

Relaciones entre resultados y procesos en una terapia grupal basada en el afrontamiento psicoeducativo para pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos

M. Pfammatter^a, K. Andres^a, A. Fries^a, C. Haller^b, J. Kemmler^b y H. Dieter Brenner^a

^aServicios Psiquiátricos Universitarios. Hospital Universitario de Psiquiatría Social y Comunitaria. Berna. Suiza. ^bHospital Universitario de Psiquiatría de Innsbruck. Innsbruck. Austria.

Introducción. Los enfoques terapéuticos basados en la psicoeducación se han establecido como intervenciones para mejorar el efecto de la medicación neuroléptica en la prevención de recaídas en pacientes esquizofrénicos. Si bien es cierto que ya hay pruebas sustanciosas que confirman su eficacia, se sigue sin saber en gran medida los procesos terapéuticos específicos de dichos enfoques.

Pacientes y método. En un estudio controlado, la eficacia de una terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial para pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos se comparó con la de una intervención de apoyo que incluía formación en las destrezas de resolución de problemas y con una terapia ocupacional. Ochenta y tres pacientes, todos diagnosticados con trastornos del espectro de esquizofrenia según los criterios de la CIE-10, fueron incluidos en el estudio. De ellos, 44 participaron en la terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial, 22 en la terapia de apoyo con formación en la resolución de problemas y 17 participaron en la terapia ocupacional.

Resultados. Se valoró el resultado en términos del grado de la psicopatología global, el predominio de síntomas negativos, el nivel de funcionamiento social, el alcance del conocimiento del trastorno y los cambios en las expectativas de control por parte del paciente y su afrontamiento cognitivo de la enfermedad. Las evaluaciones se realizaron inmediatamente antes y después de completar la terapia, así como a los 12 meses de seguimiento. Además, al final de cada sesión de terapia, los pacientes en la terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial en Berna cubrieron un cuestionario en el cual tenían que calcular la calidad de la cohesión del grupo, la calidad de su relación con los terapeutas, su actividad durante la sesión y la relevancia del contenido de la terapia.

Conclusiones. El enfoque de la terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial redujo la patología global y los síntomas negativos, mejoró la conciencia de la enfermedad, el funcionamiento social, expectativas de control y actitudes de afrontamiento con respecto a la enfermedad. Es más, la calidad de la cohesión del grupo y la relación con los terapeutas, de acuerdo con las valoraciones hechas por los pacientes en el grupo de terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial de Berna, mostraron una correlación con los efectos más marcados en cuanto a la gravedad de los síntomas negativos y el alcance del conocimiento del trastorno.

Palabras clave:

Adaptación, psicológica, síntomas conductuales, psicoterapia, grupo, esquizofrenia.

Relationship between results and processes in psychoeducative group therapy for schizophrenic and schizoaffective patients

Introduction. Psychoeducational therapy approaches have become well-established interventions to enhance the relapse-preventing effect of neuroleptic medication in schizophrenia patients. Whereas there is now substantial evidence confirming their efficacy, the specific therapeutic processes of these approaches remain widely unknown.

Patients and methods. In a controlled trial, the efficacy of a psychoeducational coping-oriented group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients was tested in comparison with a supportive intervention including a problem-solving training and in comparison with an occupational therapy. Eighty three patients, all diagnosed with schizophrenia spectrum disorders according to ICD-10, were included in the study. Of these, 44 took part in psychoeducational coping-oriented therapy, 22 in supportive therapy with problem-solving training and 17 in occupational therapy.

Correspondencia: M. Pfammatter.
Servicios Psiquiátricos Universitarios.
Hospital Universitario de Psiquiatría Social y Comunitaria.
Laupenstrasse 49. CH-3010 Berna. Suiza.

Results. The outcome was assessed by the degree of overall psychopathology, the prominence of negative symptoms, the level of social functioning, the scope of knowledge of the disorder and changes in patients' control expectations and cognitive coping with the illness. The assessments were performed immediately prior to and after completion of therapy, as well as at the 12-months follow-up. In addition, at the end of each therapy session patients in the psychoeducational coping-oriented therapy at Bern completed a questionnaire in which they estimated the quality of the group cohesion, the quality of their relationship to the therapists, their activity during the session and the importance of the therapeutic content.

Conclusions. The psychoeducational coping-oriented therapy approach reduced overall psychopathology and negative symptoms, improved cognisance of the disorder, social functioning, control expectancies and coping attitudes towards the illness. Moreover, the quality of the group cohesion and the relationship to the therapists, as assessed by the patients in the psychoeducational coping-oriented therapy group at Bern, was significantly correlated with more pronounced effects regarding the severity of negative symptoms and the scope of knowledge of the disorder.

Key words:

Adaptation, psychological, behavioral symptoms, psychotherapy, group, schizophrenia.

Introducción

Los metaanálisis de los estudios controlados de terapia demuestran que los procedimientos de formación para la adquisición de destrezas sociales^{1,2} y las terapias conductistas para los síntomas psicóticos positivos³⁻⁵ constituyen tratamientos psicológicos efectivos para la esquizofrenia. Sin embargo, ningún otro enfoque psicológico ha recogido tantas pruebas empíricas como las intervenciones psicoeducativas diseñadas para mejorar la capacidad de los pacientes esquizofrénicos y de sus familiares para afrontar la carga del trastorno y el estrés de la vida cotidiana. Los hallazgos de numerosos estudios controlados de grupos⁶⁻¹² sobre la eficacia de estos enfoques indican que dichas intervenciones ejercen un efecto claramente preventivo¹³⁻¹⁵. Otros beneficios adicionales atribuidos a estos enfoques incluyen mejoras marcadas en el funcionamiento social de los pacientes, una reducción de la tensión familiar y una menor carga para las familias. Es más, algunos de los estudios aportan pruebas en el sentido de que estas terapias reducen los costes directos derivados del tratamiento al reducir la necesidad de atención hospitalaria^{16,17}.

Sin embargo, existen muchas cuestiones que requieren una mayor clarificación empírica. Con respecto a la implantación de intervenciones innovadoras en el trata-

miento habitual de los pacientes esquizofrénicos, hace falta examinar su efectividad a largo plazo en la atención psiquiátrica habitual. Es más, las terapias psicoeducativas se han aplicado en distintos entornos terapéuticos: se ha empleado con familias únicas¹⁸, con grupos compuestos de varias familias¹¹, con grupos de familiares⁸ o en terapias de grupo bifocales con sesiones grupales para pacientes y otras para los familiares¹². Todas estas terapias han integrado la educación como componente esencial. Por lo tanto, la psicoeducación es la designación colectiva más frecuente. Sin embargo, la mayoría de estas intervenciones combinan el reparto de información sobre la enfermedad con distintos elementos terapéuticos. Aún así, se desconocen tanto el formato terapéutico más eficaz como los factores específicos relacionados con la eficacia de estas intervenciones. Se ha comprobado que los programas puramente psicoeducativos de corta duración con los familiares no ejercen un efecto profiláctico en la tasa de recidivas^{12,19,20}. Además, el metaanálisis realizado por Pitschel-Walz et al¹⁴ reveló que la duración de la terapia es un factor clave para lograr el efecto preventivo de las intervenciones psicoeducativas. Es más, la tasa de recidivas depende en gran medida del cumplimiento. Sin embargo, hasta la fecha las investigaciones rara vez han abordado la cuestión de si la prevención de recidivas se debe sobre todo a un mejor cumplimiento con el tratamiento farmacológico o si dichas intervenciones realmente mejoran las conductas de afrontamiento tanto en los pacientes como en los familiares. Para poder dar respuesta a estas preguntas, es preciso estudiar más a fondo los resultados en relación con los procesos en la investigación de la psicoterapia en el campo de la esquizofrenia.

En vista de esto, el estudio actual persigue dos objetivos: el primero ha sido comprobar los efectos generales y diferenciales de una terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial en comparación con otros dos tratamientos psicosociales, sobre todo con respecto a la expectativa de eficacia y el afrontamiento cognitivo de los pacientes esquizofrénicos, y el segundo ha sido establecer una hipótesis sobre las relaciones relevantes entre los procesos y los resultados.

La terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial que se estudia representa un enfoque terapéutico bifocal con pacientes y familiares en sesiones grupales separadas. La terapia grupal para los pacientes se compone de sesiones educativas y de formación de estrategias de afrontamiento. El objetivo del componente educativo es informar a los pacientes sobre su enfermedad, los síntomas, diagnósticos, el modelo de vulnerabilidad y el tratamiento. La formación en el área de estrategias de afrontamiento comienza con la elección de una situación estresante por parte del grupo. Dicha situación se somete a análisis desde las perspectivas cognitiva, emocional, fisiológica y conductual. A continuación se realiza la for-

mación de conductas apropiadas de afrontamiento mediante un enfoque de resolución de problemas y métodos de representación de papeles (*role playing*). Además, la formación de estrategias de afrontamiento se centra en cómo reconocer y tratar los signos precoces de alerta, así como en ejercicios de comunicación y destrezas de gratificación. La intervención con los familiares también sirve para informarles acerca de la enfermedad y el tratamiento, además de aliviar tensiones emocionales. Además, se elabora una lista de signos precoces de alerta y un plan de crisis. Se puede conseguir una descripción en detalle de los procedimientos terapéuticos en forma de un manual que se ha publicado en español²¹ y en alemán²².

Método

El estudio se llevó a cabo en dos hospitales psiquiátricos: uno en Berna (Suiza) y el otro en Innsbruck, (Austria). La terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial en Berna se comparó con una terapia grupal de apoyo en la cual los pacientes eran libres de elegir los temas de discusión y también se incluía formación en la resolución de problemas. Los participantes de una terapia ocupacional constituían el grupo de control en Innsbruck. Se realizaron todas las terapias dentro del contexto de tratamiento habitual. La terapia basada en el afrontamiento y la terapia de apoyo se llevaban a cabo en sesiones de 90 minutos cada dos semanas con entre 4 y 8 pacientes participantes y una duración de tres meses.

Ochenta y tres pacientes, todos con un diagnóstico de trastornos incluidos en el espectro esquizofrénico de acuerdo con la CIE-10²³ fueron incluidos en el estudio. De ellos, 44 participaron en la terapia basada en el afrontamiento, 23 en Berna y 21 en Innsbruck; 22 participaron en la terapia de apoyo con formación en la resolución de problemas y 17 en la terapia ocupacional. Los sujetos tenían entre 18 y 55 años de edad, y al menos dos ingresos hospitalarios anteriores, pero sin comorbilidad de abuso de sustancias ni trastornos orgánicos. La aleatorización solamente se pudo realizar en Berna por motivos clínicos. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1. Los análisis de la varianza no detectaron ninguna diferencia significativa entre grupos con respecto a estas características, aunque los pacientes en el grupo de terapia basada en el afrontamiento habían tenido más días de estancia en el hospital en comparación con los otros grupos. Por otro lado, los participantes en el grupo control de terapia ocupacional eran ligeramente mayores y presentaban más síntomas negativos. En general, la duración media de la enfermedad, el número medio de ingresos, así como la duración total media de los ingresos señalan que se trataba de una muestra bastante crónica.

De acuerdo con las cuestiones a investigar, se realizaron las siguientes valoraciones. Las variables psicopatológicas se evaluaron mediante la *Brief Psychiatric Rating Scale* (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica)²⁴ y la PANSS para síntomas negativos²⁵. Se empleó el *Social Interview Schedule* (Inventario de la Entrevista Social) desarrollada por Hecht et al²⁶ para valorar el funcionamiento social. Los pacientes también cumplimentaron una versión modificada del cuestionario de conocimiento elaborado por Hahlweg et al²⁷ para determinar el alcance del conocimiento

TABLA 1. Características de la muestra del estudio

Características de los sujetos	Condiciones terapéuticas	Media (DE)	p *
Edad	Terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial	31,9 (8,9)	0,06
	Terapia de apoyo y formación en la resolución de problemas	33,9 (10,8)	
	Terapia ocupacional	38,3 (2,5)	
Número de ingresos	Terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial	4,9 (5,8)	0,18
	Terapia de apoyo y formación en la resolución de problemas	3,3 (2,6)	
	Terapia ocupacional	6,4 (4,6)	
Duración total de ingresos hospitalarios (días)	Terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial	311,1 (478,8)	0,42
	Terapia de apoyo y formación en la resolución de problemas	203,4 (238,7)	
	Terapia ocupacional	190,2 (143,1)	
Psicopatología **	Terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial	34,9 (10,4)	0,09
	Terapia de apoyo y formación en la resolución de problemas	36,3 (8,5)	
	Terapia ocupacional	41,9 (13,5)	
Síntomas negativos ***	Terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial	24,6 (16,3)	0,24
	Terapia de apoyo y formación en la resolución de problemas	24,5 (15,8)	
	Terapia ocupacional	32,0 (14,9)	

*Análisis de la varianza

** *Brief Psychiatric Rating Scale* (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica)²⁴.

*** *Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS* (Escala para la Valoración de los Síntomas Negativos)²⁵.

existente del trastorno y el tratamiento relacionado. Es más, aplicamos medidas que evalúan las atribuciones de control de los pacientes y sus actitudes de afrontamiento hacia la enfermedad, específicamente, el *Competence and Self-control Questionnaire* (Cuestionario de Competencia y Auto Control) de Krampen²⁸ y el *Freiburg Questionnaire on Coping with Illness* (Cuestionario de Afrontamiento a la Enfermedad) de Muthny²⁹. Se realizaron las evaluaciones inmediatamente antes y después de completar la terapia, así como a los 12 meses de seguimiento. Además, los pacientes que participaron en la terapia basada en el afrontamiento en Berna también cumplieron un cuestionario en el cual evaluaban la calidad de la cohesión del grupo, la calidad de sus relaciones con los terapeutas, su actividad durante las sesiones y la relevancia del contenido terapéutico al final de cada sesión de terapia.

Se aplicaron pruebas “t” de dos colas y análisis de la varianza para medidas repetidas para examinar las diferencias dentro de cada grupo, así como las diferencias entre grupos. En segundo lugar, realizamos correlaciones parciales entre las variables del proceso (calidad de la cohesión del grupo, la calidad de la rela-

ción con el/ la terapeuta, la actividad durante las sesiones, la importancia de los temas terapéuticos tratados) y el resultado en cuanto a la psicopatología global, los síntomas negativos y el conocimiento del trastorno después de terminar la terapia. Se eligieron las correlaciones parciales para poder controlar los valores basales de las variables de los resultados. Por lo tanto, el nivel medio de las valoraciones de la cohesión grupal, la relación terapéutica, la actividad y relevancia del contenido hechas por los pacientes en los cuestionarios de las sesiones durante la terapia se correlacionaron con la gravedad de la psicopatología global, la gravedad de los síntomas negativos y el alcance del conocimiento adquirido al final de la terapia. El grado de psicopatología global, el predominio de los síntomas negativos y el alcance del conocimiento en el momento basal sirvieron como covariantes.

Resultados

La tabla 2 presenta los resultados de los análisis de las diferencias dentro de cada grupo y entre grupos. Las

TABLA 2. Efectos terapéuticos generales y diferenciales según las comparaciones dentro de los distintos grupos (pruebas de la “t”) y entre los grupos (ANOVA 1)

	Terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial			Terapia de apoyo y formación en la resolución de problemas			Terapia ocupacional			ANOVA		
	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p
	t12	t1	t1-t2	t1	t1	t1-t2	t1	t1	t1-t2	p	p	p
	t2	t2	t1-t3	t2	t2	t1-t3	t2	t2	t1-t3	efecto grupo	efecto tiempo	efecto grupo x tiempo
	t3	t3		t3	t3		t3	t3				
BPRS ³	34,2	10,2	<0,01	34,8	7,6	<0,01	36,0	10,0	0,97	0,03	0,02	0,25
	29,2	7,5	<0,01	28,3	6,1	<0,01	36,2	10,2	0,77			
	28,7	8,6		28,2	7,3		37,7	16,3				
SANS ⁴	24,1	16,6	0,06	25,6	16,2	0,01	29,2	12,8	0,06	0,40	<0,01	0,21
	19,8	15,0	<0,01	17,6	10,5	0,02	20,2	11,6	0,80			
	15,1	13,6		16,2	14,1		27,2	21,1				
Conocimiento del trastorno y su tratamiento ⁵	72,5	9,5	0,02	70,9	7,9	0,77	67,5	10,6	0,62	0,13	0,39	0,12
	75,6	11,0	0,08	70,5	9,6	0,11	66,1	9,4	0,85			
	74,8	12,4		74,5	8,4		66,9	9,1				
Atribuciones de control externo ⁶	54,4	12,6	0,51	57,9	9,5	0,73	59,7	17,5	0,52	0,34	<0,01	0,73
	53,3	13,3	<0,01	57,0	13,1	0,01	56,5	12,2	0,44			
	47,9	12,1		49,2	12,1		55,3	10,8				
Afrontamiento depresivo ⁷	12,5	4,6	0,08	12,1	3,6	0,25	11,7	3,1	0,81	0,69	0,45	0,13
	11,3	4,0	0,01	11,2	2,3	0,25	12,1	4,1	0,27			
	10,3	4,0		11,1	3,6		13,2	4,4				
Calidad y cantidad de contractos sociales ⁸	1,7	1,3	0,65	1,3	1,3	0,67	2,1	1,5	0,66	0,32	0,43	0,26
	1,8	1,3	0,01	1,5	1,2	0,31	1,9	1,5	0,29			
	2,4	1,3		1,8	1,2		1,7	1,1				

¹ Análisis de la varianza con medidas repetidas.

² t1: antes del tratamiento; t2: después del tratamiento; t3: a los 12 meses de seguimiento.

³ *Brief Psychiatric Rating Scale* (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica)²⁴.

⁴ *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (Escala para la Valoración de los Síntomas Negativos)²⁵.

⁵ *Knowledge Questionnaire* (Cuestionario de Conocimiento). Modificada según Hahlweg et al.²⁷.

⁶ *Competence and Self-Control Questionnaire* (Cuestionario de Competencia y Auto-control)²⁸.

⁷ *Freiburg Questionnaire on Coping with Illness* (Cuestionario del Afrontamiento de la Enfermedad de Freiburg)²⁹.

⁸ *Social Interview Schedule* (Inventario de la Entrevista Social)²⁶.

TABLA 3. Correlaciones entre las variables de proceso y resultado

Variables de proceso *	Variables de resultado	Coefficiente de correlación** r	P
Cohesión del grupo	Síntomas negativos***	-0,44	0,04
Relación terapéutica	Síntomas negativos	-0,60	0,01
	Conocimiento del trastorno****	0,49	0,02
Relevancia de los temas terapéuticos tratados	No hubo ninguna correlación significativa		
Actividad del paciente	No hubo ninguna correlación significativa		

* *Session Questionnaire for Patients* (Cuestionario sobre la sesión para los pacientes). Modificada según Grawe et al, 1990.

** Correlaciones parciales para poder controlar el grado de psicopatología global, intensidad de los síntomas negativos y el grado de conocimiento de la enfermedad en la situación basal.

*** *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (Escala para la Valoración de los Síntomas Negativos)²⁵

**** *Knowledge Questionnaire* (Cuestionario de Conocimiento). Modificada según Hahlweg et al²⁷.

comparaciones dentro de los grupos indican que en el grupo de terapia basada en el afrontamiento, así como en el grupo de terapia de apoyo, la gravedad de la psicopatología global se redujo de forma dramática desde el período pretratamiento hasta el período postratamiento y otra vez más, durante el intervalo hasta alcanzar los 12 meses de seguimiento. No se pudo evidenciar una reducción semejante en el grupo de terapia ocupacional. Es más, los análisis dentro de cada grupo muestran una reducción considerable de la intensidad de los síntomas negativos en todas las condiciones terapéuticas cuando se compara el estado pre y postratamiento. Mientras que los pacientes en el grupo de terapia ocupacional sufrieron un nuevo aumento de los síntomas negativos a los 12 meses de seguimiento, los sujetos del grupo de terapia basada en el afrontamiento, así como los del grupo de terapia de apoyo seguían mejorando durante el período de seguimiento. Al contrario de los grupos de control, el conocimiento del trastorno y su tratamiento mejoró de forma significativa en el grupo de terapia basada en el afrontamiento desde el período pretratamiento hasta el postratamiento. En comparación con el grupo de terapia de apoyo, esta ventaja dejó de verse en la valoración de seguimiento. Con respecto a las atribuciones de control, las comparaciones dentro de cada grupo ponen de manifiesto una reducción importante del grado de atribuciones de control externo para los pacientes en los grupos de terapia basada en el afrontamiento y de apoyo desde la situación basal hasta el seguimiento. Esto significa que los participantes en las terapias grupales basadas en el afrontamiento y de apoyo atribuían menos su bienestar a circunstancias externas. No se observó ningún cambio de este tipo en el grupo de control de Innsbruck. Es más, los análisis de las diferencias dentro de los grupos revelan que el grado de afrontamiento depresivo de la enfermedad se redujo en gran medida en las condiciones experimentales de terapia basada en el afrontamiento a los 12 meses de seguimiento. Dicha reducción no se puede trazar en ninguno de los grupos de control. Además, la calidad y cantidad de contactos sociales aumentó

notablemente en el grupo de terapia basada en el afrontamiento desde la situación pretratamiento hasta los 12 meses de seguimiento. Ni la terapia de apoyo ni la terapia ocupacional provocó beneficios decisivos en este sentido. Sin embargo, los análisis de la varianza indican efectos temporales significativos con respecto a las reducciones de la psicopatología global, la intensidad de los síntomas negativos y el predominio de las atribuciones de control externo, pero ningún efecto temporal significativo en cuanto a los efectos de la interacción grupal.

Los coeficientes de correlación presentados en la tabla 3 muestran que la calidad de la cohesión grupal se asocia claramente con síntomas negativos más graves al final de la terapia según las valoraciones de los pacientes en el grupo de terapia basada en el afrontamiento psicosocial de Berna. Además, las valoraciones más positivas hechas por los pacientes de la calidad de sus relaciones con los terapeutas muestran una relación fuerte con una menor intensidad de los síntomas negativos y mayor conocimiento de la enfermedad después de completar la terapia.

Conclusiones

En resumen, se puede concluir que los efectos terapéuticos no específicos se identificaron en las áreas de la psicopatología global, el predominio de los síntomas negativos, el comportamiento social de los pacientes y el alcance de su conocimiento de la enfermedad y su tratamiento. Es más, se encontraron algunos efectos positivos con respecto a sus atribuciones de control y el afrontamiento cognitivo de la enfermedad. Sin embargo, el grupo experimental de terapia basada en el afrontamiento no presentó ninguna ventaja significativa en comparación con el grupo de terapia de apoyo. Por otro lado, la ausencia de efectos diferenciales significativos entre las condiciones de tratamiento basado en el afrontamiento y el tratamiento de apoyo puede deberse al pequeño tamaño muestral. Por otro lado, la terapia de apoyo incluía

formación en la resolución de problemas, que no sólo representa una intervención psicológica bien establecida en el tratamiento de la esquizofrenia, sino que también es un componente de la terapia basada en el afrontamiento *per se*. Por lo tanto existe la posibilidad de un solapamiento importante de los contenidos terapéuticos de ambos grupos.

Una cuestión importante es la de si las intervenciones conductuales realmente mejoran las estrategias de afrontamiento de los pacientes esquizofrénicos y sus familiares y hasta qué punto. Los datos de que disponemos en la actualidad señalan que la terapia grupal basada en el afrontamiento psicosocial redujo las atribuciones de control externo de los sujetos y mejoró sus actitudes de afrontamiento con respecto a la enfermedad. Aun así, no queda claro si otros aspectos de la conducta de afrontamiento también se vieron mejorados. Las estrategias de afrontamiento mejoradas tienen su relevancia clínica. Esta afirmación se vio reforzada por un estudio realizado por Pallanti et al³⁰ que demostró que el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en problemas por parte de los individuos esquizofrénicos jóvenes redujo el impacto de los acontecimientos vitales estresantes de forma considerable y disminuyó el riesgo de recidiva. Por lo tanto, es de vital importancia que demos respuesta a la pregunta de si las intervenciones psicoeducativas basadas en el afrontamiento mejoran de manera sustancial la conducta del mismo en los pacientes y sus familiares, ya que eliminaría la ambigüedad que se asocia a los factores terapéuticamente relevantes de los enfoques psicoeducativos basados en el afrontamiento. Sin embargo, se han de tener en cuenta los múltiples problemas que han quedado sin resolver en las áreas relacionadas con la conceptualización y la puesta en marcha de los procesos de afrontamiento. Por ejemplo, sigue sin esclarecerse la cuestión de cómo se interrelacionan el afrontamiento y los síntomas.

Las correlaciones entre las variables de proceso y resultados parecen resaltar la importancia terapéutica de la calidad de la relación con los terapeutas y la relevancia de la cohesión del grupo. Esto concuerda con los hallazgos de investigaciones en el campo de la psicoterapia general. Dicha investigación ha mostrado que la relación terapéutica es uno de los factores pronósticos más potentes del éxito de la terapia³¹. Por lo tanto, hay que aclarar los elementos que caracterizan una buena alianza terapéutica con los individuos esquizofrénicos y cómo se puede lograr.

Por último, el futuro de los enfoques terapéuticos psicológicos dependerá de las cuestiones centrales de si estos enfoques logran los mismos efectos en condiciones de la práctica clínica habitual que los observados en los entornos experimentales y si, cómo y para quiénes la relación coste-efectividad de estas intervenciones permitirá su integración en las pautas de atención clínica habituales. La

identificación de los factores y procesos terapéuticos relevantes es una condición esencial para la implantación eficaz de las terapias psicológicas en la asistencia cotidiana. Por lo tanto, hemos de intensificar la investigación de la relación entre el proceso terapéutico y los resultados terapéuticos como medida de identificación de los factores de los efectos específicos significativos de la psicoterapia en la esquizofrenia y los procesos de cambio terapéuticos que puedan activar.

Reconocimientos

Agradecemos al *Swiss National Science Foundation* (Fundación Nacional Suiza de las Ciencias) por su financiación de este estudio.

Bibliografía

1. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 741-7.
2. Dilk MN, Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 1337-46.
3. Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2001; 11: 197-210.
4. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001; 48: 335-42.
5. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 278-87.
6. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Rasan J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med* 1982; 306: 1437-40.
7. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 121-134.
8. Leff J, Berkowitz N, Shavit A, Strachan I, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. A relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 58-66.
9. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 633-42.
10. Tarrrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br Psychiatry* 1988; 153: 532-542.
11. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 679-87.
12. Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 483-91.
13. Mari JJ, Steiner DL. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 1998.
14. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73-92.

15. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia. 1. Meta-analysis of family interventions and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763-82.
16. Cardin VA, Mc Gill CW, Falloon IRH, An economic analysis: costs, benefits and effectiveness. En: Falloon IRH, editor. *Family Management of Schizophrenia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985; p.115-23.
17. Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C. Some aspects of family interventions in schizophrenia. II. Financial considerations. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 481-4.
18. Falloon IRH. *Family management of schizophrenia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.
19. Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and no-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: a comparison of three methods. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 808-14.
20. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczyński A, Fox A, Tarrier N. The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counseling to reduce schizophrenic relapse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27: 16-21.
21. Andres K, Pfammatter M, Brenner HD, Jimeno-Bulnes N. *Terapia de grupo orientada a la superación de la esquizofrenia. Manual de entrenamiento y aplicación*. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2000.
22. Andres K, Pfammatter M, Brenner HD. *Therapiemanual zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung (PKB)*. En: Roder V, Borni P, Andres K, Pfammatter M, Brenner HD, editors. *Praxis-* handbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter. Berna: Verlag Hans Huber, 2002; p.157-214.
23. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Capitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien/ Weltgesundheitsorganisation*. 4. Aufl. Berna: Huber, 2000.
24. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.
25. Andreasen NC. *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: The University of Iowa, 1984.
26. Hecht H, Faltermaier AM, Wittchen HU. *Social Interview Schedule (SIS)*. Regensburg: Roderer, 1987.
27. Hahlweg K, Dürr H, Müller U. *Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe: Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 1995.
28. Krampen G. *Fragebogen zu Konenetz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe, 1991.
29. Muthny FA. *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV*. Weinheim: Beltz Test, 1989.
30. Pallanti S, Querciolo L, Pazzagli A. Relapse in young paranoid schizophrenic patients: a prospective study of stressful life events, P300 measures, and coping. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 792-8.
31. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. En: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th ed. New York: Wiley, 1994; p.270-376.