

TERAPIA PSICOLÓGICA PARA LA ESQUIZOFRENIA: UNA REALIDAD

Jennifer Del Toro Granados*, Cindy Angulo Giraldo y Mayra Alejandra Zabaleta Barros

RESUMEN

La esquizofrenia es entendida como un cuadro psiquiátrico, crónico y altamente discapacitante; en la cual, a pesar de las variaciones de la evolución en cada paciente, se observan los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento desorganizado (síntomas positivos) y aplanamiento afectivo (síntomas negativos). A finales de los años 70 se produce un cambio en la concepción etiológica de los trastornos psicóticos que comienzan a explicarse desde una perspectiva multicausal, es decir, como predeterminados e influidos por condiciones biopsicosociales. Uno de los más completos paquetes de intervención es la Terapia Psicológica Integral para la esquizofrenia (IPT). Los autores de este protocolo terapéutico parten del supuesto que los pacientes que reúnen criterios para esquizofrenia muestran déficits en varios niveles funcionales de organización de la conducta (nivel atencional-perceptivo, nivel cognitivo, nivel micro-social y nivel macro-social). En el presente análisis, se describen los hallazgos en términos de eficacia de la terapia psicológica integral para la esquizofrenia combinada con farmacoterapia; los distintos estudios reseñados indican que la IPT muestra superioridad terapéutica frente a otro tipo de intervenciones. (DUAZARY 2011, 93 - 98)

Palabras clave: esquizofrenia, terapia, psicología, biopsicosocial.

ABSTRACT

Schizophrenia is defined as a table psychiatric, chronic and highly disabling, in the which, despite changes in the evolution of each patient, observe the following symptoms: ideas delusions, hallucinations, disorganized behavior (positive symptoms) and blunted affect (symptoms negative). In the late 70's is a change in the etiological concept of psychotic disorders starting to explain from a causes, ie as default and influenced by biopsychosocial conditions. One of the most complete packages of intervention is the therapy Comprehensive psychological schizophrenia (IPT). The authors of this therapeutic format assume Patients who meet criteria for schizophrenia deficits in several functional levels organization of behavior (attentional-perceptual level, cognitive level, micro-social level and macro-level social). In this analysis, it appears the effectiveness of comprehensive psychological therapy for schizophrenia combined with pharmacotherapy, the various studies reviewed indicate that the IPT simple therapeutic superiority over other types of interventions.

Keywords: schizophrenia, therapy, psychology, biopsychosocial.

* Estudiante de Psicología Universidad del Magdalena. Correo electrónico: jennydeltoro2@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es entendida como un cuadro psiquiátrico, crónico y altamente discapacitante^{1,2}.

El curso de este trastorno mental incluye alteraciones en la percepción y expresión de la realidad, cambios persistentes en el funcionamiento psíquico del individuo que lo padece (principalmente, conciencia de realidad), desestructuración de las funciones ejecutivas (imposibilidad de generar conductas motivadas) y una considerable disfunción social^{3,4}.

En la esquizofrenia, a pesar de las variaciones de la evolución en cada paciente, se observan los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento desorganizado (síntomas positivos) y aplanamiento afectivo (síntomas negativos)³.

Este trastorno involucra alteraciones en varios procesos, como el pensamiento, la percepción y el comportamiento; las mismas alteraciones acarrear deterioro en el funcionamiento cognitivo y en procesos psicológicos como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. La calidad de vida se ve afectada en el plano social, laboral y familiar; la esquizofrenia genera consecuencias en el sujeto que lo padece, en los familiares y personas que lo rodean⁵⁻⁸. Los problemas comportamentales en el funcionamiento social son característicos en la esquizofrenia, usualmente anteceden al desencadenamiento de la psicosis, suelen empeorar en el transcurso de la enfermedad y contribuyen a aumentar el número de recaídas⁹.

En los años 50 el descubrimiento de fármacos generó una época de optimismo, los años 60 y 70 marcan un periodo de aplicación de técnicas conductuales a la enfermedad mental¹⁰.

A finales de los años 70 se produce un cambio en la concepción etiológica de los trastornos psicóticos que comienzan a explicarse desde una perspectiva multicausal, es decir, como predeterminados e influidos por condiciones biopsicosociales, en la teoría de la vulnerabilidad de la esquizofrenia se propone que existen variables mediadoras entre los factores orgánicos y los psicosociales que incrementan la vulnerabilidad del individuo a presentar el trastorno y a partir de la aparición de la enfermedad, ésta se modula en efectos y consecuencias anatómicas, comportamentales y sociales¹¹.

MODELO VULNERABILIDAD ESTRÉS

Un avance importante en el modo de intervenir la esquizofrenia, fue la formulación del modelo vulnerabilidad estrés¹². Este nuevo marco de explicación etiológica para la psicopatología plantea una interacción entre estresores ambientales y vulnerabilidad biológica, este marco indica que el advenimiento de la esquizofrenia obedece a una pérdida de la homeostasis entre las condiciones biológicas, ambientales y los recursos adaptativos¹³⁻¹⁵. Esta nueva visión etiológica ha generado el avance en los formatos terapéuticos de los que se disponen en la actualidad y que plantean un doble objetivo; primero, se busca fortalecer los factores de protección en el paciente (principalmente, tratamiento farmacológico, habilidades personales de afrontamiento, recuperación y mantenimiento de la capacidad cognitiva y el apoyo social) segundo, (eliminación o disminución de la vulnerabilidad biológica y de los estresores ambientales)¹⁶⁻¹⁷.

Distintas revisiones¹⁸⁻²² indican que la solución de problemas, psicoeducación, apoyo familiar y la intervención en crisis, se incluyen en la mayoría de formatos terapéuticos; las diferencias radican en el lugar de aplicación, duración y criterios de inclusión.

A pesar de partir de enfoques y paradigmas distintos, los paquetes de intervención en la esquizofrenia comparten rasgos comunes, además se encuentran dirigidos a rehabilitar diversas funciones y habilidades, mejorar las tasas de recaída de los pacientes y su evolución clínica, así como reducir la carga familiar^{19, 20, 23-25}.

Uno de los más completos paquetes de intervención es la Terapia Psicológica Integral para la esquizofrenia (IPT). Los autores de este formato terapéutico parten del supuesto que los pacientes que reúnen criterios para esquizofrenia muestran déficits en varios niveles funcionales de organización de la conducta (nivel atencional-perceptivo, nivel cognitivo, nivel micro-social y nivel macro-social); de acuerdo con los planteamientos de los autores, los niveles guardan una relación jerárquica, y la afectación de un nivel inferior siguientes. Brenner y cols²⁶, explican la conducta esquizofrénica a través de un modelo de penetración; de acuerdo con estos autores, existe una interacción entre el procesamiento cognitivo y la conducta social. Dificultades en el procesamiento elemental, altera la integración de la realidad y el funcionamiento social²⁶⁻²⁷.

El IPT sigue una orientación conductual, su finalidad es la rehabilitación cognitiva y social de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, ha sido probado con éxito en más de 1.000 pacientes alrededor del mundo. Partiendo del supuesto que la esquizofrenia se desarrolla por niveles y que éstos niveles se afectan mutuamente. Los subprogramas se encuentran ordenados jerárquicamente, la primera fase de la intervención se concentra en el fortalecimiento de procesos cognitivos básicos, la fase intermedia entrena en respuestas verbales y sociales, en la última fase de la intervención los pacientes aprenden a resolver problemas complejos.

El paquete de intervención para la esquizofrenia (IPT) sigue un formato estructurado, con instrucciones específicas para cada subprograma. La implementación es grupal (entre 5 y 7 pacientes), la duración de cada sesión es de 30 a 60 minutos, se realiza tres veces por semana, y la extensión es mínimo de tres meses.

Los subprogramas están diseñados de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente los requerimientos al paciente. Se avanza desde tareas simples y previsibles hasta otras más complejas. La terapia tiene un inicio estructurado y hacia el final es más espontánea^{26,28}.

Los subprogramas contenidos en la IPT son, diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y solución de problemas interpersonales.

Diferenciación cognitiva: En este subprograma las tareas van encaminadas a entrenar al paciente en la discriminación de categorías como por ejemplo, los nombres, días de la semana y los colores. Otras tareas son la formación y jerarquía de los conceptos, y la recuperación de la información mediante estrategias mnemotécnicas. Primordialmente es un entrenamiento en procesos psicológicos básicos.

Percepción Social: En este segundo subprograma los pacientes aprenden a discriminar distintos estados emocionales, los cuales son representados por unos actores en ciertas escenas sociales, además se valoraría su adecuación a la realidad. La función básica de este entrenamiento es lograr un reconocimiento y codificación correcta de la realidad social.

Comunicación Verbal: Este consiste en entrenar a los pacientes a discriminar y desarrollar habilidades sociales necesarias para la resolución de conflictos que se dan al

hacer peticiones verbales ante determinadas situaciones sociales en las cuales podrían verse inmersos.

Habilidades Sociales: En este se entrenaría al paciente en el manejo de habilidades sociales y asertividad.

Resolución de Problemas Interpersonales: Permite entrenar al paciente en el manejo de relaciones interpersonales a través de técnicas cognitivas y conductuales específicas.

Múltiples estudios se han efectuado empleando la IPT, a continuación se realiza un recorrido por diversas investigaciones que adoptan la terapia psicológica integral como variable de tratamiento:

Brenner y cols²⁷, realizaron un estudio experimental empleando la IPT en el año 1987, 14 pacientes fueron asignados de manera aleatoria al grupo control y 14 más asignados al grupo experimental, el tratamiento tuvo una frecuencia de 3 meses, a razón de 4 sesiones semanales, en cuanto al funcionamiento cognitivo se encontró que luego de aplicado el IPT mejoró la ejecución de la memoria, mejoría significativa en el test de Benton y de Frankfurt en el grupo experimental, a los 18 meses se sostuvo la mejoría. En cuanto a los síntomas se evidenció recuperación en la escala de evaluación psiquiátrica, así mismo, se reportó mejoría en la escala de funcionamiento social.

En el año 2000 Heinsen y cols²⁹, realizaron un estudio experimental utilizando la IPT, que arrojó como resultados, mejoría en la escala de control, activación, hostilidad y funcionamiento global de los pacientes del grupo experimental.

En 1987 Kraemer y colaboradores³⁰, obtienen como resultados de su investigación que los pacientes sometidos a la IPT durante tres meses, mejoran en los síntomas paranoia, automatismos y disforia, además obtienen mejores puntajes en la FCQ y en el test de afrontamiento y percepción social.

Spaulding et al.³¹ (1999), encontraron mejorías en procesamiento atencional temprano y solución de problemas en pacientes esquizofrénicos sometidos a la IPT.

En 2001, la investigación de Vallina³² revela que los pacientes del grupo experimental en las mediciones post test obtienen puntajes superiores en funcionamiento cognitivo del test de Frankfurt, se reducen significativamente los síntomas en BPRS y la

tasa de recaídas durante el seguimiento y logran mejorías en medidas de funcionamiento social.

En el 2004, profesionales de la salud mental de Valladolid, España³³, sometieron la IPT a prueba. En su estudio de corte cuasi experimental, 12 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con los criterios CIE 10, integraron el grupo experimental. Las variables dependientes fueron: Síntomas básicos y funcionamiento cognitivo: FBF-3, Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (B.P.R.S.), Funcionamiento Social del Paciente (SFS,) Inventario de Estilo de Solución de Problemas), Family Coping Questionnaire (FCQ) Cuestionario Familiar (FQ), Escalas de Clima Social, Escala FES, (Moos).

Los sujetos del grupo experimental recibieron terapia farmacológica y la terapia psicológica durante 9 meses; el grupo control recibió terapia farmacológica estándar.

Los resultados indicaron mejorías significativas en el desempeño cognitivo y social para los sujetos del grupo experimental, este estudio apoya la eficacia del IPT para el tratamiento de la esquizofrenia³⁴.

En los últimos 24 años, 8 países diferentes (Alemania, Estados Unidos, España, Canadá, Italia, Suiza, Japón y Holanda) han conducido estudios independientes para someter a prueba la utilidad de la terapia psicológica integrada para la esquizofrenia³⁵.

Los estudios³⁶ han incluido un total de 1.329 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE 10 y DSM IV.

Un total de 28 investigaciones han sido publicadas³⁷⁻⁴¹, en éstos estudios controlados con asignación aleatoria a grupo control y grupo experimental, se han evidenciado mejorías significativas en neurocognición, comportamiento social y psicopatología en el grupo experimental, la mejoría se sostiene después de 8 meses de la intervención⁴²⁻⁴⁴. La comparación de diferentes ajustes del IPT, muestra la superioridad de esta terapia frente a otras, independiente de la condición y el sitio de aplicación (hospitalizados, ambulatorios y hospital día)⁴⁵.

Los diferentes estudios realizados, corroboran que el IPT es un tratamiento empíricamente validado según las directrices de la APA (Asociación Americana de Psicología).

CONCLUSIÓN

En el presente análisis, se pone de manifiesto la eficacia de la terapia psicológica integral para la esquizofrenia combinada con farmacoterapia; los distintos estudios reseñados indican que la IPT muestra superioridad terapéutica frente a otro tipo de intervenciones.

La esquizofrenia es una enfermedad gravemente discapacitante que altera el proyecto de vida en quienes la padecen. La mortalidad en este grupo de pacientes es elevada, por causas naturales y no naturales.

El curso de la investigación en intervenciones exitosas para esta enfermedad ha estado influido por visiones negativas acerca de su inicio y evolución; desde la concepción mágica de la enfermedad hasta la concepción científica del trastorno han transcurrido cientos de años⁴⁶.

En la actualidad la formulación del modelo vulnerabilidad estrés¹² supone la necesidad de diseñar intervenciones holísticas y omnicomprendivas que sean capaces de dar respuesta a la enfermedad en contextos asistenciales como los de nuestro país.

La terapia psicológica integrada para la esquizofrenia ha demostrado ser un formato eficaz para el tratamiento de la esquizofrenia, sin embargo, es necesario formular estudios de seguimiento para establecer si los avances se sostienen en el tiempo; es importante también, determinar si la IPT es igualmente eficaz entre los distintos subtipos de esquizofrenia.

La esquizofrenia, es una enfermedad que durante siglos fue abordada por el terreno de lo mágico, las personas afectadas por este trastorno, fueron consideradas víctimas de hechizos y posesiones. El tiempo transcurrido ha sido amplio; incluso en la actualidad, la concepción monista de la enfermedad persiste en muchos ambientes⁴⁷ imposibilitando que los pacientes accedan a espacios de rehabilitación apropiados⁴⁸⁻⁵⁰.

La IPT, es la tercera modalidad terapéutica mas empleada en el abordaje de la esquizofrenia en muchos países del mundo, y su validez empírica ha sido demostrada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olivos P. Calidad de Vida y Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría*, 1997; 3 (4): 1227-32.
2. Babidge N, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 103: 105-10.
3. DSM - IV- TR BREVIARIO. Criterios diagnósticos. Esquizofrenia y otros trastornos Psicóticos (pp.143 - 154). 2004. Masson S.A.
4. Caviaras A, Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2005; 43: 97-108.
5. Brown S. Excess mortality of schizophrenia: A meta-analysis. *Br J Psychiatry*.1997; 171: 502-8.
6. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*.2002;47 (9):833-843.
7. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 205-28.
8. Kaplan H, Sandock B. *Sinopsis de Psiquiatría. (8 ed.)*. 1995. New York. Editorial Panamericana.
9. Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, Lieberman JA. Implications of neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*.2003; 160: 815-24.
10. Ayllon T, Azrin N. Reinforcer sampling: a technique for increasing the behavior of mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1968; 1: 13-20.
11. Moriana J, Alarcon E, Herruzo J. Tratamiento combinado en la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*.2004; 16 (3): 436-41.
12. Zubing J, Spring B. Vulnerability- A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*.1977; 86 (2): 103-36.
13. Falloon IRH, Held T, Roncone R, Coverdale JH, Laidlaw T. Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.1998; 32: 43-9.
14. Nuechterlein KH. Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In H. Häfner, W. F. Gattaz, & W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia* (pp. 297-316). Berlin: Springer-Verlag.1987.
15. Nuechterlein KH, Subonick K. The cognitive origins of schizophrenia and prospects for intervention. In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 17-42).1998. London: Wiley.
16. Birchwood M. Psychological and social treatments: Course and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*.1999; 12: 61-6.
17. Wykes T, Tarrier N, Lewis S. Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia: The way ahead? In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 1-16). 1998. Chichester, UK: Wiley.
18. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update of family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2000; 26: 5-20
19. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.1995; 21: 631-44.
20. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia : A review of empirical studies. *Psychological Medicine*.1991; 21: 423-41.
21. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*.1996;153: 607-17.
22. Tarrier N, Barrowclough C. Family intervention in schizophrenia and their long-term outcomes. *International Journal of Mental Health*. 1995; 24: 38-53.
23. Arévalo J. Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. *Estudios de Psicología*.1990; 43(44): 169-93.
24. Leff J. Manejo familiar de la esquizofrenia. En C. L. Shrikki & H. A. Nasrallah (Eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia* (pp. 777-800). 1996. Washington, DC: American Psychiatric Press.
25. Tarrier N. Family interventions and schizophrenia. En G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 212-234).1996. London: Routledge.
26. Brenner HD, Hodel B, Roder V, Corrigan P. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions. In F. P. Ferrero, A. E. Haynal, & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry* (pp. 201-209). 1992. London: John Libbey.
27. Brenner HD, Hodel B, Kube G, Roder V. Kognitivetherapie bei Schizophrenen: Problemanalyse und empirische Ergebnisse. *Nervenarzt*. 1987; 58: 72-83.
28. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzie N. Terapia integrada de la esquizofrenia. 1996. Barcelona: Ariel.
29. Heinssen R, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from laboratory. *Schizophrenia Bulletin*.2000; 26: 21-46.
30. Kraemer S, Sulz KHD, Schmid R, Lässle R. Kognitivetherapie bei Standardversorgten Schizophrenenpatienten. *Neuropsychiatr*.1987; 58: 84-90.

31. Spaulding W, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*. 1999; 25: 657-76.
32. Vallina O, Lemos S, Roder V, García A, Otero A, Alonso M, Gutiérrez AM. Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*. 2001; 15: 167-79
33. Barrowcolough C, Tarrier N. Psychosocial intervention with families and their effects on the course of schizophrenia: A review. *Psychological medicine*. 1984; 14: 624-42.
34. García R, De la Torre F, Cantero B, Gomez J. Aplicación de la terapia psicológica integrada a pacientes psicóticos crónicos en un centro de salud mental. *Revista de la asociación Española de neuropsiquiatría*. 2004; 24 (91): 85-96.
35. Alanen Y. La esquizofrenia: Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia; 2003.
36. Tost P, Hernández A, Sotomayor C, Rodríguez P, Perestelo L, Pérez J, González De Chávez M, Rodríguez A, González M, Rivero A. Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SECS N° 2007/13.
37. Stramke WG, Hodel B. Untersuchungen zur Wirksamkeit psychologischer Therapieprogramme in der Rehabilitation chronischschizophrener Patienten. In: Brenner HD, Rey ER, Stramke WG, eds. 1983. *Empirische Schizophrenieforschung*. Bern, Switzerland: Huber, 216-234.
38. Bender W, Gerz L, John K, Mohr F, Vaitl P, Wagner bei Patienten mit schizophrenen Residualsymptomatik. Untersuchungen über Wirksamkeit und klinische Erfahrungen. *Neuropsychiatrie*. 1987; 2: 212-17.
39. Hermanutz M, Gestrich J. Kognitives Training mit Schizophrenen. *Nervenarzt*. 1987; 58: 91-6.
40. Funke B, Reinecker H, Commichau. Hoden bei schizophrenen Langzeitpatienten. *Nevenarzt*. 1989; 60: 750-56.
41. Heim M, Wolf S, Göthe U, Kretschmar J. Kognitives Training bei schizophrenen Erkrankungen. *Psychiatr Neurol Med Psychol*. 1989; 41: 367-75.
42. Peter K, Glaser A, Kühne GE. Erste Erfahrungen mit der kognitiven Therapie Schizophrener. *Psychiatr Neurol Med Psychol*. 1989; 41: 485-91.
43. Olbrich R, Mussgay L. Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training. An evaluative study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1990; 239: 366-69.
44. Schüttler R, Bell V, Blumenthal S, Neumann NU, Vogel R. Haben. Cognitive. Therapieprogramm messbaren Einfluss auf Basissymptome bei Schizophrenien? In: Huber G, ed. *Idiopathische Psychosen: Psychopathologie, Neurobiologie, Therapie*. 1990; Schattauer, 219-240.
45. Hubmann W, John K, Mohr F, Kreuzer S, Bender W. Soziales Verhaltenstraining mit chronischschizophrenen Patienten. In: Schüttler R, ed. *Theorie und Praxis kognitiver Therapieverfahren bei schizophrenen Patienten*. München, Germany: Zuchschwedt. 1991; 60: 118-128.
46. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term. *British journal of psychiatry*. 1980; 136: 413-20.
47. Fenton WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2000; 26: 47-72.
48. Lehman AF, Carpenter WT, Goldman HH, Steinwachs DM. Treatment outcomes in schizophrenia: Implications for practice, policy, and research. *Schizophrenia Bulletin*. 1995; 21: 669-75.
49. Pérez M, Fernández JR. El grano y la criba de los trastornos psicológicos. *Psicothema*. 2001; 13: 523-29.
50. Anthony WA, Nemeck P. Psychiatric Rehabilitation. En A.S. Bellack (Ed): *Schizophrenia: treatment and care*. New York: Grunne & Stratton. 1984.