

# PROGRAMA PSICOLÓGICO TERAPÉUTICO INTEGRADO (IPT) PARA PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.

*Volker Roder<sup>1</sup>, Hans Dieter Brenner<sup>1</sup>, José Lonjedo<sup>2</sup>*

**RESUMEN** El Programa Terapéutico Psicológico Integrado (IPT), es un programa de terapia grupal orientado en la terapia conductual, con el objetivo de mejorar las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos. Las primeras concepciones y los primeros ensayos prácticos de este programa, se llevaron a cabo hace más de 20 años. Posteriormente, se comprobó empíricamente en 20 estudios terapéuticos, (ya publicados) que fueron realizados con más de 700 pacientes. El IPT, fue revisado y perfeccionado de acuerdo al conocimiento teórico y empírico actual en la investigación de la esquizofrenia, principalmente en la Clínica Universitaria de Berna, Suiza.

**ABSTRACT** Integrated Psychological Therapeutic Program (ITP) for Schizophrenic Patients. The Integrated psychological therapeutic program (ITP) is a group therapy program, intended to the behavioural therapy, which aims to improve the cognitive and social skill of schizophrenic patients. The first concepts and practical tests of this program took place more than twenty years ago. Later, it was empirically verified, in twenty already published therapeutic researches, made with over seven hundred patients. The ITP was updated and improved according to the empirical and theoretical up-to-date knowledge in the research of schizophrenia; mainly in the University Clinic of Bern, Switzerland.

## *Modelos teóricos*

En la literatura de las últimas décadas se han discutido varios modelos teóricos en la comprensión de los trastornos esquizofrénicos. Actualmente los modelos de vulnerabilidad-estrés, gozan de una aceptabilidad creciente, ya que han sido comprobados empíricamente (Zubin y Spring 1977, Nuechterlein et al. 1994). Sobre estos modelos interactivos y de múltiples niveles, pueden integrarse factores biológicos, psicológicos y sociales para el diagnóstico, el inicio, el curso, y el tratamiento de las enfermedades del grupo de las esquizofrenias (figura 1).

Según esta concepción bio psico social de la esquizofrenia, se entiende ésta como una alteración sistémica, más que como una enfermedad en sentido tradicional médico (Bellack y Mueser, 1993; Brenner et al., 1992). Variaciones genéticas heredadas y/o adquiridas tempranamente en la estructura cerebral y/o en la fisiología del sistema nervioso central, están en la base de las alteraciones cognitivas y de la percepción. Al respecto, se distingue entre cambios en la es-

tructura cerebral como manifestación de una vulnerabilidad biológica, y alteraciones individuales del procesamiento de la información como manifestación de una vulnerabilidad cognitiva (Hodel y Brenner 1994, Roder 1995). Estas diferencias individuales interactúan a su vez con factores ambientales. Un episodio esquizofrénico puede ocurrir en una persona vulnerable cuando esta se ve enfrentada a problemas y cargas que sobrepasan su capacidad de "coping". En estos modelos, las cargas y los estresores tienen principalmente una función desencadenante y potenciadora.

Generalmente se opina, que las alteraciones cognitivas son factores centrales y característicos de la esquizofrenia y que co-determinan la sintomatología aguda. Los modelos de procesamiento de la información, dan una explicación de los sistemas de procesamiento de la información alterados en los esquizofrénicos (Brenner 1986). Con este modelo de procesamiento de la información, se unifican todos los procesos de coordinación, asociación y evaluación de informaciones basadas en la vivencia y en el comportamiento.

<sup>1</sup>Psicólogo. Universidad de Berna.

<sup>2</sup>Psiquiatra. Coordinador del Centro de Rehabilitación Bio-Psico-Social "Museo". [joselonjedo@msn.com](mailto:joselonjedo@msn.com)

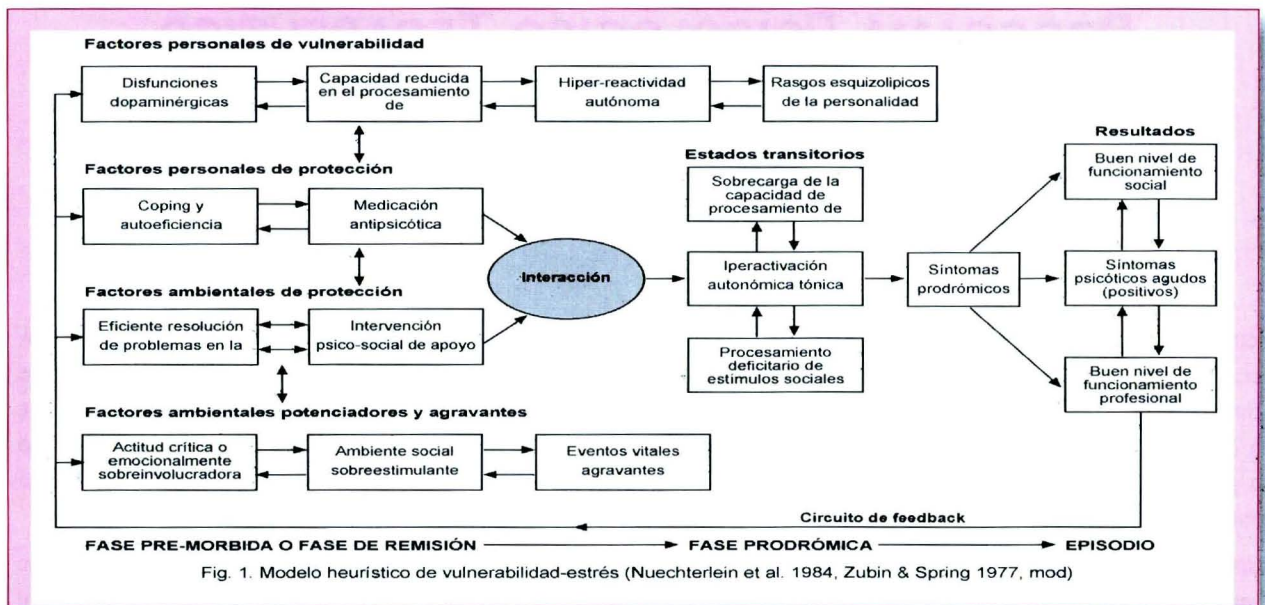


Fig. 1. Modelo heurístico de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein et al. 1984, Zubin & Spring 1977, mod)

Basándose en el modelo de los dos círculos viciosos, se crea una relación entre alteraciones cognitivas y conducta social (Hodel y Brenner, 1994). Al mismo tiempo se destacan las interacciones entre el procesamiento de la información y conducta social (figura 2).

En el modelo se parte del supuesto de que el procesamiento de la información elemental alterado y las disfunciones cognitivas complejas tienen una influencia negativa sobre la conducta social y la vivencia de estrés. Esta influencia perturba también la coordinación entre percepción y procesamiento de la información, con lo que se cierra el primer círculo vicioso. El segundo círculo describe la reducción de la competencia social (aprendizaje, superación o coping). Por un lado, alteraciones de los procesos cognitivos y por otro una coordinación deficiente entre los propios procesos cognitivos, reduce o impide una planificación y una ejecución adecuada de la conducta, o el aprendizaje de un nuevo comportamiento. Este déficit de habilidades sociales, puede causar reacciones negativas en la interacción de la pareja, lo cual es experimentado como un gran estrés social por parte del enfermo, disminuyendo aún más la capacidad de integración cognitiva del mismo. Es decir, las cargas emocionales pueden reforzar los dos círculos viciosos.

### ***El concepto de terapia del I.P.T.***

Partiendo de los dos modelos basados en interdependencias multifactoriales de transcurso y géne-

sis, los enfoques psicosociales de tratamiento, aparte de la atención clínica rutinaria con una medicación óptima, adquieren una importancia creciente. Toman importancia también enfoques que se fundan en la teoría del aprendizaje en combinación con la terapia conductual.

Estos enfoques se dividen en tres áreas: Procedimientos cognitivos, entrenamiento en competencia social y trabajo familiar psicoeducativo (Ellack y Mueser, 1993; Roder et al., 1990).

En los últimos años, el enfoque terapéutico llamado Programa Terapéutico Psicológico Integrado (I.P.T.) para pacientes esquizofrénicos (Roder et al., 1988, 1992, 1995 a; Brenner et al., 1987), recibió cada vez más atención y es aplicado actualmente en muchas clínicas como procedimiento estándar. A través de la realización de este programa, se intenta mejorar las funciones cognitivas y sociales de un modo integrado. El I.P.T. es un programa de terapia grupal, que consiste en cinco subprogramas: 1) Diferenciación cognitiva; 2) Percepción social; 3) Habilidades sociales; 4) Comunicación verbal; 5) Resolución de problemas interpersonales (figura 3).

En los primeros dos subprogramas: Diferenciación cognitiva y Percepción social, la terapia se centra sobre todo en los procesos atencionales, perceptivos y cognitivos.

Funciones básicas como concentración, formación de conceptos, capacidad de abstracción y memoria, constituyen el centro de la terapia.

Basándose en lo anterior, los últimos dos subprogramas: Habilidades sociales y Resolución de problemas interpersonales, entrenan funciones sociales complejas y la capacidad para resolver problemas. De este modo se pretende una ampliación y una optimización del repertorio conductual. El tercer subprograma: Comunicación verbal, ocupa una posición intermedia.

Cada subprograma, está organizado de tal manera, que las exigencias para el individuo y el grupo, aumentan en relación con el transcurso de la terapia. Pero el programa en su conjunto, también aumenta el grado de exigencias tanto en cuanto al contenido como en la forma de realizar la terapia. Así pues desde una alta estructuración y orientación en las tareas se avanza hacia una estructuración creciente de las interacciones grupales, y de un comportamiento inicialmente directivo del terapeuta, se avanza hacia una actitud menos directiva. Los ejercicios de un subprograma, se realizan inicialmente con materiales neutros, que no tengan una carga emocional para los pacientes, y a medida que se avanza en el programa, los ejercicios, implican una mayor carga emocional.

### Objetivos de la terapia

Los objetivos de la terapia se fundamentan en los supuestos básicos de la terapia cognitivo-conductual. Las metas particulares consisten en la disminución de las alteraciones del procesamiento de la información, y de los déficits cognitivos, mejorar la capacidad de percepción de la realidad especialmente en situacio-

nes interpersonales con alta carga emocional, mejorar las estrategias de superación en asuntos vitales importantes para el paciente y mejorar la capacidad de elaboración de soluciones de problemas aplicables al espacio vital, ampliar el espacio vital del paciente y mejorar la integración en dominios vitales importantes. Los objetivos terapéuticos deberían elaborarse individualmente para cada paciente a través de un preciso análisis de los problemas y la conducta del mismo.

### Aplicación del I.P.T.

El programa, se realiza en grupos de cinco a ocho pacientes esquizofrénicos normalmente en dos sesiones por semana (esto depende de factores externos, capacidad de tolerancia al esfuerzo, y tiempo de duración de la enfermedad o deterioro consiguiente de los pacientes). La duración de una sesión varía entre 30 y 90 minutos. Las primeras sesiones para el subprograma de diferenciación cognitiva, no deberían exceder de 30 a 40 minutos cada una, mientras que para los últimos subprogramas se necesita en general de 60 a 90 minutos por sesión. Es conveniente que los terapeutas den a conocer con anticipación la duración de la actividad al grupo. Las duraciones particulares de cada subprograma así como la duración total del desarrollo del programa I.P.T., depende del grado de gravedad del paciente, así como de la motivación del mismo a participar. En pacientes con una larga hospitalización, la terapia dura por lo general uno o dos años. Pacientes que solo necesitan parte del programa, ya pueden mejorar después de tres o cuatro meses.

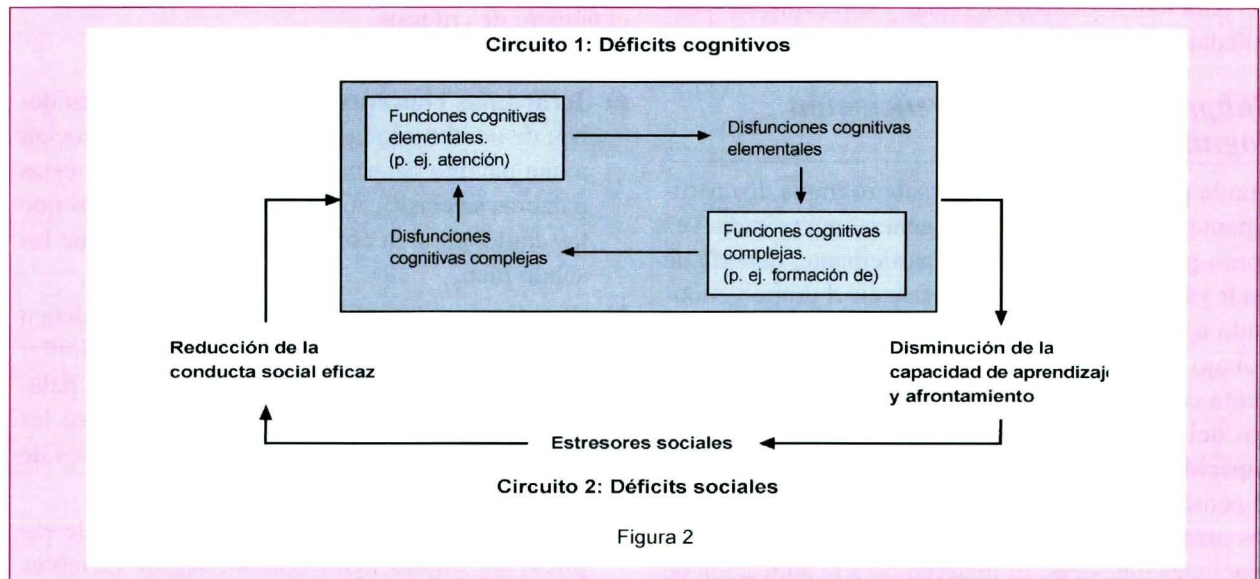
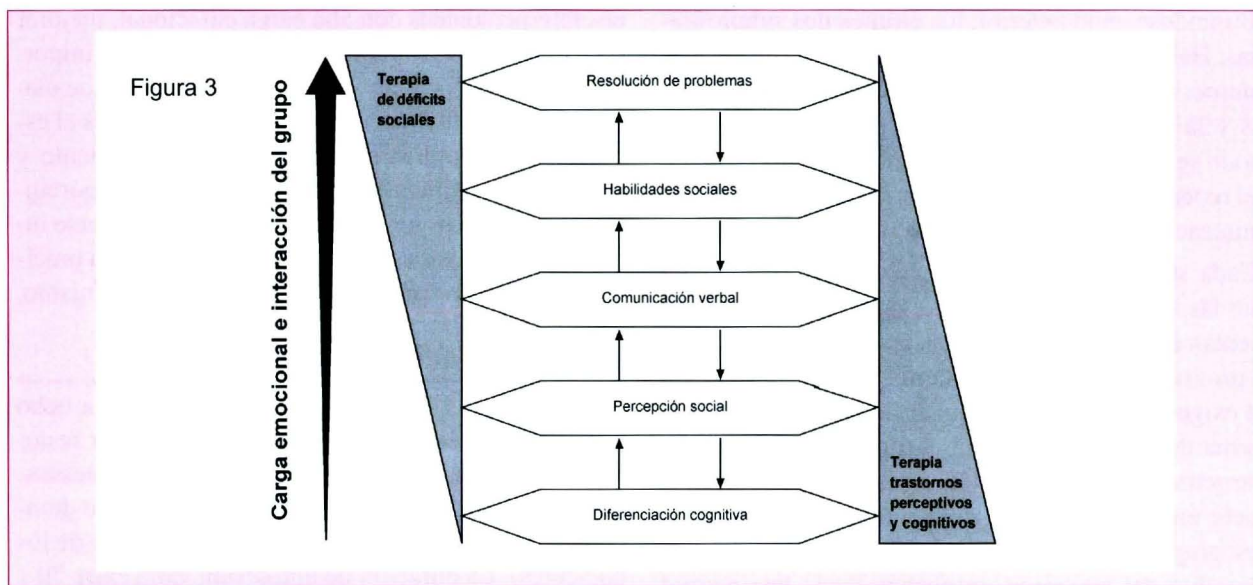


Figura 2



Cada sesión, es conducida por un terapeuta con la ayuda de uno o dos coterapeutas. El terapeuta principal, tiene la tarea de guiar la sesión grupal, es decir, tiene que estructurarla en cuanto al contenido y la forma, motivar a los miembros del grupo y dar un feedback que facilite la comunicación. Los coterapeutas apoyan al terapeuta principal en cuanto a los problemas relacionados con el grupo y en la aplicación de las diferentes técnicas terapéuticas. Por ejemplo, asumen funciones de modelo en los ejercicios nuevos u optimizan el proceso terapéutico dando ayuda a los participantes más débiles.

Los materiales para la aplicación del programa, existen para todos los subprogramas y son explicados detalladamente en el manual (Roder et al., 1995 a).

### **Subprograma de “diferenciación cognitiva”**

En la primera sesión de este subprograma, los participantes se encuentran por lo general por primera vez como grupo. Para ello, cada participante, debería de estar ya preparado para integrarse en el grupo y motivado a participar. Esto debería ser el resultado de un trabajo previo, a través de contactos previos del terapeuta con cada participante. En conjunto, los objetivos del primer subprograma, consisten en mejorar la capacidad de atención, la capacidad de concentración, el pensamiento conceptual, la adquisición de conceptos abstractos y finalmente la mejora general de las funciones mnésicas. El material para la aplicación de

este subprograma, esta formado entre otros materiales por unas tarjetas con diferentes estímulos (color, número, letras, forma).

### **Etapas del subprograma**

Etapa 1.- **Ejercicios con tarjetas:** El terapeuta principal reparte una determinada cantidad de tarjetas que se distinguen en varias características, tales como números, colores, formas, etc.. Los pacientes deben de ordenarlas según distintos criterios que van siendo marcados por el terapeuta. Los resultados individuales de los participantes, son revisadas por el grupo. Puede aumentarse el nivel de exigencia aumentando el número de criterios.

Etapa 2.- **Sistemas conceptuales verbales:**

- a) **Jerarquías conceptuales:** Los participantes deben de nombrar todas las palabras que se asocian a una palabra determinada. A continuación estas palabras se clasifican en conceptos generales que las engloban o en conceptos secundarios que las subdividen.
- b) **Sinónimos y antónimos:** Los participantes deben de encontrar palabras con un significado similar (sinónimo) u opuesto (antónimo) para una palabra determinada. Luego se ponen de relieve las diferencias y similitudes por medio de frases de ejemplo.
- c) **Definiciones de palabras:** El grupo debe de explicar un objeto determinado, según variables como ubicación, función, forma, material del que

está hecho, etc. Inicialmente se utilizan conceptos concretos, y más adelante, se va cambiando hacia conceptos más abstractos.

**d) Tarjetas con palabras:** Un participante recibe una tarjeta con dos palabras, que deberá de leer en voz alta. Pero solo él sabe cuál de las dos está subrayada. Por medio de una asociación con otra palabra relacionada con la subrayada, el grupo debe de identificarla.

**e) Palabras con diferente significado según el contexto:** El grupo debe de encontrar los diferentes contenidos semánticos de una misma palabra al modificar el contexto de la frase.

**Etapas 3.- Estrategias de búsqueda:** Un paciente elige un objeto que los demás deben de identificar a través de una serie de preguntas que permiten ir excluyendo. Se comienza por conceptos generales y se va avanzando hacia otros más particulares hasta identificar el objeto elegido. Las respuestas solo pueden ser "sí" o "no".

### Subprograma de "percepción social"

El objetivo de este subprograma consiste en mejorar la percepción e interpretación de situaciones interpersonales, utilizando de un modo adecuado experiencias pasadas relevantes. Se presta atención a la percepción concerniente a la realidad del comportamiento expresivo emocional. El material del ejercicio consiste en una serie de diapositivas que muestran situaciones sociales. Esta serie ha sido clasificada según el grado de complejidad de los estímulos y el grado de la carga afectiva de la imagen.

### Etapas del subprograma

**Etapas 1.- Recogida de información:** Los participantes deben de describir minuciosamente el contenido de la diapositiva, del modo más completo posible. Se debe focalizar la atención preferentemente en las personas mostradas en la misma y en los detalles que substancian su interacción.

**Etapas 2.- Interpretación y discusión:** En esta etapa, se recopilan interpretaciones acerca del contenido de la diapositiva. Cada interpretación se debe fundamentar por medio de los elementos que fueron evidenciados en la etapa de la descripción (1). A continuación, el grupo discute todas las interpretaciones tratando de ver su adecuación a la realidad descrita, y

los terapeutas deberán eliminar aquellas interpretaciones que supongan disonancias cognitivas si estas se presentan.

**Etapas 3.- Asignación de un título:** Finalmente los participantes deben de encontrar un título corto y preciso que sintetice los contenidos claves de la imagen.

### Subprograma de "comunicación verbal"

Este subprograma representa el nexo entre el entrenamiento de funciones cognitivas elementales y habilidades más complejas en el ámbito social. La alta estructuración del método terapéutico va disminuyendo poco a poco. En este subprograma se entrenan las destrezas básicas de la comunicación entre el emisor y receptor en una comunicación verbal: escuchar, comprender, responder. Entre otros materiales para practicar este subprograma, se emplean tarjetas con palabras o frases.

### Etapas del subprograma

**Etapas 1.- Repetición literal de frases dadas previamente:** Una frase es leída, y los participantes deben de repetirla literalmente.

**Etapas 2.- Repetición de acuerdo al sentido de frases autoformuladas:** A partir de una o dos palabras dadas previamente, un participante formula una o dos frases, las cuales deben de ser repetidas por otros participantes con otras palabras e igual sentido. En la etapa 1 y 2 los participantes deben tener funciones de observación, fijándose en la adecuación de las frases propuestas, y dando su opinión.

**Etapas 3.- Preguntas autoformuladas con respuesta:** Por medio de una partícula interrogativa (P. Ejemplo: ¿Dónde?, ¿Cómo?, ¿Por qué?...), los participantes preguntan por informaciones en un ámbito temático determinado. El grupo evalúa en que medida la pregunta fue adecuada al tema propuesto y si la respuesta fue adecuadamente relacionada con la pregunta.

**Etapas 4.- El grupo interroga a uno o dos miembros del mismo, sobre un tema determinado:** (P. Ejemplo, un artículo del diario). La evaluación de lo adecuado o no del proceso de comunicación se realiza de forma análoga a la etapa 3.

**Etapas 5.- Comunicación libre:** La única estructura determinada por el grupo, es el tema a tratar (p. Ejemplo un artículo de prensa, un acontecimiento local, etc.).

La evaluación se realiza durante la comunicación y para ello, se considera tanto aspectos de contenido, seguir un hilo conductor, como aspectos formales (contacto visual, intensidad de la voz, entonación, fluidez lingüística, etc). Se realiza la evaluación por la intervención del coterapeuta y por la asignación de funciones de observación a los participantes sobre cada una de estas variables.

### ***Subprograma de “habilidades sociales”***

El objetivo de este programa consiste en el desarrollo o mejora de una serie adecuada de habilidades sociales tales como informarse, criticar, reclamar, imponerse, disculparse, establecer contacto, etc. El contenido terapéutico, está constituido por situaciones de diferentes ámbitos sociales. (P. Ejemplo: La vida diaria en el propio centro de rehabilitación, contacto con autoridades, búsqueda de trabajo, búsqueda de casa, contactos sociales en el tiempo libre, etc.) que son importantes para los pacientes.

### ***Etapas del subprograma***

**Etapas 1.- Elaboración cognitiva – preparación del “role play”:** Al principio de la sesión se da a conocer una situación a practicar que requiere de una interacción social para alcanzar la meta. A continuación, el grupo elabora un posible diálogo para tal situación y lo escribe en una pizarra. Luego el grupo debe de encontrar un título corto y preciso para la situación a practicar. Deberán ser verbalizadas las posibles dificultades que puedan aparecer durante la realización de la interacción para ser tenidas en cuenta en el role playing siguiente. Finalmente, cada participante estima el grado subjetivo de dificultad de la situación en una escala de rating.

**Etapas 2.- Ejecución del “role play”:** Los terapeutas ponen en práctica entre ellos el modelo de interacción elaborado para que los participantes, puedan observarlo en su desarrollo práctico, para luego poder entre ellos practicarlo, cada vez con dos pacientes. Después de cada actuación (role playing), los terapeutas deben de hacer observaciones positivas de refuerzo, con propuestas concretas que puedan mejorar la interacción entre los participantes al desarrollar la siguiente actuación. Cada práctica, debe de terminar con la indicación de una tarea, que permita la puesta en práctica de lo aprendido en un contexto normalizado. A ello se pueden añadir ejercicios en un contexto real, fuera del ambiente clínico como actividad igualmente grupal. Al

comienzo de la siguiente sesión de terapia, debe de comentarse el resultado de las experiencias en el contexto personal del paciente (comentar el resultado de las tareas) aunque solo sea brevemente. En grupos avanzados y con capacidad de afrontamiento a situaciones con mayor carga emocional, se aconseja además la utilización de un video para grabar el “role play” y así poder luego opinar en grupo sobre el mismo incluidos los propios protagonistas.

### ***Subprograma “resolución de problemas interpersonales”***

En este subprograma, se intenta mejorar tanto la percepción de problemas, como la actitud racional frente a ellos y se aspira a conseguir una superación eficiente de los mismos. Los participantes, tras ser elegido un problema, proponen soluciones constructivas que deben de ser evaluadas en grupo tratando de encontrar las mejores alternativas, e intentando encontrar consenso (aunque no es imprescindible) para luego poder llevar la solución a la práctica real. Dado que el procedimiento terapéutico se refiere a la problemática de la situación actual de los participantes, este subprograma, es a diferencia de los demás, poco estructurado, y organizado solo de un modo general y esquemático. La dificultad para llevar a cabo este subprograma, es importante tanto para los participantes como para los terapeutas, por lo que no es apropiado para todos los pacientes esquizofrénicos, sino solamente para aquellos con capacidad para afrontar estrés y carga emocional, es decir aquellos con un menor nivel de deterioro. De aplicar inadecuadamente este subprograma a pacientes sin capacidad de afrontamiento, se podría producir en estos una descompensación. Los pacientes además deben de haber adquirido una alta cohesión grupal y confianza adecuadas.

### ***Pasos terapéuticos***

- 1) Al comienzo, se trata de identificar un tipo de problema cuyo contenido interese a todos o la mayoría. De entre los problemas propuestos, además de tratar de que sea común a la mayoría, se deben emplear criterios pragmáticos en la selección del mismo tales como importancia del mismo, urgencia, o probabilidad objetiva de solución.
- 2) El siguiente paso consiste en la elaboración cognitiva del problema elegido. Ahora este, se divide en problemas parciales que se presentan para la superación global del mismo.

- 3) Con cada uno de estos subproblemas se debe de hacer una elaboración cognitiva, y se deben de discutir las propuestas o soluciones alternativas a cada uno de ellos de los participantes, tratando de seleccionar la más viable y con mayor probabilidad de éxito.
- 4) Los participantes, tendrán que llevar estas soluciones a la práctica real (tarea)
- 5) En la siguiente sesión se evalúan los resultados (éxito o fracaso) pero siempre dando un refuerzo a cualquier intento.

### **Indicaciones y posibles aplicaciones del I.P.T.**

Inicialmente el I.P.T. fue desarrollado para pacientes con largos períodos de hospitalización. Pero a través de estudios empíricos y de una amplia experiencia clínica, el programa ha sido modificado y adaptado a diferentes grupos de pacientes, y la aplicación del mismo en la actualidad, esta dando buenos resultados en pacientes ambulatorios, o en hospitalización parcial (hospitales de día). Estos dos últimos grupos de pacientes, sacan más provecho de los últimos dos subprogramas (Habilidades Sociales, y Resolución de Problemas Interpersonales). La aplicación de la totalidad de los cinco subprogramas, no debería de realizarse de un modo sistemático, sino a través de un análisis del caso concreto, de su problema, y de su comportamiento. Los criterios para las diferentes indicaciones se resumen en la tabla 1.

La composición del grupo de pacientes esquizofrénicos requiere una atención especial. El grupo deberá ser homogéneo, en cuanto a su inteligencia, la capacidad de aprendizaje, y las alteraciones del procesamiento de la información. En cambio, no es problema y aún más puede ser una ventaja que el grupo sea heterogéneo en cuanto a edad y sexo. En el grupo, solo deben de ingresar pacientes con el diagnóstico principal de esquizofrenia, ya que la sucesión y el contenido de los subprogramas así como el procedimiento de los terapeutas, fue elaborado especialmente para pacientes esquizofrénicos. Los componentes del grupo, deben de ser capaces de participar en grupo, expresarse verbalmente y no presentar una marcada sintomatología positiva.

### **Los terapeutas**

Los terapeutas del programa I.P.T., deberían tener bases de conocimiento en los siguientes campos:

- Conocer la metodología terapéutica (didáctica) estructurada de los cinco subprogramas. Este punto es especialmente importante durante el desarrollo de los primeros subprogramas.
- Tener conocimientos de dinámica de grupo y de los procesos grupales. Esto toma especial importancia en el desarrollo de la segunda parte de la aplicación del I.P.T.

### **Estudios empíricos**

En lo concerniente al I.P.T., los diferentes e independientes estudios de media hasta grave cronicidad,

#### **1.- Terapia Cognitiva**

Diferenciación Cognitiva; Percepción Social; Comunicación Verbal, 1ª parte

- Pronunciados trastornos cognitivos.
- Grandes temores sociales (fobia social).
- Predominio de sintomatología negativa.
- Escasa motivación para la terapia.
- Hospitalización de larga duración.

#### **2.- Terapia de Competencia Social**

Comunicación verbal, 2ª parte; Habilidades Sociales; Resolución de problemas interpersonales.

- Insuficientes habilidades de coping en situaciones sociales.
- Hospitalizaciones breves pero repetidas
- Mas bien jóvenes.
- Motivados con la terapia

También

- Pacientes que terminaron con éxito la parte 1 (Terapia Cognitiva).

Evaluación y asignación según: a) Análisis de problemas

b) Tests, ratings

muestran efectos terapéuticos significativos, de un modo especial en los procesos cognitivos elementales. No obstante, los resultados varían en cuanto a cambios producidos en la conducta social y en el ámbito psicopatológico (Brenner et al. 1987, 1992). En los últimos años, se realizaron estudios terapéuticos suplementarios para presentar y discutir las ventajas y el rendimiento de las intervenciones de orientación cognitiva frente a grupos de control. El objeto de estos estudios, fue el de encontrar el perfil exacto de los efectos de la terapia cognitiva, las interacciones específicas de los componentes terapéuticos cognitivos y sociales, la estabilidad de los efectos terapéuticos, y la indicación de los procedimientos terapéuticos cognitivos. Se demostró que intervenciones puramente cognitivas, tienen poca influencia directa en la mejora de la competencia social. Además, la generalización y la transferencia de los efectos terapéuticos más allá del marco terapéutico, no dieron resultados satisfactorios, es decir: no se pudo comprobar el supuesto de una influencia directa de las funciones cognitivas en el nivel conductual. Además los círculos viciosos entre alteraciones cognitivas y sociales, parecen reforzarse aún más ante la presencia de cargas afectivas (Hodel y Brenner, 1994).

### **Desarrollo ulterior del I.P.T.**

Teniendo presentes estos resultados, el I.P.T. fue perfeccionado durante los últimos años fundamentalmente en dos direcciones:

- Un primer enfoque terapéutico describe la metodología para la superación óptima de emociones maladaptativas (Hodel, 1989).

- Partiendo del supuesto de que se pueden mejorar las habilidades sociales con ofertas terapéuticas específicas que motivan a los pacientes, desarrollamos como segundo enfoque, programas terapéuticos orientados en la terapia cognitivo-conductual, para la rehabilitación en las áreas de vivienda, trabajo y tiempo libre. Existen amplios manuales terapéuticos al respecto (Roder et al., 1995b). Similar al I.P.T. y tras una verificación empírica, estos dos nuevos enfoques terapéuticos son utilizados para el tratamiento estándar de pacientes con esquizofrenia.

### **Referencias bibliográficas**

Bellack, A.S.; Mueser K.T. (1993). *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 19, 317-336.

Brenner, H.D. (1986). *Zur Bedeutung von Basisstörungen für Behandlung und Rehabilitation*. In Bóker, W.; Brenner, H.D. (Hrsg) *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern.

Brenner, H.D.; Hodel B.; Kube G.; Roder, V. (1987). *Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalyse und empirische Ergebnisse*. Nervenarzt, 58, 72-83.

Brenner, H.D.; Hodel, B.; Roder, V.; Corrigan, P. (1992). *Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 18, 21-26.

Hodel, B. (1989). *Die Weiterentwicklung des integrierten Psychologischen Therapieprogramms (IPT): Emotionsbezogene Interventionen*. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Psychiatrische Universitätsklinik Bern.

Hodel, B.; Brenner, H.D. (1994). *Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90, 108.115.

Nuechterlein, K.H.; Dawson, M.E.; Ventura, J.; Gitlin, M.; Subotnik, K.L.; Snyder, K.S.; Mintz, J.; Bartzokis, G. (1994). *The vulnerability / stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 58-64.

Roder, V.; Brenner, H.D.; Kienzle, N.; Hodel, B. (1988). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. Beltz, Weinheim.

Roder, V.; Eckman, T.A.; Brenner, H.D.; Kienzle, N.; Liberman, R.P. (1990). *Behavior Therapy*. In: Herz, M.I.; Keith, S.J.; Docherty, J.P. (eds) *Handbook of schizophrenia, Vol. 4, Psychosocial treatment of schizophrenia*. Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 107-137.

Roder, V.; Brenner, H.D.; Kienzle, N.; Hodel, B.; (1992). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. 2. Überarbeitete und ergänzte Auflage. Beltz, Weinheim.

Roder, V. (1995). *Cognitive remediation of schizophrenia*. Schizophrenia Review, 3, 1, 21.

Roder, V.; Brenner, H.D.; Kienzle, N.; Hodel, B. (1995a). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. 3. Korrigierte Auflage. Beltz, Weinheim.

Roder, V.; Jenull, B.; Brenner, H.D.; Heinberg, D.; Hirsbrunner, A. (1995b). *Kognitive Verhaltenstherapie mit schizophren Erkrankten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich: Erste Ergebnisse Verhaltenstherapie*, 5 68-80.

Roder, V., Brenner, H.D.; Kienzle, N.; Hodel, B. (1996). *Programa Terapéutico Psicológico Integrado (IPT) para pacientes esquizofrénicos*. Editorial Ariel, Barcelona.

Zubin, J.; Spring, B.J. (1977). *Vulnerability – A new view of schizophrenia*. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126