation phase of the WHO study of determinants of outcome of severe mental disorder. *Psychol Med*; 16: 909-928.
35. Alanen, Y.O.; Lehtinen, V.; Lehtinen, K.; Aaltonen, J. y Rääköläinen, V. (1999): The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In: Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M. y Margison, F., ed. *Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 235-265.
36. Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
37. Alanen, Y.O.; Lehtinen, V.; Rääköläinen, V. y Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatr Scand*; 83: 363-372.
38. Alanen, Y.O.; Rääköläinen, V.; Laakso, J.; Rasimus, R. y Kaljonen, A. (1986). Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses. Heidelberg: Springer-Verlag.
39. Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatr Scand*; 87: 96-101.
40. Lehtinen, V.; Aaltonen, J.; Koffert, T.; Rääköläinen, V.; Syvälahti, E. y Vuorio, K. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis. The Finnish API Project. *Nord J Psychiatry*; 50: 281-287.
41. Lehtinen, V.; Aaltonen, J.; Koffert, T.; Rääköläinen, V. y Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry*; 15: 312-320.
42. American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. revised. Washington, DC: The Association.
43. Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Reports*; 10: 799-812.
44. Endicott, J.; Spitzer, R.L.; Fleiss, J.L. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*; 33: 766-771.
45. Salokangas, R.K.R.; Rääköläinen, V. y Alanen, Y.O. (1985). Uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittäminen (USP-projekti). I. Tutkimuslomakkeet ja reabiteettitutkimus. (Development of the treatment of new schizophrenic patients (NSP-project). I. Research questionnaires and the reliability study; in Finnish, with English summary). *Rep Psychiatr Fenn. Report* 68.
46. American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington, DC: The Association.
47. Hollingshead, A.B. y Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: John Wiley & Sons.

48. Lincoln, C. y McGorry, P.D. (1999). Pathways to care in early psychosis. clinical and consumer perspectives. In: McGorry, P.D. y Jackson, H.J, eds. The recognition and management of early psychosis. Cambridge: University Press: 51-79.
49. Vázquez-Barquero, J.L. y García, J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 249: 128-135.
50. Salize, H.J.; Kustner, B.M.; Torres-González; Reinhard, I.; Estevez, J.F.J. y Rössler, W. (1999). Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). *Acta Psy-chiatr Scand*; 100: 328-334.
51. Huber, G.; Gross, G.; Schuttler, R. y Linz, M. (1980): Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr Bull*; 6: 592-605.

Seguimiento durante 12 meses de un primer episodio de psicosis en Finlandia y España: significado diferencial de las variables relacionadas con la adaptación social

Outi Kalla

Jukka Aaltonen

Jarl Wahlström

Ville Lehtinen

Manuel González de Chávez

En sistemas de asistencia de salud mental de todo el mundo la evolución de los pacientes con un primer episodio de psicosis sigue siendo insatisfactoria. La evolución de la enfermedad y los factores asociados a la misma varían por motivos que todavía no se conocen bien pero que muy probablemente incluyan diversos factores, como el nivel de adaptación social y el apoyo.

Estudios anteriores han mostrado que la evolución de la esquizofrenia varía de unas culturas a otras (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1979; Sartorius et al., 1986; Jablensky et al., 1992; Leff, Sartorius, Jablensky, Korten y Ernberg, 1992; Hopper y Wanderling, 2000; Hopper, 2004). Esto ha motivado la investigación sobre los factores pronósticos y su importancia relativa en diferentes contextos sociales. Por un lado hay algunos datos de que características similares de adaptación premórbida, relaciones sociales previas y forma de inicio tienen importancia pronóstica independientemente del entorno cultural (Jablensky et al., 1992; Leff et al., 1992). Por otro lado, muchos autores afirman que los factores predictivos de la evolución no son válidos en todos los grupos culturales. Por ejemplo, se considera que la importancia del sexo, el nivel socioeco-

nómico, el nivel educativo y la emoción expresada como determinantes del pronóstico son aspectos específicos de la cultura (Jenkins y Karno, 1992; Leff et al., 1992; Karno y Jenkins, 1993; Jenkins y Barrett, 2004). La variabilidad de la evolución de la esquizofrenia y de sus factores pronósticos se ha atribuido a diferencias en la disponibilidad de apoyo social y en las relaciones familiares en diversas culturas (OMS, 1979; Karno et al., 1987; Shepherd, Watt, Falloon y Smeeton, 1989; Jablensky et al., 1992; Leff et al., 1992; López et al., 2004).

Los autores han realizado un estudio de seguimiento sobre la evolución, el tratamiento y la evolución de un primer episodio de psicosis en dos grupos de pacientes de Finlandia y España, países en los que los sistemas terapéuticos, las prácticas de tratamiento y el entorno sociocultural son diferentes. Se puede considerar que Finlandia y España representan la Europa septentrional y meridional, respectivamente, con muchas similitudes socioculturales además de diferencias. Ambos países son países industriales desarrollados con sistemas educativos avanzados y tasas de desempleo similares, y sus servicios de salud mental tienen una base comunitaria (Alanen, 1997; OMS, 2001). Sin embargo, Finlandia y España difieren en la importancia de la familia y en otras circunstancias de la vida social en relación con los caminos que se toman hacia la responsabilidad como adultos en la sociedad.

Utilizando datos del European Community Household Panel, Iacovou (2002) analizó la conducta de formación de un hogar de personas de entre 15 y 35 años en 11 países europeos, entre ellos Finlandia y España. Surgieron tres patrones regionales. En la Europa meridional las personas jóvenes permanecían durante períodos prolongados en el hogar paterno y tendían a hacer transiciones más directas desde la vida en el hogar hasta el matrimonio y la crianza de los hijos. En la Europa septentrional los jóvenes dejaban el hogar antes y vivían con más frecuencia solos o en uniones de convivencia. Los países escandinavos formaban un ejemplo extremo de conducta meridional, con edades particularmente tempranas de abandono del hogar y niveles elevados de cohabitación no conyugal. Según Kluve (2004), se han elaborado varias hipótesis alternativas para explicar estas diferencias, centrándose en factores como las condiciones del mercado laboral, los precios de la vivienda y las preferencias parentales. Utilizando el mismo conjunto de datos de Iacovou, encontró que los padres de Europa septentrional referían mejorías sistemáticas de la satisfacción económica cuando sus hijos adultos abandonan el hogar, mientras que los padres de Europa meridional referían disminuciones sistemáticas, que son mayores cuando sus hijos de mayor edad se van de casa.

Objetivos y preguntas de la investigación

El presente estudio es naturalista y observacional y tiene como objetivo detectar las complejidades de la predicción de los resultados en la práctica clínica del “mundo real” (Nash et al., 2004) utilizando múltiples modalidades terapéuticas en diferentes contextos sociales. La comparación de dos grupos de pacientes relativamente similares, ingresados de manera consecutiva y no seleccionados, procedentes de dos países con un nivel socioeconómico similar pero con diferencias en otras características socioculturales esenciales, nos dio la oportunidad de explorar si los factores pronósticos relacionados con la adaptación social contribuyen de manera diferente a la evolución y el resultado de un primer episodio de psicosis en los contextos sociales y culturales de estos entornos terapéuticos.

Nuestra expectativa, basada en las importantes diferencias en los patrones de abandono del hogar que ya se han descrito (véase también Rossi, 1997), era que las competencias sociales que influyen en la evolución y la frecuencia de recuperación de una psicosis aguda serían diferentes en los dos grupos de pacientes. En España, donde la familia sigue siendo una importante fuente de apoyo social y de asistencia informal de un adulto joven, cabría esperar que fueran importantes los aspectos intrafamiliares de la adaptación social. En Finlandia, donde la mayoría de los adultos jóvenes abandonan pronto su hogar, cabría esperar que fueran importantes las competencias en la vida independiente y en la formación de relaciones con los iguales. Al tener menos dependencia de la familia, la red social y las relaciones con los iguales llegarían a tener una gran importancia como proveedores de apoyo social.

Los objetivos específicos de este estudio son en primer lugar analizar si hay diferencias en la evolución a los 12 meses entre los grupos de pacientes finlandeses y españoles de este estudio, y en segundo lugar determinar cuáles de las variables iniciales relacionadas con la adaptación social se asocian a la evolución en estos grupos de pacientes.

Métodos

Este estudio forma parte de un estudio longitudinal cooperativo entre tres centros psiquiátricos, los hospitales de Kupittaa y Keropudas en Finlandia y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Psiquiatría I, en España, y se relaciona con un proyecto de investigación finlandés sobre el tratamiento de la esquizofrenia y la psicosis aguda, el denominado *Integrated Approach to the Treatment of Acute Psychosis*

Project (Proyecto de abordaje integrado del tratamiento de la psicosis aguda; API) (Lehtinen et al., 1996; Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Råkköläinen y Syvälahti, 2000).

El hospital de Kupittaa está localizado en la ciudad de Turku, en el suroeste de Finlandia, y tiene un área de captación de 80.000 habitantes. El hospital de Keropudas está en la ciudad de Tornio, en el norte de Finlandia, y tiene un área de captación de 72.000 habitantes. El servicio de Psiquiatría I del Hospital General Universitario Gregorio Marañón está localizado en Madrid y tiene un área de captación de 300.000 habitantes. Los tres hospitales son hospitales psiquiátricos municipales.

Participantes

El diseño y los métodos de este estudio ya se han descrito previamente (Kalla et al., 2002). En resumen, la muestra estaba formada por pacientes consecutivos con un primer episodio que se pusieron en contacto con los dos centros finlandeses entre el 1 de abril de 1992 y el 31 de diciembre de 1993 o con el centro español entre el 1 de junio de 1997 y el 31 de mayo de 1999.

Para ser elegibles para el estudio los pacientes tenían que tener de 16 a 44 años de edad, tenían que haber tenido un primer episodio de psicosis no afectiva funcional de acuerdo con los criterios del manual *DSM-III-R* (American Psychiatric Association [APA], 1987), debían residir en el área de captación de uno de nuestros hospitales, no debían haber recibido nunca neurolépticos ni ningún tratamiento previo por una enfermedad psicótica, y debían haber dado un consentimiento informado.

En el momento de su inclusión había 49 participantes finlandeses (31 del hospital Keropudas y 18 del hospital Kupittaa) y 37 españoles. En el seguimiento de los 12 meses se disponía de datos de 40 (82%) pacientes finlandeses y 28 (76%) pacientes españoles. Faltaban puntuaciones de seguimiento de la Escala abreviada de evaluación psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS) de siete de los 40 pacientes finlandeses. El abandono se debió a la pérdida de contacto con los participantes o la negativa de los participantes a seguir participando.

La media de edad de los pacientes finlandeses era 27,1 (desviación típica [desviación típica] = 6,5) y la de los españoles era 28,0 (*DT* = 6,9). Otros datos demográficos y diagnósticos de los grupos de pacientes se muestran en la tabla 1. Toda la información diagnóstica se obtuvo durante una reunión con el psiquiatra que trataba a los pacientes, los psicólogos y el resto del equipo de investigación, y el diagnóstico final se basó en

Tabla 1*Características sociodemográficas y distribución por diagnósticos*

	Pacientes finlandeses (n = 40)		Pacientes españoles (n = 28)		p
	F	%	F	%	
Sexo					
Hombres	19	48	13	46	NS
Mujeres	21	52	15	54	
Estado civil					
Soltero	24	60	23	82	NS
Casado o conviviendo	16	40	5	18	
Vive independientemente de su familia de origen	22	55	6	21	0,012
Nivel educativo en años					
≥12	13	32	6	21	NS
≤12	17	43	14	50	
≤9	10	25	8	29	
Nivel socioeconómico ^a					
I-II	3	7	2	7	NS
III	24	60	14	50	
IV-V	13	33	12	43	
Empleo en el año previo al ingreso					
No desempleado	14	35	10	36	NS
Desempleado 6 meses o menos	8	19	2	7	
Desempleado más de 6 meses	13	33	14	50	
Sin trabajo todavía por ser estudiante	5	13	2	7	
Diagnóstico					
Esquizofrenia	18	45	13	46	0,001
Trastorno esquizofreniforme	2	5	14	50	
Trastorno esquizoafectivo	8	20	0	0	
Psicosis reactiva breve	9	22	0	0	
Trastorno delirante	1	3	1	4	
Trastorno psicótico no especificado	2	5	0	0	

Las diferencias se compararon con la prueba de la ji al cuadrado. Se consideró que los resultados eran estadísticamente significativos con un nivel de 0,05. ^a Nivel socioeconómico de la familia de origen medido con la escala de Hollingshead-Redlich Scale (Hollingshead y Redlich, 1958) que varía desde I (alto) hasta V (bajo). NS, no significativo.

una decisión de consenso. Además, en el centro español se utilizó sistemáticamente la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del manual DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995) como parte de la práctica clínica para facilitar la toma de decisiones diagnósticas. De

acuerdo con todos estos datos se hizo un diagnóstico conforme al manual *DSM-III-R*. El diagnóstico final se confirmó después de 6 meses.

La tabla 1 muestra que la proporción de pacientes que vivían independientemente de su familia de origen difería significativamente entre los grupos de pacientes. También había diferencias significativas en la distribución de frecuencias de las categorías diagnósticas entre los grupos de pacientes.

Mediciones iniciales

Se utilizaron las escalas BPRS (Overall y Gorham, 1962) y Escala de evaluación global (*Global Assessment Scale*, GAS) (Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen, 1976) y un cuestionario semiestructurado estandarizado para obtener los datos en el momento del ingreso; el psiquiatra responsable del tratamiento del paciente evaluó las escalas BPRS y GAS inmediatamente después del inicio del tratamiento. El equipo investigador obtuvo los datos del cuestionario de los pacientes y sus familias durante las primeras 3 semanas de tratamiento. Lamentablemente, debido a la naturaleza transcultural de los datos y a la diferencia temporal en su recogida, no pudimos estudiar la fiabilidad interobservador transnacional.

La escala BPRS se utilizó para evaluar el tipo y el grado de los síntomas. La escala BPRS es una de las escalas más utilizadas en la investigación psiquiátrica de las psicosis, con propiedades psicométricas bien establecidas en relación con su fiabilidad, validez y sensibilidad (véase una revisión completa en Hedlund y Vieweg, 1980). En la versión de la escala BPRS utilizada en este estudio se valoraron 18 síntomas en una escala que variaba desde 1 hasta 7 (1 indica ausencia del síntoma y 7 indica manifestación grave del síntoma). A partir de la escala BPRS se obtenía la puntuación total y la evaluación de la presencia de síntomas psicóticos. Esta última se definía como alcanzar el umbral en al menos uno de los siguientes elementos sintomáticos de la escala BPRS: preocupación somática =5, suspicacia =4, grandiosidad =3, conducta alucinatoria =2, sentimientos de culpa =5, contenido anormal del pensamiento =4 y desorganización conceptual =3. Estos valores de corte se han adaptado de McGorry, Goodwin y Stuart (1988) como las menores puntuaciones posibles de la escala BPRS que indican la presencia de síntomas psicóticos.

La escala GAS, que evalúa tanto la gravedad de los síntomas como el nivel de funcionamiento social, se puntuó de 0 a 9 (0 indica el peor nivel de funcionamiento y 9 el mejor), y además de esto se consideró que los pacientes que tenían una puntuación de 6 o más en la escala GAS tenían un buen funcionamiento global. La puntuación de 6 indica ligero dete-

rioro del funcionamiento, de manera que la mayoría de las personas no considerarían que el paciente esté enfermo. Se han documentado bien las propiedades psicométricas de la escala GAS (Endicott et al., 1976).

Se utilizó el Eje V del manual *DSM-III* (APA, 1980) para evaluar el nivel de funcionamiento en el año previo al ingreso para el tratamiento. En esta medida el funcionamiento total se evalúa en una escala que va de 1 a 7 (1 indica el mejor nivel de funcionamiento y 7 el peor). Se ha encontrado que esta medición es psicométricamente sólida (Schrader, Gordon y Harcourt, 1986; Skodol, Link, Shrout y Horwath, 1988).

El cuestionario semiestructurado incluye una evaluación del funcionamiento psicosocial premórbido y más reciente del paciente y de sus relaciones familiares. Las preguntas utilizadas en este estudio se enumeran en la tabla 2. La mayor parte de la información se mide en una escala de 0 (buena adaptación) a 3 (problema grave). Las preguntas se estan-

Tabla 2

Correlaciones entre las características iniciales de adaptación social y la evolución

	Pacientes finlandeses (n = 40)			Pacientes españoles (n = 28)		
	BPRS alto	GAS bajo	<i>Grip on Life</i> alto	BPRS alto	GAS bajo	<i>Grip on Life</i> alto
Medidas clínicas al ingreso						
BPRS alto	-0,08	0,06	0,15	0,15	0,09	-0,07
GAS alto	-0,28	0,45**	0,34	0,12	0,27	0,18
Funcionamiento *** general en el año previo al ingreso						
<i>Grip on Life</i> alto	0,10	0,42**	0,52***	0,25	0,51**	0,51**
Mal funcionamiento global	0,40	0,50**	0,43**	0,26	0,52**	0,34
Relaciones interpersonales en el año previo al ingreso						
Red social débil	0,51**	0,53***	0,61***	0,29	0,58***	0,49**
Pocos contactos sociales con amigos	0,30	0,37	0,58***	0,37	0,38	0,43
Ausencia de actividades de ocio sociales	0,34	0,43**	0,45**	0,00	0,34	0,16
Ausencia de estabilidad en las relaciones de pareja	0,62***	0,51***	0,36	0,17	0,37	0,32
Relaciones familiares						
Vida con la familia de origen	0,13	0,18	0,01	-0,09	-0,05	0,25
Dependencia psicológica de la familia de origen	0,42	0,49**	0,22	0,13	0,58***	0,64***
Críticas parentales	0,32	0,21	0,28	-0,12	-0,49	-0,09
Implicación emocional parental excesiva	0,33	0,39	0,21	0,07	0,09	0,40

*Se utilizó la prueba del coeficiente de correlación por rangos de Spearman. Se consideró que los resultados eran estadísticamente significativos en el nivel de 0,01. **p < 0,01; ***p < 0,001. BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale; GAS, Global Assessment Scale.*

darizan con instrucciones formuladas cuidadosamente para cada una de las preguntas. Un estudio de Salokangas, Rääkköläinen y Alanen (1985) ha confirmado que la fiabilidad de este cuestionario es satisfactoria.

Se calculó una puntuación resumen que indicaba la solidez de la red social del paciente. Está formada por los siguientes elementos incluidos en el cuestionario semiestructurado: frecuencia de contactos sociales con amigos, tipo de actividades de ocio (sociales o solitarias) y estabilidad de las relaciones de pareja en el año previo al ingreso. Se midió en una escala de 0 (fuerte) a 10 (débil).

El cuestionario semiestructurado incluía la evaluación de la escala Compromiso con la vida (*Grip on Life*) del paciente (Alanen, Rääkköläinen, Laakso, Rasimus y Kaljonen, 1986; Salokangas, Rääkköläinen y Alanen, 1989), que es una evaluación general de la adaptación psicosocial. La escala evalúa los intentos del paciente de conseguir los objetivos y las formas de satisfacción que normalmente se asocian a las relaciones interpersonales, la vida social y la actividad laboral de una persona adulta. La evaluación se basa en gran medida en la información obtenida por la observación sobre las actitudes subjetivas del paciente. Se presta atención a los pensamientos del paciente y a su esperanza en relación con su futuro, además de su situación actual. En la evaluación de la herramienta *Grip on Life* se utilizaron las siguientes puntuaciones: 0 significa que la consecución por el paciente de los objetivos relacionados con el transcurso de su vida y las satisfacciones ofrecidas por las relaciones humanas es buena; 1 significa que la consecución por el paciente de sus objetivos vitales y sus modos de satisfacción se ha mantenido en su mayor parte; 2 significa que la consecución por el paciente se ha perdido de manera considerable (signos de apatía y desesperanza, aunque existe cierta esperanza a largo plazo); 3 significa que el paciente ha abandonado por completo sus objetivos vitales (no ha hecho ningún intento serio de alcanzar la satisfacción mediante las relaciones humanas). La línea divisoria más importante está entre las puntuaciones 1 y 2. Se considera que los pacientes que tienen una puntuación de 0 o 1 han mantenido el compromiso con la vida, mientras que los que no tienen puntuaciones de 2 o 3 han perdido claramente el compromiso con la vida.

Las únicas diferencias significativas en los valores iniciales entre los dos grupos de pacientes fueron que los pacientes finlandeses tenían una resolución significativamente más fuerte ($p = 0,010$) y más actividades de ocio sociales ($p = 0,001$) en el año previo al ingreso que sus homólogos españoles.

No hubo diferencias de sexo estadísticamente significativas en las características iniciales, ni entre los que participaron en el seguimiento los 12 meses y los que no lo hicieron.

Criterios de valoración

El investigador o el equipo de investigación que había realizado la evaluación inicial reevaluó a todos los pacientes 12 meses después del ingreso. La finalidad de la entrevista de seguimiento fue reevaluar el resultado y registrar los tratamientos que había recibido el paciente durante el período en estudio. Se utilizaron las escalas BPRS, GAS y *Grip on Life* como medida del resultado.

Tratamiento recibido durante el período de seguimiento

En el momento de su inclusión en el estudio todos los pacientes españoles estaban ingresados en el hospital, mientras que la muestra finlandesa estaba formada por pacientes ingresados (64%) y ambulatorios (36%). La tabla 3 muestra el tratamiento que recibieron los dos grupos de pacientes durante el período de seguimiento.

Tabla 3
Tratamiento utilizado durante el seguimiento de 12 meses

	Pacientes finlandeses (n = 40)		Pacientes españoles (n = 28)	
	F	%	F	%
Hospitalizados parte del tiempo	26	65	28	100%
Hospitalización en semanas en los pacientes hospitalizados, M y DT	11,3	15,1	4,8	2,8
Neurólépticos durante parte del tiempo	16	40	28	100%
Uso de neurólépticos en semanas en los pacientes que tomaron neurólépticos, M y DT	14,6	14,4	42,9	17,0
Tranquilizantes durante parte del tiempo	30	75	16	57
Uso de tranquilizantes en semanas en los pacientes que tomaron tranquilizantes, M y DT	24,0	17,9	18,1	17,0
Psicoterapia individual	22	55	0	0
Terapia familiar (familia primaria)	32	80	1	4
Terapia familiar (familia secundaria)	17	43	0	0
Terapia de grupo	7	18	28 ^a	100
Terapia ocupacional	8	20	19	68
Rehabilitación	14	35	6	21

^a 19 (68%) pacientes recibieron terapia de grupo durante más de 8 semanas. DT, desviación típica.

Los dos grupos de pacientes recibieron modalidades terapéuticas muy diferentes. Sin embargo, en los tres centros se insistió en una actitud psicoterápica. El grupo de pacientes finlandés estuvo expuesto a un servicio ambulatorio más completo que el grupo español. Se les trató de acuerdo con el “abordaje adaptado a las necesidades” finlandés que insiste en el trabajo en equipo, la participación del paciente y de su familia y las actitudes psicoterápicas básicas. Este modelo se ha descrito en detalle en otros trabajos (Alanen, 1997; Alanen, Lehtinen, Lehtinen, Aaltonen y Rökköläinen, 1999). Los pacientes finlandeses entraron en un programa de psicosis temprana que ofrecía una gama completa de tratamientos psicosociales adaptados especialmente a las necesidades de cada paciente.

Los pacientes españoles habitualmente recibían 2-3 semanas de tratamiento intrahospitalario con terapia de grupo tres veces a la semana en la planta. Veinticuatro (86%) de los pacientes españoles continuaron el tratamiento en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón después del alta. Veinte de estos 24 pacientes participaron en terapia de grupo (González de Chávez y García-Ordás, 1992; González de Chávez, Gutiérrez, Ducaju y Fraile, 2000) una vez a la semana en la unidad ambulatoria psiquiátrica del hospital. Se derivó al resto de los pacientes a los servicios de salud mental comunitarios, donde recibieron un tratamiento de seguimiento estándar y relativamente limitado.

Los dos centros finlandeses de este estudio aplicaron un régimen de “uso mínimo de neurolépticos” desarrollado para el proyecto API. Esto significaba que, siempre que fuera posible, durante las primeras 3 semanas tras el ingreso el tratamiento con neurolépticos no se iniciaba o se posponía. En el centro español los neurolépticos se utilizaron de acuerdo con la práctica habitual.

Análisis de los datos

Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS para Windows (versión 17.0). Como la mayoría de las variables no tenían una distribución normal, se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. Las diferencias entre grupos se analizaron con la prueba de la *U* de Mann-Whitney. Las variables nominales se tabularon, y las relaciones se evaluaron con la prueba de la χ^2 al cuadrado de Pearson (con corrección por la continuidad). El cambio de los criterios de valoración entre el ingreso y el seguimiento de los 12 meses se midió con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Se utilizaron los coeficientes de correla-

ción por rangos de Spearman para calcular la correlación entre los resultados y las variables iniciales en ambos grupos de pacientes. Las diferencias de las correlaciones entre las medidas iniciales y finales entre los grupos de pacientes finlandeses y españoles se determinaron utilizando la transformación z de Fisher (McNemar, 1969). Todas las pruebas estadísticas eran bilaterales. Se consideró que los resultados eran estadísticamente significativos al nivel de 0,05 para las comparaciones de las medias y las frecuencias y para las correlaciones entre los criterios de valoración. Para las correlaciones entre las medidas iniciales y finales se utilizó un nivel de significación de 0,01 para reducir la probabilidad de aceptar asociaciones significativas que se producían de forma aleatoria.

Resultados

Correlaciones entre los criterios de valoración

En el grupo de pacientes finlandés la puntuación de la escala BPRS se correlacionó significativamente con las de las escalas GAS ($r = -0,78$, $p < 0,01$) y *Grip on Life* ($r = 0,55$, $p < 0,001$), y la escala GAS se correlacionaba con la escala *Grip on Life* ($r = -0,69$, $p < 0,001$). En el grupo de pacientes español la escala BPRS se correlacionaba con las escalas GAS ($r = -0,44$, $p = 0,021$) y *Grip on Life* ($r = 0,40$, $p = 0,035$), y la escala GAS se correlacionaba con la escala *Grip on Life* ($r = -0,72$, $p < 0,001$).

Valores iniciales y de seguimiento de los criterios de valoración

La tabla 4 presenta los datos de las escalas BPRS, GAS y *Grip on Life* en el momento del ingreso y en el seguimiento.

La puntuación de la escala BPRS disminuyó significativamente desde el ingreso hasta el seguimiento en el grupo de pacientes finlandés ($Z = -3,73$, $p < 0,001$) y en el grupo español ($Z = -4,25$, $p < 0,001$) (tabla 4). El 24% de los pacientes finlandeses y el 21% de los españoles tenían síntomas psicóticos en el seguimiento.

La puntuación de la escala GAS aumentó desde el ingreso hasta el seguimiento en los grupos de pacientes finlandés ($Z = -2,90$, $p = 0,004$) y en el español ($Z = -3,07$, $p = 0,002$). Aproximadamente el 60% de los pacientes tenían una buena puntuación en la escala GAS en el seguimiento.

Tabla 4

Puntuaciones de las escalas BPRS, GAS y Grip on Life en el ingreso y en el seguimiento a los 12 meses

	Pacientes finlandeses (<i>n</i> = 40)		Pacientes españoles (<i>n</i> = 28)		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
BPRS ^a					
Al ingreso	46,3	11,8	49,8	10,3	NS
En el seguimiento	32,2	12,7	32,4	10,9	NS
GAS					
Al ingreso	4,7	1,3	4,8	1,8	NS
En el seguimiento	5,6	1,9	6,1	1,5	NS
GAS, 6 o más, <i>F</i> y %					
Al ingreso	11	28	9	32	NS
En el seguimiento	23	58	18	64	NS
<i>Grip on Life</i>					
En el año previo al ingreso	1,2	0,9	1,8	0,7	0,007
En el seguimiento	1,1	0,9	1,6	0,7	0,013
Mantuvieron la puntuación de la escala <i>Grip on Life</i> (0 o 1), <i>F</i> y %					
En el año previo al ingreso	26	65	10	36	0,033
En el seguimiento	26	65	12	43	NS

Las diferencias se utilizaron con los estadísticos U de Mann-Whitney o ji al cuadrado. Se consideró que los resultados eran estadísticamente significativos con el nivel de 0,05. ^a Las puntuaciones de la escala BPRS estaban disponibles para 33 pacientes finlandeses. BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale; GAS, Global Assessment Scale; NS, no significativo.

No hubo ningún cambio significativo de la puntuación de la escala *Grip on Life* desde el año previo al ingreso hasta el seguimiento en ninguno de los grupos de pacientes. Sin embargo, los pacientes finlandeses tuvieron una puntuación media de la escala *Grip on Life* significativamente mejor en el año previo al ingreso ($U = 357$, $p = 0,007$) y en el seguimiento ($U = 372$, $p = 0,013$) que los españoles. Además, una mayor proporción de pacientes finlandeses mantuvieron la puntuación de la escala *Grip on Life* en el año antes del ingreso en comparación con los españoles ($\chi^2 [1, N = 68] = 4,56$, $p = 0,033$).

Correlaciones entre las características iniciales y los criterios de valoración

La tabla 2 presenta las correlaciones entre las características iniciales de adaptación social y los criterios de valoración en ambos grupos de pacientes por separado.

En el grupo de pacientes finlandés, una red social débil y la ausencia de estabilidad en las relaciones de pareja en el año previo al ingreso se asociaron a mayor puntuación de la escala BPRS en el seguimiento, mientras que en el grupo español la puntuación de la escala BPRS en el seguimiento se correlacionaba con ninguna de las medidas iniciales.

En ambos grupos de pacientes una red social débil y un funcionamiento global escaso en el año previo al ingreso, una puntuación alta en la escala *Grip on Life* y la dependencia psicológica de la familia de origen se asociaron a una puntuación baja de la escala GAS en el seguimiento. En el grupo de pacientes finlandeses una puntuación baja de la escala GAS en el momento del ingreso, la ausencia de actividades de ocio sociales y la ausencia de estabilidad de las relaciones de pareja el año previo al ingreso se asociaron a una puntuación baja de la escala GAS en el seguimiento. En el grupo de pacientes español un nivel bajo de críticas parentales se asoció a puntuación baja en la escala GAS.

En los dos grupos de pacientes una puntuación baja en la escala *Grip on Life* y una red social débil en el año previo al ingreso se asociaron a una puntuación alta de la escala *Grip on Life* en el seguimiento. En el grupo finlandés un número escaso de contactos sociales con amigos, la ausencia de actividades de ocio sociales y un funcionamiento global malo en el año previo al ingreso se asociaron a una puntuación alta de la escala *Grip on Life*. En los pacientes españoles la dependencia psicológica de la familia de origen se correlacionó con una puntuación alta de la escala *Grip on Life*.

Además de inspeccionar las correlaciones de las variables iniciales y finales dentro de cada uno de los grupos de pacientes nacionales, se analizaron las diferencias de estas correlaciones entre los grupos de pacientes finlandeses y españoles. Hubo diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes en la correlación entre la estabilidad de las relaciones de pareja y la escala BPRS ($z = 2,14$, $p = 0,016$), la dependencia psicológica de la familia de origen y la escala *Grip on Life* ($z = 2,06$, $p = 0,019$), y las críticas parentales y la escala GAS ($z = 2,89$, $p = 0,002$).

Diferencias entre sexos

No hubo diferencias significativas entre sexos en ninguno de los dos grupos de pacientes, ni en los criterios de valoración y las asociaciones entre las variables iniciales y los criterios de valoración.

Discusión

En este estudio de seguimiento observacional naturalista se analizaron las asociaciones entre la evolución a los 12 meses y las variables que indicaban características de adaptación social en dos grupos de pacientes con un primer episodio de psicosis en Finlandia y en España. Se utilizaron tres criterios de valoración: nivel de síntomas (escala BPRS), funcionamiento global (escala GAS) y escala *Grip on Life*, para evaluar diferentes aspectos del funcionamiento.

El nivel de síntomas y funcionamiento global mejoraron significativamente en ambos grupos de pacientes durante el seguimiento. Menos de la cuarta parte de los pacientes tuvieron síntomas psicóticos, y aproximadamente el 60% de los pacientes tenían un buen funcionamiento global en el seguimiento. No hubo ningún cambio significativo de la puntuación de la escala *Grip on Life*. El 65% de los pacientes finlandeses mantenían la puntuación de la escala *Grip on Life* en el seguimiento, mientras que la cifra correspondiente era del 43% para los españoles. La puntuación de la escala *Grip on Life* fue mejor en los pacientes finlandeses que en los españoles tanto el año previo al ingreso como en el seguimiento.

La evolución de los pacientes de este estudio fue mejor que la que se ha descrito en otros muchos estudios de un primer episodio de psicosis con un período de seguimiento similar, especialmente en relación con los síntomas psicóticos (Rabiner, Wegner y Kane, 1986; Scottish Schizophrenia Research Group, 1988; Wieselgren y Lindström, 1996). En consonancia con nuestro estudio, Edwards, Maude, McGorry, Harrigan y Cocks (1998) también encontraron que las tres cuartas partes de los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia no tenían síntomas psicóticos duraderos en el seguimiento a los 12 meses. Debido a la diferencia de los criterios de valoración utilizados es difícil comparar nuestros resultados obtenidos con las escalas GAS y *Grip on Life* con los de otros estudios. Nuestro hallazgo de que aproximadamente el 60% de los pacientes tuvieron una evolución buena, como indica el buen funcionamiento global

y el mantenimiento de la puntuación de la escala *Grip on Life*, concuerda bien con otros trabajos similares sobre el resultado funcional tras un primer episodio de psicosis (Cullberg, Levander, Holmqvist, Mattson y Wieselgren, 2002). El hallazgo de que los síntomas positivos mejoraron más durante el primer año de la enfermedad que las puntuaciones de las escalas GAS o *Grip on Life* concuerda con los resultados de un estudio previo de Salokangas (1997).

La escala BPRS se asoció a menos variables iniciales que las escalas GAS y *Grip on Life*. En el grupo de pacientes españoles una de las variables iniciales se relacionó con la escala BPRS en el seguimiento. También en el grupo de pacientes finlandeses se asoció un número claramente menor de variables a la escala BPRS que a las otras dos medidas de resultados. Por lo tanto, nuestros resultados confirman los hallazgos de otros estudios que demuestran que el nivel de síntomas a los 12 meses probablemente sea razonablemente independiente de las características iniciales medidas durante el ingreso, y que se puede predecir peor que el funcionamiento social (Gaebel y Pietzcker, 1987). Un motivo de esto puede ser que con el tratamiento intensivo, médico o de otro tipo, la mayoría de los síntomas psicóticos de los pacientes disminuyen durante el primer año.

Las características iniciales que representan la adaptación psicosocial previa se asociaron claramente con la evolución en ambos grupos de pacientes. Los pacientes que tenían una red social más débil y peor funcionamiento global en el año previo al ingreso, que tenían una puntuación mayor en la escala *Grip on Life* y que tenían más dependencia psicológica de la familia de origen tuvieron peor evolución. Estas correlaciones entre las características iniciales y los criterios de valoración concuerdan con hallazgos previos que demuestran que las variables relacionadas con la adaptación social previa, como adaptación escasa antes del comienzo de la enfermedad, mal funcionamiento global, escasa red social previa, aislamiento social y puntuación alta en la escala *Grip on Life*, permiten predecir una mala evolución tras un primer episodio de psicosis (Alanen et al., 1986; Erickson, Beiser, Iacono, Fleming y Lin, 1989; Salokangas et al., 1989; Jablensky et al., 1992; Wieselgren y Lindström, 1996; Larsen, Moe, Vibe-Hansen y Johannessen, 2000; Perkins et al., 2004; Singh, Burns, Amin, Jones y Harrison, 2004; Malla et al., 2006; Rabinowitz, Harvey, Eerdeken y Davidson, 2006; Lambert et al., 2008).

Algunas características iniciales se asociaron a la evolución en solo uno de los grupos de pacientes. En el grupo finlandés los pacientes que tenían menos contactos sociales con amigos, menos actividades de ocio

sociales y menos estabilidad en las relaciones de pareja en el año previo al ingreso, y menor puntuación en la escala GAS en el momento del ingreso, tuvieron peor evolución. Curiosamente, en el grupo español los pacientes que tenían menor nivel de críticas parentales tuvieron peor evolución. Este hallazgo bastante poco habitual de peor evolución en los pacientes españoles con menos críticas parentales es compatible con los resultados de un estudio de King y Dixon (1995), lo que indica que dicha crítica puede llevar a los pacientes a ser más activos en sus roles sociales. Esta noción parece concordar con nuestro hallazgo de que la dependencia psicológica de la familia en el grupo de pacientes españoles solo se asoció a la escala *Grip on Life* como criterio de valoración. Esta medida indica el nivel de implicación en actividades de la vida cotidiana y las perspectivas para el futuro relevantes para la edad, y este resultado podría reflejar la diferencia de tipo de alojamiento entre los dos grupos.

¿Qué conclusiones se pueden extraer de estos hallazgos? En conjunto, en los grupos de pacientes finlandés y español las características iniciales indicativas del nivel de adaptación social antes del ingreso se asociaron a la evolución. No obstante, nuestros datos mostraron algunas diferencias interesantes en las asociaciones entre determinados aspectos de la adaptación social previa al tratamiento y la evolución durante el seguimiento. Para los pacientes finlandeses hubo una relación evidente entre los indicadores de la calidad de la integración del individuo en el campo social extrafamiliar y la evolución, mientras que la única característica de la adaptación social que se relacionó significativamente con la evolución solo en los pacientes españoles, las críticas parentales, fue un indicador de las relaciones intrafamiliares. Además, en el grupo de pacientes español la dependencia psicológica de la familia de origen tenía una relación más intensa con la evolución.

Aunque estos hallazgos son preliminares, consideramos que pueden ser indicativos de una interacción entre la influencia predictiva más general de las características de la adaptación social previa al tratamiento y algunas características de los respectivos entornos socioculturales de los pacientes de los dos países. Como ya hemos señalado previamente (Kalla et al., 2002), los pacientes del grupo finlandés vivían independientemente de su familia de origen con más frecuencia y tenían más relaciones sociales fuera de la familia que los del grupo español. La inmensa mayoría de los pacientes españoles vivían con sus familias de origen. A este respecto, los miembros de estos dos grupos de pacientes seguían el patrón sociocultural predominante de sus iguales en sus países de origen. Parece que los entornos socioculturales de las sociedades finlandesa y española presentan a los adultos jóvenes de la edad de nuestros pacien-

tes diferentes tareas relacionadas con el desarrollo. Para los adultos jóvenes finlandeses se trata de establecer relaciones sociales fuera del círculo familiar, mientras que para los adultos jóvenes españoles se trata de remodelar las relaciones con los miembros de su familia de origen. Parece que nuestros datos indican que el grado en el que estos pacientes con un primer episodio de psicosis tienen éxito o fracasan en estas tareas del desarrollo relacionadas con la edad y específicas de su cultura, además de los aspectos de la adaptación social compartidos culturalmente, tiene cierta relación con su correspondiente evolución tras 12 meses.

Sin embargo, los hallazgos y las conclusiones del presente estudio se deben contemplar con precaución. Decidimos realizar un estudio observacional prospectivo y naturalista que, a pesar de la ausencia de condiciones de investigación aleatorizadas y controladas, tiene la ventaja de incluir una mayor variedad de pacientes con múltiples modalidades terapéuticas, de manera que da resultados que son más representativos de la práctica clínica del "mundo real" (Pinsof y Wynne, 2000; Nash et al., 2004). Entre los inconvenientes del presente estudio están el pequeño tamaño muestral, la elevada tasa de abandonos, el período de seguimiento corto, la heterogeneidad de los diagnósticos y la ausencia de información sobre la fiabilidad de las prácticas diagnósticas en las distintas unidades de investigación. Además, las dos muestras de pacientes se recogieron en diferentes momentos. La incidencia de un primer episodio de psicosis en el centro español, en comparación con el tamaño del área de captación, también fue muy baja. Un posible motivo podría ser que el efecto protector de vivir con la familia de origen desaconseja el uso de servicios profesionales en personas con síntomas psicóticos menos graves. También es posible que estas personas hayan sido tratadas en el medio ambulatorio por otras enfermedades y, por lo tanto, no hayan sido derivados al centro de investigación español. En general, en España la inmensa mayoría de los pacientes con trastornos esquizofrénicos, como los pacientes de salud mental en general, son tratados en el sistema sanitario público y muy raramente solo en hospitales privados o consultas privadas (García, Espino y Lara, 1998). Además, la actitud estándar es que los médicos generales deriven todos los casos de psicosis a los servicios públicos de salud mental; estos servicios especializados son gratuitos en el centro asistencial.

Además de esto, no es posible determinar la magnitud en la que las diferencias terapéuticas pueden haber influido en la evolución. Se trató a los pacientes con diversas modalidades terapéuticas en consonancia con sus necesidades cambiantes. Los pacientes finlandeses recibieron una variedad más completa de tratamiento psicosociales y menos neurolé-

ticos que los pacientes españoles. Fue bastante sorprendente que la evolución de los grupos de pacientes finlandeses y españoles fuera tan similar, sobre todo teniendo en cuenta que cabría haber esperado que los primeros, con mejor adaptación social previa, hubieran tenido mejor evolución que los últimos. Por supuesto, se podría plantear la pregunta de si los pacientes finlandeses con síntomas psicóticos en el seguimiento se habrían recuperado mejor si hubieran tomado neurolépticos durante el período de seguimiento. Además, podría haber influido en los resultados el hecho de que los datos de los pacientes españoles se obtuvieran en un punto temporal posterior, lo que pudiera haber condicionado que los pacientes hubieran recibido neurolépticos nuevos.

Los hallazgos de este estudio indican que variables relacionadas con la adaptación social previa son importantes en el pronóstico de los pacientes con trastornos esquizofrénicos, mientras que su importancia está mediada por el entorno social. El contexto sociocultural puede modelar los caminos mediante los cuales los procesos familiares están relacionados con la evolución de los trastornos esquizofrénicos. Son necesarios más estudios para tener un mejor conocimiento de los mecanismos de los factores socioculturales y de sus efectos sobre la evolución de la psicosis esquizofrénica para poder aprovechar dicho conocimiento para el desarrollo del tratamiento y la rehabilitación.

Bibliografía

- Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia: Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y.O.; Lehtinen, V.; Lehtinen, K.; Aaltonen, J. & Rääkköläinen, V. (1999). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis. Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 235-265). London: Gaskell.
- Alanen, Y.O., Rääkköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R., & Kaljonen, A. (1986). *Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Author.
- Cullberg, J.; Levander, S.; Holmqvist, R.; Mattson, M. & Wieselgren, I.M. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 276-285.
- Edwards, J.; Maude, D.; McGorry, P.; Harrigan, S.M. & Cocks, J.T. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172(Suppl. 33), 107-116.

- Endicott, J.; Spitzer, R.L.; Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Erickson, D.H.; Beiser, M.; Iacono, W.G.; Fleming, J.A.E. & Lin, T. (1989). The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1456-1461.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon, M. & Williams, J.B. (1995). *Structured clinical interview for DSM IV axis I disorders (SCID-1). Clinical version*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Gaebel, W. & Pietzcker, A. (1987). Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part II. Prediction of outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 299-306.
- García, J.; Espino, A. & Lara, L. (1998). *La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- González de Chávez, M. & García-Ordás, A. (1992). Group therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to schizophrenia. In A. Werbart & J. Cullberg (Eds.), *Psychotherapy of schizophrenia - facilitating and obstructive factors* (pp. 120-130). Oslo: Scandinavian University Press.
- González de Chávez, M.; Gutiérrez, M.; Ducaju, M. & Fraile, J.C. (2000). Comparative study of the therapeutic factors of group therapy in schizophrenic inpatients and outpatients. *Group Analysis*, 33, 251-264.
- Hedlund, J.L. & Vieweg, B.W. (1980). The brief psychiatric rating scale (BPRS): A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 11, 48-65.
- Hollingshead, A.B., & Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: John Wiley & Sons.
- Hopper, K. (2004). Interrogating the meaning of "culture" in the WHO international studies of schizophrenia. In J.H. Jenkins & R.J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, culture, and subjectivity* (pp. 62-86). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hopper, K. & Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: Results from ISOs, the WHO collaborative follow up project. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 835-846.
- Iacovou, M. (2002). Regional differences in the transition to adulthood. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 580, 40-69.
- Jablensky, A.; Sartorius, N.; Ernberg, G.; Anker, M.; Korten, A.; Cooper, J.E. y Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestation, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine*, (Monograph Suppl. 20), 1-97.
- Jenkins, J.H. & Barrett, R.J. (2004). *Schizophrenia, culture, and subjectivity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jenkins, J.H. & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149, 9-21.
- Kalla, O.; Aaltonen, J.; Wahlström, J.; Lehtinen, V.; García Cabeza, I. & González de Chávez, M. (2002). Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 265-275.
- Karno, M. & Jenkins, J.H. (1993). Cross-cultural issues in the course and treatment of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 339-350.

- Karno, M.J.; Hough, R.L.; Burnam, M.A.; Escobar, J.I.; Timbers, D.M.; Santana, F. & Boyd, J.H. (1987). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 44, 695-701.
- King, S., & Dixon, M.J. (1995). Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophrenia Research*, 14, 121-132.
- Kluve, J. (2004, June). *The effect of young adults' nest-leaving on parental happiness*. Paper presented at the EPUNet Second Annual Conference, Berlin.
- Lambert, M.; Naber, D.; Schacht, A.; Wagner, T.; Hundemer, H.-P.; Karow, A. y Shimmelmann, B.G. (2008). Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 220-229.
- Larsen, T.K.; Moe, L.C.; Vibe-Hansen, L. & Johannessen, J.O. (2000). Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 45, 1-9.
- Leff, J.; Sartorius, N.; Jablensky, A.; Korten, A. & Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia: Five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, 22, 131-145.
- Lehtinen, V.; Aaltonen, J.; Koffert, T.; Rääköläinen, V. & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-320.
- Lehtinen, V.; Aaltonen, J.; Koffert, T.; Rääköläinen, V.; Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 281-287.
- López, S.R.; Nelson Hipke, K.; Polo, A.J.; Jenkins, J.H.; Karno, M.; Vaughn, C. & Snyder, K.S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 428-439.
- Malla, A.; Norman, M.; Schmitz, N.; Manchanda, R.; Bechard-Evans, L.; Takhar, J. & Hariharan, R. (2006). Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: A two-year outcome study. *Psychological Medicine*, 36, 649-658.
- McGorry, P.D.; Goodwin, R.J. & Stuart, G.W. (1988). The development, use and reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale (nursing modification): An assessment procedure for the nursing team in clinical and research setting. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 575-587.
- McNemar, Q. (1969). *Psychological statistics*. New York: John Wiley and Sons.
- Nash, L.; Gorrell, J.; Cornish, A.; Rosen, A.; Miller, V. & Tennant, C. (2004). Clinical outcome of an early psychosis intervention program: Evaluation in a real-world context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 694-701.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Perkins, D.O.; Lieberman, J.A.; Gu, H.; Tohen, M.; McEvoy, J.; Green, A.I. ... & Tollefson, G. (2004). Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 18-24.
- Pinsof, W.M. & Wynne, L.C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8.
- Rabiner, C.J.; Wegner, J.T. & Kane, J.M. (1986). Outcome study of first-episode psychosis, I: Relapse rates after 1 year. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1155-1158.

- Rabinowitz, J.; Harvey, P. D.; Eerdekens, M. & Davidson, M. (2006). Premorbid functioning and treatment response in recent-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 31-35.
- Rossi, G. (1997). The nestlings. Why young adults stay at home longer: The Italian case. *Journal of Family Issues*, 18, 627-644.
- Salokangas, R.K.R. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 459-468.
- Salokangas, R.K.R.; Rääköläinen, V. & Alanen, Y.O. (1985). *Development of the treatment of new schizophrenic patients (NSP-project). I. Research questionnaires and the reliability study* (in Finnish, with English summary). Reports of Psychiatrica Fennica: Report 68.
- Salokangas, R.K.R.; Rääköläinen, V. & Alanen, Y.O. (1989). Maintenance of grip on life and goals of life: A valuable criterion for evaluating outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 187-193.
- Sartorius, N.; Jablensky, A.; Korten, A.; Ernberg, G.; Anker, M.; Cooper, J.E. & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report of the initial evaluation phase of the WHO study of determinants of outcome of severe mental disorder. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.
- Schrader, G.; Gordon, M. & Harcourt, R. (1986). The usefulness of DSM-III axis IV and axis V assessments. *American Journal of Psychiatry*, 143, 904-907.
- Scottish Schizophrenia Research Group. (1988). V. The Scottish first episode schizophrenia study: One-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 152, 470-476.
- Shepherd, M.; Watt, D.; Falloon, I. & Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia: A five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine*, (Monogr Suppl. 15).
- Singh, S.P.; Burns, T.; Amin, S.; Jones, P.B. & Harrison, G. (2004). Acute and transient psychotic disorders: Precursors, epidemiology, course and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 185, 452-459.
- Skodol, A.E.; Link, B.G.; Shrout, P.E. & Horwath, E. (1988). Toward construct validity for DSM-III axis V. *Psychiatry Research*, 24, 13-23.
- Wieselgren, I.-M. & Lindström, L.H. (1996). A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 9-19.
- World Health Organization. (1979). *Schizophrenia: An international follow-up study*. New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (WHO Regional Office for Europe). (2001). *Health for all: Statistics database*. Copenhagen, NY: WHO.

Factores terapéuticos en grupos de pacientes con psicosis

Ignacio García Cabeza

Mauricio Ducajú

Esther Chapela

Manuel González de Chávez

Introducción

La psicoterapia de grupo se ha mostrado como un instrumento útil en el tratamiento de los pacientes psicóticos (Kanas, 1996), en gran medida porque aporta una serie de elementos únicos que favorecen tanto la mejor evolución como conocimiento del paciente, entre los que destacamos el mirroring, contexto y factores terapéuticos grupales (González de Chávez, 2009). Centrándonos en los factores terapéuticos grupales, nos referimos a una serie de mecanismos de acción terapéutica que actúan como mecanismos de cambio, contribuyendo al proceso terapéutico, inherentes a la interacción o dinámica grupal y, componentes básicos o elementales del fenómeno de cambio terapéutico derivado de la matrix grupal, no directamente asociados a la acción del terapeuta (Yalom, 1985). Bloch & Crouch (1985) definen un factor terapéutico como “un elemento de la terapia grupal que contribuye a mejorar una condición del paciente y es función de las acciones del terapeuta del grupo, de otros miembros del grupo, y del paciente en sí mismo”, diferenciándolo de las condiciones para el cambio y de las técnicas.

El estudio de los factores terapéuticos comienza a mediados de los 50 cuando Corsini y Rosenberg (1955) revisan más de 300 artículos sobre psicoterapia de grupo e intentan ordenar y clasificar los mecanismos que cada autor identifica como elemento esencial para el éxito terapéutico. Sin embargo no es hasta pasadas más de dos décadas cuando comienza el desarrollo e investigación sobre los mismos, destacando los trabajos de Bloch y Crough (1985), Yalom (1985) y MacKenzie (1990). En gran medida este impulso se debe a la aparición de instrumentos válidos y fiables que permiten la replicación y comparación de estudios, especialmente el cuestionario sobre factores terapéuticos Q-sort de Yalom, el más usado y estudiado.

En esta última década ha reaparecido el interés por el estudio de los factores terapéuticos y con el de nuevos cuestionarios y clasificaciones cuya utilidad está aún por determinar. Podemos citar el Therapeutic Factors Inventory (TFI) de Lese y MacNair-Semands (2000) o la reciente clasificación de Diereck y Lietaer (2008).

A pesar de todo esto el número de estudios sobre factores terapéuticos grupales en pacientes psicóticos son escasos, además no se realizan con grupos de diagnóstico homogéneo sino que también incluyen trastornos afectivos y de personalidad y, generalmente en encuadre hospitalario (Maxmen y Hanover, 1973; Schaffer y Dreyer, 1982; Leszcz et al., 1985; Kahn et al., 1986). Entre los realizados en medio ambulatorio destacan el de Butler y Fuhrman (1980), en hospital de día y donde se incluyen además de psicosis, otros trastornos mentales graves; y las investigaciones de nuestro centro, los únicos, en nuestro conocimiento, con homogeneidad diagnóstica (González de Chávez et al., 2000; García Cabeza & González de Chávez, 2009).

Desde hace 25 años desarrollamos un programa terapéutico para pacientes psicóticos con un encuadre predominantemente grupal. En la actualidad tenemos grupos ambulatorios para pacientes con psicosis del espectro esquizofrénico y trastorno bipolar y grupos en la Unidad de Agudos para pacientes psicóticos y afectivos. El presente trabajo pretende resumir los hallazgos de cinco de nuestras investigaciones en el campo de los factores terapéuticos grupales, tres aún sin publicar y los dos a los que no referíamos anteriormente:

- a) Comparación de los factores terapéuticos en grupos de pacientes hospitalizados psicóticos y afectivos.
- b) Comparación de los factores terapéuticos en grupos ambulatorios de pacientes esquizofrénicos y bipolares.

- c) Comparación de los factores terapéuticos en grupos de pacientes esquizofrénicos hospitalizados y ambulatorios (González de Chávez et al, 2000).
- d) Comparación de los factores terapéuticos en función del nivel de insight, en pacientes esquizofrénicos que acuden a grupos ambulatorios (García Cabeza & González de Chávez, 2009).
- e) Diferencia de valoración de los factores terapéuticos entre terapeutas y pacientes esquizofrénicos en grupos ambulatorios.

El objetivo de este trabajo es determinar qué factores terapéuticos son los más valorados por los pacientes, y si esa valoración varía en función del contexto grupal, tipo de grupo y la orientación del terapeuta.

Material y métodos

Modelo de intervención

1. Grupos de pacientes hospitalizados en la Unidad de Agudos

Pacientes con psicosis

Es un grupo abierto, con un elevado índice de renovación y un número variable de miembros en su composición, determinado por la estancia en la unidad de agudos. De asistencia obligatoria, se realizan tres sesiones de 45 minutos de duración por semana. El terapeuta debe jugar un papel activo, con el propósito de trabajar el “aquí y ahora” y la verbalización y exploración de experiencias psicóticas, con el objetivo de la desingularización de la psicosis y la salida del egocentrismo perceptivo.

Pacientes afectivos

Es un grupo abierto al que acuden de forma voluntaria tanto trastornos afectivos bipolares como unipolares, con una asistencia entre 4 y 8 pacientes, un alto índice de renovación y dos sesiones semanales de una hora de duración. Fundamentalmente orientados hacia la psicoterapia cognitiva, con elementos de la psicoterapia interpersonal. El principal objetivo es alcanzar un mayor conocimiento de la enfermedad y la influencia sobre ella de aspectos biográficos y relacionales (familiar, social, laboral...).

2. Grupos de pacientes ambulatorios

Pacientes con diagnóstico de psicosis esquizofrénica

Se trata de grupos abiertos con periodicidad semanal, de entre 90 y 120 minutos de duración, encuadrados en un programa de terapias combinadas que también incluye intervenciones farmacológicas, individuales y familiares, si se consideran necesarias. Aunque están orientados hacia el insight, se intenta adaptar a las necesidades individuales de cada paciente, sin olvidar nunca el apoyo y la utilización de estrategias interpersonales o de afrontamiento en función de la situación clínica. Dependiendo del estilo particular de cada terapeuta, el propósito final es integrar los síntomas a través del conocimiento y comprensión en la historia biográfica del paciente, destacando los factores desencadenantes y la vulnerabilidad, estudiando sus relaciones interpersonales, afrontamientos cognitivos y mecanismos de defensa.

Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar

Son grupos abiertos semanales de aproximadamente una hora de duración y de orientación interpersonal, centrada en el “aquí y ahora”. No pretende reconstruir la personalidad y sí hacer hincapié en la reafirmación, clarificación de estados emocionales, mejora de comunicación interpersonal y objetivación de las percepciones. También se enmarcan en un programa combinado en el que existen intervenciones farmacológicas, individuales y psicoeducativas.

Evaluación de los factores terapéuticos

Los factores terapéuticos se estudiaron con el cuestionario de Yalom en su versión estándar de 12 factores (Yalom, 1985). En éste se administran 60 tarjetas a los pacientes, cada una de las cuales contiene una frase que se relaciona con un factor. Por ejemplo, para el factor instilación de esperanza se pueden leer frases del tipo “*ver como otros mejoran, me anima*”, o “*saber que el grupo ha ayudado a otros con problemas similares a los míos, me da fuerza*”. Otros ejemplos para el caso del autoconocimiento pueden ser “*aprender que cómo siento y actúo hoy, se relaciona con mi infancia y desarrollo (hay razones en mi vida pasada que explican por qué soy como soy)*” o, “*aprender que reacciono ante algunas personas y situaciones de forma*

poco realista (con sentimientos que de alguna manera pertenecen a periodos tempranos en mi vida)''.

Los pacientes organizan las tarjetas en 7 categorías atendiendo a su grado de utilidad: lo más útil (2 tarjetas), extremadamente útil (6), muy útil (12), útil (20), no muy útil (12), poco útil (6), lo menos útil (2). Después se interpretan, atribuyéndolas a las doce categorías de factores terapéuticos previamente establecidas: instilación de esperanza, autoconocimiento, universalidad, aprendizaje interpersonal input (feedback que el paciente recibe del grupo) y output (nuevas actitudes y conductas que el paciente aprende, realiza y prueba en el microcosmos que supone el grupo), identificación, catarsis, guía, cohesión, altruismo, reconsideración de la familia de origen y factores existenciales.

El estudio E se realizó de una forma similar, pero el cuestionario también se administró a los terapeutas que conducían el grupo, en un intento de conocer cuáles eran los factores que ellos consideraban más útiles en el proceso terapéutico. Todos los instrumentos fueron aplicados por profesionales entrenados en su uso y ajenos al tratamiento de los pacientes.

Análisis estadístico

El análisis de los datos en todos los estudios que se presentan se llevó a cabo mediante procedimientos estadísticos, realizándose un análisis estadístico básico, análisis de frecuencias, análisis de medias, desviaciones y rangos. Dada el pequeño tamaño de alguna de las muestras y con el fin de hacer una presentación homogénea en este trabajo se utilizaron pruebas no paramétricas para la comparación de medias: la U de Mann-Whitney en el caso de dos muestras independientes y la prueba de Kruskal-Wallis si eran varias las muestras. Las correlaciones se realizaron con el coeficiente de correlación de Pearson en el caso de variables cuantitativas y el de Spearman en las ordenadas. Para el análisis estadístico de los estudios a, c y e se usó el paquete estadístico SIGMA y el programa SPSS (versión 15.0) para los estudios b y d.

Diseño y Muestra

a) Grupos hospitalizados: psicosis vs. afectivos

Se evaluaron 33 pacientes con diagnóstico de psicosis y 29 con trastorno afectivo. Los pacientes con diagnóstico de psicosis acudieron a una media de 12 sesiones grupales (5-24) y los afectivos a 13 (4-68).

Comparamos la valoración de los factores terapéuticos por parte de pacientes hospitalizados en la Unidad de Agudos y que acudieron a grupos compuestos por pacientes con diagnóstico de psicosis o de trastorno afectivo. Un resumen de las características de la muestra aparece en la tabla 1.

Tabla 1
Grupos de pacientes hospitalizados: psicosis vs. afectivos

	Pacientes psicóticos (n = 33)	Pacientes afectivos (n = 29)
Edad	34 (21-53)	43 (21-65)
Género		
<i>Masculino</i>	58%	41%
<i>Femenino</i>	42%	59%
Estado civil		
<i>Soltero</i>	55%	38%
<i>Casado</i>	15%	41%
<i>Separado</i>	30%	21%
Nivel educativo		
<i>Primaria</i>	42%	41%
<i>Secundaria</i>	42%	24%
<i>Universidad</i>	15%	35%
Situación laboral		
<i>Activo</i>	18%	52%
<i>Desempleado</i>	55%	34%
<i>Incapacidad</i>	27%	14%
Ingresos	4 (1-15)	3.5 (1-20)

Tabla 1 (cont.)*Grupos de pacientes hospitalizados: psicosis vs. afectivos*

Factores terapéuticos (en orden de importancia)			
	<i>Los más importantes</i>	<i>Importancia intermedia</i>	<i>Los menos importantes</i>
<i>Pacientes psicóticos</i>	Esperanza	Universalidad	Guía
	Altruismo	Catarsis	R. familiar
	Cohesión	Autoconocimiento	AIP input
	AIP output	F. existenciales	Identificación
<i>Pacientes afectivos</i>	Esperanza	F. existenciales	R. familiar
	Altruismo	Catarsis	Guía
	AIP output	Autoconocimiento	AIP input
	Cohesión	Universalidad	Identificación

AIP = aprendizaje interpersonal.

b) Grupos ambulatorios: psicosis esquizofrénica vs. trastorno bipolar

Se compararon 5 pacientes que acudían al grupo ambulatorio de trastorno bipolar con otros 5 que acudían al grupo de pacientes esquizofrénicos, controlados por el nivel de insight, según la escala de Camarillo (May y Dixon, 1969), que se describe más adelante. El tiempo de permanencia en el grupo era 18.2 meses (s.d. 7.8; r: 6-24) en el caso de los pacientes esquizofrénicos y 64.5 meses (s.d. 39.6; r: 18-108) en el caso de los bipolares. En la tabla 2 se recogen las características de la muestra.

Tabla 2*Grupos ambulatorios: esquizofrénicos vs. bipolar*

	Pacientes esquizofrénicos	Pacientes bipolares
Edad	37.2 (31-45)	45 (36-59)
Género		
<i>Masculino</i>	60%	60%
<i>Femenino</i>	40%	40%

Tabla 2 (cont.)
Grupos ambulatorios: esquizofrénicos vs. bipolar

	Pacientes esquizofrénicos	Pacientes bipolares	
Estado civil			
<i>Soltero</i>	80%	60%	
<i>Casado</i>	20%	20%	
<i>Separado</i>		20%	
Nivel educativo			
<i>Primaria</i>	20%	20%	
<i>Secundaria</i>	40%	40%	
<i>Universidad</i>	40%	40%	
Situación laboral			
<i>Activo</i>	40%	80%	
<i>Desempleado</i>	40%	20%	
<i>Incapacidad</i>	20%		
Factores terapéuticos (en orden de importancia)			
	<i>Los más importantes</i>	<i>Importancia intermedia</i>	<i>Los menos importantes</i>
<i>Pacientes esquizofrénicos</i>	Esperanza Altruismo Catarsis Guía	Universalidad Autoconocimiento Cohesión AIP output	F. existenciales R. familiar AIP input Identificación
<i>Pacientes bipolares</i>	Esperanza Altruismo Guía AIP input	Universalidad AIP output Catarsis Autoconocimiento	R. familiar Cohesión F. existenciales Identificación

c) Pacientes esquizofrénicos: hospitalizados vs ambulatorios
(González de Chávez et al., 2000)

Comparamos qué factores valoraban más positivamente pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudieron a grupos durante la hospitalización y a grupos ambulatorios. Por término medio los pacientes hospitalizados habían participado en 14 sesiones grupales (rango 5-24) y, los ambulatorios en 109 (30-264). Las características de la muestra se recogen en la tabla 3.

Tabla 3*Pacientes esquizofrénicos: grupos hospitalizados vs ambulatorios*

	Hospitalizados (n = 21)	Ambulatorios (n = 11)	
Edad	34 (22-53)	35 (28-47)	
Género			
<i>Masculino</i>	57%	55%	
<i>Femenino</i>	43%	45%	
Estado civil			
<i>Soltero</i>	48%	73%	
<i>Casado</i>	19%	18%	
<i>Separado</i>	33%	9%	
Nivel educativo			
<i>Primaria</i>	43%	27%	
<i>Secundaria</i>	43%	64%	
<i>Universidad</i>	14%	9%	
Situación laboral			
<i>Activo</i>	19%	55%	
<i>Desempleado</i>	52%	27%	
<i>Incapacidad</i>	29%	18%	
Ingresos	4 (1-15)	3 (0-8)	
Factores terapéuticos (en orden de importancia)			
	<i>Los más importantes</i>	<i>Importancia intermedia</i>	<i>Los menos importantes</i>
<i>Hospitalizados</i>	Esperanza	Universalidad	Guía
	Cohesión*	Catarsis	R. familiar
	Altruismo	Autoconocimiento*	AIP input
	AIP output	F. existenciales	Identificación
<i>Ambulatorios</i>	Esperanza	F. existenciales	Cohesión*
	Autoconocimiento*	Catarsis	R. familiar
	Universalidad	Altruismo	AIP input
	AIP output	Guía	Identificación

(*) Diferencia significativa, $p < 0.01$.

d) Grupos de pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia según grado de insight García Cabeza y González de Chávez, 2009)

Se evaluaron 17 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudieron a terapia de grupo ambulatoria durante un mínimo de 6 meses (24.6 meses y 130.15 sesiones de media). Además de la valoración de los factores terapéuticos se evaluó su nivel de insight con la escala cualitativa de Camarillo (May y Dixon, 1969), que permite colocar a los pacientes en 9 grados de insight desde el 1 (donde el paciente niega tener ningún trastorno) hasta el 9 (con insight psicológico). En realidad la escala determina 5 niveles de insight ya que las puntuaciones intermedias son la transición entre un nivel y otro. A efectos de análisis estadístico sólo consideramos estos cinco grupos, añadiendo los valores pares al punto inmediatamente superior. En la tabla 4 se reflejan las características de la muestra.

Tabla 4

Grupo ambulatorio de pacientes esquizofrénicos según nivel de insight

Edad	35.1 (22-45)
Género	
Masculino	64.7%
Femenino	35.3%
Estado civil	
Soltero	82.4%
Casado	17.6%
Separado	
Nivel educativo	
Primaria	17.6%
Secundaria	47.1%
Universidad	35.3%
Situación laboral	
Activo	47,1%
Desempleado	35.3%
Incapacidad	17.6%
Ingresos	2.6, s.d. 1.9 (0-7)
Nivel de insight (Camarillo)	
4-5	23.5%
6-7	29.4%
8-9	47.1%

Tabla 4 (cont.)*Grupo ambulatorio de pacientes esquizofrénicos según nivel de insight*

Factores terapéuticos (en orden de importancia)			
	Los más importantes	Importancia intermedia	Los menos importantes
Total (n = 17)	Esperanza	Guía	F. existenciales
	Autoconocimiento	Catarsis	AIP input
	Altruismo	Cohesión	R. familiar
	Universalidad	AIP output	Identificación
Nivel 4-5 (n = 5)	Esperanza	Cohesión	AIP input
	Altruismo	R. familiar	Autoconocimiento*
	F. Existenciales	AIP output	Guía
	Catarsis	Universalidad	Identificación
Nivel 6-7 (n = 4)	Esperanza	Cohesión	Universalidad
	Guía	AIP output	AIP input
	Catarsis	Altruismo	R. familiar
	F. existenciales		Identificación
Nivel 8-9 (n = 8)	Esperanza	Altruismo	AIP output
	Autoconocimiento*	Cohesión	AIP input
	Universalidad	Catarsis	F. Existenciales
	Guía	R. familiar	Identificación

Nivel 4-5: aceptación de trastorno mental, sin aproximación a la intervención de factores personales o psicológicos.

Nivel 6-7: conciencia explícita de la participación de factores psicológicos o biográficos en la psicosis

Nivel 8-9: entienden la psicosis como parte de sus problemas y de sí mismos.

** La única diferencia significativa se encontró en el factor autoconocimiento ($\chi^2 = 7.13$, g.l.= 2; $p = 0.02$).*

f) Grupos ambulatorios para pacientes con psicosis: pacientes vs. terapeutas

El estudio incluyó por un lado 21 pacientes, pertenecientes a dos grupos ambulatorios, que llevaban en tratamiento grupal 21 meses (6-43), con diagnóstico de psicosis esquizofrénica excepto en un caso, que era un trastorno esquizoafectivo. Los resultados se compararon con la valoración por parte de 5 terapeutas, con amplia experiencia en terapia de grupo en pacientes psicóticos, de los factores terapéuticos obtenida con el mismo cuestionario. La tabla 5 resume las características de la muestra.

Tabla 5
Grupo ambulatorio: pacientes esquizofrénicos vs. terapeutas

Edad	31 (24-43)		
Género			
<i>Masculino</i>	66%		
<i>Femenino</i>	34%		
Estado civil			
<i>Soltero</i>	66%		
<i>Casado</i>	24%		
<i>Separado</i>			
Nivel educativo			
<i>Primaria</i>	43%		
<i>Secundaria</i>	47%		
<i>Universidad</i>	10%		
Situación laboral			
<i>Activo</i>	62%		
<i>Desempleado</i>	10%		
<i>Incapacidad</i>	28%		
Factores terapéuticos (en orden de importancia)			
	<i>Los más importantes</i>	<i>Importancia intermedia</i>	<i>Los menos importantes</i>
<i>Pacientes esquizofrénicos</i>	Autoconocimiento*	AIP input F.	Altruismo
	AIP output	existenciales	Guía*
	Esperanza	Catarsis	R. familiar
	Cohesión*	Universalidad	Identificación
<i>Terapeutas</i>	Autoconocimiento*	Cohesión*	R. familiar
	Esperanza	Catarsis	F. existenciales
	AIP output	Altruismo	Identificación
	AIP input	Universalidad	Guía*

(*) Diferencias significativas, $p < 0.01$.

Resultados

a) Grupos hospitalizados: psicosis vs. afectivos

El factor terapéutico más valorado por los pacientes fue, en ambos grupos, la instilación de esperanza. También existe coincidencia en la valoración de los factores entre el segundo y cuarto: altruismo, aprendizaje interpersonal output y cohesión. Al igual que los menos valorados, idénticos en ambos grupos: identificación, aprendizaje interpersonal input, reconstrucción familiar y guía. La tabla 1 muestra los resultados de los valores otorgados a los factores terapéuticos, en orden de importancia, en ambos grupos.

No se encontraron diferencias significativas entre la media de los doce factores terapéuticos de ambos grupos, ni correlaciones significativas con variables sociodemográficas, lo que sugiere que la importancia concedida a estos factores no está condicionada por estas variables.

b) Grupos ambulatorios: psicosis esquizofrénica vs. trastorno bipolar

En ambos grupos el factor terapéutico más valorado fue la instilación de esperanza, seguido en ambos casos por altruismo y guía. No encontramos ninguna diferencia significativa entre ambos grupos de pacientes. La tabla 2 muestra el orden de valoración de todos los factores en ambos grupos.

c) Pacientes esquizofrénicos: hospitalizados vs ambulatorios (González de Chávez et al., 2000)

Los tres factores terapéuticos considerados como más útiles por los pacientes hospitalizados fueron, por este orden: esperanza, cohesión y altruismo; en el grupo ambulatorio los seleccionados como más importantes fueron esperanza, comprensión y universalidad. En ambos, el factor terapéutico valorado en primer lugar fue la instilación de esperanza. También coinciden los tres factores menos puntuados en ambos grupos: identificación, aprendizaje interpersonal input y reconstrucción familiar. En la tabla 3 presentamos la valoración de los factores en ambos grupos.

La diferencia entre medias de los factores terapéuticos de ambos grupos fueron estadísticamente significativas ($p < 0.01$) únicamente para dos de los doce factores: comprensión (más valorada por los pacientes del grupo ambulatorio) y cohesión (mejor puntuada por los pacientes ingresados).

d) *Grupos de pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia según grado de insight* García Cabeza y González de Chávez, 2009)

Independientemente del grado de insight el factor mejor valorado es la instilación de esperanza y el menos valorado la identificación. Sin embargo, sí se aprecian cambios en la valoración de otros factores según el nivel de insight, aunque, de forma significativa tan sólo varía la comprensión ($F=4.197$, $p=0.037$), mucho más valorado por aquellos pacientes que tiene un mayor grado de insight. El orden de valoración de los factores terapéuticos tanto en su conjunto, como en función del grado de insight, aparece en la tabla 4.

e) *Grupos ambulatorios para pacientes con psicosis: pacientes vs. terapeutas*

La tabla 5 recoge la valoración de los factores terapéuticos en ambos casos. Sólo existen diferencias significativas ($p < 0.01$.) en la valoración de los factores de guía y factor existencial (significativamente mejor valorados por los pacientes) y autoconocimiento (con una valoración significativamente más alta por los terapeutas), siendo además el factor más valorado en ambos casos. Los menos valorados por los pacientes fueron guía, reconstrucción familiar e identificación, y por los terapeutas los factores existenciales, identificación y guía.

Discusión

De nuestros estudios podemos concluir que los factores terapéuticos actúan de forma independiente al diagnóstico de los pacientes y la orientación del terapeuta. Sin embargo, sí parece existir mayor dependencia del contexto (hospitalizados vs ambulatorios, siendo los resultados más

homogéneos dentro de cada encuadre que cuando se comparan ambos). Tanto los factores terapéuticos como el contexto son elementos intrínsecos a las dinámicas grupales.

Nuestros estudios, como en general en todos aquellos que incluyen pacientes psicóticos, encuentran que son los factores de apoyo los más valorados (Maxmen & Hanover, 1973; Marcovitz & Smith, 1983; Kahn, Webster & Storck, 1986; Leszcz, Yalom & Nordem 1985; Mushet, Whalan & Power, 1989). De hecho en nuestros estudios el factor más valorado es la instilación de esperanza, independientemente del tipo de pacientes, encuadre y orientación del terapeuta, a excepción de aquellos pacientes que alcanzan un mayor insight y en los grupos de mayor duración. En el caso de grupos de larga duración, este factor podría verse influenciado tanto por el hecho de que el objetivo de estos grupos es el insight, como porque estos pacientes alcanzan un mayor grado de introspección comparado con grupos más cortos o de pacientes hospitalizados.

La instilación de esperanza contribuye tanto a que el paciente se mantenga en el grupo en las etapas iniciales, como a infundir optimismo cuando el paciente observa el progreso en otros que han pasado por experiencias similares a las suyas (Yalom, 1985). El peso de éste factor aumenta siempre en los estudios en los que se incluyen enfermos psicóticos u hospitalizados (Maxmen & Hanover, 1973; Leszcz et al., 1985; Kahn et al., 1986).

Los factores de apoyo trabajan conjuntamente para promover el clima o alianza terapéutica y favorecer la cohesión. La universalidad permite a los pacientes salir de su aislamiento y aliviar el sentimiento de singularidad, al conocer que otros viven experiencias similares, permitiéndoles iniciar el proceso de reconceptualización de sí mismos. El grupo además da a los pacientes la posibilidad y capacidad de ayudar a otros (altruismo), aprendiendo así sobre los propios sentimientos y aspectos positivos, que también serán valorados por los demás. Estos elementos son dominantes en las primeras etapas de los grupos, pero también ocupan un lugar destacado a lo largo del proceso terapéutico abriendo camino a factores de aprendizaje interpersonal y autoconocimiento (Lieberman, 1983; Yalom, 1985; Bloch y Crouch, 1985; Clark, 1991).

En grupos ambulatorios donde no priman pacientes psicóticos el factor autoconocimiento suele ser el más valorado (Berzon et al., 1963; Butler y Fuhrman, 1980, 1983; Bloch y Reibstein, 1980; Kapur et al., 1988; Vastelica et al., 2001). En nuestros grupos se produce un efecto recíproco entre el insight y la valoración del factor terapéutico autoconocimiento. Según el paciente adquiere un mayor insight valora más éste elemento

como factor terapéutico grupal, pero a su vez, interesarse y valorar el autoconocimiento incrementa las posibilidades de adquirir un mejor y mayor insight (García Cabeza y González de Chávez, 2009). También el tiempo de duración de los grupos favorece una mayor valoración del autoconocimiento (Rico y Sunyer, 2001), reflejando probablemente la evolución longitudinal antes mencionada, desde el apoyo al autoconocimiento. Pero incluso un factor de tanta importancia como es el autoconocimiento no puede entenderse sin la colaboración de otros como el aprendizaje input y output, mucho menos valorados, pero clave en la terapia grupal donde el conocimiento personal se obtiene en gran medida a través de la comprensión interpersonal, convirtiéndose en dos facetas inseparables en el mecanismo del cambio tanto a nivel del desarrollo de la personalidad del sujeto como en las corrección de los problemas psicopatológicos que sufren (Anthony, 1971). Aún más, todo esto no sería posible sin los factores de autorevelación y catarsis, precondition para el autoconocimiento y el aprendizaje (Bloch & Crouch, 1985; Yalom, 1985; Stricker & Fisher, 1990).

Mención aparte merece la comparación realizada entre la valoración de los factores terapéuticos por pacientes y terapeutas. Aunque ambos consideran el autoconocimiento como el factor más importante, el valor otorgado por los terapeutas es mucho mayor, mientras que los pacientes valoran a un nivel parecido otros factores como los existenciales o de guía. Previamente ya se han descrito este tipo de diferencias, mostrando que terapeutas y pacientes no siempre comparten la percepción de qué es de utilidad en las terapias (Bloch & Reibstein, 1980; Direck & Lietaer, 2008). Dado que nuestros grupos están orientados al insight, podríamos haber sobreestimado la necesidad de los pacientes de conseguir el autoconocimiento y, a la inversa, haber prestado potencialmente poca atención a otros factores como la guía, más típica de grupos psicoeducativos, o incluso factores existenciales. De acuerdo con Liberman (1993), tampoco podemos obviar que los factores mejor valorados por los pacientes no siempre se asocian con los mejores resultados terapéuticos. Incluso factores poco valorados tanto en nuestros estudios como en general, como la identificación (Kapur et al., 1988; Vastelica et al., 2001; Sayin et al., 2008; García Cabeza & González de Chávez, 2009) pueden ser fuente de estímulo y aprendizaje para algunos pacientes de los grupos.

Para concluir, consideramos que cualquier modelo de intervención grupal, independientemente de la orientación del terapeuta y del encuadre, siempre debe tener en cuenta los factores de apoyo. Se debe poner un énfasis especial en la instilación de esperanza, considerado por los pacientes un elemento crítico para su tratamiento y recuperación. Más

aún, es también un factor clave en la adherencia al grupo, imprescindible para conseguir cualquier otro objetivo terapéutico.

Bibliografía

Anthony, E.J. (1971). Comparison between individual and group psychotherapy. En: Kaplan, H. & Saddock, B. (eds). *Comprehensive group psychotherapy 1st edition*, pp 104-117. Baltimore: Williams & Wilkins.

Berzon, B.; Pious, C. & Farson, R.E. (1963). The therapeutic event in group psychotherapy: a study of subjective reports by group members. *Journal of Individual Psychology*, 19, 104-112.

Bloch, S. & Reibstein, J. (1980). Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*; 137: 274-278.

Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Butler, T. & Fuhrman, A. (1980). Patients perspective on the curative process: a comparison of day treatment and outpatients psychotherapy groups. *Small Group Behaviour*, 11, 371-388.

Butler, T. & Fuhrman, A. (1983). Level of functioning and length of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 189-205.

Corsini, R.J. & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics. *Journal of Abnormal Social Psychology*; 51, 406-411.

Dierick, P. & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: an empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2): 203-30.

García Cabeza, I. & González de Chávez (2009). Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed of schizophrenia (Psychosis: psychological, social and integrative approaches, *Psychosis*, 1(2): 134-144).

González de Chávez, M. (2009). Group psychotherapy and schizophrenia. In: Alanen, Y.O.; González de Chávez, M.; Silver, A.L. & Martindale, B. (eds). *Psychotherapeutic approaches to schizophrenia psychosis: Past, present and future*. London: Routledge.

González de Chávez, M.; Gutiérrez, M.; Ducajú, M. & Fraile, J.C. (2000). Comparative study of the therapeutic factors of group therapy in schizophrenic inpatients and outpatients. *Group Analysis*, 33, 251-264.

Kahn, E.; Webster, P.B. & Storck, M. (1986). Curative factors in two types of inpatient psychotherapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 579-585.

Kanas, N. (1996). *Group therapy for schizophrenic patients*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Kapur, R.; Miller, K. & Mitchell, G. (1988). Therapeutic factors within in-patients and outpatients psychotherapy groups. *British Journal of Psychiatry*, 152, 229-233.

Lese, K.P. & MacNair-Semands, R.R. (2000). The therapeutic Factors Inventory: development of a scale. *Group*, 24, 303-317.

- Leszcz, M.; Yalom, I.D. & Nordem, M. (1985). The value of inpatient group psychotherapy: patient's perception. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 41-433.
- Lieberman, M.A. (1983). Comparative analyses of change mechanisms in groups. In: Dies, R.R. & MacKenzie, K.R. (eds). *Advances in group psychotherapy*. New York: International University Press.
- MacKenzie, K.R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy* (1st edition). Washington: American Psychiatric Press.
- Markovitz, R.J. & Smith, R.N. (1983). Patient's perception of curative factors in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 21-39.
- May, P.R.A. & Dixon, W.J. (1969) The Camarillo Dynamic Assessment Scales. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33, 1-35.
- Maxmen, J.S. & Hanover, M.D. (1973). Group therapy as viewed by hospitalized patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 404-408.
- Mushet, G.L.; Whalan, G.S. & Power, R. (1989). In-patients' views of the helpful aspects of group psychotherapy impact of therapeutic style and treatment setting. *British J of Medical Psychology*, 2, 135-141.
- Rico, L. & Sunyer, M. (2001). Análisis comparativo de los factores terapéuticos grupales en la esquizofrenia (II): resultados y discusión. *Psiquis*, 22, 57-72.
- Sayin, A.; Karslioglu, E.H.; Sürgit, A.; Sahin, S.; Arslan, T. & Candansayar, S. Perception of Turkish psychoatric inpatients about therapeutic factors of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 253-263.
- Schaffer, J.B. & Dreyer, S.F. (1982). Staff and inpatient perceptions of change mechanisms in group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 139, 127-128.
- Stricher, G. & Fischer, M. (1990). *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Vlastelica M., Urlaë I. & Pavloviae, S. (2001). The assessment of the analytic group treatment efficiency according to Yalom's classification. *Collegium Antropologicum*, 25: 227-37.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*, (3rd edition). New York: Basics Books.

Psicoterapia de grupo en la esquizofrenia durante los últimos 25 años. Una revisión basada en la evidencia

Lina Tost

Cecilio Hernández

Manuel González de Chávez

La atención integral al paciente con esquizofrenia en un contexto comunitario ha renovado el interés entre los clínicos acerca del desarrollo de técnicas terapéuticas que pudieran remediar las limitaciones del tratamiento psicofarmacológico. Muchos pacientes pueden necesitar medicación por un periodo prolongado de tiempo y aunque ésta sigue siendo considerada la intervención terapéutica más importante en el abordaje del trastorno, es sabido que un buen número de pacientes no mejoran de sus experiencias psicóticas a pesar de ella [1]. Por este motivo los modelos biológicos dominantes de las psicosis esquizofrénicas y los abordajes terapéuticos basados en los mismos terminan defendiendo visiones unilaterales y fatalistas de ese trastorno, que con frecuencia dan lugar a bajos niveles de ayuda, asistencia sanitaria y dedicación profesional a los pacientes psicóticos y sus familias. Como recuerda González de Chávez, la medicación antipsicótica no basta para vencer vulnerabilidades, superar el estigma y la desesperanza, ni retomar un proyecto de vida truncado por la enfermedad. [2]. La necesidad de implementar intervenciones psicoterapéuticas que palien las limitaciones de un abordaje exclusivamente psicofarmacológico es evidente y cada vez más posible [3], estando demostrada la mutua influencia y la poten-

ciación que ambas intervenciones tienen sobre la mejoría global del paciente [4,5-9]. Los estudios indican que es posible ofrecer una mejor calidad en el tratamiento y los cuidados sociales de estas personas y actualmente esto es un objetivo necesario [3].

Las condiciones previas para un desarrollo más integrado del tratamiento de las psicosis esquizofrénicas son mayores que en las décadas anteriores. Los motivos de este fenómeno son dobles. Los abordajes terapéuticos que han aparecido gradualmente son más diversos, pero al mismo tiempo son más complementarios entre sí. Además, en los últimos diez años, el progreso de la investigación neurobiológica ha acercado entre sí los puntos de vista que previamente elaboraron los investigadores psicoanalíticos y otros investigadores psicoterapéuticos, lo que ha hecho que a nivel teórico sea más factible un abordaje integrador.

Entre todas las intervenciones psicoterapéuticas que empleamos en estos pacientes, la psicoterapia de grupo sigue siendo una de las más desconocidas y menos sistematizadas para su adecuada utilización, elección e indicación a pesar de distinguirse en el marco de las intervenciones psicoterapéuticas, como una alternativa terapéutica con características diferenciadas de otras psicoterapias. Definida por Benjamin J. Sadock [10] como “una forma de tratamiento en que personas emocionalmente enfermas y cuidadosamente seleccionadas interactúan dentro del grupo, guiadas por un psicoterapeuta, con el propósito de ayudarse unos a otros a efectuar un cambio en su personalidad...”, la psicoterapia de grupo contiene en sí misma elementos terapéuticos completamente originales destacados por varios autores tales como el efecto de un contexto terapéutico realista y específico de referencia, el “mirroring” y los “factores terapéuticos” responsables de la experiencia curativa del grupo [5,11-20]. El grupo podría aportar y mejorar las relaciones del paciente con los demás a través de la discusión grupal; cambiar estilos personales y de conducta; y proporcionar un instrumento de motivación, clarificación y superación. En el caso de grupos orientados al “insight”, permitiría además considerar las experiencias psicóticas de los miembros del grupo como elementos para el análisis y la solución de sus dificultades psicopatológicas y biográficas.

Las técnicas grupales contemporáneas son herederas de las tres orientaciones clásicas de la psicoterapia de grupo: la educativa, la interpersonal y la psicodinámica [21,22]. Los estudios empíricos [23] indican, a medida que las intervenciones han ido perdiendo novedad y han mostrado sus propios límites, que los diferentes modelos de psicoterapia conducen, más o menos, al mismo resultado desde un punto de vista sintomático. Se ha propuesto, por lo tanto, un modelo “genérico” [24] basado en datos universales de todas las psicoterapias, con independen-

cia de su orientación teórica [25] y se tiende a modelos integradores y eclécticos, que incorporan elementos de distintas técnicas a la vez que conservan la orientación al “insight”, favoreciendo también el apoyo y la interacción del sujeto antes y dentro del grupo [26,27].

La psicoterapia grupal sería globalmente más eficaz que el placebo o la ausencia de tratamiento [28] y tan efectiva o más que la psicoterapia individual para muchos pacientes con esquizofrenia [26,29].

A pesar de décadas de experiencia acumulada sobre la terapia de grupo en pacientes esquizofrénicos, y si bien la literatura en general concluye en beneficios para los pacientes; la heterogeneidad de modelos, los distintos marcos de aplicabilidad y las dificultades para establecer un consenso sobre qué parámetros de mejoría se están midiendo [30], determinan las escasas evidencias científicas recogidas sobre la utilidad terapéutica y rentabilidad de esta tecnología. Así mientras unos autores [31,32] plantean dudas acerca de la validez externa, la fiabilidad y la transparencia de las revisiones sobre la eficacia grupal, otros [28] encuentran un tamaño del efecto similar al que se puede obtener en los estudios de eficacia de los psicofármacos. Estos resultados dispares dan cuenta de las dificultades metodológicas, conceptuales y económicas con las que se enfrenta el investigador ante el reto de las psicoterapias de grupo [33]. La complejidad metodológica restringe la investigación a estudios que siguen de forma excesiva los conceptos propios de los ensayos con psicofármacos o de psicoterapia individual. Las dificultades conceptuales atañen a la complejidad de cuantificar un modelo multidimensional en el que a las cinco dimensiones propuestas por Dies (1985) [34]: persona, variable, medición, tiempo y contexto, habría que añadir evaluaciones sobre las relaciones interpersonales, análisis del grupo como sistema social, y valoración de las variables intervinientes y mediadoras. Por último, la contención de gastos en la gestión de la asistencia pública y el propio coste de las investigaciones han intensificado las presiones hacia una terapia orientada hacia lo económicamente eficaz.

Metodología y resultados observados

Esta revisión pretende sintetizar el conocimiento científico con la metodología basada en la evidencia sobre la eficacia de las técnicas grupales en la esquizofrenia. Se quiere identificar y analizar los ensayos controlados aleatorizados producidos por la literatura médica en los últimos 25 años; establecer la calidad metodológica de cada ensayo así como de cada técnica utilizada; destacar los indicadores principales de mejoría así

como los resultados obtenidos con la terapia; finalmente propone detectar las referencias a los factores terapéuticos inespecíficos del encuadre grupal y su posible contribución a los beneficios hallados.

Se desarrolló una primera búsqueda bibliográfica en el año 2007 cuyos resultados son recogidos en un Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Tost L et al, SESCO Núm. 2007/13 [35]) el cual incorporó estudios observacionales, ensayos controlados y ensayos aleatorizados desde el año 1987 hasta el año 2007. Para el presente artículo se concretó la búsqueda en ensayos aleatorios ampliando la búsqueda por palabras a fin de rastrear un mayor número de estudios y se completó la recopilación hasta diciembre de 2011. Se excluyeron los diseños semi-experimentales. Los estudios se limitan a aquéllos publicados en los idiomas inglés, francés, alemán y español.

Se consultaron las siguientes bases de datos electrónicos:

Medline (desde 1987 hasta diciembre de 2011), Embase (desde 1987 hasta 2011), PreMedline (desde 1987 hasta 2011), PsycInfo (desde 1987 hasta agosto de 2011), Centre for Reviews & Dissemination (CRD) (desde 1983 hasta agosto de 2011), Cochrane (revisiones, Central y Ensayos Clínicos Iberoamericanos) Versión 2011, CINAHL (desde 1987 hasta 2011), Science Citation Index (SCI) (desde 1987 hasta el 2011), Current Contents (Social & Behavioral Sciences, Clinical Medicine) (desde 1987 hasta el 2011) e IME (Índice Médico Español). El análisis bibliográfico se completó con los artículos, comunicaciones y publicaciones en terapia de grupo con personas con esquizofrenia.

Los ensayos clínicos aleatorizados (ECAS) son considerados el paradigma de la investigación epidemiológica al ser los diseños que más se acercan a las condiciones experimentales, manteniendo controladas las condiciones del estudio y permitiendo establecer relaciones de causa efecto. Se han implementado diversas estrategias para evaluar la calidad de los mismos. En el año 1981, se propusieron guías clínicas para usuarios de la literatura biomédica, como herramientas de ayuda para la evaluación crítica de la información recogida en los artículos. En 1990 se establecen las normas para la información sobre ensayos, estableciéndose diagramas de los puntos a revisar cuando se informe de un ensayo clínico aleatorizado. La validez del mismo representa la probabilidad de que esté libre de sesgo. Las fallas metodológicas del diseño están, en efecto, directamente relacionadas con la probabilidad de obtener resultados sesgados, lo que compromete la validez tanto interna como externa del ensayo. De las características fundamentales en el diseño de un ECA (recogidas en los diagramas CONSORT), cinco son los indicadores prin-

cipales de calidad metodológica. Los hemos aplicado a cada uno de los ensayos revisados, además de otros criterios de calidad que se detallarán más adelante. Los indicadores son los siguientes:

- 1.º La asignación aleatorizada de los sujetos participantes.
- 2.º El ciego de participantes, terapeutas o de ambos, según se trate de un simple o doble ciego, y en el caso de las intervenciones psicosociales, y ello por razones obvias, el enmascaramiento de aquéllos que evalúan los test administrados (evaluadores).
- 3.º El reporte de las pérdidas y abandonos, detallando sus causas.
- 4.º La ocultación de la secuencia de randomización, y finalmente.
- 5.º El análisis de los datos según el principio estadístico de intención de tratar.

Los apartados 1.º, 2.º, y 3.º son recogidos en una de las escalas validadas para la evaluación crítica de ensayos randomizados, la escala JADAD [36], que también se ha implementado, obteniendo una puntuación global de calidad con el fin de comparar un ensayo con otro y una técnica con otra. En esta escala la puntuación de cada criterio se realiza según lo siguiente: En el apartado 1.º de la randomización se tiene en cuenta la mención explícita a la misma, otorgando 1 punto por ella, y bonificando con 1 punto añadido la descripción del método en el caso de que éste sea correcto (si es incorrecto se resta 1 punto). Generalmente los métodos de aleatorización utilizados son los de asignación aleatoria simple con tablas de números aleatorios o generados por ordenador, aleatorización en bloques balanceados, aleatorización estratificada o aleatorización en cluster.

En el punto 2.º acerca del enmascaramiento de los evaluadores, se otorga 1 punto cuando éste es mencionado, bonificándose con otro punto cuando el método de ciego se explica y es correcto. Como hemos podido constatar, falta precisión en este aspecto en muchos de los ensayos. Por otra parte son pocos aquéllos que hacen referencia a las medidas adoptadas para mantener el ciego a lo largo de todo el procedimiento y verificar incluso con escalas que éste se ha mantenido sin filtraciones de información.

En el apartado 3.º de pérdidas y abandonos, se otorga 1 punto a la descripción de las pérdidas y si se detallan sus causas. La escala JADAD da una puntuación global por lo tanto sobre 5 que se estableció para cada uno de los ensayos realizados.

El apartado 4.º sobre ocultación de la asignación (OA), criterio no evaluado por la escala JADAD y que hace referencia al modo en el cual las listas de aleatorización son generadas de forma independiente al

equipo investigador y evaluador, es un aspecto generalmente descuidado en los ensayos aleatorios y sin embargo fuente de sesgo. Por ello, este parámetro ha sido también analizado en la discusión de los ensayos. Los métodos habitualmente aceptados son los de: la comunicación telefónica, métodos de listas encriptadas, uso de sobres cerrados, etc.

El apartado 5.º, procedimiento por intención de tratar, hace referencia al hecho de que los sujetos deben ser analizados en los grupos en los que inicialmente estuvieron asignados independientemente de si después recibieron o no la intervención. Esto permite conservar los beneficios de la randomización y evitar la sobreestimación de los resultados cuando éstos se analizan sólo sobre aquéllos que completaron el estudio.

Hemos añadido además otros dos **aspectos del tratamiento estadístico** de los datos que reflejan un cuidadoso diseño del ensayo:

1. El cálculo previo del tamaño muestral necesario, que todo estudio epidemiológico debe llevar implícito en la fase de diseño. No realizar dicho proceso puede llevar a que no se encuentren diferencias entre los tratamientos comparados cuando en realidad sí existen. Por otra parte deben estimarse las posibles pérdidas de pacientes a lo largo del ensayo por lo que el tamaño muestral debe incrementarse respecto a las mismas, a fin de que la magnitud de las diferencias a detectar sea clínicamente relevante.
2. El tamaño del efecto que se calcula mediante una fórmula matemática que determina la magnitud de la diferencia hallada entre los resultados de un tratamiento y de otro, permitiendo establecer comparaciones entre los ensayos a gran escala.

Evidentemente **es necesario no confundir la calidad metodológica de un ensayo con la calidad descriptiva del artículo**. Es decir, que no todos los autores reflejan detalladamente las estrategias metodológicas llevadas a cabo en el protocolo. Wykes en 2008 [37] en una revisión sistemática sobre CBT establece esta precisión, confirmando con cada autor la información obtenida del artículo. Debido a la gran cantidad de ensayos revisados por nosotros, obviamente este punto no se ha podido llevar a cabo. Hemos considerado que la omisión de un ítem metodológico por parte del autor equivale a un aspecto no tratado en el diseño del ensayo.

Tras la revisión de los abstracts y artículos completos, y una vez descartados aquéllos que no cumplían con los criterios requeridos, el número de ensayos incluidos fue de **67**. La muestra engloba a 6.203 pacientes con predominio del género masculino en un 66% y una edad media de los participantes de 35 años.

Los ensayos descritos incorporan cuatro tipos de técnicas claramente diferenciadas: **Entrenamiento en habilidades sociales (SST), Terapia cognitivo-conductual (CBT), Terapia psicoeducativa (PE) y Terapia Integrada de la esquizofrenia (IPT)**, todas ellas aplicadas en el contexto del grupo. El formato grupal está implícito en el diseño de algunas de estas terapias como por ejemplo los SST y PE, mientras la CBT o la IPT se pueden implementar indistintamente de forma individual o grupal. En estos últimos casos ha sido necesario realizar un cribaje de aquellos ensayos que utilizaban la modalidad grupal. En el caso de los IPT este aspecto ha entrañado algunas dificultades debido a la información incompleta sobre los ensayos.

Además de estas cuatro técnicas que conforman 60 de los 67 artículos de esta revisión, 7 ensayos describen **técnicas no inspiradas en ninguna de las cuatro categorías mencionadas** y que son diseños de autor con ingredientes de alguna otra técnica. Distinguimos en ellas el ensayo de Hogarty (2004) sobre Cognitive Enhancement Therapy (CET) que es un diseño propio que es posteriormente retomado en 3 ensayos sucesivos por Eack (2007, 2009, 2010) y por Roncone (2004) en una variación sobre la técnica (IEP). Bradshaw (1996) describe un programa de intervención (CST) de corte psicoeducativo aunque combinado con otros elementos. Finalmente Guo (2010) describe en un macro-ensayo reciente una terapia psicosocial combinada de CBT, SST, PE y terapia familiar. Hemos dejado al margen del análisis comparativo de las técnicas este último grupo de terapias por la heterogeneidad de las mismas.

La **distribución por países** de los 67 ensayos es la siguiente: 28 ensayos producidos en los EE.UU. (13 SST, 6 CBT, 2 IPT, 2 PE y 5 otras), 8 en Alemania (4 PE, 3 CBT, 1 IPT), 5 en España (5 IPT), 5 en China (3 SST, 1 PE 1 otra), 4 en el Reino Unido (3 CBT y 1 PE), 4 en Canadá (2 SST, 1 CBT y 1 PE), 2 en Australia (1 SST y 1 CBT), y finalmente 1 ensayo en cada uno de los siguientes países: Brasil (IPT), Corea (SST), Dinamarca (PE), Finlandia (PE), Israel (CBT), Italia (otras terapias), Japón (SST), México (SST), Nigeria (PE), Polonia (SST) y Taiwán (SST). Algunos de los ensayos son seguimientos de un ensayo previo, aún así se han analizado por separado debido a la incorporación de algunas modificaciones metodológicas en el tiempo.

En todos ellos **el diagnóstico de los participantes** reclutados es el de esquizofrenia. Muchos incorporan además el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo tal y como reflejan las tablas. El diagnóstico se establece en todos los casos salvo tres mediante escalas. Seis autores incorporan además en la muestra otros diagnósticos: Agara (2007): trastornos depresivos (sin especificar porcentaje ni características); Mausbach (2008), Bechdolf (2004, 2005 y 2010) y Goulet (1996): trastornos esquizofreniformes

y otros trastornos psicóticos agudos; Wallace (2004): trastornos bipolares (43%) y finalmente Lecomte (2008): psicosis de inicio reciente.

En el 73% de los casos la procedencia y el setting de la técnica fueron ambulatorios. En cuanto a la duración media de las intervenciones fue de: 29 semanas para SST, 21 semanas para IPT, 15 semanas para PE y 14 semanas para CBT. La mayor brevedad de ésta última coincide con los hallazgos de la literatura y refleja el acotamiento en el tiempo de una intervención generalmente más sofisticada y costosa. Mientras, la mayor longitud de los SST responde a la convicción de que las intervenciones psicosociales, que persiguen la mejoría en el funcionamiento social del paciente, deben ser duraderas y estar reforzadas en el tiempo para ser eficaces.

La **calidad metodológica global de la muestra** en puntuación de escala JADAD fue de 3,1 sobre 5. Por técnicas, las intervenciones de CBT tienen una calidad metodológica de 3,9; seguidas de 3,5 para SST; 2,8 para IPT y 2,7 para PE, lo que expresa la clara superioridad metodológica de las intervenciones cognitivo-conductuales.

Se especifica en todos los ensayos el procedimiento de asignación a los grupos de intervención mediante aleatorización, lo cual constituye el criterio imprescindible para un ensayo aleatorizado. El método de randomización se describe solo en 29 ensayos (menos de la mitad de la muestra), siendo el único método incorrecto el de Agara (Nigeria, 2007). Si bien se presenta como un ensayo aleatorizado, el método de aleatorización descrito por el autor es el de la asignación por alternancia a los grupos de intervención, lo que constituye un diseño semi-experimental.

La ocultación de la asignación es un aspecto generalmente descuidado del protocolo metodológico de los ensayos randomizados tal y como se puede comprobar aquí nuevamente ya que sólo 17 de los 67 ensayos hacen mención a la misma. Destaca que la mitad de ellos pertenecen a los CBT lo que concuerda con la superioridad metodológica de este grupo.

El **enmascaramiento de los evaluadores** se señala en 47 de los 67 ensayos siendo descrito el método sólo en 23 de ellos. Falta precisión sobre este punto en casi todos los artículos, siendo la reseña de evaluadores “independientes” la más utilizada para describir el método de ciego. En otros casos se explica el mismo por el método de alejamiento geográfico y en pocos casos mediante la participación de dos evaluadores, realizando uno de ellos la entrevista, que es luego puntuada por un segundo evaluador cegado. Este procedimiento se emplea generalmente en la evaluación de test sobre role-play y tiene la ventaja de permitir además establecer la fiabilidad interevaluador. Destaca en los últimos

años el uso de escalas auto-administradas aplicadas por métodos informáticos, que evitan el escollo metodológico del enmascaramiento del evaluador. Wykes en el año 2008 [37] describe en su revisión sistemática sobre técnicas CBT una sobreestimación del efecto en la muestra revisada del 50 al 100% en aquellos casos en los que no se había producido enmascaramiento. Y se considera en la literatura médica general que la inflación de los resultados por omisión del ciego se sitúa en un 40%. Una minoría de autores hace una descripción pormenorizada del método de mantenimiento del ciego a lo largo de toda la intervención así como del método de comprobación del éxito del mismo. Algunos informan de filtraciones –tal y como presenta la tabla– lo que invalidaría el enmascaramiento, aunque en el caso de Aho Mustonen (2010) se comprueba con un test posterior que a pesar de la rotura del ciego, los evaluadores no son capaces de acertar la asignación a los grupos de intervención.

Las pérdidas son descritas en una gran mayoría de los ensayos (56 de 67) y generalmente se detallan las causas de las mismas. Algunos autores mencionan las pérdidas en las distintas fases del seguimiento con el lógico incremento de las mismas al filo del tiempo. El punto de corte a partir del cual la validez estadística de un ensayo es cuestionable es del 25% de pérdidas. 10 ensayos muestran pérdidas que superan esta cifra y por lo tanto obligarían a matizar los resultados. Señalar las particularidades del ensayo de Guo (2010) que obtiene unas pérdidas del 40%, si bien la muestra incorpora más de mil participantes y las pérdidas en el seguimiento son en este caso la medida de resultado utilizada como indicador de eficacia de la técnica.

La **calidad metodológica de los ensayos** es un aspecto tenido en cuenta de forma progresiva en los últimos años, siguiendo las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia (MBE). Cabe señalar que los ensayos publicados en los cinco últimos años –que son 24– muestran una puntuación media en la escala JADAD de 4,1 sobre 5, lo cual refleja un esmero progresivo en el diseño de los mismos y una superioridad metodológica frente a los ensayos de los años anteriores.

En cuanto al **análisis estadístico los resultados obtenidos** sobre los tres puntos planteados son los siguientes:

1. Cálculo del tamaño muestral: Sólo siete autores estiman la magnitud de la muestra de forma previa al reclutamiento, teniendo en cuenta tanto las pérdidas previsibles como la magnitud de la diferencia a detectar para obtener resultados clínicamente relevantes.
2. 19 de 67 ensayos incorporan medidas de resultado utilizando el tamaño del efecto. Y finalmente,

3. 22 de los 67 autores utilizan el procedimiento estadístico por intención de tratar sobre la muestra inicialmente randomizada o, en su defecto, sobre la muestra de pacientes que han recibido un número suficiente de sesiones. Sólo 2 autores sobre 67 cuidan estos tres aspectos del tratamiento estadístico, siendo Lecomte (CBT, 2008) y Xiang (SST, 2007).

Además de los criterios de calidad metodológica que hemos analizado y que son comunes a cualquier ensayo biomédico, las intervenciones psicosociales precisan de **otros indicadores de calidad** que permitan realizar evaluaciones comparativas de una intervención psicosocial a otra, tal y como se desprende de los postulados de la MBE en su aplicación a las terapias psicosociales. Hemos recogido a continuación los aspectos más relevantes de las mismas y que consisten a nuestro juicio en:

- 1.º La importancia de que la intervención siga un **protocolo** o un **manual**.
- 2.º La necesidad de que los **terapeutas** estén debidamente **entrenados** en la técnica y supervisados.
- 3.º La existencia de un **consenso en la evaluación de los resultados** mediante el entrenamiento de los evaluadores en las pruebas que se utilizan, así como en el establecimiento de una fiabilidad inter-evaluador.
- 4.º La necesidad de que el **tratamiento neuroléptico** sea una **variable controlada** del estudio, y
- 5.º El hecho de tener en cuenta las diferencias producidas por la **elección de un tipo de grupo control** u otro.

1.º A propósito del primer punto, Liberman (1998) [38] y Kopelowicz (2003) [39] insisten en que las posibilidades de éxito de una terapia radican en la alta protocolización de la misma, así como de una aplicación, por parte de los terapeutas fidedigna. La utilización de contenidos protocolizados es también fundamental a efectos de comparación de resultados y sobre todo de replicabilidad del procedimiento. Todos los ensayos revisados, menos el de Millson (1993), utilizan un manual o a un protocolo de intervención, o en su defecto, remiten al modelo original empleado y al autor.

2.º En cuanto a los **terapeutas** los ensayos CBT son los que mejor describen los tres aspectos que hemos valorado: cualificación, training y supervisión; seguidos por los ensayos de SST, PE y finalmente IPT. La cualificación de los terapeutas es heterogénea en todos ellos, incorporando desde profesionales muy cualificados (psiquiatras y psicólogos) hasta

miembros del personal sin cualificación específica, pasando por enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc. La elección de profesionales altamente cualificados implica un conocimiento alto de la técnica, por lo tanto ofrece mayores posibilidades de adherencia al modelo utilizado, a la vez que eleva los costes de la misma. Mientras, la aplicación por profesionales de menor preparación abarata los costes y en contrapartida introduce posibles sesgos por la variabilidad en la fidelidad a la técnica. En este segundo caso, sin embargo, hay que tener en cuenta que el éxito de una técnica aplicada con profesionales de menor cualificación es presentado como una ventaja para su replicabilidad y su adaptabilidad a diversos contextos. Los ensayos CBT describen la cualificación de los terapeutas aproximadamente en la mitad de ellos, siendo en general heterogénea, si bien destaca la incorporación en todos los ensayos por lo menos de un psicólogo al equipo terapéutico lo cual coincide con la afirmación general de los altos requerimientos de las técnicas CBT. La técnica aplicada ha sido entrenada y supervisada en la gran mayoría de los ensayos CBT (12 de 15 respectivamente) estando ambos conceptos unidos: se entrena la técnica y se comprueba la fidelidad a la misma mediante la supervisión en la mayoría de los casos.

La cualificación de los terapeutas de SST, aunque heterogénea también, es de menor rango. Salvo en seis casos llevada a cabo por psicólogos, la técnica es aplicada en el resto por enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales o incluso paraprofesionales. Esto coincide con el modelo voluntariamente replicable y adaptable de los SST a cualquier ámbito de intervención, durante largo tiempo, y por profesionales de una amplia gama. Los PE describen la cualificación en 8 de los 12 ensayos, siendo la misma heterogénea también, recibiendo los terapeutas un training y supervisión de la técnica en 6 de cada 12 respectivamente. Finalmente los IPT describen la cualificación y el training de los terapeutas en sólo 4 de los 9 casos, siendo supervisada la misma en sólo 1 caso. Las técnicas son aplicadas en los 4 casos descritos por psicólogos.

3.º La preparación de los **evaluadores** alude al hecho de que además de estar enmascarados a la asignación, éstos deben corregir de forma fiable las pruebas administradas, sobre todo cuando éstas requieren de una pericia técnica para su evaluación. Esto es especialmente importante a la hora de evaluar los test de role-play. La fiabilidad interevaluador es medida por el coeficiente de Pearson y recogida en las tablas.

A continuación desglosamos los resultados.

- CBT: 9 de 15 evaluadores (60%) están entrenados y en 10 de los 15 ensayos (67%) se ha establecido la fiabilidad interevaluador, estan-

do al frente nuevamente de las técnicas descritas en cuanto a la pulcritud de este aspecto del diseño.

- SST: 15 de 24 ensayos (62%) describen entrenamiento de los evaluadores y en 11 casos (46%) se ha establecido la fiabilidad interevaluadores.
- IPT: se describe el entrenamiento y fiabilidad interevaluador en 4 (44%) y 3 (33%) de 9 ensayos respectivamente. Y finalmente,
- PE: es la intervención que menos cuida este aspecto del diseño, recibiendo los evaluadores entrenamiento en 3 de 12 ensayos (25%) y estableciéndose la fiabilidad interevaluador solo en 1 de 12 (8%).

4.º La mención al **tratamiento neuroléptico** existe en casi todos los ensayos pero sólo algunos utilizan el tratamiento neuroléptico como una variable controlada del mismo. Es decir, comprueban la equivalencia de los grupos de intervención y control en la toma y dosis de neurolépticos antes y después de la intervención. En estos casos la dosis de neuroléptico es expresada en dosis diarias equivalentes de clorpromacina (DD. CPZ) –según Jeste y Wyatt (1982) y Goulds (2003)– o simplemente en dosis diarias definidas de neurolépticos (DDD). La ventaja del control de la variable de tratamiento antipsicótico radica en evitar interpretaciones equivocadas de los resultados sobre la eficacia de la técnica estudiada, sobre todo cuando ésta valora los efectos sobre síntomas psicopatológicos. También permite comprobar las aptitudes del paciente hacia el aprendizaje de la técnica ensayada independientemente de su situación psicopatológica al inicio del experimento. El tratamiento antipsicótico es variable controlada en el 42% de la muestra total (28 de los 67 ensayos); en 11/24 de los SST, en 6/15 de CBT; en 5/12 de PE; y en 6/7 de otras terapias; mientras esta variable no es tenida en cuenta en ninguno de los ensayos IPT.

5.º La existencia de un **grupo control** es un requisito indispensable para el diseño de un ensayo controlado. Se considera deseable que éste sea un control activo que aplique otra técnica cuando se quieran estimar los efectos no específicos del tratamiento. En otros casos, la elección de un tratamiento estándar permitirá determinar si la mejoría observada con la aplicación de una técnica no es debida simplemente al paso del tiempo. En esta revisión se describen cuatro tipos diferentes de grupos control: 1. *tratamiento estándar*: en 34 de los 67 ensayos (51%), consistente en general en consulta psiquiátrica convencional y tratamiento farmacológico. 2. *lista de espera*: en 4 ensayos (6%); 3. *grupos de control activo* en 24

de 67 (36%) distribuidos de la siguiente manera: 12 de otras técnicas psicoterapéuticas en formato grupal (18%); 9 de grupo de discusión o de apoyo (13%) y 3 de terapia individual (4%); 4. *terapia ocupacional* en 3 artículos (4%). Finalmente 2 ensayos (Ruiz, 2011 y Park, 2011) describen comparaciones de una misma técnica en dos formatos distintos: IPT individual versus IPT grupal en el caso de Ruiz y SST tradicional versus virtual en el caso de Park.

La elección del tipo del grupo control requiere matizaciones en la interpretación de los resultados. Dentro de los tratamientos estándar es necesario tener en cuenta que frente a intervenciones básicas, Spaulding (1999), por ejemplo, introduce un tratamiento estándar de gran riqueza hecho que obviamente debe considerarse en el análisis de las diferencias respecto del grupo de intervención. Este aspecto también ha de ser tenido en cuenta según los países ya que existen diferencias de unos a otros en cuanto a las prestaciones básicas de los sistemas de salud. Los controles de lista de espera introducen a su vez un posible sesgo por la expectativa de participación. En lo que concierne a la utilización de un control activo, debe considerarse que puede reducir en general las diferencias sobre los resultados, salvo que ambas técnicas difieran en el foco estudiado. Los grupos de control activo permiten demostrar los resultados específicos de la técnica estudiada y controlar los posibles aspectos “inespecíficos” inherentes al encuadre grupal en sí (factores terapéuticos de Yalom). A propósito de la utilización de grupos de control activo del tipo discusión o apoyo, se han empleado hasta la fecha en la literatura prácticamente como una terapia placebo para controlar los efectos no específicos de la terapia de intervención. Sin embargo se está comprobando en los últimos años que los beneficios de las técnicas más sofisticadas frente a este tipo de intervenciones no son tan destacados como podría suponerse. Penn (2004) [40] muestra como los resultados de CBT frente a terapia de apoyo son escasos. Aunque no se ha determinado con claridad en qué radica la eficacia de estas intervenciones de apoyo en general poco protocolizadas, está suficientemente claro que el apoyo social desempeña un papel importante en los enfermos de esquizofrenia que encontrarían en el contexto de un grupo psicoterapéutico de discusión y apoyo el lugar donde relatar y compartir sus experiencias de soledad y aislamiento. Kanas (1986; 1993) destacaba ya las evidencias en la literatura que apoyaban la eficacia del fenómeno grupal en la esquizofrenia. Por nuestra parte añadiríamos que sería necesario definir sobre qué indicadores específicos se puede mostrar la eficacia de los grupos de apoyo y discusión cuyo valor ha sido subestimado en la actualidad. Es poco realista pretender que un grupo de discusión mejore la psicopatología de un paciente o su funcionamiento social medido en criterios restringidos, mientras que es posible

que influya en otros aspectos subjetivos del bienestar del paciente o en su calidad de vida. Hemos comparado en esta revisión los 9 ensayos que incorporan grupos de discusión o de apoyo como control, destacando que en ninguno de ellos la terapia psicosocial propuesta a estudio, presentaba ventajas significativas sobre esta modalidad de grupo de control activo. Desglosamos a continuación los hallazgos.

- Asher (PE, 1999) no encuentra diferencia entre un PE y un grupo de apoyo, declarando que éste último no es tan inerte como se pretende y que los efectos similares logrados por ambos deben ser atribuibles a factores terapéuticos inespecíficos y ajenos a la técnica.
- Eckman (SST, 1992) encuentra una superioridad del tratamiento ensayado sólo sobre las habilidades entrenadas.
- Marder (SST, 1996) obtiene resultados sólo modestos favorables a SST sobre ajuste social frente al grupo de discusión cuando los pacientes presentan deterioro, mientras que no hay diferencias sobre el aprovechamiento de ambas intervenciones en pacientes menos afectados. El SST sólo tendría ventajas claras en pacientes que requieran intervenciones muy protocolizadas.
- Hayes (SST, 1995) muestra ventaja del SST frente al grupo de discusión sobre las habilidades ensayadas pero no sobre calidad de vida y psicopatología.
- Smith (SST, 1999) encuentra superioridad del SST exclusivamente sobre las habilidades entrenadas.
- Patterson (SST, 2006) encuentra diferencias significativas a favor de un FAST (SST adaptado) en cuanto a las habilidades entrenadas pero no sobre ninguna de las medidas secundarias como calidad de vida, depresión, o psicopatología.
- Mausbach (SST, 2008) compara el FAST con una adaptación del mismo para latinos (PEDAL) y un grupo de discusión y no detecta diferencias entre el FAST y este último grupo control. A su vez la superioridad del PEDAL frente a ambos se da sólo sobre habilidades entrenadas pero no en calidad de vida o PANSS.
- Levine (CBT, 1998) en una muestra pequeña de 12 pacientes demuestra la superioridad de la técnica frente al grupo control pero expresa las limitaciones del ensayo por el tamaño muestral y por el hecho de que los grupos no son equivalentes al inicio. El grupo control de apoyo o discusión está constituido por pacientes más crónicos y con mayor psicopatología.

- Penn (CBT, 2009) desarrolla finalmente el ensayo más reciente y más revelador en este sentido. Obtiene una reducción de las creencias negativas sobre las voces en el grupo de discusión a lo largo de los 12 meses de intervención, mientras la CBT no se muestra eficaz. Apunta como posible explicación a este hecho que la terapia de apoyo tiene como finalidad facilitar la integración social del participante y que ésta aumenta la sensación de control sobre las voces, produciéndose una mejoría en el distanciamiento del sujeto de las mismas. Lidz (1973) [41] decía muchos antes que la multiplicidad y multifocalidad de las comunicaciones grupales facilitan el descentramiento cognitivo del enfermo lo que es de gran importancia en el paciente esquizofrénico especialmente vulnerable a la regresión cognitiva y al egocentrismo perceptivo. También es cierto que en este último ensayo Penn no obtiene mejoría sobre autoestima o funcionamiento social en ninguno de los dos grupos. Por lo tanto aceptando que producen efectos no triviales queda por precisar de qué forma influyen los grupos de apoyo positivamente en los pacientes.

En esta misma línea de constataciones, es relevante la **práctica inexistencia de referencias a los aspectos del proceso intragrupal en los estudios revisados**. Los autores centrados en determinar la eficacia de técnicas específicas desaprovechan en gran medida los factores terapéuticos inherentes al grupo y eso explica probablemente la ausencia de diferencias con las intervenciones grupales de apoyo o discusión. Sólo McLeod (2007) hace mención a los mismos utilizando un cuestionario de satisfacción y replica los hallazgos de un estudio controlado de Wykes (1999) [42] que apoya las aportaciones de Yalom sobre la contribución de los factores terapéuticos en la mejoría de los resultados. Daniels (1998) demuestra que la técnica CBT facilita la emergencia de factores terapéuticos, en especial la aceptación, cohesión y universalidad. Asher (1999), Aho Mustonen (2010) y Tsang (2001) hacen breves reseñas al factor protector del grupo en los resultados obtenidos. En los recientes artículos de la literatura anglosajona, sin embargo, parece existir una lenta evolución hacia la consideración de esos aspectos hasta ahora subestimados de las intervenciones psicoterapéuticas. Granholm (2009) [43] conduce un ensayo de resultados todavía provisionales en el que pretende comprobar el efecto del grupo como formato sobre las actitudes sociales y su impacto en el funcionamiento social del paciente a partir de una técnica mixta de CBSST. Johnson (2009) [44] evalúa por su parte los predictores de la alianza terapéutica en un grupo de terapia para alucinaciones auditivas, apoyándose en el hecho de que la alianza individual fuerte en el grupo puede predecir la disminución de síntomas y la reducción de los abandonos del tratamiento.

La elección de los indicadores

La elección de los indicadores para la evaluación de los efectos de una psicoterapia es fundamental. Se ha producido una evolución progresiva a la hora de elegir los mismos siguiendo la moda de los tiempos. Así en los años 20 las medidas de resultado fueron de corte psicoanalítico, pasando en los años 50 a medidas de rendimiento sobre el trabajo y en los 80 a la desaparición de los síntomas. Desde el año 2000 se están empezando a reconducir los indicadores de eficacia hacia medidas de calidad de vida y salud mental. Actualmente existe un consenso para considerar que la reducción sintomática es un criterio importante de eficacia pero no suficiente en sí. Sin embargo muchos estudios siguen despreciando las medidas sobre calidad de vida y bienestar del paciente, sus relaciones familiares, amistades, participación en la vida social, insight y gestión del estrés. Un aspecto clave a tener en cuenta a la hora de medir la eficacia de la técnica consiste en determinar sobre qué variables se pretende incidir con la misma. Mueser (1997) decía que una garantía de éxito de la técnica consiste en centrar su foco en uno o dos aspectos, a la vez que concretar su eficacia en uno o dos resultados. Lo que parece poco realista es pretender que una técnica diseñada a un fin concreto, por ejemplo de funcionamiento social, tenga efectos sobre criterios psicopatológicos. En este sentido la ausencia de beneficios sobre aspectos no abordados podría considerarse como una demostración de la especificidad de la intervención. Mientras la existencia de los mismos podría interpretarse como beneficios tangenciales.

Los **24 ensayos sobre SST** utilizan generalmente como indicadores de eficacia los efectos sobre las habilidades entrenadas en el protocolo, y sobre el funcionamiento social como medida de generalización de las mismas, además de otras variables secundarias. Liberman (1986) y Douglas (1990) advierten de la limitada intercambiabilidad del programa SST de un objetivo a otro y se tiende en la actualidad a diseñar intervenciones SST para demandas específicas. Aquellos SST que utilizan uno o varios módulos del programa enfocados a un aspecto específico del funcionamiento social o personal del paciente miden sus logros al respecto. Por ejemplo: la utilización del módulo de manejo de tratamiento mide su eficacia sobre el conocimiento y manejo de la medicación; el Re-entry Community Module (módulo de reentrada a la comunidad), que se aplica en contexto hospitalario, mide su eficacia sobre recaídas o autocuidados tras el alta. Finalmente el desempeño en el empleo (en horas, semanas trabajadas o conducta en el empleo) constituye la medida de resultados en las habilidades que se entrenan en el SST enfocado al empleo. La lite-

ratura ha aportado varias revisiones sistemáticas sobre el entrenamiento en habilidades sociales entre las que destaca la de Benton y Schröder en 1990 [45] que concluye en un efecto positivo de SST sobre conducta y asertividad social, mientras que el efecto sobre funcionamiento global es modesto. Los autores desarrollaban la hipótesis de que el funcionamiento global de un sujeto tiene en cuenta otras variables más allá de la conducta social y no puede ser un indicador válido de la generalización de los beneficios obtenidos por el SST en conducta social. Pilling en otra revisión del año 2002 [46] no encontraba beneficios sobre ajuste global, funcionamiento social y calidad de vida, destacando que los resultados eran pocos convincentes y recomendaba evaluar las habilidades sociales con instrumento de medidas uniformes y sobre resultados diferentes a aquellas habilidades ensayadas durante el adiestramiento. Más recientemente Kurtz y Mueser (2008) [47] desarrollan el meta-análisis más completo de todos y determinan el tamaño del efecto para el dominio adquirido de las habilidades entrenadas en $d=1,20$, mientras los efectos sobre las medidas de habilidades sociales de la vida cotidiana y medidas de funcionamiento comunitario e institucional son más modestos con $d=0,52$. Como ya venían anticipando otros autores, este meta-análisis determina que los efectos del SST sobre síntomas psiquiátricos y recaídas son escasos, con $d=0,15$ y $0,23$ respectivamente. La síntesis de todos estos resultados apoya la eficacia general del SST sobre el funcionamiento social, si bien determina que la generalización de las habilidades entrenadas sigue siendo modesta. Este último punto junto con el interrogante de cuanto tiempo debe aplicarse el SST han sido las cuestiones una y otra vez planteadas a lo largo de los años. Liberman (1998) desde el principio aclaraba que sólo aquellos SST aplicados durante períodos suficientes y con refuerzos a lo largo del tiempo en el entorno real de vida del paciente, tienen posibilidades de generalizar sus efectos. Heinssen et al. (2000) planteaba por su lado que hay que medir la eficacia del SST sobre la utilización de las habilidades antes que sobre el aprendizaje de las mismas como se venía haciendo equivocadamente.

A los ensayos de Kurtz y Mueser hemos añadido algunos producidos posteriormente al año 2007 como son los de Mausbach (2008), del cual se ha hecho una breve reseña previa, el de Xiang (2007; seguimiento de un ensayo previo descrito por Kurtz y Mueser), Goulet (1996), que es un pequeño ensayo olvidado por los autores sobre un módulo de manejo de tratamiento en pacientes ingresados. Finalmente Park (2011) es un ejemplo de las nuevas tecnologías aplicadas a las intervenciones psicosociales puesto que compara la aplicación de un SST con role-play tradicional a la de un SST con role-play aplicado por avatares virtuales, mostrando

que incluso éste último obtiene mejores resultados de motivación de los participantes. En 7 de los 24 SST hemos identificado la aplicación de refuerzos tras el entrenamiento intensivo de la técnica siguiendo las recomendaciones hechas por Liberman. Por citar alguno, Kopelowicz (2003) ofrece un programa de coaching con familiares a pacientes latinos y en su medio habitual después del SST básico, logrando favorecer la generalización de las habilidades entrenadas. Liberman (1998) refuerza el training con un seguimiento posterior por un equipo asertivo comunitario. En otros tres casos (Tsang, 2001; Wallace, 2004 y Mueser, 2005) los refuerzos completan un programa de habilidades sociales aplicado a estrategias de empleo, demostrando que la adición de los mismos mejora el rendimiento laboral. En el caso de Tsang, el refuerzo consiste en un encuentro informal de carácter mensual de aquellos que participaron en el SST, y que refleja el poder protector y de cohesión del grupo a la vez que su capacidad generadora de esperanza, lo cual nuevamente indica que el grupo en sí tiene un efecto beneficioso. Añadiríamos finalmente que el concepto de “booster” o refuerzo no se ha aplicado aparentemente a otras técnicas, de hecho, no hemos encontrado esta estrategia en las demás técnicas revisadas aquí.

Las **terapias cognitivo-conductuales (CBT)** expresan tradicionalmente sus beneficios sobre síntomas globales o síntomas positivos, si bien se interesan cada vez más por otros aspectos herederos de formulaciones psicodinámicas tales como el insight sobre los delirios y alucinaciones, las creencias sobre las voces, el poder de las mismas, etc., así como por indicadores más generales de bienestar mental, calidad de vida, estigma o afrontamiento del estrés. A pesar de esta reciente vocación de modificar la relación del sujeto a las voces o al delirio, los resultados se siguen evaluando sin embargo sobre criterios cuantitativos de severidad o frecuencia de los fenómenos psicóticos.

Pilling (2002) [46] y Wykes (2008) recopilan en dos revisiones sistemáticas los ensayos CBT producidos tanto en formato grupal como individual. Lawrence (2006) [48] describe cinco ECAS en la única revisión hecha de CBT de grupo. En general todas ellas concuerdan en encontrar resultados inconsistentes sobre alucinaciones auditivas o síntomas positivos. Wykes (2005) y Barrowclough (2006) refrendan esta afirmación sobre la eficacia discutible de la CBT sobre los síntomas positivos, mientras encuentran una tendencia a la mejoría en medidas de resultado secundarias como la depresión, la autoestima o sentimientos de desesperanza de los pacientes al finalizar el tratamiento. Wykes (2008), en el meta-análisis ya referido sobre CBT en general, explora el tamaño del efecto sobre distintas medidas de resultados, obteniendo: 1) un tamaño

del efecto sobre el síntoma focalizado de 0,40; y 2) un tamaño del efecto sobre síntomas positivos, síntomas negativos, funcionamiento social, humor y ansiedad social de 0,35 a 0,44. No encuentra efectos sobre la esperanza. Además demuestra que no existen diferencias detectables sobre los resultados entre los 7 ensayos en formato grupal y los 27 de formato individual restantes. Nuestra revisión incorpora 5 ensayos posteriores al 2007 que son los de McLeod (2007), Lecomte (2008), Lysacker (2005, 2009), Penn (2009) y Bechdolf (2010). Brevemente comentar que McLeod obtiene una tendencia a la disminución de malestar en el grupo de intervención; Lecomte detecta una mejoría significativa en autoestima y los participantes además expresan su satisfacción con la experiencia terapéutica; Lysacker con una terapia cognitiva aplicada a empleo (IVIP) obtiene una mejoría significativa sobre los niveles de esperanza y autoestima de los pacientes a lo largo de los 6 meses de tratamiento. Ya hemos comentado la ausencia notable de diferencias halladas entre la técnica CBT y el grupo de discusión descritos por Penn con superioridad incluso del grupo de discusión sobre creencias de voces. Finalmente Bechdolf logra resultados similares entre CBT y un PE que cuestiona nuevamente la superioridad de técnicas de alto requerimiento frente a intervenciones didácticas más sencillas.

Los **ensayos que utilizan el modelo IPT** de Brenner y Roder han sido sobre todo desarrollados en países de lengua alemana. En el resto de países de Europa, EE.UU., Japón y Brasil, los estudios se realizan por equipos de investigación independientes pero generalmente en contacto con el equipo de investigación de Berna. Destacan 5 ensayos producidos en nuestro país. Los meta-análisis obtenidos en la literatura son también conducidos por los autores de la técnica: Roder (2006) [49], Müller (2007) [50] y la recientísima revisión sistemática de Roder (2011) [51] que recoge todos los ensayos llevados a cabo hasta la fecha. No hemos añadido por lo tanto ninguno a la larga lista de esta última revisión sistemática. Es preciso comentar que Roder no distingue los IPT implantados en formato grupal de aquéllos aplicados en formato individual. Los 9 ensayos incluidos en nuestra revisión se producen en formato grupal y no pudimos averiguar en 6 casos restantes el formato de implementación al no poder acceder a los artículos. Se excluyó el ensayo de Olbrich y Mussgay (1990), IPT sobre diferenciación cognitiva, que si bien se desarrolla en formato grupal impide el intercambio verbal entre los participantes a fin de neutralizar los aspectos inherentes a la comunicación social y que por lo tanto no puede considerarse una terapia grupal como tal. Roder concluye en la eficacia del IPT sobre las variables de síntomas, funcionamiento psicosocial y cognición, apuntando también al efecto de

generalización de los resultados dado el amplio muestreo de pacientes y contextos de implementación.

Finalmente los **ensayos sobre terapia psicoeducativa** ofertan posibilidades de interpretación menores dado que de los 12 artículos recogidos sólo 5 ensayos se producen sobre pacientes exclusivamente, mientras el resto mezcla intervención psicoeducativa sobre pacientes con intervenciones con la familia, bien en settings independientes o incluso dentro del mismo contexto de intervención. Las revisiones sistemáticas llevadas a cabo sobre PE, como Pekkala (2004) [52], han mostrado los resultados poco consistentes de la terapia psicoeducativa aplicada exclusivamente a pacientes mientras la incorporación de los familiares a las intervenciones consigue una mejoría sobre los indicadores de eficacia. Lincoln (2007) [53] realiza un último meta-análisis sobre terapias psicoeducativas identificando 19 ensayos que incorporan en su mayor parte intervenciones sobre familiares o combinadas sobre familiares y pacientes. Muestra nuevamente las limitaciones de la PE aplicada sólo a pacientes. Hemos incorporado otros 7 artículos no analizados por Lincoln (Asher, 1999; Agara, 2007; Aho Mustonen, 2010; Millson, 1993; Chan, 2008; Pitschel-Walz, 2006 y Baüml, 2007), de los cuales los 4 primeros se desarrollan exclusivamente sobre pacientes. Ya hemos descrito brevemente los resultados de Asher. Agara presenta un PE sobre la adherencia a consulta post- alta de pacientes ingresados en un estudio de diseño semi-experimental de muy baja calidad metodológica. Millson describe un pequeño ensayo PE sobre pacientes con esquizofrenia y polidipsia, cuya eficacia no aguanta el paso del tiempo. Aho Mustonen utiliza un PE en pacientes judiciales con altos niveles de hostilidad. A pesar de los resultados contradictorios obtiene una mejoría significativa sobre autoestima. Este último artículo refleja la tendencia actual a añadir a los contenidos didácticos tradicionales de la terapia psicoeducativa nuevos elementos terapéuticos como pueden ser el intercambio de experiencias, el autoconocimiento o la discusión en el seno del grupo.

La eficacia de la psicoterapia. Consideraciones finales

¿Se puede evaluar la eficacia de la psicoterapia? Sí, opinan las decenas de miles de publicaciones y libros que tratan esta cuestión. No, contestan aquéllos que consideran que el sufrimiento psíquico no es medible y que nada puede describirse del proceso de la psicoterapia. Entre estas alejadas posturas, entre aquéllos que ceden a la exigencia de la medicina basada en la evidencia y aquéllos que al contrario creen que el empeño

se corresponde con una medicalización inapropiada del ser humano, existe un lugar de encuentro para los que abogan por superar los aspectos polémicos y perfeccionar las herramientas de ayuda al paciente. Las condiciones de demostración de la eficacia de la psicoterapia han sido en efecto impuestas en las últimas décadas por la medicina basada en la evidencia y los organismos de investigación americanos y anglosajones y esto ha repercutido sin duda en el enfoque de los artículos publicados en los últimos 25 años. Pero también es cierto que la metodología de la investigación en psiquiatría y en psicoterapia está en permanente evolución.

Son cada vez más numerosos los sectores críticos a esta concepción hegemónica de la medicina basada en la evidencia y su aplicabilidad automática desde las ciencias biológicas al campo de la salud mental. Incluso la propia American Psychological Association abrió este debate-diálogo de forma muy lúcida en el 2005 (54) preguntándose si toda la retórica creciente de la metodología basada en la evidencia la hace superior a otros métodos también utilizados en la investigación de la psicoterapia como los estudios naturalísticos, los cualitativos e incluso el análisis de casos, poniendo en cuestión algunas de las normas hasta la fecha establecidas por la metodología basada en la evidencia, donde bien pudiera ocurrir que es más el ruido que las nueces.

Las limitaciones de los estudios empíricos de la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia han sido subrayadas recientemente (55). Las metodologías reduccionistas están sesgadas desde la teoría y excluyen las psicoterapias de grupo más dinámicas, interpersonales y biográficas, algo ya observado en otras revisiones basadas en la evidencia sobre las psicoterapias de grupo en general (56-60).

Un aspecto juzgado como crucial a la hora de establecer los beneficios de una terapia es el de diferenciar su "eficacia" de su "utilidad" y "factibilidad", así como de su aceptación por el paciente, pero hay otros muchos aspectos claves que deben ser considerados como la relación terapéutica, la empatía, los mecanismos que impulsan los procesos de cambio, la diversidad, complejidad y heterogeneidad de los pacientes e incluso su activo papel en el proceso terapéutico. El paciente nunca es el pasivo receptor de una técnica terapéutica como se viene demostrando desde hace muchos años. Las técnicas, sobrevaloradas por la medicina basada en la evidencia, tienen un peso secundario en todas las psicoterapias, donde la relación terapéutica y las características, actitudes, compromisos y motivaciones de los pacientes y los terapeutas son fundamen-

tales y los factores terapéuticos y extra-terapéuticos son comunes en muchas formas de psicoterapia (61, 62).

La medicina basada en la evidencia ha tenido el mérito de impulsar una investigación de la que pueden beneficiarse tanto los profesionales como los pacientes y los dispositivos asistenciales. Por otra parte, a pesar de los diseños muy protocolizados sobre los que se apoyan las terapias aquí revisadas y que conforman el grueso de la investigación de la psicoterapia grupal, no es menos cierto que todas ellas en mayor o menor medida han inspirado las intervenciones prácticas que se realizan en el contexto asistencial eso sí de forma más flexible, menos estructurada que los modelos experimentales de los ensayos clínicos aleatorizados, cuya transportabilidad a la realidad clínica siempre ha estado en cuestión, lo que no ha ocurrido con las investigaciones de los beneficios de la psicoterapia en programas asistenciales reales de terapias combinadas (63-65). Gran parte de esta metodología basada en la evidencia ha crecido, desde la farmacología y otros campos, ofreciendo a los gestores de servicios sanitarios privados o públicos argumentos para implementar o costear procedimientos o técnicas cuya eficacia estaba a priori demostrada experimentalmente. Y muchos fármacos sin embargo no han podido demostrar su eficacia en su paso de la experimentación a la clínica, aunque el control, bastante opaco, por la industria farmacéutica de los ensayos clínicos aleatorizados no haya puesto seriamente en cuestión la metodología utilizada.

Pero la no transportabilidad a la práctica asistencial en salud mental de técnicas psicoterapéuticas está resultando una novedad preocupante. Por ejemplo, la evidencia arrogantemente demostrada por los ensayos clínicos aleatorizados sobre la superioridad de la CBT en el tratamiento de las depresiones, está empezando a producir contradictorias sorpresas. En los últimos años, en algunos países, la CBT ha tenido el monopolio creciente de la obtención de fondos públicos o prescripciones privadas financiadas en salud mental, con argumentos basados en los ECAS con metodología basada en la evidencia. Suecia ha dedicado cantidades billonarias a formar terapeutas CBT y ofrecer esta terapia en exclusiva a todos los pacientes depresivos, tratando de favorecer su rápida recuperación y prevenir su invalidez. Y el gobierno sueco acaba de suprimir en el sistema público esa financiación y esa exclusividad, cuando ha conocido los pobres resultados terapéuticos obtenidos, el frecuente rechazo de los pacientes, los innumerables abandonos y los frecuentes efectos adversos, con sus costes añadidos. Ha sido la evaluación en la práctica asistencial real de las CBT en las depresiones, lo que ha decidido que el gobierno sueco suprima un programa que implantó por la evidencia

derivada de los ECAS (66). Esto si que ha resultado una evidencia. La de que necesitamos más pluralismo y humildad en este campo.

El propósito de esta revisión era la identificación y análisis de ensayos aleatorios sobre la terapia grupal en la esquizofrenia. Fueron 67 los ensayos recopilados y analizados que utilizan esta modalidad de intervención. No se encontró ningún ensayo sobre terapias de orientación psicodinámica quizá debido a las dificultades con las que tropieza la investigación científica basada en la evidencia en su aplicación a campos terapéuticos donde prima lo subjetivo y lo singular. Los artículos describen cinco tipos principales de técnicas: terapia psicoeducativa, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales y terapia integrada de la esquizofrenia, además de un pequeño grupo de técnicas heterogéneas. La calidad metodológica de los ECAS descritos es generalmente buena, con superioridad de los CBT en prácticamente todos los criterios revisados. Faltan algunos aspectos en la ejecución del diseño de la ocultación de la asignación, el enmascaramiento de los evaluadores o el tratamiento estadístico de los datos. Resulta complicado lograr un contexto experimental que garantice la calidad metodológica de un ensayo tratándose de terapias psicosociales. Por otra parte, cuanto más cerca se está de éste, más alejado se encuentra del entorno natural del paciente. Aún así, en los últimos cinco años destaca una significativa mejoría de la calidad global de los ensayos que traduce la progresiva preocupación por perfeccionar el diseño metodológico de los mismos. A pesar de la profusión de artículos, resulta relevante la práctica inexistencia en ellos de apuntes a los beneficios singulares del encuadre grupal y de su posible contribución a los resultados. Los autores focalizan su interés en técnicas de diversas orientaciones teóricas mientras desestiman el aspecto terapéutico del grupo en sí. Los indicadores principales de mejoría siguen mayoritariamente centrados en aspectos excesivamente reduccionistas del síntoma o del funcionamiento social. La terapia de apoyo o discusión sigue relegada prácticamente a la condición de placebo de los grupos de control a pesar de las similitudes sobre los resultados con terapias de diseño más sofisticadas.

Consideramos por lo tanto esencial impulsar una investigación sobre los aspectos terapéuticos del encuadre grupal y en especial sobre la terapia de apoyo, discusión o insight en este formato. Los alentadores resultados de las distintas técnicas sobre criterios hasta ahora considerados como secundarios de calidad de vida, autoestima, insight, etc. obligan a la búsqueda de un nuevo modo de evaluar la eficacia de la psicoterapia de grupo, que tenga en cuenta aspectos más sensibles sobre el bienestar, la satisfacción o la realización del sujeto.

GRUPOS PSÍCOEDUCATIVOS (PE)

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad media	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: - Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Agara 2007 Nigeria	Esquizofrenia y trastornos depresivos (CIE-10).	- N: 48 - 52% - 31,4 años	Ingresados AP: NO	I: PE pacientes M: SÍ D: ≥ 4 sesiones R: NO
Aho-Mustonen 2010 Finlandia	Esquizofrenia y TEA (DSM IV)	- N: 39 - 89,7% - 39,6 años	Ingresados judiciales AP: NO	I: PE pacientes M: SÍ D: 8 semanas R: NO
Ascher 1999 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV)	- N: 33 - 57,5% - 36,4 años	Ingresados AP: NO	I: PE pacientes M: SÍ D: 3 semanas R: NO
Atkinson 1996 Reino Unido	Esquizofrenia (DSM III-R y SADS)	- N: 146 - 63% - -	Ambulatorios AP: NO	I: PE pacientes M: SÍ D: 20 semanas R: NO
Bäuml 2007 Alemania (Pitschel-Walz, 2006; a los 7 años)	Esquizofrenia y TEA (DSM III-R y CIE-9)	- N: 101 - 37,5% - 34,5 años (de N: 48 a los 7 años)	Ambulatorios AP: SÍ (DD CPZ)	Pacientes y familia M: SÍ D: 5 meses R: NO
Buchkremer 1997 Alemania	Esquizofrenia (DSM IIIR)	- N: 191 - 58,1% - 31,3 años	Ambulatorios AP: SÍ (DD.CPZ)	Pacientes + TC + TF M: SÍ D: 8 meses R: NO
Chan 2008 China	Esquizofrenia, inicio reciente (DSM IV)	- N: 73 - 65,75% - 35,25 años	Ambulatorios AP: NO	Pacientes y familia (EPPIC,2001) M: SÍ D: 3 meses R: NO
Hornung 1999 Alemania (Buchkremer, 1997 a los 5 años)	Esquizofrenia (DSM IIIR)	- N: 191 - 58,1% - 31,3 años	Ambulatorios AP: SÍ (DD.CPZ)	Pacientes + TC + TF M: SÍ D: 8 meses R: NO
Merinder 1999 Dinamarca	Esquizofrenia (CIE-10) y OPCRIT	- N: 46 - 52,3% - 35,9	Ambulatorios AP: SÍ (DDD)	Pacientes y familia M: SÍ D: 8 semanas R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estadístico I. de Tratar T. efecto (d) T. Muestral
TE	C: Asistentes en psicología y enfermeras T: 2 semanas S: NO	C: NO T: NO F: NO	Cumplimiento post-alta de consultas S: Cada mes durante 9 meses	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: NO T: 2 días S: SÍ	C: SÍ T: NO F: NO	Insight de enfermedad, síntomas y estigma S: NO	IT: SÍ d: SÍ TM: NO
Grupo discu-sión	C: Psicólogos,en- fermeros, TS T: 5 años S: NO	Auto- administrado	Conocimiento de enfermedad y medicación S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: Psiquiatra y TO T: SÍ S: NO	C: NO T: NO F: NO	Síntomas, f.social, CdeV S: 3 meses	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: psiquiatra y psicólogo T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: NO F: NO	Hospitalizaciones (nº y días), cum- plimiento,medicación y dosis S: -	IT: SÍ d: NO TM: NO
TE (ocio)	C: NO T: NO S: SÍ	C: SÍ (sobre ingreso) T: SÍ F: NO	Hospitalizaciones S: 1 y 2 años	IT: SÍ (sobre N: 147) d: NO TM: SÍ
TE	C: Enfermeras psiquiátricas. T: NO S: NO	C: SÍ (BPRS) T: NO F: NO	Actitud hacia tratamiento y enfermedad y síntomas S: 6 y 12 meses	IT: NO d: NO TM: NO
TE (ocio)	C: NO T: NO S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: NO	Hospitalizaciones S: -	IT: SÍ (N:147) d: NO TM: SÍ
TE	C: NO T: NO S: SÍ	C: SÍ (tto. y recaídas) T: NO F: SÍ	Insight de enfermedad, síntomas, f. social S: Al año.	IT: SÍ d: NO TM: NO

GRUPOS PSÍCOEDUCATIVOS (PE) *(continuación)*

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad media	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: - Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Millson 1993 Canadá	Esquizofrenia (DSM IIIR) y polidipsia	- N: 12 - 100% - -	Ingresados AP: NO	Pacientes M: NO D: 4 meses R: NO
Pitschel-Walz 2006 Alemania	Esquizofrenia y TEA (DSM III-R y CIE-9)	- N: 236 - 54,23% - 33,5 años	Ingresados y ambulatorios AP: SÍ (DD.CPZ)	Pacientes y familia M: SÍ D: 5 meses R: NO
Shin 2002 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV)	- N: 48 - 41,66% - 37,1 años	Ambulatorios AP: NO	Pacientes + sesiones individuales de refuerzo + TF M: SÍ D: 10 semanas R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estadístico I. de Tratar T. efecto (d) T. Muestral
TE	C: Residente psiquiatría y TS T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Ganancia peso diario S : NO	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: psiquiatra y psicólogo T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: NO F: NO (BPRS; GAS) . Si niveles en plasma de medicación.	Hospitalizaciones (n° y días) y cumplimiento medicación y dosis S: 6, 12 y 24 meses.	IT: SÍ d: NO TM: NO
Sesiones de apoyo individual + TF	C: TS y estudiante T: NO S: NO	C: SÍ (para BPRS) T: SÍ F: NO	Estigma, afrontamiento del medio familiar y síntomas S: NO	IT: SÍ d: NO TM: NO

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (SST)

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad (X)	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Anzai 2002 Japón	Esquizofrenia crónica y severa. (CIE 10; DSM IV)	-N: 32 - - - 46,8 años	Ingresados AP: NO	M. reentrada comunidad M: SÍ D: 9 semanas R: NO
Chien 2003 Taiwan	Esquizofrenia (DSM IV)	- N: 78 - 43% - 41,8 años	Ingresados AP: NO	Habilidades asertivas y conversación M: SÍ D: 4 semanas R: NO
Dobson 1995 Canadá	Esquizofrenia (DSM III-R y SCID)	- N: 33 - 57% - 35 años	Ambulatorios AP: SÍ (DD CPZ)	SST completo M: SÍ D: 9 semanas R: NO
Eckman 1992 EE.UU.	Esquizofrenia (DSM III-R y PSE)	- N: 41 - 100% - 40 años	Ambulatorios e ingresados AP: SÍ (dosis de fluofenacina cada 2 semanas)	M. manejo de síntomas y medicación M: SÍ D: 6 meses R: SÍ (6 meses de SST básico)
Goulet 1991 Canadá	Esquizofrenia, TEA y T. esquizofreni- forme (DSM III)	- N: 20 - - - 18-30 años	Ambulatorios AP: SÍ (DD CPZ)	M. manejo medicación M: SÍ D: 2-3 meses R: NO
Hayes 1995 Australia	Esquizofrenia (DSM III). Deterioro social	- N: 63 - 74,6% - 34 años	Ambulatorios AP: NO	SST M: SÍ D: 4 MESES R: SÍ (6 MESES)
Hogarty 1986 EE.UU. (Resultados al 1 ^{er} . año)	Esquizofrenia y TEA (RDC)	- N: 134 - 66% - 27,7 años	Ambulatorios AP: NO	SST + PE familiares M: SÍ D: 2 años R: NO
Hogarty 1991 (Resultados al 2 ^o año)	Esquizofrenia y TEA (RDC)	- N: 134 - 66% - 27,7 años	Ambulatorios AP: NO	SST + PE familiares M: SÍ D: 2 años R: NO
Kopelowicz 1998 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV)	- N: 70 - 71% - 35 años	Ingresados AP: NO	Módulo reentrada a la comunidad M: SÍ D: ± 8 días R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estad.: I. de Tratar T. efecto (d) T. Muestral
TE	C: enfermera T: NO S: SÍ	C: NO T: NO F: NO	Altas, nº y días en la comunidad y autocuidado S: 1 año	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: NO T: SÍ S: NO	C: NO T: NO F: NO	Habilidades asertivas y de conversación S: 1 mes	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia social del medio	C: enfermera, psicólogo T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ	Síntomas (PANSS) S: 3 y 6 meses	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia grupal orientada al insight	C: psicólogo (grupo control) T: NO S: NO	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,82-1)	Síntomas y habilidades sociales entrenadas S: 6 y 12 meses	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: NO T: NO S: NO	C: SÍ T: NO F: NO	Conocimiento enfermedad y tratamiento S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
Grupo de discusión	C: Psicólogos, TO y TS T: SÍ (>10 h) S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (>0,8)	Habilidades sociales y conversación. F. comunitario S: 6 meses	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia de apoyo individual	C: enfermera especializada T: NO (GC:SÍ) S: SÍ	C: NO T: SÍ (CFI) F: SÍ (> 0,8 para el CFI)	Recaídas y EE familiar S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia de apoyo individual	C: enfermera especializada T: NO (GC:SÍ) S: SÍ	C: NO T: SÍ (CFI) F: SÍ (> 0,8 para el CFI)	Recaídas y EE familiar S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia ocupacional	C: miembros del personal T: NO S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,93-0,96)	Conocimientos entrenados y cumplimiento cuidados post-alta S: NO	IT: NO d: NO TM: NO

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (SST) (*continuación*)

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad (X)	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Kopelowicz 2003 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV)	- N: 92 - 67,4% - 38,4 años	Ambulatorios (latinos) AP: SÍ (DD CPZ)	M. Manejo medicación y síntomas M: SÍ D: 3 meses R: Coaching con familiares + 2 visitas casa
Liberman 1998 EE.UU.	Esquizofrenia síntomas persistentes y severos	-N: 84 - 100% - 37 años	Ambulatorios AP: SÍ (CC CPZ)	4 módulos SST intensivo M: SÍ D: 6 meses R: 18 meses seguimiento comunitario
Marder 1996 EE.UU.	Esquizofrenia (DSM III R y PSE)	- N: 80 - 100% - 38 años	Ambulatorios AP: SÍ (dosis flufenazina cada 14 días)	4 módulos SST M: SÍ D: 24 meses R: NO
Mausbach 2008 EE.UU.	Esquizofrenia, TEA y T. psicóticos del ánimo (DSM IV)	- N: 59 - 59,3% - 48,46 años	Ambulatorios (latinos) AP: SÍ (DD CPZ)	GI 1: FAST GI 2: PEDAL M: SÍ D: 24 semanas R: NO
Meder 1998 Polonia	Esquizofrenia (DSM III R) Crónicos y deteriorados	- N: 97 - - - -	Ambulatorios (centro de día) AP: NO	GI 1: M. manejo medicación GI 2: PE M: SÍ D: 3 meses R: NO
Mueser 2005 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (66%) Sin escala diagnóstica.	- N: 35 - 80% - 37,7 años	Ambulatorios AP: NO	WFP (SST adaptado a empleo) M: SÍ D: 3-4 meses R: SÍ hasta los 18 meses
Park 2011 Corea	Esquizofrenia (DSM IV y SCID.P)	-N: 91 - 67% - 28,1 años	Ingresados AP: SÍ (DD CPZ)	GI 1: SST con role-play GI 2: SST virtual M: SÍ D: 5 semanas R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estad.: I. de Tratar T. efecto (d) T. Muestral
TE	C: psicólogo, TS y enfermero T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: NO	Síntomas, hospitalizaciones y actitud hacia la medicación S: 6 meses	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia ocupacional + 18 meses de seguimiento	C: TO, para-profesionales T: NO S: SÍ	C: SÍ T: NO F: NO	Habilidades entrenadas S: NO (cada 6 meses durante los 24 meses de tratamiento)	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia de apoyo grupal orientada a la realidad	C: Psicólogo doctorado T: SÍ (grupo control) S: NO	C: NO T: SÍ F: NO	Síntomas y ajuste social S: NO (cada 6 meses durante los 24 meses de tratamiento)	IT: SÍ d: SÍ TM: NO
Terapia grupal de apoyo y discusión	C: NO T: NO S: NO	C: SÍ T: SÍ F: NO	Habilidades entrenadas S: NO	IT: SÍ d: SÍ TM: NO
TE	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Conocimiento y manejo de la medicación S: 6 meses	IT: NO d: NO TM: NO
Servicios estándar de apoyo al empleo (TE)	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Horas y semanas trabajadas, ganancias y conducta en el empleo S: NO	IT: SÍ d: SÍ TM: NO
-	C: TS T: SÍ S: NO	C: SÍ T: SÍ F: NO	Habilidades sociales entrenadas y generalización S: NO	IT: NO d: NO TM: NO

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (SST) (continuación)

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad (X)	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Patterson 2006 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA Mayores de 40 años (DSM IV)	- N: 240 - 65% - 50,85 años	Ambulatorios AP: SÍ (DD CPZ)	FAST M: SÍ D: 6 meses R: NO
Smith 1999 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM III R)	- N: 32 - 56,25% - 34,6 años	Ingresados AP: NO	M. reentrada a la comunidad M: SÍ D: 3 semanas R: NO
Tsang 2001 Hong Kong	Esquizofrenia (sin escala)	- N: 97 - 53,6% - 35,66 años	Ambulatorios AP: NO	GI 1: SST + grupo refuerzo GI 2: SST M: SÍ D: 10 semanas R: SÍ (GI 1, 3 meses)
Valencia 2007 México	Esquizofrenia crónica (DSM IV y CIDI)	- N: 98 - 65,3% - 29,9 años	Ambulatorios AP: NO	PSST + TF M: SÍ D: 1 año R: NO
Wallace 1992 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM III R)	- N: 126 - 75,92% - 33 años	Ambulatorios AP: NO	3 módulos de SST M: SÍ D: 13-20 semanas R: NO
Wallace 2004 EE.UU.	Esquizofrenia (54% DSM IV) y Trastorno bipolar (43%)	- N: 42 - 50% - -	Ambulatorios AP: NO	WFM (SST para empleo) M: SÍ D: 3 meses R: SÍ (apoyo individual)
Xiang 2006 China	Esquizofrenia (DSM IV)	- N: 96 - 45,83% - 38,72 años	Ambulatorios AP: SÍ (DD. CPZ)	M. reentrada comunidad + terapia de apoyo M: SÍ D: 8 semanas R: NO
Xiang 2007 China	Esquizofrenia (DSM IV)	- N : 103 (randomizados) - 46,6% - 38,72 años	Ingresados AP : SÍ (DD. CPZ)	M. reentrada comunidad + talleres con la familia al alta M: SÍ D: 4 semanas R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estad.: I. de Tratar T. efecto (d) T. Muestral
Terapia grupal de apoyo y discusión	C: Terapeuta con máster , enfermero y paraprofesionales T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: NO F: NO	Habilidades sociales entrenadas y manejo de medicación S: NO	IT: SÍ d: NO TM: NO
Grupo de discusión y apoyo	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: SÍ (0,42-0,98 síntomas y 0,73 habilidades)	Síntomas, habilidades entrenadas y neurocognición S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: TO y TS T: NO S: NO	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,8)	Percepción de competencia y habilidades en empleo S: 3 meses	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: Psicólogo y terapeuta de familia T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: NO	Síntomas y funcionamiento social S: NO	IT: NO d: SÍ TM: NO
Lista de espera	C: enfermero, TO, cuidadores T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ	Habilidades entrenadas S: 1 año	IT: NO d: SÍ TM: NO
Servicios estándar de apoyo al empleo (TE)	C: Técnicos de empleo T: NO S: SÍ	C: NO T: NO F: NO	Tiempo de empleo, nº de empleos y satisfacción con el empleo S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia de apoyo grupal formato PE	C: Trabajadores de salud mental T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,76-0,92)	Síntomas, recaídas y funcionamiento social S: 6 meses	IT: SÍ d: NO TM: SÍ
Terapia de apoyo grupal formato PE	C: enfermera de salud mental T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,76-1)	funcionamiento social , síntomas y recaídas S: Cada 6 meses durante 2 años	IT: SÍ d: SÍ TM: SÍ

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (CBT)

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad (X)	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Barrowclough 2006 Reino Unido	Esquizofrenia con síntomas positivos persistentes y TEA (DSM IV)	- N: 113 - 72,6% - 39 años	Ambulatorios AP: NO	CBT para síntomas positivos M: Sí D: 6 meses R: NO
Bechdolf 2004 Alemania	Esquizofrenia o similares (CIE 10: F20, f23, f25)	- N: 88 - 45,4% - 31,8 años	Ingresados AP: Sí (DD. CPZ)	CBT síntomas positivos y cumplimiento medicación M: Sí D: 8 semanas R: NO
Bechdolf 2005 Alemania (seguimiento a los 2 años)	Esquizofrenia o similares (CIE 10: F20, f23, f25)	- N: 88 - 45,4% - 31,8 años	Ingresados AP: Sí (DD. CPZ)	CBT síntomas positivos y cumplimiento medicación M: Sí D: 8 semanas R: NO
Bechdolf 2010 Alemania	Esquizofrenia o similares (CIE 10: F20, f23, f25)	- N: 88 - 45,4% - 31,8 años	Ingresados AP: Sí (DD. CPZ)	CBT síntomas positivos y cumplimiento medicación M: Sí D: 8 semanas R: NO
Daniels 1998 EE.UU.	Esquizofrenia o TEA (DSM IV)	- N: 40 - 69% - 33,7 años	Ambulatorios AP: NO	IBT (para emergencia factores terapéuticos del grupo) M: Sí D: 8 semanas R: NO
Granholm 2005 EE.UU.	Esquizofrenia o TEA (DSM IV) >42 años	- N: 76 - 73,5% - 53,8 años	Ambulatorios AP: Sí (DD. CPZ)	CBSST M: Sí D: 6 meses R: NO
Granhom 2007 EE.UU. (seguimiento al año)	Esquizofrenia o TEA (DSM IV) >42 años	- N: 76 - 73,5% - 53,8 años	Ambulatorios AP: Sí (DD. CPZ)	CBSST M: Sí D: 6 meses R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estad.: I. de Tratar T. efecto (d) T. Muestral
TE	C: NO T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,71-0,91)	Síntomas positivos y funcionamiento social S: 1 año	IT: NO d: NO TM: NO
PE (8 semanas)	C: Psiquiatra y psicólogo T: SÍ S: NO	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,73-0,87; PANSS)	Recaídas, ingresos, síntomas y cumplimiento de la medicación S: Bechdolf, 2005	IT: NO d: NO TM: NO
PE (8 semanas)	C: Psiquiatra y psicólogo T: SÍ S: NO	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,73-0,87; PANSS)	Recaídas, ingresos, síntomas y cumplimiento de la medicación S: NO	IT: SÍ d: NO TM: NO
PE (8 semanas)	C: Psiquiatra y psicólogo T: SÍ S: NO	Test autoadministrado (MSQoL)	Calidad de vida (MSQoL) S: 6 meses	IT: SÍ d: SÍ TM: NO
Lista de espera	C: NO T: SÍ (3 años) S: NO	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (0,92)	Competencia social, síntomas negativos, factores terapéuticos del grupo S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: psicólogos o estudiantes T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: NO F: SÍ (0,88; PANSS)	Funcionamiento social (ILSS y UPSA) S: 1 año (Granholm, 2007)	IT: SÍ d: NO TM: NO
TE	C: psicólogos o estudiantes T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: NO F: SÍ (0,88; PANSS)	Funcionamiento social (ILSS y UPSA) S: -	IT: SÍ d: NO TM: NO

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (CBT) *(continuación)*

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad (X)	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Halperin 2000 Australaia	Trastorno mental severo con ansiedad y fobia social (BSPS)	- N: 20 - 81,25% - 39,6 años	Ambulatorios AP: NO	CBT sobre ansiedad social M: SÍ D: 8 semanas R: NO
Lecomte 2008 Canadá	Psicosis reciente y estable (18-35 años). SCID	- N: 129 - 73% - 24 años	Ambulatorios AP: SÍ	GI 1: CBT GI 2: SST (M. manejo síntomas) M: SÍ D: 3 meses R: NO
Levine 1998 Israel	Esquizofrenia paranoide (DSM II R)	- N: 12 - - - 34,5 años	Ambulatorios AP: NO	Terapia de disonancia cognitiva M: SÍ D: 6 semanas R: SÍ (al mes)
Lysacker 2005 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (SCID)	- N: 50 - 100% - 48,1 años	Ambulatorios AP: NO	IVIP M: SÍ D: 6 meses R: NO)
Lysacker 2009 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (SCID)	- N: 100 - 85% - 46,53 años	Ambulatorios AP: NO	IVIP M: SÍ D: 6 meses R: NO
McLeod 2007 Reino Unido	Esquizofrenia con alucinaciones auditivas (DSM IV)	- N: 20 - 30% (GI) - -	Ambulatorios AP: NO	Grupo de encuentro sobre voces M: SÍ D: 8 semanas R: NO
Penn 2009 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV y SCID). Alucinaciones auditivas persistentes	- N: 65 - 50,76% - 40,75 años	Ambulatorios AP: NO	CBT para voces M: SÍ D: 12 semanas R: NO
Wykes 2005 Reino Unido	Esquizofrenia (DSM IV) con alucinaciones auditivas persistentes	- N: 85 - 58% - 39, 6 años	Ambulatorios AP: NO	CBT para voces M: SÍ D: 10 semanas R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estad.: I. de Tratar T. efecto (d) T. Muestral
Lista de espera	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Ansiedad social, evitación , calidad de vida y ánimo S: 6 semanas	IT: NO d: NO TM: NO
Lista de espera	C: enfermeros (50%),TO, TS psicólogo T: SÍ (2 días) S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (BPRS y SCID)	Síntomas, autoestima, insight y estrés S: 9 meses	IT: SÍ d: SÍ TM: SÍ
Terapia de apoyo grupal	C: Investigadores T: SÍ S: NO	C: SÍ T: SÍ F: NO	PANSS (síntomas) S: 1 mes	IT: NO d: NO TM: NO
TE de apoyo a empleo	C: NO T: NO S:NO	C: NO T: SÍ F: SÍ (0,82-0,93; PANSS) (0,82-0,94 WBI)	Tiempo trabajado y conducta en el trabajo (WBI) S: NO	IT: NO d: SÍ TM: NO
TE de apoyo a empleo (+ 1 sesión individual)	C: NO T: SÍ S: SÍ	C: SÍ (al WBI) T: SÍ F: SÍ (0,82-0,93; PANSS) (0,82-0,94 WBI)	Tiempo trabajado y conducta en el trabajo (WBI) S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Creencias sobre voces e intensidad de voces S: NO	IT: NO d: NO TM: NO
Terapia de apoyo grupal	C: psicólogos, psiquiatras y estudiantes T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (PANSS > 0,80)	Intensidad de voces) y creencias sobre voces S: 3 meses y 1 año	IT: SÍ d: NO TM: SÍ
TE	C: enfermeros, psicólogos y TO T: SÍ S: SÍ	C: SÍ (incompleto) T: NO F: NO	Conducta social y severidad de voces S: 36 semanas	IT: SÍ d: SÍ TM: NO

TERAPIA INTEGRADA DE LA ESQUIZOFRENIA (IPT)

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad media	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: - Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Fuentes 2007 España	Esquizofrenia (CIE 10)	- N: 23 - 66,6% - 39,1 años	Ambulatorios AP: NO	P. percepción social M: SÍ D: 3 meses R: NO
García 2003 España	Esquizofrenia (CIE 10); deteriorados	- N: 20 - 78% -38,6 años	Ambulatorios AP: NO	P. percepción social M: SÍ D: 3 meses R: NO
Kraemer 1987 Alemania	Esquizofrenia (DSM III e IPSE); crónicos	- N: 30 - 56% - 46 años	Ingresados AP: NO	P. percepción social y diferenciación cognitiva + T. Meichenbaum M: SÍ D: 12 semanas R: NO
Lewis 2003 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV)	- N: 38 - - - -	Ambulatorios AP: NO	3 primeros módulos IPT M: SÍ D: 3 meses R: NO
Lemos Giráldez 2004 España (seguimiento 4º año Vallina,1999)	Esquizofrenia (CIE 10)	- N: 35 - 74% - 30,7 años	Ambulatorios AP: NO	4 últimos módulos IPT + PE paciente y T. familia M: SÍ D: 1 año R: NO
Ruiz 2011 España	Esquizofrenia (DSM IV); deterioro cognitivo	- N: 26 - 95,45% - 38,77 años	Ambulatorios AP: NO	GI 1: 1 ^{er} . módulo IPT individual GI 2: 1 ^{er} . Módulo IPT grupal M: SÍ D: ± 3 meses R: NO
Spaulding 1999 EE.UU.	Esquizofrenia grave y crónica (DSM III R)	- N: 91 - 61% - 35,68 años	Ingresados AP: NO	3 primeros módulos IPT + 3 módulos SST M: SÍ D: 6 meses R: NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estadístico I. de Tratar T. efecto (d) Tamaño Muestral
TE	C: psicólogos T: SÍ S: NO	C: SÍ (BPRS, DAS II) T: SÍ F: SÍ (0,96-1)	Percepción social , f.. social y síntomas S: 6 meses	IT: NO d: SÍ TM: NO
TE	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Percepción y función social, y síntomas S: NO	IT: NO d: SÍ TM: NO
Terapia ocupacional	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Función cognitiva y percepción social	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: NO T: SÍ S: NO	C: SÍ T: SÍ F: SÍ (REHAB 0,82)	Función cognitiva y habilidades de la vida diaria S: 3 meses	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Síntomas, f. social y estrés S: -	IT: NO d: NO TM: NO
-	C: Psicólogo T: NO S: NO	C: NO (terapeuta sí) T: NO F: NO	Medidas neurocognitivas S: NO	IT: NO d: SÍ TM: NO
TE + SST + terapia grupal de apoyo	C: Psicólogo T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ	Competencia social, cognición y síntomas S: NO	IT: NO d: SÍ TM: NO

TERAPIA INTEGRADA DE LA ESQUIZOFRENIA (IPT) (continuación)

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad media	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: - Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Vallina 1995 España	Esquizofrenia (CIE 10)	- N: 35 - 74% - 30,7 años	Ambulatorios AP: NO	4 últimos módulos IPT + PE paciente y T. familia M: SÍ D: 1 año R: NO
Zimmer 2007 Brasil	Esquizofrenia y TEA (CIE 10)	- N: 56 - 75% - 37,68 años	Ambulatorios AP: NO	IPT + sesión PE M : SÍ D : 3 meses R : NO

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A. Estadístico I. de Tratar T. efecto (d) Tamaño Muestral
TE	C: NO T: NO S: NO	C: NO T: NO F: NO	Síntomas, f. social y estrés S: A los 4 años (Lemos Girádez,2004)	IT: NO d: NO TM: NO
TE	C: psicólogos T: SÍ S: NO	C: SÍ T: SÍ F: NO	C de V, F. social y neurocognición S: NO	IT: NO d: NO TM: NO

OTRAS TERAPIAS

Autor Año País	Diagnóstico	Muestra: Tamaño Hombres Edad media	Procedencia Tto. Antipsicótico controlado (AP)	Técnicas: - Intervención - Manual - Duración - Refuerzo
Bradshaw 1996 EE.UU.	Esquizofrenia (DSM III R)	- N: 16 - 55% - 30 años	Ambulatorios AP: NO	CST (Coping Skills Therapy) M: Sí D: 6 meses R: NO
Eack 2007 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV) ; inicio reciente	- N: 38 - 68,42% - 26,14 años	Ambulatorios e ingresados AP: Sí	CET (Cognitive Enhanced Therapy) M: Sí D: 1 año R: NO
Eack 2009 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV) ; inicio reciente	- N: 58 - 69% - 25,92 años	Ambulatorios AP: Sí	CET M: Sí D: 2 años R: NO
Eack 2010 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM IV) ; inicio reciente	- N: 67 - 66% - 26,17 años	Ambulatorios AP: Sí	CET M: Sí D: 2 años R: NO
Guo 2010 China	Esquizofrenia (DSM IV) Inicio reciente	- N: 1268 - 55% - 26,25 años	Ambulatorios AP: Sí	Terapia psicosocial mixta (CBT, SST, PE y TF) M: Sí D: 12 meses R: NO
Hogarty 2004 EE.UU.	Esquizofrenia y TEA (DSM III R y IV). Deficitarios	- N: 121 - 59% - 37,3 años	Ambulatorios AP: Sí	CET M: Sí D: 2 años R: NO
Roncone 2004 Italia	Esquizofrenia residual (DSM IV).	- N: 20 - 65% - 33,7 años	Ambulatorios AP: Sí (DD.CPZ)	IEP (Instrumental Enrichment Programme) M: Sí D: 6 meses R: NO

C de V: calidad de vida; DD. CPZ: dosis diaria equivalentes de clorpromazina; DDD.: dosis diarias definidas;
 EE: expresión emocional; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; TC: Terapia cognitiva. TE: tratamiento
 estándar; TEA: trastorno esquizoafectivo; TF: terapia familiar; TO: terapia ocupacional; TS: trabajador social.

Grupo control	Terapeutas: Cualificación Training Supervisión	Evaluador: - Ciego - Training - Fiabilidad	Medida de resultados principales. Seguimiento	A.Estadístico. I. de Tratar T. efecto (d) Tamaño Muestral
PSGT (grupo de resolución de problemas)	C: NO T: SÍ S: SÍ	C: NO T: SÍ F: SÍ	Objetivos entrenados (GAS) S: 6 meses	IT: NO d: NO TM: NO
EST (terapia interpersonal individual)	C: NO T: NO S: NO	Test autoadministrado por ordenador (MSCEIT)	Cognición social (MSCEIT) S: NO	IT: NO d: SÍ TM: NO
EST	C: enfermeras psiquiátricas T: SÍ S: SÍ	C: NO T: SÍ F: NO (MSCEIT+Test heteroadministrados)	Neurocognición, ajuste social, cognición social S: NO	IT: SÍ d: SÍ TM: NO
EST	C: enfermeras psiquiátricas T: SÍ S: SÍ	C: NO T: NO F: NO (MSCEIT+Test heteroadministrados)	RMN, neurocognición y cognición social S: NO	IT: SÍ d: NO TM: NO
TE	C: psicólogos y médicos T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ	Discontinuación o cambios en la medicación y recaídas S: NO	IT: SÍ d: NO TM: SÍ
EST	C: psicólogos y enfermeras T: SÍ S: SÍ	C: SÍ T: SÍ F: SÍ	Neurocognición, ajuste y cognición social S: NO	IT: NO d: SÍ TM: NO
TE	C: psicólogos y psiquiatras T: NO S: NO	C: SÍ T: NO F: NO	Cognición social y medidas neuropsicológicas S: NO	IT: NO d: NO TM: NO

ESCALA DE JADAD

PE

Autor y año	Randomización / 2	Enmascaramiento / 2	Pérdidas /1	Ocultación de la asignación	Total /5
Agara, 2007	0	0	Desconocido	NO	0/5
Aho-Mustonen, 2010	2	2	8%	SÍ	5/5
Ascher, 1999	2	0	Desconocido	NO	2/5
Atkinson, 1996	1	0	22%	NO	2/5
Baüml, 2007	2	2	52,5%	SÍ	5/5
Buchkremer, 1997	2	1	10 %	SÍ	4/5
Chan, 2008	2	2	0%	NO	5/5
Hornung, 1999	2	1	14%	SÍ	4/5
Merinder, 1999	2	1	30%	SÍ	4/5
Millson, 1993	2	0	17%	NO	3/5
Pitschel-Waltz, 2006	2	2	35%	SÍ	5/5
Shin, 2002	1	2	Desconocido	NO	3/5

IPT

Autor y año	Randomización / 2	Enmascaramiento /2	Pérdidas /1	Ocultación de la asignación	Total /5
Fuentes, 2007	1	1 BPRS y DAS II	22%	NO	3/5
García, 2003	1	1	13%	NO	3/5
Kraemer, 1987	1	0	0%	NO	1/5
Lewis, 2003	2	1	3% (confusas)	NO	4/5
Lemos Giráldez, 2004	0	1	37%	NO	2/5
Ruiz, 2011	1	0	15%	SÍ	2/5
Spaulding, 1999	1	2	10%	NO	4/5
Vallina, 1995	0	1	24%	NO	2/5
Zimmer, 2007	2	1	15%	NO	4/5

ESCALA DE JADAD (*continuación*)

SST

Autor y año	Randomización /2	Enmascaramiento /2	Pérdidas /1	Ocultación de la asignación	Total /5
Anzai, 2002	1	0	10%	NO	2/5
Chien, 2003	2	0	7%	SÍ	3/5
Dobson, 1995	1	1	15%	NO	3/5
Eckman, 1992	1	1	34%	NO	3/5
Goulet, 1991	1	1	5%	NO	3/5
Hayes, 1995	1	1	29% (post); 45% (6 meses)	NO	3/5
Hogarty, 1986	1	0	23%	NO	2/5
Hogarty, 1991	1	0	23%	NO	2/5
Kopelowicz, 1998	1	0	16%	NO	2/5
Kopelowicz, 2003	1	2	9%	NO	4/5
Lieberman, 1998	1	2	16,5%	NO	4/5
Marder, 1996	1	0	30%	NO	2/5
Mausbach, 2008	2	1	17% (no explica)	NO	4/5
Meder, 1998	1	0	Desconocido	SÍ	1/5
Mueser, 2005	2	0	11%	NO	3/5
Park, 2011a	1	2	31%	NO	4/5
Patterson, 2006	1	1	27%	NO	3/5
Smith, 1999	1	0	Desconocido	NO	1/5
Tsang, 2001	1	2	Desconocido	NO	3/5
Valencia, 2007	1	2	16%	NO	4/5
Wallace, 1992	1	2	14%	NO	4/5
Wallace, 2004	1	0	12%	NO	2/5
Xiang, 2006	2	2	5%	NO	5/5
Xiang, 2007	2	2	9%	NO	5/5

ESCALA DE JADAD (*continuación*)

CBT

Autor y año	Randomización /2	Enmascaramiento /2	Pérdidas /1	Ocultación de la asignación	Total /5
Barrowclough, 2006	2	2	12% y 14% (1 año)	SÍ	5/5
Bechdolf , 2004	2	2	19%	SÍ	5/5
Bechdolf, 2005	2	2	51%	SÍ	5/5
Bechdolf, 2010	2	2 Autoadministrado	19% y 23% (QoL)	SÍ	5/5
Daniels, 1998	1	1	30%	NO	3/5
Granhholm, 2005	2	2	7% (sobre N: 70 tratados)	SÍ	5/5
Granhom, 2007	2	2	8% (sobre N: 70 tratados)	SÍ	5/5
Halperin, 2000	1	0	25%	NO	2/5
Lecomte, 2008	2	2	12% (CBT), 39% (SST)	SÍ	5/5
Levine, 1998	1	1	desconocido	NO	2/5
Lysacker, 2005	2	0	6%	NO	3/5
Lysacker, 2009	2	1 (WBI)	desconocido	NO	3/5
McLeod, 2007	1	1	0%	NO	3/5
Penn, 2009	2	2	3% (post), 9% (3 meses), 21,5% (1 año)	SÍ	5/5
Wykes, 2005	1	1	18%	NO	3/5

OTRAS TERAPIAS

Autor y año	Randomización /2	Enmascaramiento /2	Pérdidas /1	Ocultación de la asignación	Total /5
Bradschaw, 1996	1	0	12,5%	NO	2/5
Eack, 2007	1	2 autoadministrado	12%	NO	4/5
Eack, 2009	2	1 Autoadministrado/ test no ciego	desconocido	NO	3/5
Eack, 2010	2	0	10% (RMN 32%)	NO	3/5
Guo, 2010	2	2	41%	NO	5/5
Hogarty, 2004	1	1	12%	NO	3/5
Roncone, 2004	1	2	desconocido	NO	3/5

Referencias

1. Lieberman, J.A.; Stroup, T.S.; McEvoy, J.P.; Swartz, M.S.; Rosenheck, R.A.; Perkins, D.O. et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*; 353: 1209-23.
2. González de Chávez, M. (1985). Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*; 14: 335-41.
3. González de Chávez, M. (1977). La psicofarmacología y los límites del biologicismo. *Arch Neurobiol*; 2: 105-16.
4. Alanen, Y.; González de Chávez, M.; Silver, A.L. y Martindale, B. editores (2008). "Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénica". Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia.
5. Bowers, M. y Greenfeld, M. (1980). Medication and Psychotherapy in outpatient vulnerable psychosis. En: Strauss J, editor. *The Psychotherapy of Schizophrenia*. New York: Plenum; p. 227-38.
6. Falloon, I. y Liberman, R. (1983). Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia. *Schizophr Bull*; 9: 543-4.
7. Greenfeld, D. (1985). *The Psychotic Patient. Medication and psychotherapy*. New York: Free Press.
8. May, P. (1968). *Treatment of Schizophrenia*. New York: Science House.
9. May, P. (1971). Psychotherapy and ataraxic drugs. En: Bergin A, Garfield S, editores. *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley; p. 495-540.
10. Sadock, J.B. (1982). Psicoterapia de grupo. En: Freedman, Kaplan y Sadock. *Tratado de Psiquiatría*. España: Salvat Editores; p. 2034-35.
11. Butler, T. y Fuhrmann, A. (1983). Level of Functioning and Length of Time in Treatment Variables Influencing Patients. *Therapeutic Experience in Group Psychotherapy*. *Int J Group Psychother*; 33(4): 489-03.
12. Corsini, R. y Rosenberg, B. (1955). Mechanism of group psychotherapy: processes and dynamics. *J Abnorm Soc Psychol*; 51: 406-11.
13. Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: Allen and Unwin.
14. Hadden, S.B. (1959). Dynamics of group psychotherapy. *Dis Nerv Syst*; 20(6):258-62.
15. Mackenzie, K.R. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group*; 11: 26-34.
16. Mackenzie, K.R. (1990). *Introduction to Time-Limited Group Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
17. Slavson, S.R. (1948). Advances in group psychotherapy. *Int Congress Med Health*; 24-6.
18. Yalom, I.D. (1986). Interpersonal learning. Frances A, Hales RE, editores. *APA Annual Review*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 5: 699-711.
19. Yalom, I.D. y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. 5.ª ed. Nueva York: Basic Books.
20. González de Chávez, M. (2008). Psicoterapia de grupo y esquizofrenia. En: Alanen Y et al, editores. *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas*. Madrid: Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia.

21. Kaplan, H.I. y Sadock, J. (1998). *Terapia de grupo*. 3.^a ed. Editorial Médica Panamericana.
22. Rosegrant J. (1988). A dynamic expressive approach to brief inpatient group psychotherapy. *Group*; 12: 103-12.
23. Smith, M.; Glass, G. y Miller, T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
24. Orlinsky, D.E, Howard KI. Process and outcomes in psychotherapy. En: Garfield, S.L. y Bergin, A.E., editores. (1986). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley; p. 311-81.
25. Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley.
26. Kanas, N. (1996). *Group Therapy for Schizophrenic Patients*. Arlington: American Psychiatric Pub.
27. Schermer, V. y Pines, M., editores (1999). *Group Psychotherapy of the Psychosis: Concepts, Interventions and Contexts*. Londres: Jessica Publishers.
28. McRoberts, C.; Bulingame, G.M. y Hoag, M.J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dyn*; 2: 101-7.
29. Lamberti, J.S. y Herz, M.I. (1995). Psicoterapia, adiestramiento en habilidades sociales y rehabilitación profesional en la Esquizofrenia. En: Shriqui, C.L. y Nasrallah, H.A, editores. *Aspectos actuales en el tratamiento de la Esquizofrenia*. Barcelona: Edimsa SA.
30. Malmberg, L. y Fenton, M. (2001). Évaluation des psychothérapies psychodynamiques Méta-analyse. *Review Cochrane*.
31. Chambless, D. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*; 52: 685-16.
32. Henningsen, P. (2000). The use of evidence-based medicine in psychotherapeutic medicine. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 50(9-10): 366-75.
33. Piper, William E. (1998). Investigación sobre terapia de grupo. En Kaplan, H.I. y Sadock, J. *Terapia de grupo*. 3.^a ed. Editorial Médica Panamericana.
34. Dies, R.R. (1985). A multidimensional model for Group process research: Elaboration and critique. *Small Group Behav*. 16: 427.
35. Tost, et al. Psicoterapia de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS Núm. 2007/13*
36. Jadad, A.R.; Moore, R.A.; Carroll, D.; Jenkinson, C.; Reynolds, J.M. y Gavaghan, D.J. et al. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials*; 17: 1-12.
37. Wykes, T. y Steel, C. (2008). Cognitive Behavior Therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull*; 34(3): 523-537.
38. Liberman, R.P.; Wallace, C.J.; Blackwell, G.; Kopelowicz, A.; Vaccaro, J.V. y Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* Aug; 155(8): 1087-91.
39. Kopelowicz, A. y Zarate, R. et al. (2003). Disease management in latinos with schizophrenia: a family-assited, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*; 29(2): 211-227

40. Penn, D.; Mueser, K. y Tarrier, N. (2004). Supportive Therapy for schizophrenia: possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. *Schizophr Bull*; 30(1): 101-112.
41. Lidz, T. (1973). "Egocentric cognitive regression and a theory of schizophrenia" in De la Fuente, R. and Weisman, M. (ed.). *Proceedings on the Fifth World Congress of Psychiatry*. Excerpta. Mexico. Vol. 2: 1146-1152.
42. Wykes, T.; Parr, A.M. y Landau, S. (1999). Group Treatment of Auditory Hallucinations. Exploratory Study of effectiveness. *Br J Psychiatry*; 175: 180-5.
43. Granholm, E.; Ben-Zeev, D. y Link, P.C. (2009). Social disinterest attitudes and group cognitive- behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* (23). 1-10.
44. Johnson, D.; Penn, D. y Bauer, D. et al. (2008). Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment- resistant auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*; 47: 171-183.
45. Benton, M.K. y Schroeder, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol*; 58(6): 741-7.
46. Pilling, S.; Bebbington, P.; Kuipers, E.; Garety, P.; Geddes, J. y Martindale, B. et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia - II: meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*; 32(5): 783-91.
47. Kurtz, M. y Mueser, K. (2008). A meta-analysis of controlled research on Social Skills Training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 76(3): 491-504.
48. Lawrence, R.; Bradshaw, T. y Mairs, H. (2006). Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*; 13(6): 673-681.
49. Roder, V.; Mueller, D.R. y Mueser, K.T. et al. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin*; 32: 81-93.
50. Müller, D.; Roder, V. y Brenner, H. (2007). Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrenen Erkrankte. *Nervenarzt*; 78: 62-73.
51. Roder, V.; Mueller, D. y Schmidt (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophr Bull*; 37 Suppl 2: S71-S79.
52. Pekkala, E. y Merinder, L. (2004). Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library Issue 1*. John Wiley and Sons, Ltd, Chisterter.
53. Lincoln, T.M.; Wilhelm, K. y Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*; 96: 232-245.
54. Norcross, J.C.; Beutler, Levant R.F. (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* American Psychological Association. Washington.
55. Fontao, M.I. y Hoffmann, K. (2011). Psychosocial treatment in group format with people diagnosed with schizophrenia: results and limitations of empirical research. *Psychosis*, vol. 3. n.º3. 226-234.
56. Blackmore, C.H.; Tantam, D.; Parry, G. y Chabers, E. (2011). Report of a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis an Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*. Vol. 45(1): 46-69.

57. Evans, Ch.; Huband, N.; O'Reilly, T. y Overton, E. (2011). Groupwork: The evidence-base. En Radcliffe, J.; Hajek, K.; Carson, J. y Manor, O. (eds.). *Psychological groupwork with acute psychiatric inpatients*. Whiting & Birch. Ltd.; pp.106-131.
58. Ogronidniczuk, J.; Piper, W.; Joyce, A.; Lau, M. y Sochting, I. (2010). A Survey of Canadian Group Psychotherapy Association Members'Preception of Psychotherapy Research. *International Journal of Group Psychotherapy*. Vol. 60. 159-176.
59. Kaul, T. y Bednar, R. (1986). Experiential Group Research: results, questions and suggestions. En Garfield, S. y Bergin, A. (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Third edition. Wiley. pp. 671-714.
60. Burlingame, G.; MacKenzie, R. y Strauss, B. (2004). Small-Group Treatment: evidence for effectiveness and Mechanisms of Change en Lambert, M. (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fifth edition. Wiley. pp. 647-696.
61. Lambert, M. y Barley, D. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy, en Norcross, J. (ed.). *Psychotherapy Relationships that Work*. Oxford University Press. Londres. pp. 17-36.
62. Lambert, M.; Ogles, B. en Lambert, M. (ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fifth edition. Wiley. pp. 139-193.
63. Alanen, Y.O.; Anttinen, E.E.; Kokkola, A.; Lehtinen, K.; Ojanen, M.; Pylkkänen, K. y Rääköläinen, V. (1990). Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses. The Finnish treatment model. *Nord J Psychiatry*; 44 (Suppl. 22): 1-65.
64. Alanen, Y.O.; Rääköläinen, V.; Laakso, J.; Rasimus, R. y Kaljonen, A. (1986). *Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses*. Heidelberg: Springer-Verlag.
65. Alanen, Y.O.; Lehtinen, V.; Aaltonen, J.; Lehtinen, K. and Rääköläinen, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In B. Martindale, A. y Bateman, M. Crowe and F. Margison (eds.). *Psychosis. Psychological Approaches and Their Effectiveness*. London: Gaskell, pp. 235-265.
66. Miller. S. (2012). Revolution in Swedish Mental Health Practice: The Cognitive behavioral model gives away. 13th May. www.scottdmiller.com. <http://goo.gl/m1eUo>

ECA Revisados

- Agara A**, Onibi O. Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with schedule clinic appointments in a neuro-psychiatric hospital in southwest Nigeria: a randomized controlled trial (RST) *Ann Acad Med Singapore* 2007; 36: 272-276
- Aho-Mustonen K**, Tiihonen J et al. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2011; 21: 163-176.
- Anzai N**, Yoneda S, Kumagai N et al. Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services* 2002; vol 53 n.º5: 545-547.
- Ascher-Svanum H**, Whitesel J. A randomized controlled study of two styles of group patient education about schizophrenia. *Psychiatric Services* 1999; vol 50 n.º7: 926-930.
- Atkinson JM**, Coia DA, Gilmour WH, et al. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal Psychiatry* 1996; 168: 199-204.
- Barrowclough C**, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddler R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189:527-32.
- Bäuml J**, Pitschel-Walz, Volz A et al. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 854-861.
- Bechdolf A**, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 21-8.
- Bechdolf A**, Kohn D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatr Scandinavica*. 2005; 112(3): 173-9.
- Bechdolf A**, Knost B, Nelson D et al. Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects of subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44: 144-150.
- Bradshaw WH**. Coping-skills training versus a problem-solving approach with schizophrenic patients. *H&CP: Hospital & Community Psychiatry* 1993 Nov; 44(11): 1102-4.
- Bradshaw WH**. Structured group work for individuals with schizophrenia: A coping skills approach. *Research on Social Work Practice* 1996; 6(2): 139-54.
- Buchkremer G**, Klingberg S, Holle R et al. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 483-491.
- Chan S**, Yip B, Tso S. et al. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patients Education and Counselling* 2009; 75: 67-76.
- Chien HC**, Ku CH, Lu RB, Chu H, Tao YH, Chou KR. Effects of Social Skills Training on Improving Social Skills of Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2003; 17(5): 228-36.

- Daniels L.** A group cognitive-behavioral and process-oriented approach to treating the social impairment and negative symptoms associated with chronic mental illness. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* April 1998; 7: 177-76.
- Dobson DJG,** McDougall G, Busheikin J, Aldous J. Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services* 1995; 46(4): 376-80.
- Eack S,** Hogarty G, Greenwald D, et al. Cognitive Enhancement Therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects. *Schizophrenia Research* 2007; 89(1-3): 308-311.
- Eack S,** Greenwald D et al. Cognitive enhanced therapy for early-course schizophrenia: effects of 2-year randomized controlled trial. *Psychiatric Services* 2009; vol. 60 n.º 11: 1468-1477.
- Eack S,** Hogarty G, Cho R et al. Neuroprotective effects of Cognitive Enhancement Therapy against gray matter lost in early schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 2010; 67(7): 674-682.
- Eckman TA,** Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmermann K et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149(11): 1549-55.
- Fuentes I,** García S, Ruiz J C et al. Social perception training in schizophrenia: a pilot study. *International Journal of Psychology and psychological therapy*. 2007, 7, 1-12.
- García S,** Fuentes I, Ruíz JC, Gallach E, Roder V. Application of the IPT in a Spanish sample: Evaluation of the 'social perception subprogramme'. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy* 2003; 3(2): 299-310.
- Goulet J,** Lalonde P, Lavoie G et al. Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez de jeunes psychotiques. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1993: 571-573.
- Guo X,** Zhai J, Liu Z, Fang M et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(9): 895-904.
- Granhölm E,** McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioural social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(3): 520-9.
- Granhölm E,** McQuaid JR, McClure FS, Link PC, Perivoliotis D, Gottlieb JD et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 68(5): 730-7.
- Halperin S,** Nathan P, Drummond P, Castle D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34(5): 809-13.
- Hayes RL,** Halford WK, Varghese FT. Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy* 1995; 26(3): 433-49.
- Hogarty GE,** Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61(9): 866-76.
- Hogarty G,** Anderson C, Reiss D, et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia I. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 633-642.

- Hogarty G**, Anderson C, Reiss D, et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia II. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 340-347.
- Hornung WP**, Feldmann R, Klingberg S et al. Long -tem effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons- results of a five-year follow -up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 162-167.
- Kopelowicz A**, Wallace C, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services* 1998.
- Kopelowicz A**, Zarate R et al. Disease management in latinos with schizophrenia: a family-assited, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29(2): 211-227.
- Kraemer S**, Sulz KHD, Schmid R, Lassel R. [Cognitive therapy of schizophrenic patients: A control study] [German]. *Nervenarzt* 1987; 58 (2): 84-90.
- Lecomte T**, Leclerc C, Wykes T, Wallace CJ, Spidel A, Greaves C. Effectiveness of group cognitive-behaviour therapy for first episode psychosis - Results of a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2007; 33(2): 440.
- Lemos Giráldez S**, Vallina Fernández O, García Sáiz A, Gutiérrez Pérez AM, Alonso Sánchez M, Ortega Ferrández JA. Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004; 32 (3): 166-77.
- Levine J**, Barak Y, Granek I. Cognitive group therapy for paranoid schizophrenics: Applying cognitive dissonance. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998; 12 (1): 3-12.
- Lewis L**, Unkefer E et al. Cognitive rehabilitation with patients having persistents, severes psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2003 (Spring); vol 26 n.º 4: 325-331.
- Liberman RP**, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal Psychiatry* 1998; 155: 1087-91.
- Lysacker P**, Bond G et al. Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 2005; 42(5): 673-682.
- Lysacker P**, Davis L et al. Effects of cognitive behavioural therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research* 2009; 107: 186-191.
- Mausbach B**, Bucardo J, Cardenas V et al. Evaluation of a culturally tailored skills intervention for latinos with persistent psychotic disorders. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2008 1 (1): 61-75.
- McLeod T**, Morris M, Birchwood M, Dovey A. Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 1. *British Journal of Nursing* 2007; 16(4): 248-52.
- McLeod T**, Morris M, Birchwood M, Dovey A. Mental health. Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 2. *British Journal of Nursing* 2007 Mar; 16(5): 292-5.
- Marder SR**, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153(12): 1585-92.
- Meder J**, Morawiec M, Sawicka M. Evaluation of the medication management module in Poland. *International Review of Psychiatry* 1988; 19: 62-66.

- Merinder L-B**, Viuff A.G, Laugesen H.D et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 287-294.
- Millson R**, Smith P, Koczapski A et al. Self-induced water intoxication treated with group psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 825-826.
- Mueser K**, Aalto S, Becker D et al. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services* 2005. Vol. 56 n.º10: 1254-1260.
- Park K**, Ku J, Choi S et al. A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial *Psychiatry Research* 2011; 189: 166-172.
- Patterson T L**, Mausbach B, McKibbin C et al. Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research* 2006; 86: 291-299.
- Penn D**, Meyer P, Evans E et al. Randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory Hallucinations. *Schizophrenia Research* 2009; 109: 52-59.
- Pitschel-Walz G**, Bäuml J, Bender W, et al. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study.J. *Clin Psychiatry* 2006; 67(3): 443-452.
- Roncone R**, Mazza M, Frangou I, De Risio A, Ussorio D, Tozzini C, et al. Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: A pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychological Rehabilitation* 2004; 14(4): 421-35.
- Ruiz J**, Fuentes I, Roder V, et al. Effectiveness of the differentiation program of the Integrated Psychological Therapy. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 978-982.
- Shin S**, Lukens E P. Effects of a psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric Services* 2002 vol 53 n.º9: 1125-1131.
- Smith T**, Hull J, Romanelli S et al. Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1817-1818.
- Spaulding WD**, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(4): 657-76.
- Tsang H**, Pearson V. Work- related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27 (1): 139-148.
- Valencia M**, Rascon ML, et al. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine* 2007; 37: 1393-1402.
- Vallina Fernández O**, Lemos Giráldez S, García Sáiz A, Otero García A, Alonso Sánchez M, Gutiérrez Pérez A. Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema* 1998; 10(2): 459-74.
- Vallina Fernández O**, Lemos-Giraldez S, Roder V, García-Saiz A, Otero-García A, Alonso-Sanchez M et al. Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry* 2001; 15 (3): 167-79.
- Wallace C**, Liberman R, Mackain S et al. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 654-658.
- Wallace C**, Tauber R. Supplementing supported employment with workplace social skills training. *Psychiatric services* 2004. Vol. 55 n.º5: 513-515.

- Wykes T**, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research* 2005; 77(2-3): 201-10.
- Xiang Y**, Weng Y, Li W et al. Training patients with schizophrenia with the community re-entry module. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 464-469.
- Xiang Y**, Weng Y, Li W et al. Efficacy of the community RE-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow -up. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 49-56.
- Zimmer M**, Veríssimo Duncan A, Laitano D et al. A twelve cognitive randomized controlled study of the cognitive- behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29 (2): 140-7.

¿Cómo establecer relaciones terapéuticas con una persona que vive experiencias psicóticas?

Manuel González de Chávez

Una de las cuestiones que frecuentemente nos planteamos en la clínica, cuando tratamos de ayudar a los pacientes que viven experiencias psicóticas, es cómo aproximarnos a ellos, mostrarles nuestra voluntad de intentarles comprender y, si lo considerasen oportuno, aceptable y deseable, contribuir con nuestros conocimientos y experiencia a buscar juntos algún sentido y algunas salidas o soluciones posibles a la crisis personal que viven.

Conseguir establecer una relación terapéutica con una persona que vive experiencias psicóticas es un trabajo profesional que requiere motivación, interés y paciencia, un trabajo de equipo, con apoyo y contención institucional, dentro un enfoque global, comprensivo y psicoterapéutico de estos problemas.

Si las etapas habituales de los procesos terapéuticos dinámicos pasan por el contacto inicial con el paciente, la aceptación de sus dificultades por éste, la más o menos larga tarea de autoconocimiento y finalmente la integración y superación de sus problemas, las peculiaridades de las crisis de las personas con experiencias psicóticas y el mundo singular y subjetivo que viven, junto con el carácter generalmente involuntario,

confuso o ambiguo del contacto inicial, hacen que el establecimiento de una relación con ellos sea más lenta, tenga más dificultades y nos obligue a apreciar mejor los matices, intenciones, reservas y vaivenes del paciente en la expresión de sus experiencias y en la credibilidad, confianza y esperanza en una relación personal que pueda hacerle posible un entendimiento mejor de sí mismo.

La relación terapéutica no es una relación de amistad, ni de amor, sino profesional, en un contexto cultural, ideológico y social, que tiene diversos **modelos del trastorno y de ayuda** (médico-biológico, dinámico, psicoanalítico, conductista-cognitivista, familiar, psicosocial, etc) organizados, con formaciones y licenciaturas, ideologías y funcionamientos de las instituciones respecto a los pacientes, teorías, prácticas, diagnósticos, definiciones, causalidades o etiologías, valoraciones e interpretaciones de las conductas normales y patológicas, objetivos, procedimientos y pronósticos, así como también roles, derechos y deberes de los profesionales, de los pacientes e incluso de los familiares. Toda una amplia red de estructuras dentro de la cual, y a pesar de la cual, cada relación terapéutica es única y singular⁽¹⁾.

Pero no todos los modelos teóricos y prácticos implican por igual al terapeuta y al paciente y ponen en juego las diversas facetas de su relación intersubjetiva. El tradicional modelo biológico-farmacológico puede tratar de obviar a la persona, abordando al paciente como un objeto o una enfermedad. Sólo los modelos más globales y completos de los trastornos mentales, con abordajes psicoterapéuticos, consideran los factores explícitos e implícitos de la intersubjetividad entre terapeuta y paciente.

Para entender mejor las peculiaridades de la relación terapéutica con una persona que vive experiencias psicóticas, vamos a exponer primero, de forma general, esos factores en la relación que establecen un terapeuta y un paciente que viva otros trastornos que no impliquen una transformación subjetiva de la realidad, como ocurre en las psicosis.

Para subrayar lo que diferencia la psicoterapia de las personas con unos y otros trastornos, lo haremos refiriéndonos a las psicoterapias dinámicas prolongadas, ya que las terapias de personas que padecen trastornos psicóticos y que aborden los aspectos biográficos y las experiencias psicóticas, no pueden ser corta duración. Hay otros enfoques más focalizados en los síntomas, en las habilidades sociales o en la recuperación y solución de aspectos o problemas concretos, que no vamos a tratar aquí, como tampoco las diferentes modalidades terapéuticas, tales como las terapias de grupo, familiares o comunitarias.

La relación terapéutica

La relación intersubjetiva entre terapeuta y paciente, se asienta generalmente sobre una motivación y decisión voluntaria y en una validación mutua y consensuada de la realidad objetiva. Ambos conocen y aceptan el sentido y los fines de la relación profesional en la que participan. Uno solicita ayuda técnica específica y el otro la ofrece.

Los caminos por los cuales una persona con experiencias psicóticas y otra persona con cualquier otra clase de problemas mentales llegan a buscar o solicitar ayuda especializada pueden ser bastante distintos⁽²⁾. Una persona con otros trastornos no psicóticos, que decide recurrir a un especialista, lo hace aceptando conscientemente su incapacidad personal para resolver las dinámicas disfuncionales o conflictivas que vive, o las reacciones, emociones o comportamientos que la hacen sufrir y que considera indeseables. Busca ayuda y busca al profesional a quien pedírsela. Quizás después de un período de intentos personales de afrontamiento, y de seguir sugerencias y consejos de personas próximas. Conoce, como también conoce el psicótico, la existencia de los dispositivos que constituyen la oferta o respuesta social institucionalizada, pero acepta una visión de sus trastornos más o menos consensuada con quienes le rodean, y la pertinencia de la ayuda.

Una vez decidida esa petición y establecido el **contacto** inicial, la persona no psicótica tampoco tiene ante sí un camino de rosas, pero al menos sabe lo que desea y puede —dentro del contexto social e institucional en el que se mueve— conocer, consensuar y colaborar en la modalidad de terapia y en las tareas que le pueden llevar a superar o aliviar sus dificultades. En primer lugar, debe lograr una **relación personal profesional real** con el terapeuta, con el respeto y la consideración mutua, que haga posible la confianza y la confidencialidad necesaria para una valoración conjunta de sus trastornos o problemas, y una posible posterior **alianza terapéutica**, con el compromiso mutuo, la motivación y la responsabilidad de trabajar activamente con objetivos terapéuticos⁽³⁾.

El establecimiento de una aceptablemente buena relación profesional y un compromiso de colaboración conjunta sobre unos objetivos terapéuticos puede ser cuestión de pocas sesiones o semanas para las personas sin experiencias psicóticas, sin otras especiales complicaciones y con terapeutas competentes y expertos. Pero, como veremos, lograr con los pacientes psicóticos, tanto esa relación como una alianza terapéutica puede ser una tarea de meses.

La relación y la alianza de trabajo acontecen de forma simultánea a la evaluación, el diagnóstico y la prescripción. Son los aspectos formales, culturales e institucionales de la relación terapéutica que además es una **relación intersubjetiva**, no explícita y en cierto grado inconsciente, y quizás también una relación transpersonal y espiritual⁽⁴⁾. En cualquier caso, es única y singular, porque lo son cada uno de los pacientes con los que el terapeuta forma una díada asimétrica y dinámica que está siempre en un proceso de construcción y cambio continuo.

Para entender la relación terapéutica se ha utilizado con acierto la metáfora del diamante⁽⁵⁾, porque esta relación tiene también múltiples facetas, niveles o planos que se cruzan e interactúan entre sí configurándola en su totalidad. Existen por un lado los **factores explícitos** de la terapia como las revelaciones, narrativas e interacciones verbales y no verbales, conductas y emociones, entendimientos o disensos, y las mutuas influencias, cambios y vaivenes que, sesión a sesión, dan lugar al proceso terapéutico. Y por otro los **factores implícitos** de la intersubjetividad del terapeuta y el paciente con sus propias dinámicas biográficas que han configurado sus identidades, actitudes, valores, empatías, dependencias, influencias y transferencias, con lo que ello conlleva a las expectativas mutuas y a los parámetros de la relación terapéutica.

En los abordajes psicoterapéuticos, el terapeuta sabe que la interacción se establece sobre una **"matrix relacional"**, derivada de las pautas y esquemas de otras significativas previas, con imágenes positivas o negativas de las mismas, y el deseo o temor de repetirlas. Una representación interna del apego o la simbiosis, consciente o inconsciente, que puede llevar a círculos viciosos, con tendencias a la repetición, o puede facilitar un proceso relacional modificable, reparativo y corrector de experiencias y carencias previas. Esa historia biográfica de apego o simbiosis va a tener gran influencia en la flexibilidad, el ajuste o desajuste de la relación, la contención y las rupturas, la proximidad o la distancia óptima y en la autonomía o la dependencia del paciente⁽⁶⁾.

En la terapia, la subjetividad del terapeuta es la fuente y la limitación de la apreciación y conocimiento de la subjetividad del paciente, la que posibilita o impide ver el mundo desde la perspectiva del paciente. La **empatía** del terapeuta es el intento de entender el mundo interno y externo del paciente en su contexto y en su biografía. Depende mucho de la propia introspección del terapeuta, de sus conocimientos y experiencias personales y profesionales, y especialmente de su interés, motivación y sensibilidad intersubjetiva.

Empatía no es simpatía —concordancia de actitudes, valores y reacciones— ni tampoco acuerdo, respaldo o incondicionalidad con lo que dice, hace o siente el paciente. Tampoco que el terapeuta sea contenedor, compasivo o protector, ni que sienta o piense como el paciente. El terapeuta debe estar alerta a la diferencia, e identificar sus propios pensamientos y sentimientos, su propia reflexión e introspección de la que hace el paciente. La empatía para el terapeuta consiste en ser él mismo y entender al paciente como el paciente se entiende a sí mismo, en la comprensión de sus propias narrativas o relatos, en la estima y el concepto que va teniendo de sí, en el modo en el que organiza su identidad con sus experiencias⁽⁷⁾.

No entendiendo nunca al paciente como un sujeto aislado, porque obviamente es una persona en un contexto, con una dinámica biográfica y un conjunto de relaciones interpersonales, desde las más íntimas, próximas y familiares, las de su profesión o trabajo, a las más sociales y externas. Su subjetividad, y cualesquiera que sean sus trastornos, se desarrollan en su mundo real. Su subjetividad, que siempre es y ha sido, intersubjetividad, es también interobjetividad de forma conjunta, paralela y recíproca, aunque la realidad objetiva del paciente no nos sea clara y directamente accesible a través de la comunicación puramente subjetiva de la psicoterapia⁽⁸⁾.

La **cotransferencia** —transferencia y contratransferencia— forman parte de esa relación intersubjetiva recíproca mutua. La transferencia y contratransferencia de afectos, esquemas relacionales, pautas de conducta, temores, deseos o fantasías es un fenómeno normal y habitual en las relaciones humanas y más de las relaciones más continuadas y próximas. En la relación terapéutica no es el sólo producto del paciente. Ambos contribuyen y el terapeuta es parte activa en la creación de la transferencia, como el paciente de la contratransferencia. Es la comunicación mutua, en gran parte inconsciente, no sólo de regresiones, desplazamientos o identificaciones proyectivas cruzadas, sino de todo lo que está operando en el presente de la relación terapéutica⁽⁹⁾.

Si la co-transferencia es un fenómeno al que hay que estar atento para evitar distorsiones de los objetivos terapéuticos, las **intuiciones** por el contrario, pueden ser la brújula que oriente mejor a dichos objetivos. Hacen de la psicoterapia más un arte que una ciencia y proporcionan una habilidad y un conocimiento directo e inmediato, que se filtra en la consciencia sin ningún proceso lógico o racional. Las intuiciones tienen dinámicas inconscientes o subliminales. Sólo somos conscientes del resultado. Son holísticas o gestálticas, simbólicas, metafóricas, analógicas o sintéti-

cas, con imágenes y con elementos cognitivos y afectivos presentes y pasados, que surgen asociados en una nueva configuración. Son frecuentes en la vida habitual y desde luego, de forma recíproca, en la comunicación intersubjetiva e interobjetiva continuada del terapeuta y el paciente, donde además de los códigos verbales explícitos, con su contenido y su tono, hay muchos otros códigos no verbales, expresiones faciales, gestuales o corporales, contacto ocular o táctil, olor, espacio personal, género, apariencia física, vestidos, etc.

Los pacientes pueden ser muy intuitivos y los psicóticos lo son mucho. Los terapeutas pueden serlo o no serlo. Los más intuitivos son los menos dogmáticos y menos apegados a reglas y técnicas, los más interesados en las personas que en las normas, con más experiencia personal y profesional, enfoques más abiertos y actitudes más receptivas, relajadas y atentas. Aunque los terapeutas siempre deben manejar con cautela sus intuiciones e ir las validando o desechando a lo largo del proceso terapéutico⁽¹⁰⁾.

El **proceso terapéutico** tampoco debe ser rígido, manualizado o protocolizado, porque cada uno es único, como cada paciente. No hay reglas absolutas, y la flexibilidad es totalmente necesaria, porque no existe un único camino y siempre hay muchas soluciones posibles. Se avanza volviendo una y otra vez al análisis y re-análisis de los problemas que preocupan al paciente. Su **narrativa** inicial está habitualmente atascada, distorsionada, incompleta e inconexa, a merced de inesperadas reacciones, emociones y comportamientos disfuncionales que no desea. Es una narrativa recelosa en las revelaciones de los episodios más significativos o dolorosos, con esquemas repetitivos y estrechos⁽¹¹⁾.

Debemos partir siempre de la perspectiva del paciente, con un enfoque abierto, ya que lo inicialmente sabemos o entendemos es inevitablemente parcial y con frecuencia equivocado. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a revisarse, iluminar y articular experiencias y aspectos de sí mismo e integrarlos en su biografía, porque no existe una identidad o una subidentidad que no sea biográfica. Pero sabiendo también que tampoco existe una verdad biográfica absoluta, y que, por tanto, la perspectiva del terapeuta nunca es una verdad objetiva. Su tarea no es la de la interpretación infalible y omnisciente, sino la de captar el significado emocional y personal de las experiencias del paciente. En la relación terapéutica, cada uno tiene su papel, pero la tarea común es buscar, descubrir y construir juntos relatos biográficos alternativos con nuevos significados, reconstruir la identidad del paciente dando sentido a sus experiencias.

El proceso terapéutico no es una línea continua. Es una espiral de incertidumbres, reparaciones, cambios e influencias mutuas. En las primeras etapas o sesiones hay muchos abandonos. Unas veces por falta de verdadera motivación del paciente, expectativas irrealistas, evasividad, simulación y escasa autorevelación, o por actitudes negativas, e incluso de abierta hostilidad hacia la terapia y el terapeuta. Otras veces, las rupturas las provoca la pobre motivación del terapeuta o su falta de empatía, cordialidad y respeto por el paciente. Los terapeutas egocéntricos, narcisistas, manipuladores, defensivos, críticos, moralistas e intrusivos —que aunque parezca increíble los hay— son claramente nocivos en todas las formas de psicoterapia y la causa de muchas rupturas, abandonos y efectos negativos de las mismas⁽¹²⁾.

El proceso terapéutico siempre es frágil en las primeras etapas, pero también se puede deteriorar una buena relación profesional y una alianza terapéutica, a veces por factores digamos externos sobrevenidos —por ejemplo familiares o laborales— que incidan y repercutan en la psicoterapia, y otras por factores internos, como desacuerdos en los significados o en las tareas y objetivos terapéuticos, los impasses, silencios, falta de progresos, o transferencias negativas. Reparar el deterioro o las rupturas de las relaciones terapéuticas requiere clarificar malentendidos, analizar estas posibles causas y otras experiencias previas de colaboraciones y rupturas psicoterapéuticas, reconsiderar objetivos y tareas, corregir errores terapéuticos y de evaluación, explorar emociones dolorosas y posibles re-traumatizaciones⁽¹³⁾. Otras veces lo que hay que hacer es reconsiderar la continuidad de la relación psicoterapéutica, revaluando compromisos, motivaciones y los factores intersubjetivos implícitos en la misma, los beneficios y los riesgos, la contención, la supervisión y el apoyo institucional, teniendo en cuenta también los factores o condicionantes extra-terapéuticos, y siempre evitando la confrontación, aceptando los límites y buscando otras opciones sin hacer daño al paciente. Afortunadamente, una mayoría de las relaciones y procesos psicoterapéuticos continúan adelante hasta lograr objetivos terapéuticos favorables y realistas, y las psicoterapias han venido demostrando su efectividad desde hace muchos años⁽¹⁴⁾.

La relación terapéutica con personas que tienen experiencias psicóticas

Las **experiencias psicóticas** son, en mi opinión, la manifestación de una crisis de la identidad vulnerable de la persona que las vive, con re-

gresión cognitiva y fragmentación de la misma en subidentidades diversas —rechazadas, reprimidas, ocultas, introyectadas o grandiosas— que adquieren en la crisis una posición dominante en la configuración de la identidad. Obviamente, estas subidentidades preexisten antes de las crisis y tienen sus orígenes en la biografía del sujeto. Forman parte de la **identidad plural**, más o menos cohesionada e integrada, que nos constituye a lo largo de nuestra vida, en una interacción continua con la realidad que vamos evaluando, asimilando, incorporando o rechazando, y a la que de una forma u otra nos vamos adaptando, utilizando mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento aprendidos, generalmente por imitación o identificación, en las relaciones más significativas en edades tempranas. Lo que llamamos personalidad la conforman las pautas más habituales de interacción y afrontamiento. Algunas son más susceptibles a las psicosis porque en ellas predomina el uso de estrategias defensivas negadoras, paranoides, externalizadoras, proyectivas, disociativas o distorsionadoras de la realidad ⁽¹⁵⁾.

En general, todas las personas utilizan sus estrategias de afrontamiento más habituales en sus relaciones y acontecimientos biográficos, defendiendo su autonomía y autoestima, y la unidad y continuidad de su identidad plural, en la que hay subidentidades diversas, unas aceptadas e ideales y otras no aceptadas, rechazadas u ocultas. Lo que llamamos factores desencadenantes son experiencias biográficas que ponen en riesgo la configuración de la identidad y el equilibrio de las subidentidades y hacen al sujeto vulnerable. En ocasiones, recurre a la hiperutilización de las estrategias defensivas, aunque ello puede no evitar la fragilidad y posterior colapso de la identidad, por la pérdida de la adecuada integración y cohesión de las subidentidades. En las crisis psicóticas las subidentidades introyectadas, rechazadas y ocultas, adquieren posiciones relevantes y preminentes, que se manifiestan como experiencias delirantes, en las que el paciente cree ser vigilado y observado para saber de sus subidentidades rechazadas u ocultas, o cree que éstas son conocidas y visibles a los demás. O algunas subidentidades se escinden completamente, y no siendo reconocidas como propias, son consideradas ajenas como experiencias alucinatorias ⁽¹⁶⁾.

Cuando las estrategias habituales de afrontamiento fracasan para resolver la nueva situación dolorosa, de pérdidas o serias amenazas a la imagen e identidad, el individuo, que se ve incapaz de resolver con la lógica formal su relación con la realidad que vive, tiende a utilizar viejas estrategias de adaptación cada vez más regresivas. Recorre el camino inverso del desarrollo cognitivo en una **regresión cognitiva** que le lleva al egocentrismo perceptivo, al pensamiento intuitivo prelógico e incluso

al pensamiento mágico, donde se fusiona lo subjetivo y lo objetivo, todas las soluciones son posibles y todos los problemas se resuelven⁽¹⁷⁾. Ya que no puede integrar, asimilar o adaptarse a su nueva realidad dolorosa, que le pone en cuestión y amenaza su autonomía y el concepto que tiene de sí mismo, la regresión y la hiperutilización de sus habituales estrategias de afrontamiento —proyectivas, falseadoras, distorsionadoras, negadoras, disociadoras, compartamentalizadoras, etc.— le llevan a transformar subjetivamente su realidad y su identidad.

Esa **transformación subjetiva de la identidad y la realidad** es lo que llamamos psicosis. Es lo que aleja al paciente de una visión de sí mismo y su entorno más objetiva o consensuada con quienes le rodean, que le puede aislar de los demás para defenderse y seguir elaborando y desarrollando con nuevos elementos su identidad y realidad psicóticas, o le puede llevar a intentar verificar o confrontar sus experiencias en sus relaciones y su contexto, con fortuna desigual, dependiendo de las actitudes y las conductas de las personas a las que haga las iniciales verbalizaciones de las experiencias que vive. El rechazo, desprecio o descalificación como locura le puede sumergir en el mutismo, ya que conoce el concepto social, las consecuencias y el estigma del trastorno mental. Sólo la pérdida del control puede hacer visible sus trastornos psicóticos, con la intervención de agentes sociales institucionalizadores. Pero unas vivencias muy desagradables o disfuncionales para el paciente, o una actitud empática y abierta de intentar comprenderle y ayudarle por parte de quienes le tienen afecto, puede facilitarle un acceso más fácil y menos traumático a los servicios sanitarios o sociales y a los servicios de salud mental.

Lo que hace peculiar las relaciones terapéuticas con las personas viven experiencias psicóticas es el **contacto** inicial con los servicios de salud mental, que tiene dos características que le distinguen de otras relaciones terapéuticas. No suele ser producto de una meditada decisión personal, y tanto el paciente como el profesional están viviendo realidades distintas. Puede ocurrir que el profesional no sea considerado como tal, sino que esté englobado e incluido en el mundo psicótico del paciente.

Generalmente nuestro primer contacto tiene lugar en condiciones totalmente desfavorables, en la urgencia de un hospital, en una unidad de internamiento, o en cualquier otra clase de dispositivo asistencial, ambulatorio o no, donde esa persona, habitualmente, no ha acudido de forma conscientemente voluntaria en busca de una ayuda profesional que crea necesitar.

La persona con experiencias psicóticas, no inducidas por drogas, tóxicos u otros problemas o enfermedades orgánicas⁽¹⁸⁾, antes de llegar al

dispositivo asistencial en el que nos encontramos con ella, ha venido atravesando o arrastrando dificultades biográficas y personales diversas, con un cuestionamiento cualitativo más o menos prolongado e intenso de sí mismo, que le ha llevado a una transformación subjetiva de su identidad y de la realidad y las relaciones que establece. Es una transformación subjetiva de la que nosotros ignoramos todo, o casi todo, del mismo modo que para el paciente psicótico, en ese primer contacto, nosotros somos unos extraños, y le son desconocidas nuestras intenciones.

Nuestro encuentro no es casual, sino que está socialmente institucionalizado. Nosotros si sabemos cual es nuestra profesión y nuestro trabajo en el dispositivo asistencial, y cuales nuestras motivaciones e intereses generales, aunque desconozcamos cual será finalmente el resultado de nuestra relación con el enfermo concreto con el que nos encontramos. El paciente que está viviendo experiencias psicóticas, puede que no sepa bien siquiera donde está, ni las razones o los caminos que ha recorrido hasta llegar allí, las intenciones de quienes le han llevado a ese lugar y que pretenden las personas que le rodean.

Puede que crea que tiene una identidad transparente, más o menos grandiosa o culpable, y que todos sabemos quién es, lo que ha hecho, hace o quiere hacer, lo que siente y piensa, y que incluso crea adivinar lo que nosotros y todo el mundo a su alrededor pensamos y opinamos sobre él, con admiración, rechazo o reproche. Puede que nos crea enemigos o personajes hostiles, en una conspiración que se viene tramando contra él a raíz de algunos acontecimientos, revelaciones o conflictos. Puede que dude de nuestra identidad, actitud y posición, favorable o desfavorable hacia él, en esa realidad suya que nosotros desconocemos.

Todo el contexto y la institución puede vivirla transformada y englobada en sus experiencias psicóticas. No es un hospital o un centro sanitario, sino un centro policial, una cárcel, un centro de reclusión, eliminación o tortura, un lugar de espionaje o un tribunal de castigo. O un gran teatro lleno de actores que le observan y le engañan para ponerle a prueba y averiguar sus extraordinarias capacidades o poderes, o por el contrario, sus más dolorosos secretos. En los gestos, conductas, frases y comentarios de los demás busca las evidencias que confirmen sus temores o deseos. El conocimiento o reconocimiento por los demás de una identidad nueva y más favorable le permitirá recuperar la estima o el amor perdido. O quizás una identidad ya grandiosa, esperada, altruista, admirada, poderosa o milagrosa que va poner fin a las injusticias, las guerras, el hambre, la pobreza y todas las desgracias de la humanidad. O por el

contrario, los gestos, conductas, frases y comentarios de los demás apuntan a sus temores, al conocimiento del lado oculto de su conducta y su vida, aluden a lo que rechaza de sí mismo, a lo que le ha hecho sufrir o aquello de lo que se siente culpable.

El paciente puede estar percibiendo voces y otras representaciones o mensajes que ignoramos, y estar atento y absorto en ellos, en lo que le dicen a él de el mismo, e incluso lo que le dicen de la situación y de nosotros, con advertencias, ordenes o recomendaciones como callar, desconfiar y defenderse. Las conductas hostiles no verbalizadas, en ese primer contacto, pueden derivarse de esas u otras experiencias en las cuales hay una psicotización y dualización de todo el contexto, con buenos y malos, fuerzas del mal y del bien, amigos y enemigos, diablos o dioses.

Otras veces la disgregación o la conducta no verbal, autista, perpleja, catatóniforme o abiertamente complicada y elaborada, que desarrolla el paciente en la entrevista y en la institución, nos resulta ininteligible, aunque a veces el crea que se está comunicando con nosotros y que nosotros le entendemos. Pueden ser conductas regresivas o dramatizaciones de su psicosis, y su comportamiento está acorde la transformación subjetiva de sí mismo y de la realidad que vive. La **contención** y los límites al descontrol pueden ser necesarios cuando es evidente la pérdida de la dignidad y deshumanización del paciente, o cuando el pánico y la hostilidad que expresa suponen un riesgo para él mismo y los demás enfermos, o para los profesionales, familiares y el ambiente terapéutico de la institución. La contención, sea verbal, farmacológica o física, debe hacerse con respeto, sin descalificar, ni humillar, dándole seguridad y actuando en su beneficio. El paciente puede estar en otra realidad pero también percibe la nuestra⁽¹⁹⁾.

La actitud de sinceridad, afecto y respeto es clave en ese contacto inicial. La presentación auténtica de nosotros mismos, del equipo y de la institución en la trabajamos puede ser el ser el comienzo de la entrevista y de la relación terapéutica. Debemos tratarle como “persona” y no como “paciente”, favorecer la verbalización de sus experiencias interesándonos por él y por su vida, si es posible en una entrevista conjunta con sus familiares más significativos o quienes le hayan acompañado en ese primer contacto. Reconstruir como se ha llegado a la actual situación, con los distintos puntos de vista, razones y motivaciones del encuentro, es importante para ellos, pero también para nosotros, que debemos conocer las actitudes y compromisos favorables o desfavorables de la red de relaciones familiares y sociales que tiene el paciente, y que van a posibilitar o a obstaculizar la ayuda que podamos prestarle.

Hay que evitar iniciar la relación con una de esas absurdas entrevistas psicopatológicas impersonales, descalificadoras e intrusivas, focalizadas en la búsqueda de síntomas y matices formales, que ponen a la defensiva a la mayoría de los pacientes, los cuales de entrada se sienten tratados como enfermedades o como objetos, y no como personas. Ya tendremos tiempo para conocer sus experiencias psicóticas si favorecemos su autorevelación. Y esto se consigue escuchándole.

La **autorevelación**, en general, es un proceso cultural y social que regula la intimidad y la imagen dada a los demás⁽²⁰⁾. Supone una presentación de la identidad y las subidentidades en cada contexto y relación interpersonal. El paciente puede hacer una defensa agresiva de su intimidad, rechazando la relación como un error, una intrusión, un intento de control o una descalificación. Puede afirmar claramente que no quiere hablar, que su comportamiento o experiencias son asunto suyo, o que no le pasa nada y es todo normal. Que no tiene, ni ha tenido problemas, o que no sabe o no recuerda lo ocurrido para encontrarse en la actual situación. Puede recurrir al silencio o contestar reiterativamente con no, nada o no sé, o con atribuciones evasivas generales a decaimiento, insomnio, nervios o stress. Poniéndonos en su lugar, autorevelar o no es una cuestión muy importante para él. Se mueve en la incertidumbre, con recelo y temor a la incomprensión. Teme la vulnerabilidad, el diagnóstico, la descalificación, la vergüenza, la culpa, la manipulación, el rechazo y el estigma y duda si optar por la catarsis y posible verificación de su mundo subjetivo. Lo que haga o vaya haciendo dependerá de sus experiencias, de su autocontrol o voluntariedad, de sus expectativas y sus riesgos.

Pero también depende de nuestra actitud de escucha, nuestra presencia, paciencia, preguntas, énfasis, interés, empatía y compromiso. Nuestra primera tarea es conseguir un **vínculo** con el paciente, sabiendo que aún es una relación muy primitiva, insegura, ambivalente e inestable, que sólo existe en el presente, que no hay una explícita colaboración, ni un proyecto de futuro y que el paciente vive la fuerte presencia de sus experiencias psicóticas, con las transferencias que puedan derivarse. Luego, debemos, sin prejuicios, ni descalificaciones, ir logrando una relación de valoración y respeto mutuo, una **relación personal** con el paciente que, aunque aún para él no tenga un claro sentido terapéutico, permita alguna confidencialidad y posibilidades de influencia.

Debemos ponernos siempre en su punto de vista, abriéndole a la perspectiva de quienes le tienen afecto, e ir reconstruyendo con él su biografía y sus relaciones interpersonales. Explorar, conocer y tratar de

comprenderle como persona, con los conflictos y la crisis que vive, y con los factores que le han llevado a la misma. Ofrecerle seguridad, privacidad, discreción y confianza, y favorecer la comunicación de sus experiencias. Siempre, con tacto y delicadeza, porque las experiencias psicóticas son ellas mismas dolorosas o nos remiten a otras que lo son o lo fueron en la vida del paciente.

Es importante recordar que los profesionales en nuestras entrevistas y en nuestro lenguaje utilizamos nuestro propio estilo terapéutico y nuestro **modelo del trastorno** y de la ayuda que ofrecemos. Quienes abordan a los pacientes con un modelo médico biológico no favorecen la confidencialidad, sino que la obstaculizan. Interesándose sólo por un catálogo de signos o síntomas se alejan de los enfermos. Estos tampoco van a tener interés en revelar sus experiencias a quienes las simplifican con un vocabulario reducido y abstracto y les ignoran como personas, y no saben, ni quieren saber, de su vida, preocupaciones o motivaciones. Los pacientes, sin embargo, si aprenden muy rápidamente cuales son las motivaciones de esos profesionales, sus sencillos esquemas de evaluación, dosificación farmacológica y criterios de mejorías y altas, por lo que les resulta muy fácil ocultar sus trastornos y engañarles.

Con una visión más global de las experiencias psicóticas, conviene utilizar el lenguaje común y prescindir de expresiones psicopatológicas rebuscadas y terminologías arcaicas como "brote", que llevan a un modelo no humano sino vegetal, y a una representación botánica que no ayuda nada a los pacientes. Conviene hablar de la vida como el mismo paciente habla de ella, de sus conductas, emociones, reflexiones, relaciones y vivencias. Utilizar inicialmente su estilo y contenido narrativo. En sus relatos están sus prioridades, preocupaciones, reiteraciones, temas, escenas, omisiones, acontecimientos o conflictos. Están también sus afirmaciones y sus negaciones, sus errores y distorsiones, lo que asocia o aísla, lo que entiende y lo que no comprende de su mundo y de sí mismo.

La narrativa y autorevelación de cada paciente es totalmente personal y además no es lineal. Le será probablemente más fácil hablar de los aspectos más generales y superficiales o de sus familiares y sus relaciones interpersonales, y más difícil de sus pérdidas, o de asuntos dolorosos o vergonzosos de los que se sienta culpable. Le será muy difícil hablar de sus secretos o de los secretos familiares, de problemas sexuales o posibles traumas. Le será más fácil hablar de sus experiencias psicóticas grandiosas, o de las que le produzcan ansiedad o pánico, y menos de aquellas que expresen más claramente la fragilidad de su identidad y la naturaleza de sus subidentidades rechazadas u ocultas.

Nuestra tarea ahora es elucidar su narrativa, hacer preguntas simples para nosotros y necesarias para que el paciente clarifique sus relatos y su vida. Siempre escuchando y sin interrumpir o interferir, aprovechar sus pausas para denominar y distinguir los datos y los hechos de las interpretaciones, lo que podemos llamar objetivo y consensuado de lo subjetivo y personal, los comportamientos y las palabras de los gestos y el lenguaje no verbal, las fantasías e intuiciones de los pensamientos y razonamientos, sus deseos y temores de sus otras emociones y sentimientos, lo que ha vivido consensuado con otros y lo que ha vivido sólo, y todo el qué, quién, con quién, cómo, cuando, donde, cuanto, con qué frecuencia, y los antes, durante, después y porqués de sus experiencias más relevantes.

Con afecto, paciencia y sin crítica vamos reconstruyendo, o mejor, co-construyendo su biografía siguiendo sus prioridades, deducciones y causalidades, y aceptando su subjetividad que no siempre es la nuestra. Esa co-contrucción conjunta de sus experiencias y su vida, aceptando su subjetividad pero sin compartirla, va ser el núcleo movilizador de lo que podíamos llamar su **“insight psicótico”**⁽²¹⁾, el diálogo, debate o reflexión interna que reubique los acontecimientos y materiales con los que ha configurado su mundo subjetivo, que ahora va a poder re-examinar y contrastar con el mundo subjetivo de otros en un contexto terapéutico. Si es posible, también en **psicoterapia de grupo** con otros pacientes con experiencias psicóticas similares y muy singulares como las suyas, con los cuales puede muy bien observar, reconocer y contrastar la realidad objetiva que percibe y los mundos subjetivos que los otros pacientes le revelan⁽²²⁾.

La desingularización de la psicosis, y el debate interno con un insight contradictorio sobre la veracidad de sus experiencias, le abren el camino que lleva de dudar a vislumbrar la posible subjetividad de las mismas. Del contacto inicial al insight contradictorio del paciente, pueden pasar semanas, por mucho interés y empatía que se le haya mostrado. En su historia hay muchas actitudes defensivas, desconfianza, rechazos y abandonos. También necesidades de dependencia, fantasías y deseos de autonomía, con mucho miedo a ser subordinado, devaluado y anulado por otros, como pudo ocurrir en anteriores relaciones significativas. Necesita tiempo para dudar en privado de la verosimilitud de las propias experiencias psicóticas, aunque a nosotros nos esté admitiendo esa posibilidad. No le resulta tan fácil constatar que la nueva **identidad psicótica** no se está verificando, que carece de evidencias objetivas, e incluso no la reconocen quienes más le quieren y le ayudan. El se ha identificado con ella en dinámicas biográficas dolorosas y le resulta más cómodo mante-

ner con el terapeuta una relación personal sin compromiso, revelando lo imprescindible para no romper el contacto profesional, y estar a la expectativa de lo que vaya ocurriendo.

Ese **impasse** que el enfermo necesita puede durar meses y nosotros no debemos confundir una vinculación o relación personal en el presente, con una relación terapéutica estable, consistente y con proyecto de futuro. No debemos engañarnos pensando que el paciente es quien nosotros deseamos que sea, ni sobrevalorar sus capacidades o las nuestras. La relación personal puede ser aparentemente muy cordial, el paciente se puede presentar con su mejor imagen, pero hay todavía un fondo de escepticismo y ambivalencia, y un riesgo de posibles transferencias inconvenientes, imprevisibles y ocultas. Sin dejar de lado nuestra mejor disponibilidad, debemos estar atentos a todas esas contradicciones y vaivenes que recorremos con el paciente en su proceso terapéutico.

El **tratamiento psicofarmacológico** suele ser muy revelador de ese subsuelo existente. Aunque le hayamos explicado —como debe hacerse siempre— el sentido no etiológico de la medicación y la ayuda que puede prestarle para descansar, reducir su ansiedad o alerta, permitirle distanciarse, focalizar o expresar sus dificultades y vivencias, los acuerdos y desacuerdos en las prescripciones y cumplimientos, son muy indicativos de la idea que el paciente tiene de sí mismo. También su narrativa en cada momento, lo que ignora y lo que olvida, lo que justifica, banaliza, minimiza o racionaliza. Nos muestra sus pautas habituales —y probablemente también las de su familia— en la vida, en la crisis y después de la crisis. Con un estilo de recuperación negador quiere evitar a la vez su medicación y su problema.

Es muy improbable que quienes han venido utilizado masivamente estrategias falseadoras con la que han distorsionado su realidad y su propia imagen, den un giro brusco a sus mecanismos de defensa habituales tras la crisis, y decidan enseguida, por su propia iniciativa, afrontar sin más dilación las dificultades de su vida y los aspectos más vulnerables de sí mismos. Hay un largo camino desde la falsificación a la confrontación, que el paciente debe recorrer con nuestra ayuda. Más aún cuando los problemas que le llevaron a la psicosis están ahora agravados por la psicosis misma, que no los ha resuelto sino que los ha puesto de manifiesto.

La fragilidad de su identidad y sus contradicciones internas han salido a la luz, aunque el paciente en su crisis no las reconozca, ni esté aún preparado para hacerlo. En nuestra relación con él debemos incoarlas y empezar a iluminarlas. No como pantallazos que serían aún más cega-

dores. Sólo como cuestiones, aclaraciones, alternativas, sugerencias o hipótesis. En la **reconstrucción de su relato biográfico y psicótico** debemos ir hilvanando el uno con el otro, buscando con el paciente los nexos que los unen. Nosotros podemos saber, en cada caso, que las experiencias psicóticas son el negativo fotográfico de la realidad del paciente, pero el paciente no sólo aún no lo ve, sino que ni siquiera está en condiciones de atisbarlo. Probablemente, con nuestra experiencia, tenemos nuestras hipótesis sobre la crisis de su identidad y los estados emocionales que la acompañan: de la depresión y la impotencia a la euforia de la omnipotencia, de la angustia de la ocultación al miedo de la vigilancia, la transparencia y la crítica, del rechazo y autorechazo a la agresividad defensiva de los introyectos y los otros, de la culpa al pánico del castigo, a la búsqueda de purificación y renacimiento, o de la invalidez y dependencia a la protección y consuelo. Nuestras intuiciones, aún por verificar, sólo nos sirven para ir alumbrando, poco a poco, los pasos del nuevo relato del paciente, al que tenemos que mostrarle a la vez, y casi antes, todos sus méritos, logros, capacidades o virtudes. Su realidad no son sólo sus experiencias biográficas más duras, su cara menos favorable y sus trastornos psicóticos. Nuestras entrevistas no deben limitarse reiterativamente a esos aspectos hurgando en sus llagas. Debemos también **subrayar sus puntos fuertes** para que tenga una visión equilibrada de sí mismo y se sienta capaz de abordar sus dificultades.

El trabajo simultáneo y conjunto con la **familia** es muy importante y dependerá mucho de los recursos y dispositivos disponibles para esta tarea. Hay objetivos básicos como superar hostilidades, obstáculos y resistencias, intentar el entendimiento de la crisis y conocer las perspectivas de cada cual en los antecedentes, precedentes y desencadenantes de las distorsiones ocurridas, o esclarecer toda una dinámica familiar que puede haber configurado en alguna medida la identidad previa y vulnerable del paciente y sus estrategias habituales de afrontamiento. Un trabajo ulterior será comprometer a la familia en el programa terapéutico, la resolución de fuertes dependencias simbióticas y otras posibles relaciones o comunicaciones conflictivas presentes⁽²³⁾.

Con un **insight contradictorio** sobre sus trastornos psicóticos ya es posible presentar al paciente y su familia un **programa terapéutico** para un futuro próximo, exponerles nuestra visión de estos problemas y de la ayuda necesaria que podemos ofrecerle de acuerdo con los recursos de nuestro dispositivo asistencial. Podemos incluso darle datos generales sobre el pronóstico, las recaídas, el papel de la medicación y la psicoterapia, las ventajas de las terapias combinadas y todo el "setting" de las mismas, con el lugar donde se realizan, los horarios y la duración de las

sesiones y la posible duración de toda la terapia, con los terapeutas y co-terapeutas que la realizarán y los compromisos imprescindibles por ambas partes para un trabajo terapéutico.

Lo que habitualmente llamamos **relación terapéutica** empezaría ahí con el paciente psicótico, cuando comienza a admitir el carácter puramente subjetivo de sus experiencias psicóticas y cuando se inicia o ya existe una visión consensuada común y una motivación que permite una relación profesional consistente. Pero cuando esto ocurre con los pacientes psicóticos, ya hemos realizado, sin relación terapéutica propiamente dicha, la parte más difícil de nuestro trabajo y ellos mismos han hecho un cambio cualitativo de gran importancia para su recuperación. En un lenguaje tradicional, admitir el posible carácter psicopatológico de sus experiencias, tener el **“insight de paciente”** con el que justificarse a sí mismo una relación terapéutica estable.

Aún y todo, debemos ser conscientes, como hemos visto en general, que ningún proceso terapéutico es cronológicamente irreversible, la estabilidad de las relaciones terapéuticas es siempre relativa y el resultado final impredecible. Más aún en los pacientes que viven, o han vivido, experiencias psicóticas, cuya identidad y realidad son ellas mismas inestables. Especialmente dura para él será la **post-crisis**, donde será ahora consciente del impacto del trastorno en su vida y su familia, recordará con discontinuidad, humillación o vergüenza algunas interacciones o conductas, dará vueltas y revueltas al diagnóstico, cambiará con el estigma su autoestima y la presentación de sí mismo, su inseguridad será mayor y su desmoralización frecuente. Por eso, es importante, con sinceridad y autenticidad, apoyar y fortificar al paciente en todos sus logros y capacidades, animarle siempre e infundirle esperanza en el futuro con expectativas realistas. Ocuparse e interesarse por su vida cotidiana, evitar la soledad, la pasividad y la inactividad depresiva y atormentada. Volver a llenar el vacío y la nostalgia de las pérdidas y los grandes proyectos con las tareas más elementales, con rutinas diarias y pequeñas satisfacciones olvidadas. La recuperación también es eso, darse tiempo, engancharse a la vida ⁽²⁴⁾.

También explorar, valorar y ayudarle a resolver sus dificultades previas o presentes en sus relaciones familiares, laborales y sociales, sus dependencias y desconfianzas, sus miedos a arriesgarse, al rechazo y al fracaso, a exponerse, readaptarse, innovar e intimar. Siempre acompañándole y quizás aconsejándole, pero no sustituyéndole. Es el paciente mismo quien debe analizar, reflexionar, decidir, relacionarse y actuar en su propia vida, quien debe reubicarse en el presente y construir su futuro.

Esta relación y estas tareas se desarrollan en lo que podríamos llamar una **alianza terapéutica de apoyo**, que está al alcance de muchos pacientes psicóticos, si conseguimos la necesaria confianza y colaboración. Consiste simplemente en ocuparnos de sus vidas reales y analizar con ellos las facilidades y obstáculos que encuentran en lograr las metas que desean y se proponen, dejando a un lado las experiencias psicóticas, si éstas se han superado y han dejado de vivirlas en el presente. Es asumir un estilo terapéutico “coaching”, quizás en alguna medida operativo, pero desde luego deliberadamente artificial, ya que las características psicológicas de las personas —que también les llevaron a la crisis psicóticas— no pueden separarse de sus comportamientos. Sus vidas no son unas actividades aisladas, como jugar al tenis o visitar un museo. Ni un conjunto de actividades impersonales. Sus vidas reales son ellos mismos. Ellos las crean y las protagonizan con todos los condicionamientos externos que tengan, pero también con todas las dinámicas personales de sus mundos subjetivos.

Alcanzado ese nivel de estabilidad y cooperación con el paciente, lo adecuado es establecer una **alianza terapéutica de apoyo e insight**. No puede haber insight sin apoyo. No nos podemos dedicar a explorar sueños, fantasías o experiencias psicóticas, ignorando el mundo real donde esa subjetividad singular acontece. Sólo en algunos pacientes, con poca capacidad de introspección o mentalidad psicológica, sea por razones culturales, intelectuales o fuertes resistencias defensivas, la exploración de su subjetividad se hace difícil o inviable. En todos los demás, conseguida una alianza terapéutica, resulta muy conveniente estimular la autoobservación y el autoentendimiento. Seguir su propia agenda de preocupaciones egodistónicas, aprendiendo de él y con él los aspectos de su **identidad vulnerable**, lo que le lleva, o le ha llevado, al autoengaño y su distorsión de la realidad.

El paciente, como cualquier persona, en su narrativa nos muestra su identidad, el concepto de sí mismo, evidentemente en relación con el concepto que tiene de aquellos importantes para él, con los que se relaciona e incluye en su relato. Hay dos primeros objetivos terapéuticos en esta etapa: hacerle salir de su egocentrismo perceptivo y llevarle gradualmente a la aceptación realista de sus propias limitaciones. Siempre escuchando, focalizando, clarificando, exponiéndole otras hipótesis y la posible perspectiva de los otros, y con todo el cuidado y el afecto posible porque ese realismo y descentramiento cognitivo, que es más fácil en la terapia grupal, especialmente cuando son los otros pacientes quienes lo realizan, es más vergonzoso o doloroso en las sesiones individuales porque para el paciente puede suponer la presentación ante el terapeuta de

una imagen de sí cada vez menos protegida, más devaluada, más desnuda, efectivamente más vulnerable. Debemos corregir ese temor reforzando este paso que le va a permitir de verdad conocerse, asentarse en su mundo real sin recurrir a frecuentes falseamientos, ni a continuas revaluaciones y autoengaños, para ir progresando poco a poco, sin grandiosismos, optimismos, pesimismo o catastrofismos infundados, ni ocultaciones innecesarias. Mucho mejor: verbalizando, comunicando, contrastando, afrontándose y corrigiéndose a sí mismo.

Estos dos objetivos conllevan una revisión de su vida y un entendimiento de su dinámica biográfica con metaperspectiva. Ahora, a diferencia de sus narrativas iniciales de las primeras etapas de la relación, con narraciones biográficas menos egocéntricas y más verosímiles, menos fragmentadas, con menos secretos traumáticos y lagunas amnésicas, sin heroicidades, ni victimismos, y con una continuidad cronológica que va haciendo más comprensible lo vivido. La co-construcción con el terapeuta de la narrativa biográfica del paciente no es la reconstrucción de un delito, sino la construcción de un proyecto de futuro.

Una tarea deseable, aunque no siempre posible, es conseguir finalmente una **identidad integradora** capaz de re-explorar e integrar la crisis y las experiencias psicóticas pasadas y darles sentido en las dificultades atravesadas. Apenas una sexta parte de los pacientes en procesos psicoterapéuticos dinámicos lo consiguen⁽²⁵⁾. Depende mucho de su motivación, buenos ajustes premórbidos y menos vulnerabilidad, de su capacidad introspectiva, la evidencia del significado de los factores desencadenantes y la brevedad de las experiencias psicóticas.

Entre las subidentidades ocultas y rechazadas, en discrepancia y conflicto con la imagen pública o privada aceptada y aceptable del sujeto, y sus experiencias psicóticas, hay una continuidad gradual en su control y atribución a realidades internas o externas. Una gradualidad que se hace manifiesta en acontecimientos que provocan el descontrol de estas subidentidades que sólo son potencialmente psicóticas.

Todas las subidentidades tienen su origen y su propia historia, que la terapia debería desvelar. Generalmente no las crean traumas dolorosos e inasimilables aislados, sino relaciones más o menos deseadas, ocasionales o continuadas con otras personas y conductas realizadas o fantaseadas en contextos paralelos existentes. Una subidentidad supone experiencias. Una subidentidad oculta experiencias secretas y una subidentidad rechazada, experiencias para la propia persona reprobables. El delirio o la psicosis suponen el fracaso de esa ocultación y rechazo. El terapeuta lo sabe, aunque inicialmente no lo sepa el paciente, y en este nivel de la

relación se debe trabajar con él su flexibilidad y tolerancia, y la aceptación de su biografía y la complejidad de sí mismo.

Otras experiencias psicóticas grandiosas son compensatorias de realidades que desmontan aparatosamente presentaciones e identidades idealizadas o deseadas, con una infravaloración que las hace insostenibles. El apoyo realista al paciente en sus otras cualidades debe estar atento a su desmoronamiento desde una grandiosidad que contrasta no consensuada, ni verificable, para la prevención de posibles depresiones y conductas suicidas.

Hay también experiencias psicóticas cuyo origen se puede rastrear hasta introyectos de edades muy tempranas, que se actualizan o desencadenan en acontecimientos biográficos que expresan claramente los sentimientos de invalidez y fuerte dependencia del paciente. Son, por ejemplo, las voces de consejo, consuelo, crítica o control de alucinaciones que el terapeuta debe conocer para ir llevándolas del diálogo alucinatorio al diálogo interno consigo mismo del paciente.

Durante el proceso terapéutico, incluso después de la superación del episodio psicótico, es fácil que los pacientes experimenten breves experiencias psicóticas, de horas o pocos días, en determinadas situaciones. Estas minicrisis son muy valiosas para analizarlas con el paciente que, ya habituado a la autoobservación de sí mismo, puede ahora trazar con más facilidad el momento desencadenante, la herida vulnerable, su reacción y sus vivencias. Puede incluso predecir los acontecimientos, las actitudes y los riesgos. Puede obviamente evitar los factores estresantes que le pueden poner en cuestión, pero también cambiar su manera de afrontarlos. En ese cambio a nuevos estilos de afrontamiento, para y desde una identidad más realista, consiste el progreso terapéutico, que nunca es irreversible, y que no depende de una relación dual o grupal, sino de las múltiples variables que han determinado y determinan la identidad y la vida del paciente.

Siempre es posible una recaída en otra crisis y volver de nuevo al camino ya andado de las experiencias psicóticas. No hay que vivirlas como fracasos del paciente o la terapia, sino como nuevas oportunidades para el autoconocimiento y para el cambio. Al terapeuta que ya conoce bien al paciente, la dinámica de las crisis psicóticas se le puede hacer ahora más transparente, y para el paciente también puede ser así, si vamos reevaluando con él todo lo sucedido, y si a lo largo del proceso ha venido ensayando otras pautas de relaciones y conductas, porque la psicoterapia es reflexión, pero también es acción. Es la actividad la que define la vida y también la recuperación.

Estos programas de terapias dinámicas combinadas con personas con experiencias psicóticas, cualquiera que sean las modalidades psicoterapéuticas que empleen —individual, familiar, grupos— además de la medicación precisa, tienen una duración de tres a cinco años aproximadamente, y se adaptan siempre a la situación o necesidades de cada paciente. No es suficiente la superación de los trastornos psicóticos, sino su aceptación como experiencias subjetivas vividas, y la motivación de autoconocimiento del paciente. No todos lograrán los mismos objetivos, porque ello no va a depender del programa en general, sino de las características de los pacientes, que son muy heterogéneos. Unos se conformarán con reconocer el trastorno y afrontarlo, otros irán más allá, con una reconsideración de sus conductas en sus relaciones y su vida, y finalmente otros harán análisis más amplios y detallados de sus biografías y vulnerabilidades. Aquellos con más capacidad introspectiva, más bagaje y más seguridad en sí mismos, explorarán más a fondo sus experiencias psicóticas para conocer las claves que ellas le revelan y actuar en consecuencia. Pero, eso sí, todos los pacientes para su recuperación tienen que ir más allá de la tarea de autoconocimiento. Todos tienen que pasar a la acción e introducir cambios en sus estrategias, en sus relaciones interpersonales y en sus objetivos. Todos tienen que lograr esos cambios en la continuidad de su biografía, mejorando su autoestima y logrando en su vida la mayor autonomía posible, incluida la autonomía del terapeuta.

El logro de esa autonomía en su recuperación va a orientarnos sobre cuando podemos acordar con el paciente la terminación gradual de la ayuda terapéutica, manteniéndonos siempre disponible cuando lo necesite. Si no han ocurrido abandonos o rupturas, aunque acabemos la psicoterapia regular, no termina la relación terapéutica. Esta continúa en el paciente, en su diálogo interno. El afecto, estilo, empatía, perspectiva y apoyo del terapeuta se disolverán en el recuerdo, pero seguirán en el paciente, en su capacidad de reconocer las experiencias subjetivas y afrontar y superar sus dificultades y problemas. Las relaciones psicoterapéuticas continúan más allá de sí mismas. Perduran en el futuro y en la biografía de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Siegler, M. & Osmond H. (1974), *Models of Madness, Models of Medicine*, Mc Millan Pub., N. York; Bates, E. (1977), *Models of Madness*, University of Queensland Press, Queensland; y Tizón, J. (1978), *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*, Ariel, Barcelona.
2. Clásicos y vigentes son el libro de Kadushin, Ch. (1969), *Why people go to Psychiatry*, Atherton Press, N. York, y la magnífica recopilación de artículos del libro de Spitzer, S. y Denzin, N. (ed.) (1968), *The Mental Patient: Studies in the Sociology of Deviance*, Mc Graw Hill Book Company, N. York. De mucha utilidad para conocer la dinámica compleja de ayudar y ser ayudado, el libro de Spacapan, S. y Oskamp, S. (1992), *Helping and Being Helped. Naturalistic Studies*, Sage, Londres.
3. Algunos buenos libros sobre la alianza terapéutica son los de Safrán, J. & Murán, Ch. (2000), *Negotiating the Therapeutic Alliance*, Guilford Press, N. York; Meissner, W. (1996), *The Therapeutic Alliance*, Yale University Press; Deserno, H. (1998), *The Analyst and the Working Alliance*, International University Press, Madison; Levy, S. (ed.) (2000), *The Therapeutic Alliance*, International University Press, Madison; y el de Harvarth, A. & Greenberg, S. (eds.) (1994), *The Working Alliance*, Wiley, N. York. En especial este último. Para las relaciones terapéuticas exclusivamente farmacológicas, se pueden consultar los libros de Tasmn, A., Riba, M. y Silk, K. (2000), *The doctor-patient relationship in pharmacotherapy*, Guilford Press, N. York y Blackwell, B. (ed.) (1997), *Treatment compliance and the therapeutic alliance*, Harwood Academic Pub., Amsterdam.
4. Un libro, ya clásico, introductorio al estudio de las relaciones terapéuticas es el de Petruska Clarkson (2003), *The Therapeutic Relationship*, Whurr Publisher, 2nd Edition, Londres.
5. Norcross, J. (ed.) (2002), *Psychotherapy relationships that work*, Oxford University Press, N. York.
6. Ver los libros de Wallin, D. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, Guilford Press, Londres; Marrone, M. (2000), *Attachment and Interaction*, Jessica Kingsley Publisher, Londres; y Akhtar, S. & Parens, H. (ed.) (1991), *"Beyond the Symbiotic Orbit"*, The Analytic Press, Hillsdale. Un libro magnífico sobre la dependencia simbiótica es el de Stephen, M. Johnson (1991), *The Symbiotic Character*, Norton, Nueva York.
7. Ver Orange, D. (1995), *Emotional Understanding*, Guilford Press, N. York; Bennet, M. (2001), *The Empathic Healer: An Endangered Species?*, Academic Press, San Diego; Farrow, T. & Woodruff, P. (ed.) (2007), *Empathy in Mental Illness*, Cambridge University Press, Cambridge; y Halpern, J. (2001), *From Detached concern to Empathy*, Oxford University Press, Oxford; Elliot, R., Bohart, A., Watson, J. y Greenberg, L., "Empathy", pp. 132-152, en Norcross, J. (ed.) (2011), *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based responsiveness*, 2nd ed., Oxford University Press, Oxford; y Eisenberg, N. & Strayer, J. (ed.) (1987), *Empathy and its development*, Cambridge University Press, Cambridge.
8. Sólo en los ochenta hay un intento integrador serio del psicoanálisis freudiano, las teorías del Self y de las relaciones objetales, y el enfoque interpersonal de Harry S. Sullivan. En mi opinión, los libros de Stephen, A. Mitchell (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*, Harvard University Press, Cambridge; Greenberg, J. & Mitchell, S. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Harvard University Press, Cambridge; y Mitchell, S. (2000), *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*, Routledge, N. York; son claves para entender la perspectiva intersubjetiva del psicoanálisis y la psicoterapia, representada principalmente por Storolow, Atwood y Orange, que desmontan los mitos freudianos del psicoanálisis más ortodoxo, y superan la visión del paciente como sujeto aislado, que aún persiste en las teorías del self y las relaciones objetales, para proponer

- un enfoque psicoterapéutico interpersonal más horizontal y de mutua participación y colaboración entre terapeuta y paciente. Storolow, R., Atwood, G. & Brandchaft, B. (1994), *The Intersubjective Perspective*, Jason Aronson, Londres; Orange, D., Atwood, G. & Storolow, R. (2001), *Working Intersubjectively*, Routledge, Londres; Storolow, R., Atwood, G. (2010), *Context of Being*, Routledge, Londres; Buirski, P. & Haglund, P. (2001), *Making sense together*, Jason Aronson, Londres, y Jaenicke, Ch. (2008), *The risk of relatedness*, Jason Aronson, Londres. Ver también los libros de Paul L. Wachtel (2008), *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*, Guilford Press, N. York.; y *Therapeutic Communication*, 2.^a ed., Guilford Press, N. York (2011).
9. Michels, R., Abensour, L., Eizirik, C. L. y Rusbridger, R. (2002), *Key papers on counter-transference*, Karnac, Londres, 2002; y Hayes, J., Gelso Ch. Hummel, A., *Managing counter-transference*, pp. 239-260, en Norcross, J. (ed.) (2011), *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based responsiveness*, 2.^a ed., Oxford University Press, Oxford.
 10. Las intuiciones, siendo una actividad mental cotidiana frecuente, que además están en el origen de casi todas las iniciativas e invenciones, están muy descuidadas de la investigación científica. Un libro clásico en esta materia es el de Tony Bastick (1982), *Intuition. How we think and act*, Wiley, N. York, y la segunda edición, Tony Bastick, *Intuition. Evaluating the construct and its impact on creative thinking*, Stonemang & Lang, Kingston, 2003. Entre una edición y otra hay dos décadas. El autor hizo una búsqueda en muchas bases de datos, con más de dos millones y medio de artículos que incluían el término intuición en el abstract y 91 en el título, pero sólo 24 artículos en todos esos años eran estudios sobre la intuición. Una cifra increíblemente ridícula si la comparamos con los estudios de cualquier otra actividad mental como la conciencia, la memoria o el lenguaje. A la intuición en la psicoterapia tampoco se le ha dado la importancia que merece y hay poca bibliografía al respecto. Un buen libro es el de Rachel Charles (2004), *Intuition in Psychotherapy and Counselling*, Whurr Publisher, Londres. Otro más reciente, pero más endeble, es el de Terry Marks-Tarlow (2012), *Clinical Intuition in Psychotherapy*, Norton, N. York.
 11. Para las narrativas en psicoterapia ver Fernández Liria, A. & Rodríguez Vega, B. (2001), *La practica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, Desclee, Bilbao; y "La óptica de las narrativas en psicoterapia", *Monografías de Psiquiatría*, n.º 3, año XVII. julio-septiembre, 2005; el libro pionero de White, M. & Epston, D. (1990), *Narrative Means Therapeutic Ends*, Norton, N. York, y los libros de Mc.Leod J. (2006), *Narrative and Psychotherapy*, Sage, Londres; Lieblich, A., McAdams, D. & Josselson, R. (2004), *Healing Plots. The Narrative Basis of Psychotherapy*, American Psychological Association, Washington; y Payne, M. (2011), *Narrative Therapy*, 2.nd ed., Sage, Londres.
 12. Strupp, H., Hadley, S., Gomes-Schartz, B. (1977), *Psychotherapy for better or Worse. The Problem of Negative Effects*, Jason Aronson, N. York.
 13. Safran, J., Muran Ch. Eubanks, Carter, C., "Repairing alliance ruptures", pp. 224-23, en Norcross J. (ed.) (2011), *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence based responsiveness*, 2.nd ed., Oxford University Press. Oxford.
 14. Una visión general de la efectividad de las psicoterapias y los numerosos meta-análisis realizados puede verse con sólo consultar dos libros: Lambert, M. (ed.) (2004), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition, Wiley, N. York, y la segunda edición de Norcross, J. (ed.) (2011), *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence based responsiveness*, 2.nd ed., Oxford University Press, Oxford.
 15. Sobre las estrategias de afrontamiento y mecanismos de defensa, ver Weisman, A. (1984), *The Coping capacity*, Human Science Press, N. York; Snyder, C. (1999), *Coping. The Psychology of what Works*, Oxford University Press, Oxford; Frydeberg, E. (2002), *Beyond Coping*, Oxford University Press, Oxford; Breakwell, G. (1986), *Coping with Threatened Identities*, Methuen, Londres; Blackman, J. (2004), *101 Defenses*, Brunner-

- Routledge, N.York.; Vaillant, G. (1992), *Ego Mechanism of Defense*, American Psychiatric Association, Washington. Sobre las personalidades premórbidas en las psicosis, ver los capítulos 13 y 14 de este mismo libro. Para una aproximación a la historia y estado actual de la identidad y su pluralidad ver Rowan, J. Cooper, M. (ed.) (1999), *The Plural Self*, Sage, Londres; Ornstein, R. (2003), *Multimind*, Malor Book, Cambridge; Elster, J. (ed.) (1985), *The Multiple Self*, Cambridge University Press, Cambridge;; Gergen, K. (2000), *The saturated Self*, Basic Books. N. York; Burke, P. & Stets (2009), *Identity Theory*, Oxford University Press. Oxford; Martin, R. & Barresi, J. (2006), *The rise and fall of Soul and Self*, Columbia University Press, N. York; Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity*, Polity Press. Cambridge; Seigel, J. (2005), *The idea of the self*, Cambridge University Press, Cambridge; Taylor, Ch. (1989), *Sources of the Self*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, y Leary, M. & Tangney, J. (ed.) (2003), *Handbook of Self and Identity*, Guilford Press.
16. Para visiones globales de la psicosis, conviene leer algunos libros editados por la Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, como Alanen, Y. (2003), *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*, Madrid; Culberg, J. (2007), *Psicosis. Una perspectiva integradora*, Madrid, y Ciompi, L. (2010), *Afecto-lógica. El vínculo entre el afecto y la lógica. Una contribución al estudio de la esquizofrenia*, Madrid. Para la disociación, el libro de Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M. (ed.) (2011), *Psicosis, trauma y disociación*, Madrid; y para las alucinaciones Romme, M. y Escher, S. (2005), *Dando sentido a las voces*, Madrid. O el más reciente de los mismos autores *Psychosis as Personal Crisis*, Routledge, Londres, 2012. También los libros de Mollon, P. (1996), *Multiple Selves, Multiple Voices*, Wiley, Chichester; McCarthy-Jones, S. (2012), *Hearing Voices*, Cambridge University Press, Cambridge, 2012; y el de John Watkins (2008), *Hearing Voices. A Common Human Experience*, Michelle Anderson Pub. Melbourne.
 17. Lidz, T., "Egocentric cognitive regression and a theory of schizophrenia", en De la Fuente, R. & Weisman, M. (ed.), *Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry. Excerpta*, México, vol. 2, pp. 1146-1152. Debemos tener en cuenta que, aunque la regresión cognitiva sea la más llamativa, en los pacientes puede observarse también, con cierta frecuencia, una regresión conductual y afectiva, ya que estas tres facetas están estrechamente interrelacionas entre sí.
 18. Conviene conocer bien las experiencias psicóticas inducidas por drogas, tóxicos u otros problemas o enfermedades orgánicas, no sólo para descartar errores diagnósticos, sino para el correcto tratamiento de los pacientes y la adecuación de las relaciones terapéuticas. En general, estos factores agravan considerablemente la vulnerabilidad ya existente. Ver el libro pionero de Lishman, W. (1987), *Organic Psychiatry. The Psychological Consequences of Cerebral Disorders*, 2.ª edición, Blackwell, Londres; o el más reciente de Sachdev P. & Keshavan, M. (ed.) (2010), *Secondary Schizophrenia*, Cambridge University Press.
 19. Ver Fernández, R. y García Carbajosa, M.A. (ed.) (1990), *La contención*, AEN, Madrid; McGlashan T. & Keats, Ch. (1989), *Schizophrenia. Treatment, Process and Outcome*, American Psychiatric Press, Washington; Selzer, M., Sullivan, T., Carsky, M. Terkelsen, K. (1989), *Working with the Person with Schizophrenia*, New York University Press, N. York; Greenfield, D. (1985), *The Psychotic Patient. Medication and Psychotherapy*, The Free Press, Londres; Pao, N. (1989), *Schizophrenic Disorders. Theory and treatment from a Psychodynamic Point of View*, International University Press Madison; Levy, S. & Ninan, P. (1990), *Schizophrenia. Treatment of acute psychotic episodes*, American Psychiatric Press, Washington. En el campo de la psicoterapia de la esquizofrenia, la lectura de los pioneros sigue siendo una fuente enseñanzas importante: Sullivan, H.S. (1962), *Schizophrenia as a Human Process*, Collected Works, vol. II; Norton, N., York, Fromm-Reichmann, F. (1950), *Principles of Intensive Psychotherapy*, The University of Chicago Press, Chicago; Bullard, D. (ed.) (1959), *Selected Papers of Frieda Fromm-Reichmann*, The University of

- Chicago Press, Chicago; Searles, H. (1965), *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, International University Press, N. York; Strauss, J., Bowers, M., Wayne T., Fleck, S., Jackson, S., Levine, I. (ed.) (1980), *The Psychotherapy of Schizophrenia*, Plenum Medical Book, N. York; Burnhan, D., Gladstone, A., Gibson, R. (1969), *Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma*, International University Press, N. York; Bryce Boyer, L. & Giovachini, P., *Psychoanalytic Treatment of Schizophrenic, Borderline and Characterological Disorders*, Jason Aronson, N. York, 1980; Feinsilver, D. (ed.) (1986), *Towards a Comprehensive Models for Schizophrenic Disorders*, The Analytic Press, Hillsdale; Benedetti, G. (1987), *Psychotherapy of Schizophrenia*, New York University Press, N. York. Una perspectiva de la evolución de la psicoterapia de la esquizofrenia se encuentra en Alanen, Y., Silver, A., González de Chávez, M. (2006), *Fifty years of Humanistic Treatment of Psychoses*, Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia, Madrid; y un panorama de la actualidad en Alanen, Y., González de Chávez, M., Silver, A. y Martindale, B. (2008), *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas*, Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia, Madrid. De mucho interés es la colección de libros recientes de la "International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis" y la revista "Psychosis" que se publica en los últimos años (www.isps.org).
20. Ver Moss, C. (1977), *Bibliographic Guide to Self-Disclosure Literature*, Whitson Publishing Company, N. York; los libros de Jourad, S. (1971), *The transparent Self*, Van Nostrand Reinhold, N. York, y *Self-disclosure. An Experimental Analysis of the Transparent Self*, Wiley, N. York, los libros que proceden principalmente de la psicología social como Chelule (ed.) (1979), *Self-Disclosure*, Jossey-Bass Publisher, San Francisco; Derlega V., Metts, S., Petronio, S. y Marguli, S. (1993), *Self-Disclosure*, Sage, Londres; Derlega, V. & Berg, J. (ed) (1987), *Self-Disclosure. Theory, Research and Therapy*, Plenum Press, N. York, y los procedentes de la experiencia psicoterapéutica como Stricker, G. & Fisher, M. (ed.) (1990), *Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship*, Plenum Press, N. York.; Farber, B. (2006), *Self-Disclosure in Psychotherapy*, Guilford Press. Londres; y Forrest, G. (2010), *Self-Disclosure in Psychotherapy and Recovery*, Rowman & Littlefield Publisher, Londres. Un tema que preocupa a muchos terapeutas es el de su propia autorevelación. La autenticidad y sinceridad del terapeuta no deben dañar al paciente, ni el terapeuta debe colocar su intimidad, ni sus propios problemas en el foco de la terapia.
 21. Ver los capítulos 8 y 9 de este mismo libro. El insight no es más que la visión global o parcial de sí mismo que el paciente tiene en un momento dado, y que evoluciona con la misma dinámica y características que la identidad y las subidentidades. En la psiquiatría descriptiva hay una evidente falta de insight sobre el insight en las psicosis, lo que ha generado una bibliografía obscuramente endogámica de centenares de artículos buscando extraños déficits cognitivos que la asemejen a la anosognosia de los trastornos cerebrales. Para una visión general, los libros de Marková, I. (2005), *Insight in Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge, y Amador, X. & David, A. (2005), *Insight and Psychosis*, 2.^a edit., Oxford University Press, Oxford.
 22. Aparte de los capítulos de este libro dedicados a la psicoterapia de grupo en las psicosis, que contienen numerosas referencias bibliográficas, recomiendo el libro reciente de Radcliffe, J., Hajek, K., Carson, J. & Manor, O. (ed.) (2010), *Psychological groupwork with acute psychiatric inpatients*, Whiting & Birch, Ltd., Londres.
 23. Lidz, T., "The development Guidelines to Psychotherapy of Schizophrenia", en Strauss, J. y otros (1980), *Psychotherapy of Schizophrenia*, pp. 217-226, Plenum Press, N. York; Alanen, Y. (2003), *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*, Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia, Madrid. El libro de de James A. Marley (2004), *Family Involvement in Treating Schizophrenia. Models, Essential Skills and Process*, The Harworth Clinical Practice Press, N. York. Es una buena introducción a las diversas escuelas y perspectivas en la terapia familiar de la esquizofrenia.

24. Davidson, L. (2003), *Living Outside Mental illness*, New York University Press, N. York. En los últimos años son los usuarios quienes más nos han enseñado con sus propias experiencias. Ver Hornstein, G. (2009), *Agnes's Jacket*, Rodale, N. York. Hay numerosas organizaciones trabajando en este campo. Ver páginas web como Working to recovery, www.workingtorecovery.co.uk; MindFreedom, www.mindfreedom.org; National Coalition for Mental Health Recovery, www.ncmhr.org; National Empowerment Center, www.power2u.org.
25. Alanen, Y.O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R., Kaljonen, A. (1986), *Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses*, Heidelberg: Springer-Verlag.