

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

José J Uriarte Uriarte*. Médico psiquiatra

Resumen

La asistencia a la enfermedad mental severa de curso crónico requiere, además de un abordaje farmacológico adecuado, de la implementación de intervenciones psicosociales complejas. El presente artículo revisa dichas intervenciones y la evidencia científica que las soporta, sobre la base de las revisiones sistemáticas de la literatura llevadas a cabo por el Grupo de Esquizofrenia de la Colaboración Cochrane.

Abstract

Mental Chronic disease care demands not only of psychopharmacology treatment but of the implementation of complex psychosocial interventions. This paper review the scientific evidence available, based on the sistematic reviews of the Cochrane Collaboration Schizophrenia Group.

La toma de decisiones clínicas es a menudo un proceso arbitrario sustentado en revisiones tradicionales poco consistentes, en libros de texto de dudoso valor y en informaciones procedentes de la industria farmacéutica. En la utilización de los diagnósticos psiquiátricos y en la mayoría de los abordajes terapéuticos, tendemos a confiar en nuestra formación hasta el punto de que es fácil que confundamos la opinión personal con la evidencia científica, o la ignorancia personal con la inseguridad científica genuina. Nuestra práctica está influida por la tradición, la moda, las influencias de las compañías farmacéuticas. ¿Qué certeza tenemos de que nuestras actuaciones son las más adecuadas?. ¿Qué sabemos de la eficacia de nuestras técnicas y abordajes terapéuticos? ¿Cuántas de nuestras intervenciones se basan en evidencias suficientes y fiables? Como en otras áreas de la medicina, muchas de nuestras intervenciones terapéuticas y preventivas se han introducido de forma empírica sin una demostración de sus beneficios, lo que aceptamos sin crítica aparente. Incluso tratamientos tradicionales, aparentemente incuestiona-

bles, han sido puestos en la picota recientemente ⁽¹⁾. Otros abordajes terapéuticos pueden ser aún más cuestionables, y dan lugar a una enorme disparidad en las decisiones clínicas de diferentes clínicos, lo cual redundará en una asistencia de escasa calidad y alejada de los mejores resultados posibles. La MBE debería ayudarnos a hacer más tenue la línea entre lo que hacemos realmente y lo que deberíamos hacer y ayudarnos a integrar en un sistema sanitario eficaz y eficiente.

En lo que respecta al campo de la Rehabilitación Psicosocial, existe ya una aceptable base de evidencia, en forma de ensayos clínicos controlados, para sustentar el uso de intervenciones psicosociales en el manejo rutinario de la enfermedad mental crónica. El Cochrane Schizophrenia Group ⁽²⁾ ha llevado a cabo ya revisiones sistemáticas de prácticamente todas las intervenciones que se describen, en algunos casos con actualizaciones de las mismas (como es el caso de la Intervención Familiar, una de las primeras revisiones que este grupo afrontó).

Las revisiones Cochrane son una importante



fuerza de información para la toma de decisiones y la adopción de técnicas sanitarias diagnósticas o terapéuticas.

Las Intervenciones Psicosociales, base fundamental de la actividad terapéutica de la rehabilitación psicosocial pueden dividirse en:

- **Estrategias Terapéuticas**, dirigidas a educar, informar y dar soporte y apoyo (psicoeducación individual y familiar) y a proporcionar entrenamiento en habilidades específicas (habilidades sociales, rehabilitación vocacional, etc), focalizadas en problemas o síntomas específicos (e.g., abuso de sustancias, síntomas persistentes productivos, etc)
- **Provisión de Servicios**, sistemas de organización de la asistencia y coordinación de las intervenciones

1. Estrategias Terapéuticas

Entrenamiento en Habilidades Sociales. Psicoeducación

Las intervenciones de entrenamiento en habilidades comprenden técnicas de entrenamiento y de habilidades interpersonales complejas a través de la actuación sobre componentes de conducta, utilizando el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación positiva y correctora y las prácticas in vivo con el objetivo de la adquisición y generalización de tales habilidades.

Frecuentemente se combina con técnicas de psicoeducación y de manejo de la enfermedad, incluyendo aspectos como el manejo de la medicación o el afrontamiento de los síntomas (como los Módulos de Entrenamiento en Habilidades Sociales del Prof Liberman)

Existen muchos estudios sobre la eficacia de estas técnicas, cuyo resultado neto parece contradictorio. Sin embargo existe un acuerdo general en que el entrenamiento en habilidades es moderadamente efectivo para mejorar el funcionamiento social, pero con menor

incidencia sobre los síntomas y las recaídas. También existen dudas sobre la generalización de los avances, siendo importante incorporar la práctica en la vida real en el programa de entrenamiento.

Por otra parte, los beneficios de tales actuaciones son más patentes mientras dura la intervención, y en el periodo de tiempo inmediatamente posterior, tendiendo a perder eficacia con el tiempo. Esto no parece sorprendente, y contribuye a resaltar que las intervenciones psicosociales limitadas en el tiempo, sin continuidad a largo plazo en función de las necesidades de los pacientes, son poco realistas y de escasa eficacia.

Intervenciones Psicoeducativas Individuales

Incluye técnicas que proveen a los pacientes de apoyo, información y estrategias de manejo y resolución de problemas. Casi 800 personas han participado en diversos ECA, y la evidencia hasta el momento sugiere que incluso un año después de las intervenciones, se mantiene un menor riesgo de recaída. Otro efecto descrito, menos claro, es un mejor cumplimiento de la medicación. La revisión Cochrane encuentra un NNT de 9 con un CI del 95%.⁽³⁾

Intervención Familiar y Esquizofrenia

Se ha demostrado que las familias que mantienen actitudes críticas y hostiles hacia el paciente o implicadas en exceso en la enfermedad (excesiva dedicación, poca atención sobre las necesidades propias y de otros miembros de la familia) favorecen de alguna manera las recaídas (Elevada Emoción Expresada)

La intervención familiar ha demostrado de forma reiterada su eficacia para mejorar la evolución de la esquizofrenia. Los programas más eficaces tienden a tener una duración mínima de 6 meses, proporcionan psicoeducación básica acerca de la enfermedad y su

manejo, se esfuerzan en reducir la tensión en la familia, proporcionan apoyo y empatía y persiguen el establecimiento de una relación de colaboración entre el equipo asistencial y la familia.

Entre las conclusiones que pueden extraerse de la revisión de la evidencia disponible están:

- El principal beneficio de la Intervención Familiar en la Esquizofrenia es la reducción en el número de recaídas
- Reducción de hospitalizaciones
- Se reduce la carga subjetiva familiar
- Mejora el cumplimiento del tratamiento farmacológico
- Mejora el deterioro social y reduce la emoción expresada en la familia

Su objetivo fundamental es el de reducir el estrés y la carga familiar, con el esperable resultado de reducir las recaídas. Suelen incluir una combinación de psicoeducación y de entrenamiento en resolución de problemas. Implican la colaboración con la familia (familia como coterapeuta-cuidador), reducción de la carga y estrés familiar, refuerzo de las capacidades familiares para anticipar y solventar los posibles problemas; reducción de aspectos como la ira o la culpa; ayudar a adecuar las expectativas sobre el paciente a niveles razonables, a mantener límites, y a modificar conductas y creencias. Pueden también tener como objetivo la modificación de la expresión emocional familiar, cuando ésta se identifica como factor de recaídas y estrés familiar (componente terapéutico)

Alrededor de 7000 personas han participado en ECA sobre intervención familiar. La intervención reduce claramente el riesgo de recaída (NNT 6.5) a un año vista. ⁽⁴⁾

Actividades de la vida cotidiana

Programas dirigidos a promover un funcionamiento independiente en la vida cotidiana. Incluyen entrenamiento en el manejo del dinero, tareas domésticas, autocuidados... Aunque a veces se equipara al entrenamiento en habilidades sociales, no es lo mismo, y pueden ser administradas por personal de enfermería o monitores. La evidencia disponible de su eficacia (aunque el sentido común parece refrendar su conveniencia) se basa en dos ECA con sólo 38 pacientes. La conclusión lógica es que se precisan nuevos estudios controlados, con grupos de pacientes más grandes. ⁽⁵⁾

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Estrategia dirigida a reforzar el desempeño y competencia social y a reducir el estrés y las dificultades de las personas con esquizofrenia. Sus componentes clave son las de una cuidadosa evaluación conductual de las habilidades interpersonales y sociales, incidiendo en la importancia de la comunicación verbal y no verbal, así como la capacidad para percibir y procesar las señales sociales relevantes y a responder a las mismas, y a proveer de un refuerzo social apropiado; el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es el de construir elementos conductuales individuales en comportamientos complejos y así conseguir una comunicación social eficaz. Se enfatiza no sólo en los componentes terapéuticos (incluyendo modelado, refuerzos y representación de papeles), sino también en las tareas para casa y en la generalización del tratamiento. Sin embargo, y teniendo en cuenta la extensión de esta intervención, los datos disponibles son escasos, e incluyen apenas 300 pacientes en ECA. ⁽⁶⁾ Actualmente existe un protocolo Cochrane de revisión sistemática de la evidencia acerca de la eficacia de estos programas en marcha.



Habilidades Laborales-Ocupacionales

Con dos tipos principales de programas: el entrenamiento pre-vocacional y el empleo protegido. En el primer caso el paciente accede a un trabajo protegido antes de entrar en el mundo laboral real. En el segundo caso se intenta sostener directamente a los pacientes en empleos normalizados. Existe ya un protocolo de revisión Cochrane sobre la evidencia acerca de la eficacia de estos programas, aún sin completar ⁽⁷⁾ También existe un protocolo en marcha sobre el tema del alojamiento protegido.

Terapia Cognitivo-Conductual (CBT)

El paciente es animado a examinar la evidencia a favor y en contra de las ideas y/o pensamientos patológicos, desafiando los patrones habituales de pensamiento acerca de la creencia (por ejemplo, de las creencias delirantes o de las alucinaciones), y utilizando las capacidades de razonamiento y la experiencia personal para desarrollar alternativas racionales y personalmente aceptables. Cerca de 400 pacientes han sido evaluados en el marco de ECA; los datos sugieren la eficacia de estas técnicas para reducir la tasa de recaídas y reingresos hospitalarios ⁽⁸⁾. También parece eficaz para reducir los síntomas y mejorar el estado mental, de forma aceptable para el paciente, al menos en el corto plazo. Las intervenciones CBT implican una importante dedicación de tiempo de personal entrenado, especialmente psicólogos clínicos, por lo que la implementación rutinaria de estas técnicas está lejos de generalizarse.

Rehabilitación Cognitiva

Implica técnicas para el entrenamiento de procesos cognitivos básicos (memoria, atención, concentración, velocidad de proceso, abstracción...), con el objetivo de mejorar el funcionamiento global de los pacientes. Las alteraciones cognitivas por otro lado pueden ser un

factor limitante para la aplicación de otras técnicas de rehabilitación, incluyendo el entrenamiento en habilidades sociales. Los estudios disponibles son escasos (n=117), y el uso de diferentes escalas de evaluación hace todavía más difícil la interpretación de los resultados. La evidencia disponible hasta el momento no sugiere grandes efectos clínicos, aunque la variabilidad de las técnicas utilizadas limita también la interpretación de los resultados ⁽⁹⁾. Como en el caso anterior su aplicación requiere de tiempo y de personal especializado para aplicarlo de forma correcta. Su valor también está sujeto a una buena selección y evaluación cognitiva de los pacientes.

Terapia de Orientación Psicoanalítica

No existe evidencia disponible acerca de la eficacia de estas técnicas en el tratamiento de la esquizofrenia. La evidencia disponible sugiere que, cuando se compara con el uso de medicación, la terapia de orientación psicoanalítica no ayuda a los pacientes a salir del hospital, e incluso puede ser perjudicial (Number Needed to Harm 3). Los efectos de tal tratamiento asociados a la medicación son desconocidos (no han sido evaluados en absoluto) ⁽¹⁰⁾

Economía de Fichas

Técnica conductista en la que se emplea como refuerzo para modificar conductas fichas que pueden canjearse después por privilegios, objetos de consumo, etc, en el marco de un programa establecido de conductas a alcanzar predefinidas. Aunque sólo se han evaluado 100 pacientes en ECA, esta es la única técnica no farmacológica que ha demostrado un efecto estadísticamente significativo en los síntomas negativos de la esquizofrenia. ⁽¹¹⁾ Este dato alienta el desarrollo de protocolos de nuevos ECA bien planificados que evalúen programas modernos de economía de fichas. Estas técnicas parecen ser más valiosas en el marco del tratamiento de pacientes crónicos,

en situaciones de hospitalización prolongada, y con predominio de clínica negativa, en muchos casos asociados como refuerzo a otros programas (de autocuidados, por ejemplo)

Intervenciones sobre Doble Diagnóstico. Esquizofrenia-Abuso de Sustancias

Programas asistenciales que contemplan el abuso de sustancias por parte de personas con enfermedades mentales severas una condición inseparable de la enfermedad, y por tanto susceptibles de intervenciones y modelos integrados en los que el trastorno psiquiátrico y el abuso de sustancias son tratados simultáneamente por parte del mismo equipo asistencial. Se han desarrollado intervenciones específicas combinando elementos psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades sociales.

Otras características de los programas integrales para los Trastornos Duales es su actitud activa, flexibilidad, atención a aspectos sociales como el alojamiento apropiado y la evitación de la marginalidad y una perspectiva de trabajo a largo plazo (en contraste con los modelos tradicionales de asistencia a drogodependientes, en los que recalca que la motivación la tiene que poner el paciente, basados en normas rígidas, y con objetivos inmediatos de abstinencia y expulsión del programa de los no cumplidores)

La evidencia actual soporta que los programas integrales de atención a pacientes con diagnóstico dual son eficaces para implicar a este tipo de pacientes en el tratamiento, para reducir el consumo de sustancias y para obtener la abstinencia.

Otros estudios han mostrado otros beneficios, como mejoría en la calidad de vida, e implicación en problemas legales.

El consumo de sustancias se asocia a una clara peor evolución, mayor riesgo de cronicidad-refractariedad, más graves trastornos de conducta, marginalidad, implicación en actividades delictivas, conducta auto y heteroagresi-

va, menor cumplimiento del tratamiento, mayor tasa de reingresos y rehospitalizaciones, y frecuentemente un rechazo por parte de los equipos terapéuticos.

En los últimos años se han desarrollado diversos programas que implican el tratamiento integrado de tal condición, en el contexto de tratamiento del trastorno psiquiátrico, y por parte de los mismos equipos.

Una revisión Cochrane ⁽¹²⁾ no encuentra sin embargo claras ventajas de este tipo de intervenciones. La evidencia disponible acerca de la eficacia de los programas integrados de tratamiento es escasa y necesita ser mejor evaluada.

2. Provisión de Servicios

La complejidad de los dispositivos implicados en la asistencia de pacientes con enfermedad mental severa, el incremento de los costos, las dificultades de coordinación, la limitación del tiempo de hospitalización y otros condicionantes, como la desinstitucionalización y el tratamiento comunitario han alentado el desarrollo de sistemas de gestión asistencial que faciliten la continuidad de cuidados y la retención comunitaria de los pacientes.

Entre las intervenciones que pueden encuadrarse en este epígrafe están:

Tratamiento Asertivo Comunitario

El Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT en adelante) fue desarrollado en los años 70 como respuesta al cierre de los hospitales psiquiátricos en USA. ⁽¹³⁾ Es un dispositivo, basado en un equipo asistencial dirigido a mantener a las personas con enfermedades mentales severas en contacto con los servicios asistenciales, reduciendo las hospitalizaciones y mejorando la evolución, especialmente el funcionamiento social y la calidad de vida.

Los estudios clínicos comparativos (ECA) disponibles han demostrado que el ACT es



una intervención clínicamente eficaz para el manejo de pacientes con enfermedades mentales severas en la comunidad, especialmente para los que utilizan más los recursos hospitalarios y tienen mayores dificultades de integración y retención comunitaria ⁽¹⁴⁾.

Un aspecto fundamental del ACT es que es un dispositivo basado en una organización de equipo multidisciplinar, incluyendo trabajadores sociales, enfermeros, monitores, psicólogos, psiquiatras, etc. que atiende a un grupo definido de pacientes. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad sobre el paciente, y trabajan de forma conjunta sobre la misma persona. Tratan de proporcionar todos los cuidados psiquiátricos y sociales que el paciente requiera de forma enérgica y extensa, incluyendo a los pacientes que la rechazan o no cooperan.

Se diferencia del llamado "Case Management" o Gestión de Casos Tradicional fundamentalmente en dos aspectos:

- ACT enfatiza el trabajo en equipo y la corresponsabilidad; la relación se establece entre el equipo y los pacientes, y no entre un paciente determinado y un miembro del equipo concreto.). La Gestión de casos enfatiza la autonomía profesional y la responsabilidad individual. La relación se establece entre una persona (el "case manager") y los pacientes asignados. En otras palabras, los miembros de un equipo ACT comparten la responsabilidad sobre sus pacientes, mientras que los "case managers" llevan de forma individual su grupo de pacientes o cartera de clientes..(individual case-load)

- Los equipos de ACT siguen un modelo especificado mientras que la Gestión de Casos sigue un marco teórico más amplio e indeterminado.

La práctica del ACT implica la derivación de los pacientes a equipos multidisciplinarios

(psiquiatras, asistentes sociales, enfermeras...) comunitarios. Tal y como ha sido recientemente redefinido "una forma de gestión de casos intensiva que provee de un abordaje clínicamente eficaz para gestionar la asistencia de pacientes con enfermedades mentales severas en la comunidad"

Sus características principales son:

- Los equipos trabajan con case-loads bajos, ven a los pacientes con frecuencia, incluso en su propio domicilio, tienen una actitud asertiva en el tratamiento, y una cobertura de 24 horas

- A diferencia de los sistemas de case management se enfatiza el trabajo en equipo y la relación del paciente con el equipo más que con una persona del mismo

- Trabajan con ratios de personal/paciente bajos (10-15 paciente por persona) e invariablemente tienen una actitud terapéutica y de intervención activa, incluso con pacientes reticentes o no colaboradores. Uno de los objetivos fundamentales es la adherencia a la medicación

Se han evaluado 2647 pacientes sometidos a este sistema de tratamiento, fundamentalmente en USA. Los resultados muestran que mejora el mantenimiento del contacto de los pacientes con el equipo, reduce los ingresos hospitalarios y el tiempo de estancia en el hospital (en un 50%)

Sistemas de Gestión de Casos (Case Management)

En su forma más simple define un sistema de coordinación de servicios e intervenciones en la comunidad (a menudo no sólo sanitarias, sino sociales). Cada paciente es asignado a un gestor (case manager) de quien se espera que se encargue de evaluar las necesidades del usuario, desarrollar un plan de tratamiento,

disponer los medios para una adecuada asistencia, monitorizar la calidad de la asistencia y mantener contacto con el usuario.

Existen diferentes modelos de gestión de casos, de diferente intensidad, aunque todos más individualistas que los sistemas de ACT. Aspiran a mejorar el mantenimiento del contacto del usuario con los servicios, a reducir la frecuencia y duración de las hospitalizaciones (y por ende, los costos), y mejorar la evolución, especialmente en lo que concierne al funcionamiento social y a la calidad de vida.

En países como Alemania y el Reino Unido la *Gestión de Casos* ha sido considerada un elemento indispensable en la asistencia comunitaria de la enfermedad mental severa (en UK es el llamado CPAS, Care Programme Approach).

Se han evaluado 1751 pacientes en ECA que comparan el sistema de gestión de casos con la asistencia estándar. Curiosamente parece incrementar las tasas de reingreso hospitalario y el tiempo de hospitalización, sin evidencia de que mejore el estado mental de los pacientes, su funcionamiento social o su calidad de vida ⁽¹⁵⁾

De la Teoría a la Práctica

El campo de la rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental severa (EMS en adelante) de curso crónico ha experimentado un fuerte impulso en los últimos años.

Dicho campo asume un moderado optimismo en relación con la evolución a largo plazo de los pacientes afectados un reconocimiento de que la EMS es una condición de por vida y de que precisa una atención global y continuada. Sin embargo, y en palabras de Saraceno (Director del Departamento de Salud Mental de la OMS) : "No hay duda de que necesitamos mucho más conocimiento para mejorar la relación coste eficacia de nuestras intervenciones; sin embargo existe una gran brecha entre nuestros conocimientos y las estrategias

efectivas y su implementación real en la práctica a escala suficiente. Debemos admitir que existen algunas barreras para la implementación de actuaciones coste-efectivas".

Lo cierto es que la asistencia real, rutinaria, no aplica de forma adecuada las recomendaciones derivadas de la evidencia disponible en relación con la eficacia de los tratamientos. Las personas implicadas en la asistencia deben preguntarse a sí mismas si están entrenadas para ofrecer las intervenciones que han demostrado eficacia, incluyendo la farmacoterapia, las intervenciones familiares, la gestión de casos, y otros con una creciente base en cuanto a su eficacia, como el entrenamiento en habilidades sociales y la rehabilitación vocacional.⁽¹⁶⁾

En resumen, de la evidencia científica disponible puede deducirse que: ⁽¹⁷⁻²²⁾

- El tratamiento de la esquizofrenia (y por extensión de otros trastornos mentales graves de curso crónico) es algo más que el uso apropiado de fármacos; supone también la oferta de apoyo y soporte continuado, información válida y adecuada, y cuando se estime oportuno, intervenciones y estrategias rehabilitadoras.

- Las intervenciones de tipo psicoeducativo y el entrenamiento en habilidades sociales parecen disminuir el riesgo de recaídas, aunque el mecanismo por el que actúan es incierto.

Las intervenciones familiares (una intervención con componentes que incluyen el apoyo, la información y educación sobre la enfermedad y el manejo, y en algunos casos, las intervenciones terapéuticas -emoción expresada, otros-) disminuyen de forma clara el riesgo de recaída .

- Los datos procedentes de los estudios indican que la terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz para disminuir el índice de recaídas y nuevas hospitalizaciones, y puede también mejorar el estado mental de los pacientes

Los sistemas de gestión de casos tipo ACT

(Assertive Community Treatment) reducen las hospitalizaciones y el tiempo de permanencia total en el hospital en casi un 50%. Parecen particularmente útiles en el caso de pacientes graves, con alta tasa de reingresos, abandonos del tratamiento y descompensaciones severas con alteraciones conductuales importantes.

- Programas integrados que aborden la coexistencia del abuso de sustancias y enfermedad mental severa parecen el método más adecuado de tratar este problema.

- Los programas de alojamiento protegido, flexible para ofrecer diferentes niveles de

supervisión, y los de apoyo a la integración laboral, especialmente los que apoyan empleo normalizado, son eficaces para obtener un funcionamiento normalizado en la comunidad.

- El campo relativo a los tratamientos no farmacológicos de la esquizofrenia está escasamente investigado; hacen falta nuevos ensayos clínicos controlados bien diseñados, que incluyan pacientes representativos de la práctica cotidiana, y que incluyan la medición de resultados significativos, entre ellos los posibles efectos secundarios.



*Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

Bibliografía

- Moncrieff J Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos *British Journal of Psychiatry* (1998), 172,227-231
Cochrane Schizophrenia Group <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csg/>
Pekkalä E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab002831.htm>
Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000088.htm>
Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA. Life skills programmes for chronic mental illnesses (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000381.htm>
K.T. Mueser. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Curr Opin in Psychiatry* 2000; 13: 27-35
Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab003080.htm>
Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000524.htm>
Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000968.htm>
Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001360.htm>
McMonagle T, Sultana A. Token economy for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001473.htm>
Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Ley, A; Jeffery, DP; McLaren, S; Siegfried, N. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000. <http://www.update-software.com/abstracts/ab001088.htm>
Gold Award: A Community Treatment Program. Mendota Mental Health Institute, Madison, Wisconsin; Assertive Community Treatment: 25 Years of Gold. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 755-758
Marshall, M. Lockwood, A. Assertive community treatment form people with severe mental. *The Cochrane Library*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000 <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001089.htm>
Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000050.htm>
Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24: 1-10
Bustillo JR, Lauriello J, Horan W, Keith SJ. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update.. *Am J Psychiatry* 158: 163-175
Thornicroft G, Sussner E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 2-4
NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York. Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Effective Health Care* 2000; 6 En: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc63.htm>
Vallina Fernández O, Lemos Giraldez S. Intervenciones psicológicas eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia. *Psicothema* 2001. Monográfico "Tratamientos Psicológicos Eficaces". <http://www.geocities.com/jotazam/intpsicoovallina.htm>
Fallon IRH and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 615-618
Torrey WC, Drake RE, Dixon L et al. Implementing Evidence-Based Practices for Persons with Severe Mental Illnesses. *Psychiatr Serv* 2001; 52:45-50