

Esquizofrenia: ¿Enfermedad crónica?

II.

Implicaciones prácticas

Serafín Lemos Giráldez

Universidad de Oviedo

Los estudios recientes internacionales sobre la evolución a largo plazo de la Esquizofrenia permiten establecer un pronóstico menos sombrío del que generalmente se atribuye a esta enfermedad. Wing, resumiendo las conclusiones de estas investigaciones, afirma que mientras que un 20 por 100 de los esquizofrénicos puede esperarse que se recuperen, otro 20 por 100 de estos pacientes continúa deteriorándose independientemente del tipo de tratamiento que reciban; el restante 60 por 100 puede sostenerse en un medio comunitario con un programa activo (citado por Platman, 1983). El mantenimiento del esquizofrénico en la comunidad, después de haber sido dado de alta de una institución psiquiátrica, requiere la puesta en práctica de una serie de estrategias terapéuticas destinadas a reducir el riesgo de recaídas. En esta revisión se tratan de analizar determinados principios terapéuticos en consonancia con las características del paciente, particularmente con el deterioro de la actividad cognitiva; con el control de los stressores ambientales, especialmente con la tensión familiar crónica; y con el mantenimiento con neurolépticos, que tengan en cuenta la vulnerabilidad o hiper-

sensibilidad del paciente, la influencia de los stressores del medio, los factores sociales de amortiguación y las capacidades de resistencia al stress existentes en el paciente.

1. LA SIMPLIFICACION ESTIMULAR, PRIMER AGENTE TERAPEUTICO

Cualquiera que sea la causa de la Esquizofrenia, existen dos supuestos básicos fundamentales a tener en cuenta para diseñar un programa de intervención terapéutica. El primero es que los esquizofrénicos parecen tener un «déficit psicológico central» que les dificulta el procesamiento de la información. Este déficit está constantemente presente y no solamente durante el período psicótico y aumenta la vulnerabilidad hacia los estímulos externos o internos (Rabin *et al.*, 1979; Tecce y Cole, 1976; Venables y Wing, 1962; Venables, 1978). El segundo es que algunas familias de esquizofrénicos muestran comportamientos, emociones, estilos afectivos y formas de comunicación, que afectan negativamente a los pacientes, supuestamen-

te vulnerables frente a tal estimulación compleja (Goldstein y Rodnick, 1975; Doane *et al.*, 1981; Singer y Wynne, 1966). Independientemente del hecho de que tales modelos comunicativos y afectivos familiares antecedan a la enfermedad o contribuyan a su etiología, parece lógico pensar que un paciente que muestra dificultades para controlar y procesar los estímulos, se encuentre con problemas a la hora de enfrentarse con estas complicadas y confusas situaciones.

Venables y Wing (1962) postulan que el ambiente social óptimo para el esquizofrénico es aquel que reúne tales características de estructuración y neutralidad estimular, que no conduce al paciente a la necesidad de tener que tomar decisiones complejas. Teniendo en cuenta que la limitada capacidad del esquizofrénico para procesar información compleja es lo que explica la presencia de diversos síntomas, la simplificación de la información que llega al paciente se debe convertir en un principio terapéutico fundamental. Por el contrario, la sobreestimulación psicosocial, los ambientes tensos, complicados, artificiales, contradictorios en las expectativas y comunicaciones implícitas, e intolerantes, acentúan la sintomatología esquizofrénica.

Ciampi (1983) resume estos principios en la *claridad, simplicidad y continuidad* de todas las medidas terapéuticas en la Esquizofrenia, incluyendo la estructura del medio terapéutico y las actitudes de la comunicación hacia los pacientes. Considera necesaria la máxima simplicidad, claridad y coherencia no sólo en las comunicaciones interpersonales (es decir, mensajes relativos a pensamientos y sentimientos, demandas, expectativas, programas, etc.) sino también en todo el medio ambiente terapéutico (hogar, habitación, arquitectura, funcionamiento del sistema social, ambiental y comunicativo). Mientras que la gradual reducción de los estímulos psicosociales constituye el principal principio terapéutico en los estados caracterizados principalmente por síntomas agudos productivos (positivos), los estados caracterizados por síntomas crónicos no producti-

vos (negativos) requieren un incremento cauteloso y gradual de estímulos psicosociales, incluyendo de nuevo las comunicaciones interpersonales de todos los tipos y el establecimiento de un medio ambiente progresivamente más estimulador y más normal. Las unidades asistenciales pequeñas y tranquilas facilitarían la readaptación del enfermo, particularmente la rehabilitación de los pacientes cronificados por largas hospitalizaciones.

La puesta en práctica de estos principios exige también la continuidad del medio en el que el paciente va a ser tratado; continuidad tanto en el Centro en el que es atendido como en el personal que compone el equipo asistencial. La claridad estructural, simplicidad y continuidad del programa terapéutico, en las áreas cognitiva y afectiva, con un ambiente estable que suministre al paciente un apoyo social, constituyen los pilares de un programa rehabilitador. Ciampi, analizando las actitudes del medio, aduce que la presencia de ambientes en los que existe tensión, discontinuidad, rechazo impredecible, frialdad, contradicción, irracionalidad, infantilización y estereotipia, agravan o inducen idénticos fenómenos en el esquizofrénico; en tanto que la calma, simplicidad, confianza, tolerancia, comprensión, apoyo, flexibilidad, reconocimiento de las diferencias de opinión, sentimientos y comportamiento, demandas y prohibiciones inequívocas, claras expectativas implícitas, parecen ser particularmente favorables.

2. COOPERACION E INTERVENCION FAMILIAR

El movimiento de desinstitucionalización que comenzó hace dos décadas ha hecho necesaria una estrecha colaboración entre los terapeutas y los familiares de los enfermos mentales. No parece posible, en consecuencia, el poner en práctica una estrategia comunitaria sin contar con la colaboración de las familias. Para que éstas se conviertan en los principales cuidadores de los enfermos necesitan y desean conocimientos específicos respecto a la en-

fermedad y lo que pueden hacer en relación con ella. La necesidad de esta cooperación nos está introduciendo en una nueva era del tratamiento de la Esquizofrenia, que debe atender a: 1. Suministrar una más amplia información a las familias respecto a la enfermedad. 2. Prestar una mayor atención a las necesidades que la enfermedad crea en las familias. 3. Abandonar actitudes culpabilizadoras hacia los familiares del enfermo. 4. Desarrollar programas terapéuticos orientados hacia una modificación de pautas comportamentales negativas en el ambiente familiar.

Resulta sorprendente comprobar la escasa información que, en general, las familias de los esquizofrénicos tienen respecto a la enfermedad. Creer y Wing (1974), en una revisión de 80 familias de esquizofrénicos, encontraron que virtualmente ninguna había recibido consejo sensato respecto a la naturaleza de la enfermedad, respecto a cómo supervisar la medicación, respecto a la probable evolución y resultado del tratamiento o sobre cómo reaccionar mejor a los problemas de la conducta del enfermo. Holden y Lewine (1979) valoraron la satisfacción familiar con respecto a la asistencia recibida y refieren que las familias afirman que su interrelación con los profesionales les había dejado sentimientos de culpabilización y actitudes defensivas. Otras aducen haber sido dejadas al margen de los planes terapéuticos o haber sido ignoradas por los profesionales. Critican a los profesionales por su incapacidad para comunicarse y suministrar a las familias una información básica sobre la enfermedad mental y su manejo cotidiano. Se sienten poco apoyadas por los profesionales y abandonados tan pronto como los pacientes regresan a la comunidad. A pesar de que la mayoría de las familias (74 por 100) muestran insatisfacción con respecto a los servicios de salud mental, sin embargo, aun insatisfechas, continúan pidiendo ayuda a los profesionales.

La presencia de un esquizofrénico en la familia se convierte con frecuencia en una experiencia muy dura. A la reacción inicial de ansiedad, culpabilidad o descon-

cierto, le siguen muchas veces sentimientos de desesperanza, de sobrecarga y de infelicidad que, a menudo, modifican el comportamiento intrafamiliar, matrimonial y social. En este contexto, parece comprensible que los familiares del enfermo busquen apoyo y ayuda en amistades, otros familiares y en los profesionales. Raymond, Slaby y Lieb (1975) observaron que, para muchas familias, el diagnóstico de una enfermedad mental, particularmente la Esquizofrenia, puede ser tan trágico como el anuncio de una muerte inminente. Experimentan los mismos estadios, para alcanzar un ajuste emocional, que tienen lugar en la adaptación a una muerte: un predecible ciclo de negación, agresividad y duelo. Algunas familias afrontan bien la situación y alcanzan un nuevo nivel de adaptación, otras no consiguen superarlo y se mantienen con cicatrices duraderas. Hatfield (1979), realizando un profundo estudio de 30 familias durante un período de 30 meses, comprobó que aquellas que demostraban mayor capacidad de manejo de la enfermedad eran las que desarrollaban un mayor número de actividades fuera del hogar, disponían de mayores soportes sociales, habían desarrollado actitudes de aceptación y resignación con respecto a la enfermedad a largo plazo y comenzaban a sentirse orgullosas por su capacidad para sobrevivir. Por otra parte, entre las necesidades que las familias refirieron en este estudio se destacan, en orden de mayor a menor importancia: 1. Comprensión de los síntomas (57 por 100). 2. Sugerencias específicas para enfrentarse con el comportamiento del paciente (55 por 100). 3. Contacto con otras familias que están pasando similares experiencias (44 por 100). 4. Posibilidad de disponer de un descanso o tregua a sus cuidados del enfermo (30 por 100). 5. Posibilidad de que el paciente cambie del lugar en donde vive (27 por 100). 6. Mayor comprensión por familiares y amigos (18 por 100). 7. Alivio de la sobrecarga económica (18 por 100). 8. Ayuda terapéutica para ellos mismos (12 por 100). La misma autora (Hatfield, 1984), recogiendo las respuestas de 138 familiares de esquizofré-

nicos, participantes en grupos de autoayuda, a una lista de 21 posibles necesidades u objetivos de la terapia, obtuvo la distribución jerárquica descrita en la Tabla.

TABLA

Respuestas de 138 familias de grupos de auto ayuda a una lista de 21 posibles necesidades u objetivos de la terapia, relacionadas con los motivos por los que solicitan o acuden al servicio (Hatfield, 1984).

Objetivos de la terapia familiar	Frecuencia de elección	
	N	%
Disminución de la ansiedad respecto al paciente	96	70
Aprender a motivar al paciente hacia una mayor actividad	89	64
Comprensión de las verdaderas expectativas	89	64
Asistencia durante períodos de crisis	83	60
Instrucción respecto a la naturaleza de la enfermedad mental .	81	59
Ayuda para la aceptación de la enfermedad	78	57
Localización de recursos para el paciente en la comunidad: alojamiento, tratamiento, ayuda al sustento, etc.	76	55
Comprensión de la medicación y su utilización	76	55
Instrucción respecto a los posibles efectos secundarios de la medicación	74	54
Reducción de fricciones en relación con la conducta del paciente	71	51
Alivio del sentimiento de culpabilidad	66	48
Aprender a responder ante síntomas psiquiátricos como alucinaciones auditivas, lenguaje no social y paranoia	62	45
Ayuda para mantener el orden y control sobre la casa	61	44
Eliminación de discusiones improductivas	60	43
Conseguir el cumplimiento de la medicación	54	39
Aprender a manejar las amenazas de violencia	52	38
Conseguir la aceptación del paciente por el esposo/a	51	37
Conseguir mayor higiene con el paciente	47	34
Obtener tiempo para la propia vida	47	34
Ayuda para controlar el abuso de drogas	42	30
Lograr compartir la responsabilidad con otros familiares	39	28

Platman (1983) revisa varios estudios que exploran las necesidades de las familias de esquizofrénicos y las esquematiza en el siguiente orden de presentación:

1. Inicialmente, las familias desean que sus miembros esquizofrénicos sean curados lo antes posible y que vuelvan al estado de salud anterior. Ello les induce a movilizarse mucho para buscar la curación y se vuelven muy dependientes de los consejos y promesas de los profesionales. Muchas familias resultan aliviadas cuando, al fin, se convencen de que el paciente no puede ser totalmente curado y que el apoyo y la asistencia para prevenir el deterio-

ro o las recaídas son las prioridades principales.

2. Cuando se resignan a aceptar la falta de curación total, generalmente las familias quieren aprender algo sobre la enfermedad y la potencial eficacia de los tratamientos disponibles. Muchas familias se quejan de no recibir una adecuada información y la buscan a través de libros y amistades.

3. También aducen la necesidad de obtener información sobre las técnicas de manejo práctico (por ejemplo: cómo se hace para ingresar al familiar o para acudir a un posible centro intermedio, sin que

ello cause una quiebra para la propia economía familiar).

4. Las familias desean un tratamiento coherente para el enfermo y pueden necesitar un árbitro que negocie entre las diferentes opiniones, sobre todo cuando los profesionales se protegen mutuamente. Por desgracia, los esquizofrénicos cambian frecuentemente de terapeuta o son abandonados por éste; por eso, las familias y los pacientes tienen que vérselas con diversidad de opiniones y enfoques terapéuticos. Algunos profesionales incluyen o excluyen a la familia en el tratamiento del enfermo, lo cual puede conducir a mayores complicaciones.

5. Las familias insisten en que los profesionales compartan la información, sin esconderse detrás de la confidencialidad. Consideran que deberían ser implicados, incluso aunque el paciente sea legalmente mayor de edad, por ser ellos sus principales cuidadores.

6. Otra necesidad es el asegurarse de que el familiar esquizofrénico recibirá tratamiento cuando su comportamiento sea demasiado perturbador como para mantenerle en casa. Esta necesidad requiere el acceso al terapeuta durante las veinticuatro horas del día, la posibilidad de intervención a domicilio y, si es necesario, el traslado rápido al hospital. Muchas familias se han dado cuenta de que los profesionales no siempre están disponibles o no pueden desplazarse para una intervención en crisis cuando es necesario, y de que los derechos civiles del paciente con mucha frecuencia atropellan los derechos de la familia.

7. Las familias se preocupan por las posibles implicaciones peligrosas del matrimonio y descendencia, no sólo para el paciente sino también para ellos mismos. Algunas reciben ayuda en este aspecto y otras evitan el matrimonio o el embarazo por la creencia de que pueda existir una carga genética para la Esquizofrenia.

8. Los padres que desean que su hijo enfermo permanezca en casa, se preocupan de lo que sucederá el día en que ellos envejezcan o se mueran. Muchos creen que la única alternativa es la instituciona-

lización, aunque muestran su incertidumbre respecto a cuándo será el mejor momento para abdicar de la responsabilidad sobre el hijo.

Estos indicadores revelan que, después de los propios enfermos, son los familiares los más afectados por la enfermedad y que sus actitudes van a influir poderosamente sobre los pacientes, para bien o para mal. Las terapias familiares tradicionales que se han basado en teorías relativas a la función familiar como agente etiológico de la Esquizofrenia, impiden el establecimiento de relaciones cooperadoras entre los profesionales y las familias de los esquizofrénicos y añaden culpabilidad a la carga familiar (Benheim, 1982; Beels y McFarlane, 1982). Ser familiar de un esquizofrénico es traumático y a menudo abrumador. Generalmente, la familia culpabilizada tiene un cierto sentimiento de fracaso por «haber producido» un esquizofrénico. Los profesionales, en cambio, muchas veces parecen ignorar este sentimiento y el impacto emocional de recibir la etiqueta de «madre esquizofrenógena». Peor todavía si el diagnóstico de «esquizofrenógena» ha sido utilizado sin la evidencia real de su validez, constituyendo un supuesto incorrecto respecto a una madre angustiada, causado por una apresurada aplicación de la teoría. El concepto del «paciente identificado», que asume que es la totalidad de la familia la que está enferma y que el paciente es simplemente el miembro que ha sido etiquetado de enfermo, añade mayores traumas. Para los padres, ello significa que no sólo han dirigido al hijo hacia la locura sino que toda la familia está loca.

Es preciso tener presente que las familias experimentan un considerable stress antes de dirigirse a un centro o a un profesional de la salud mental en busca de ayuda. En estas circunstancias, es probable que el paciente haya alcanzado graves trastornos en su comportamiento y no es extraño que la familia quiera librarse del enfermo o ingresarlo en el hospital. Si el personal psiquiátrico añade actitudes culpabilizadoras, se hace más duro para la familia la aceptación del paciente después

del alta y con estas actitudes se les deja de suministrar importante información. Para conseguir que las familias cambien de actitud hacia los pacientes es preciso utilizar con ellas las mismas técnicas empleadas para ayudar a los enfermos: crear confianza, apoyo y empatía; construir relaciones no amenazadoras; crear una alianza terapéutica (Appleton, 1974; Lam, 1983). La dificultad que experimentan las familias de los esquizofrénicos para afrontar estos problemas y actitudes les ha conducido a organizarse en grupos de auto-ayuda y defensa (Lamb y Oliphant, 1978; Hatfield, 1981).

Las familias, al igual que sucede con la Esquizofrenia, son heterogéneas en varios ejes, especialmente en lo que concierne al grado de disfunción primaria *versus* secundaria que manifiesten, a las principales dimensiones de Expresión Emocional (*expressed emotion*) (EE), desviación de la comunicación, sentimientos de estigma, sobrecarga y aislamiento social, a las habilidades que muestran respecto a su estado y al grado de dependencia que muestren en relación con la discapacidad del paciente. La heterogeneidad de las características familiares exige también diversidad de abordajes terapéuticos, cuya elección va a depender de la fase en que se encuentre la enfermedad, el ciclo de la vida familiar y los factores específicos del enfermo. La intervención terapéutica con la familia debe considerar, en cualquier caso e independientemente de cualesquiera que fueren los agentes etiológicos de la enfermedad, que existe una relación circular «*ad infinitum*» entre la familia y la enfermedad; de tal modo que la familia afecta a la enfermedad y ésta, a su vez, afecta a la familia antes y después de su comienzo. Cada uno de los procedimientos terapéuticos posee su propia consistencia interna y se puede acomodar a las familias que reúnen determinados criterios. McFarlane y Beels (1983) ofrecen un modelo de decisión en 5 fases para seleccionar el tipo de intervención familiar, en función de las características de la propia familia y de la fase de evolución de la enfermedad, desde una sencilla terapia educativa, cuando

existe una buena actitud de cooperación familiar y un pronóstico favorable, hasta una terapia sistémica, cuando han fracasado otros intentos en la intervención familiar o manifiestan las actitudes del «conjunto de la triple D»: *desafío* hacia los terapeutas o hacia el contenido de sus sugerencias, *determinación* de mantener sus pautas de interacción previas y el rol del paciente en la estructura familiar y *deterioro* en el aspecto clínico. Aun así, parece evidente la no existencia de panaceas terapéuticas entre las diversas intervenciones familiares en relación con la Esquizofrenia (Leff, 1979).

Es posible establecer una categorización de las diversas terapias familiares dentro de tres niveles: *simbólico*, *icónico* y *representativo* (Brunner, 1966). El *nivel simbólico* corresponde a un modo de instrucción en el que la información es impartida a los sujetos mediante instrucción verbal, discusión, persuasión, material escrito, etc., en donde toda referencia a un cambio o comportamiento concreto es puramente simbólico. El *nivel icónico* se refiere al modo de instrucción en el que el cambio deseado es mostrado al sujeto; por ejemplo, observando la actuación «in vivo», mediante role-playing, vídeo, película, etc. El *nivel representativo* describe situaciones en las que la instrucción tiene lugar a través de la participación o actuación; por ejemplo, ensayo o entrenamiento conductual, participación activa en role-playing.

De acuerdo con los hallazgos experimentales (Bandura, 1977), es más probable que las intervenciones que se basan en una intrucción al nivel representativo produzcan mayores cambios en el ambiente familiar, en comparación con las intervenciones que solamente se apoyan en un nivel simbólico o en el aprendizaje vicario. Tomando, por ejemplo, el método conductual de «solución de problemas» (Spivack, Platt y Shure, 1976), el procedimiento representativo podría consistir en la identificación del problema, formulación de soluciones alternativas, selección de una solución apropiada y ensayo conductual de las estrategias apropiadas para dicha solución.

Cuando un paciente manifiesta un episodio psicótico agudo, generalmente las familias experimentan los anteriormente mencionados estados emocionales de matiz negativo: ansiedad, culpabilidad, agresividad, depresión, etc. Estas emociones se incrementan cuando la familia se da cuenta de que es incapaz de encontrar una solución para ayudar al enfermo. Se plantea la hipótesis de que las familias de los esquizofrénicos responden a las crisis mediante una de las dos formas que Brown, Birley y Wing (1972) han descrito como componentes de la EE: mostrando una actitud de sobreimplicación emocional, tratando de observar constantemente al paciente y protegiéndole contra sí mismo y contra el ambiente, o bien mostrando actitudes críticas, de frustración, agresividad, rechazo y desentendimiento tanto del enfermo como de los sistemas de tratamiento. Ambas formas de respuesta emocional parecen acentuar la incapacidad de la familia para enfrentarse a las conductas del paciente y constituyen un problema en relación con su vulnerabilidad frente al stress. De hecho, se comprueba que estas actitudes afectan al curso de la enfermedad. En las familias que manifiestan actitudes de sobreimplicación emocional y crítica se alcanzan tasas de recaída en sus miembros esquizofrénicos por encima del 50 por 100, en un período de seguimiento de nueve meses después del alta, comparativamente con las tasas de recaída del 13 por 100 entre pacientes que viven con familias de baja EE (Brown *et al.*, 1962; Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976). En resumen, ambos factores, la vulnerabilidad del paciente frente a los estímulos stressantes que da lugar a los síntomas psicóticos, y la EE familiar que, a su vez, genera mayor stress en el enfermo, interactúan en una espiral creciente.

En la presente década se vienen aplicando diversos programas de intervención psicosocial, destinados principalmente a la reducción de la EE en el entorno familiar del esquizofrénico y basados en el modelo representativo. Las aportaciones más significativas se han hecho desde Inglaterra y USA.

Leff *et al.*, (1982) han diseñado un tipo de intervención, en el área de Londres, con 24 familias de esquizofrénicos asignados al azar la mitad al grupo control, al cual se le prestó atención ambulatoria rutinaria, y otra mitad al grupo experimental, que fue objeto de la intervención. Todos los pacientes, de edades comprendidas entre los dieciséis y sesenta y cinco años, recibieron medicación neuroléptica retard y fueron considerados de alto riesgo de recaídas, por cuanto convivían con familiares de elevada EE y de frecuente contacto cara a cara. El programa terapéutico incluyó tres partes:

1. Una fase educativa, impartida en cuatro sesiones en el domicilio familiar, sobre aspectos relativos a la etiología, al diagnóstico, a la sintomatología, a la evolución y a las posibilidades de tratamiento de la Esquizofrenia.
2. Una terapia grupal con familias, de frecuencia semanal, en la que se discutían los problemas de convivencia con los pacientes y se pretendía una disminución del sentimiento de aislamiento existente en algunas familias, mediante el intercambio mutuo. La intención era la de utilizar el grupo como un medio para modificar las actitudes que muestran las familias de alta EE e implantar actitudes propias de familias de baja EE.
3. Sesiones familiares para todos sus componentes adultos, incluidos los pacientes, de una hora de duración, para abordar los problemas más específicos y personales, con un enfoque pragmático destinado a reducir tanto la EE como el contacto cara a cara. La frecuencia de las reuniones fue variable, con un media de 5,6. Las tasas de recaídas en un período de seguimiento de nueve meses fueron del 50 por 100 en el grupo control frente al 9 por 100 en el grupo experimental. Los objetivos terapéuticos de la intervención: modificación de actitudes de sobreimplicación emocional y reducción del tiempo de contacto, fueron alcanzados en el 73 por 100 de las familias del grupo experimental, entre las que no se produjo ninguna recaída. Los resultados son interpretados por los autores como una demostración de la relación causal existente entre la EE familiar y las re-

caídas en la Esquizofrenia, así como de la eficacia terapéutica de la intervención psicofarmacológica combinada con el tratamiento farmacológico.

Anderson, Hogarty y Reiss (1980) han realizado una investigación sobre la influencia de diversas intervenciones terapéuticas en 31 esquizofrénicos, con una media de 8,6 años de evolución de la enfermedad, que convivían con familiares de alta EE. La muestra fue distribuida en cuatro grupos al azar que, a su vez, fueron objeto de diferentes modalidades terapéuticas: 1. Terapia familiar y medicación neuroléptica. 2. Entrenamiento en habilidades sociales y medicación neuroléptica. 3. Terapia familiar, entrenamiento en habilidades sociales y medicación neuroléptica. 4. Solamente medicación neuroléptica. Con objeto de diseñar la intervención familiar, los autores se basaron en trabajos anteriores relativos a los problemas que surgen en la interacción de las familias con un miembro esquizofrénico (Kreisman y Joy, 1974; Beels, 1975; Mosher y Kleith, 1979) y elaboraron un «modelo psicoeducativo» consistente en un programa bien estructurado de tipo pedagógico a desarrollar en cuatro fases en reuniones con la familia afectada, con o sin la presencia del paciente, o en terapias grupales para familias. Los objetivos fijados fueron: 1. Mejorar la comprensión y la tolerancia de la enfermedad a través de una información detallada. 2. Reducir la sobreestimulación del paciente y el stress de la familia mediante la estructuración de un ambiente de apoyo previsible y de límites claros. 3. Incrementar las relaciones sociales, extrafamiliares, de los miembros de la familia. 4. Incrementar la movilización del potencial de la familia para afrontar los conflictos a largo plazo y las pautas de conducta disfuncionales desde una perspectiva transgeneracional, mediante una terapia individualizada con cada familia, incluyendo al paciente una vez remitido de los síntomas agudos.

Después de un seguimiento de dos años y medio, las tasas de recaídas fueron del 48 por 100 para los pacientes exclusivamente tratados con neurolépticos; 16 por

100 para el conjunto de los dos grupos de terapia familiar (con y sin entrenamiento social); y 0 por 100 para el grupo de pacientes que fue objeto de terapia familiar combinada con entrenamiento en habilidades sociales y medicación neuroléptica.

La terapia psicoeducativa de Anderson, detallada con mayor precisión (Anderson, 1983), consta de cuatro fases que transcurren con cierto solapamiento temporal:

1. «*Contacto con la familia*»: Establecimiento de una cooperación con la familia, elicitación de sus reacciones frente a la enfermedad, de anteriores intentos de enfrentarse a ella y de sus percepciones respecto a sus actuales necesidades y problemas. Una vez que se establece la relación de la familia con el terapeuta, éste se constituye en su «ombudsman» o representante para su relación con el medio hospitalario. Este mantiene a la familia informada respecto a las decisiones tomadas en el equipo asistencial, asegura que sean tomados en consideración los puntos de vista y necesidades de la familia en el plan terapéutico y proporciona a la familia una ayuda concreta y estructurada para hacer frente a la enfermedad y la hospitalización. Una vez producido el alta, el programa continúa durante uno o dos años, estableciendo una especie de contrato terapéutico en el que se especifican someramente los objetivos, duración, contenido, reglas y métodos del programa de intervención familiar.

2. «*Taller de Habilidades de Supervivencia*». Considerando que la ansiedad es mayor frente a los temas desconocidos, el taller proporciona a la familia la máxima información posible con respecto a la naturaleza de la Esquizofrenia. El taller se lleva a cabo en reuniones grupales cuya función es el permitirles superar el aislamiento social y el desestabilizarles respecto a la enfermedad mental. El taller de trabajo trata de suministrar a las familias información respecto a la propia enfermedad (fenomenología, comienzo, tratamiento, curso y evolución, riesgos de recaída con y sin medicación, efectos secundarios de los neurolépticos, distinguiendo

siempre entre lo que son hechos comprobados y teorías u opiniones respecto a cada tema) e información respecto al manejo de la enfermedad (comenzando por una discusión sobre las formas de abordaje previo que no han funcionado, se les ayuda a crear barreras a la sobreestimulación del paciente estableciendo límites; prestando especial atención a la necesidad que el paciente tiene de un ambiente estructurado; modificando expectativas y clarificando la comunicación; modificando reacciones instintivas emocionales en situaciones de crisis; fijando estrategias de actuación frente a conductas distorsionadas del enfermo; animando a las familias a que eviten centrar sus vidas en torno al enfermo y desarrollando una mayor actividad social, laboral y recreativa).

3. «Puesta en práctica de los temas del Taller». Se llevan a cabo sesiones estructuradas con familias individualizadas tan pronto como el episodio agudo de la enfermedad se ha superado y el paciente abandonó el hospital. Con una frecuencia de una sesión cada dos-tres semanas, se abordan los temas tratados en el taller de grupo y se tratan de reforzar específicamente las fronteras de la familia así como una gradual recuperación de responsabilidades por el paciente. Se acentúan tres clases de fronteras: las fronteras interpersonales entre los miembros de la familia, las fronteras generacionales entre padres e hijos y las fronteras familiares con respecto al sistema de apoyo social comunitario. Los dos primeros tipos de fronteras son reforzados animando a las familias a establecer expectativas claras, reglas razonables y procesos de fijación de límites efectivos. El tercer tipo de fronteras se debilita, acentuando la necesidad que la familia tiene de desarrollar un sistema de apoyo social ajeno a la familia nuclear. Progresivamente, se anima al enfermo a asumir mayores responsabilidades en relación con el trabajo, el funcionamiento social y tareas domésticas, incrementando gradualmente las expectativas de la familia en relación con el enfermo, si bien, como el proceso puede ser lento, es preciso suministrar apoyo a los familiares para que se-

pan tolerar la inactividad, amotivación, apatía y excesiva somnolencia.

4. «Tratamiento continuado o desligamiento». Una vez alcanzados los objetivos de un más eficaz funcionamiento, lo cual depende de diversos factores como las capacidades del paciente, la duración de la enfermedad o el nivel de tolerancia de la familia, se le ofrece a cada familia la posibilidad o bien de llevar a cabo un tratamiento tradicional para resolver conflictos a largo plazo o temas no resueltos (duelo por pasadas pérdidas, problemas originados por procesos de emancipación, cuestiones matrimoniales, etc.), o bien mantener una sesión periódica de apoyo, de frecuencia gradualmente decreciente.

Reuniones grupales de carácter informativo con pacientes esquizofrénicos, han sido llevadas a cabo por Pilsceker (1981). El objetivo de las sesiones era el suscitar una discusión, mediante un formato de clase y libre participación en preguntas y respuestas, sobre la naturaleza de la Esquizofrenia, métodos de diagnóstico, teorías etiológicas y algunos tratamientos (especialmente psicoterapia y farmacoterapia y efectos secundarios), haciendo énfasis en la individualidad de la enfermedad de cada persona y en la falta de respuesta definitiva a muchas preguntas. La conclusión exhortativa es que los terapeutas pueden ayudar a los pacientes cuando se les mantiene completamente informados y de que mucho de lo que le sucede al enfermo depende de él mismo. La utilidad de este planteamiento psicoeducativo ha sido valorado muy positivamente por la generalidad de los pacientes, manifestando la inmensa mayoría (97 por 100) haber aprendido algo nuevo respecto a la enfermedad.

Otros programas de intervención psicosocial en USA fueron aplicados por Falloon *et al.* (1981); Liberman *et al.* (1981); McGill *et al.* (1983) y Falloon y Liberman (1983). Las tasas de recaída, comparando estos modelos de intervención con familias de alta EE respecto a otros tratamientos de terapia individual, farmacoterapia y terapia de apoyo, mostraron un descenso desde el 34-56 por 100 al 7-21 por 100 en-

tre los grupos tratados con intervención familiar.

3. TERAPEUTICA FARMACOLOGICA Y FACTORES PSICOSOCIALES

La reducción de la vulnerabilidad del esquizofrénico frente a stressores ambientales requiere un programa de mantenimiento farmacoterapéutico, considerado como un aspecto primordial para el abordaje comunitario de la Esquizofrenia y para prevenir recaídas. Davis, Gosenfeld y Tsai (1976) revisaron 25 estudios controlados que esencialmente todos demuestran la utilidad de cualquier medicación antipsicótica para prevenir recaídas. Un total de 377, de entre 1.884 pacientes a tratamiento neuroléptico (20 por 100), recayeron en comparación con 705 de entre 1.346 pacientes con tratamiento placebo (52 por 100). La medicación psicotrópica parece disminuir la vulnerabilidad del paciente al stress y, de este modo, la probabilidad de recaídas. Por lo general, los medicamentos psicotrópicos son eficaces en el tratamiento de los llamados síntomas positivos de la Esquizofrenia, como los delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento, desorganización o agitación; pero no son particularmente útiles para los síntomas defectuales negativos, como la apatía, aislamiento o afectividad aplanada. De este modo, la medicación puede ayudar a evitar un episodio agudo o a disminuir la duración y gravedad de los episodios agudos que tienen lugar.

Diversos estudios, sin embargo, han indicado que la terapia farmacológica no es suficiente, por sí sola, para maximizar el funcionamiento de los esquizofrénicos o su capacidad para afrontar los stressores ambientales. La intervención psicosocial a nivel de tratamiento individual, la terapia grupal, tratamiento de día y apoyos comunitarios han mostrado incrementar el funcionamiento social y reducir las tasas de hospitalización (Golberg, Schooler y Hogarty, 1977; Test y Stein, 1980). Por otra parte, la experiencia clínica permite reco-

nocer que algunos pacientes, habiendo abandonado la medicación durante largos períodos de tiempo, no han mostrado recaídas sintomáticas e incluso se han sentido mejor. Hogarty, Golberg y Schooler (1974) y Herz, Szymanski y Simon (1982) han mostrado que cuando los esquizofrénicos ambulatorios dejan la medicación, la mayoría no muestran signos inmediatos de recaídas ni diferencias en la sintomatología o en el desempeño de su rol. De hecho, algunos pacientes muestran un aumento de energía y de motivación. En estos pacientes, la medicación es profiláctica, del mismo modo que la penicilina lo es en la prevención de la fiebre reumática, en opinión de los autores.

Estos hechos parecen demostrar que la medicación ejerce una función protectora en la Esquizofrenia, disminuyendo la vulnerabilidad frente al stress, pero que debe ser suministrada al amparo de otras intervenciones terapéuticas psicosociales y analizando los posibles stressores del medio: sucesos vitales y tensión familiar crónica (Leff, Kuipers, Berkowitz, *et al.*, 1983). Brown, Birley y Wing (1972) constatan que el tomar la medicación regularmente, el evitar el contacto cara a cara con los familiares de alta EE y el mostrar una actitud de rechazo al ingreso por el paciente, son aspectos de buen pronóstico. Los pacientes que presentaban las tres características no ingresaron durante el seguimiento de nueve meses; de los que presentaban dos de estas características ingresaron en un 23 por 100 y los que sólo presentaba una, ingresaron el 46 por 100.

A tenor de los hallazgos experimentales, se puede predecir que las dosis de medicación podrían ser menores en pacientes ubicados en ambientes psicosociales benignos que en los que se supone que existe mayor grado de tensión y conflictividad. El grado de vulnerabilidad o susceptibilidad para manifestar síntomas psicóticos también debería ser objeto de observación y ensayo (Hogarty, 1981).

La modificación de las circunstancias ambientales concurrentes al episodio psicótico; la variación de la propia vulnerabilidad, que está en función de determi-

nantes biológicos inestables, y la presencia de efectos secundarios de la medicación, como la Discinesia Tardía, cuya prevalencia en pacientes con neurolépticos a largo plazo se estima entre el 0,5 y el 40 por 100 (Crane, 1973), aconsejan evaluar cada paciente en previsión de un apropiado ajuste en la farmacoterapia o incluso en una eventual retirada de los tratamientos. Gardos y Cole (1976) postulan que todo paciente crónico ambulatorio, mantenido con medicación antipsicótica, debería beneficiarse de un ensayo adecuado sin fármacos. Consideran, como directrices, que cuando la historia de medicación del paciente revela que la suspensión del tratamiento o reducción del mismo en el pasado fue seguida de recaída clínica, es más seguro asumir que dicho paciente ya ha sido probado sin medicación con resultados negativos y que cualquier nuevo intento de suspender la medicación es probable que fracase. La retirada de la medicación antipsicótica debería implementarse de acuerdo con determinados principios prácticos que los autores refieren. Es importante, sin embargo, tener en cuenta que, según la revisión de los estudios sobre la suspensión de fármacos en esquizofrénicos ambulatorios realizada por Gardos y Cole, tal vez hasta un 50 por 100 de estos pacientes puede no empeorar si se eliminan sus tratamientos. No obstante, parece obvia la necesidad de valorar, en la suspensión del tratamiento, el impacto clínico de la recaída. En especial, deberían tomarse en cuenta conductas suicidas, autodestructivas o violentas, así como las consecuencias materiales y psicosociales de la recaída, dado que la descompensación psicótica en un paciente que sea cabeza de familia puede producir consecuencias psicológicas y económicas en toda la familia, mientras que un cambio adverso en un paciente crónico hospitalizado puede resultar mucho menos distorsionador.

Similares estrategias terapéuticas de reducción o suspensión de la medicación han sido puestas en práctica por diversos autores, con resultados prometedores (Herz, Szymanski y Simon, 1982) pero siempre poniendo en práctica otros pro-

gramas de intervención psicosocial, como sesiones de terapia grupal tanto con los pacientes como con los familiares y una educación específica a las familias respecto al rol de la medicación y los signos de la fase prodrómica. La presencia de síntomas prodrómicos, detectados por la familia, constituye un criterio para volver a la farmacoterapia hasta su restablecimiento. La presencia de una desorganización social precede durante bastante tiempo al desarrollo de la sintomatología clínica (Serban, 1975) y, de hecho, el episodio psicótico agudo acostumbra a ir precedido de una fase prodrómica observable, de gran importancia para una rápida intervención terapéutica.

La educación de las familias que conviven con un miembro esquizofrénico constituye un pilar básico, ya mencionado, para evitar recaídas y reducir las tasas de hospitalización. Docherty *et al.* (1978), en una revisión de numerosas investigaciones sobre el período prodrómico, han descrito los procesos de descompensa-psicótica que, a modo de «retrato robot», comprendería los siguientes estadios:

1. *Equilibrio.* Durante este estadio, la persona se muestra bien adaptada a su medio social y ambiental. Experimenta un sentimiento de control y tiene un sentido positivo del futuro. La ansiedad es mínima; la capacidad para adaptar todos sus recursos es suficiente, en función de las demandas situacionales del momento.

2. *Sobreestimulación.* Durante esta fase comienza a experimentar la sensación de estar abrumado, que parece depender o bien de demandas externas o bien de conflictos no resueltos. Es necesario un mayor esfuerzo mental. La persona siente como que «tiene que ir cada vez más deprisa para mantenerse en pie». Desde el punto de vista sintomático, este período se caracteriza por una sobreestimulación, ansiedad persistente, irritabilidad, parapraxias, descenso de la eficacia ejecutiva y distractibilidad.

3. *Restricción de la conciencia.* Durante este estadio aparecen diversidad de fenómenos mentales que parecen limitar el alcance del pensamiento. Aletargamiento,

apatía e indiferencia, suelen estar típicamente presentes. Hay aislamiento social y disminución de movimientos. Aparecen o empeoran síntomas obsesivos o fóbicos y frecuentemente tienen lugar somatizaciones. La persona expresa sentimientos de desesperanza, insatisfacción, soledad y dependencia.

4. *Desinhibición*. Aparece en esta fase una relativamente incontrolada expresión de impulsos. Este estadio puede tener cierta semejanza con la hipomanía. Por ejemplo, puede aparecer promiscuidad sexual, ataques de agresividad y despilfarro del gasto. A veces surgen fenómenos disociales y conductas de riesgo indeterminado. La persona puede experimentar una elevación del humor. Pueden aparecer ideas de referencia y el material previamente reprimido comienza a aparecer en su conciencia.

5. *Desorganización psicótica*. Este estadio parece constar de tres subfases:

I. *Desestructuración del mundo externo*: Creciente desorganización perceptiva y cognitiva. La persona comienza a encontrar dificultad para mantener las adecuadas relaciones figura-fondo. A medida que el proceso avanza, sólo percibe partes y lo percibido tiene que ser ensamblado mediante un esfuerzo consciente. Se vuelve difícil encontrar la palabra adecuada y el lenguaje de los demás parece fragmentado e incomprensible. Prevalen ideas de referencia.

II. *Desestructuración del yo*: La persona pierde el sentido de su propia identidad. Desaparece por completo un sentido de unidad. Su forma de actuar puede cambiar absolutamente de minuto a minuto, a medida que trata de asumir su propia identidad. Imágenes sexuales primitivas o agresivas pueden irrumpir libremente en su conciencia. Están presentes extrema ansiedad y estados afectivos de pánico y horror, así como fenómenos alucinatorios.

III. *Fragmentación total*: La persona experimenta una completa pérdida del yo y del control. Aparecen fenómenos de catatonía.

6. *Resolución psicótica*. Este período está marcado por un descenso de la ansiedad e incremento de la organización, aunque una organización psicótica. Las formas típicas que adoptan esta resolución incluyen el desarrollo de un sistema organizativo delirante (tipo paranoide) o la negación masiva de todo estado afectivo desagradable y responsabilidad (forma hebefrénica).

Los términos «agudo» y «crónico» se utilizan para definir una variable temporal o la duración de la enfermedad. De acuerdo con Docherty *et al.*, los estadios 5 y 6 pueden ser agudos o crónicos. Sin embargo, en la práctica, se utiliza el concepto de «agudo» para designar el estadio de Desorganización Psicótica y el de «crónico» para designar la Resolución Psicótica.

Herz y Melville (1980) y Herz (1984) han realizado estudios relativos a la detección de signos tempranos de recaídas psicóticas mediante entrevistas estructuradas con esquizofrénicos y familiares en las que observaron que tanto los pacientes como sus familias eran conscientes del período prodrómico durante el cual experimentaban síntomas del tipo de dificultades para dormir, trastornos en la concentración, pérdida de apetito y sentimientos de depresión. Estos hallazgos confirman los resultados de Docherty *et al.* (1978).

4. APRENDIZAJE Y SOPORTE SOCIAL

La utilidad de las redes de interacción social, que proporcionan una función rehabilitadora en los psicóticos (Beels, 1981) y el entrenamiento en habilidades sociales (Finch y Wallace, 1977; Liberman, 1982; Malm, 1982; Brown y Munford, 1983; Spencer, Gillespie y Ekisa, 1983; Brady, 1984), son agentes terapéuticos indiscutibles que pueden disminuir la vulnerabilidad frente al stress. El rol de las relaciones sociales en el proceso de recuperación de episodios psicóticos ha sido analizado por Breier y Strauss (1984), quienes encuentran, a través de datos obtenidos mediante una entrevista semiestructurada a

los pacientes durante el seguimiento, la existencia de una influencia específica de las relaciones con amigos y familiares sobre los síntomas, la autoestima, la superación del estigma social y el comportamiento general de los pacientes. Durante la convalecencia, una vez superada la experiencia del episodio psicótico, las funciones de la relación social que los pacientes describen como más útiles son las de *Ventilación* (simplemente hablar y expresar las emociones como medio de reducir la ansiedad y hacer a los pacientes «sentirse mejor»); *Comprobación de la realidad* (como medio para distinguir y mantener claramente los límites entre la realidad y las distorsiones psicóticas, trastornos perceptivos o delirios, mediante el «feedback» de los demás); *Aprobación e integración social* (que permite al paciente reasegurarse al observar que es aceptado, reforzando su sentimiento de pertenencia a un grupo social); *Apoyo material* (ayuda económica, alojamiento, transporte); *Solución de problemas* (discusión sobre sus problemas y obtención de «feedback» específico para organizar sus vidas y planificar su futuro) y *Constancia* (en cuanto que la asociación con los amigos anteriores le permite encontrar sus raíces o la identidad prehospitalaria). Después del alta, los pacientes parecen identificarse como «ex enfermos mentales» en vez de como miembros independientes de la comunidad; de ahí que tiendan a mantener relaciones con personas conectadas al hospital (pacientes o staff) en vez de aventurarse a salir a ambientes sociales desconocidos. El carácter de las relaciones en este período tiende a ser unidireccional o dependiente, en cuanto que demandan mucho y ofrecen poco. Más adelante, durante una fase de reconstrucción, superado el episodio psicótico y una vez que el paciente obtiene cierta confianza y fortaleza, se considera cada vez menos «ex enfermo mental» y más como miembro de la sociedad. Ello requiere cultivar nuevas relaciones sociales sin centrarse tanto en el hospital o en las relaciones familiares. Durante esta fase, las principales funciones de la relación social aducen ser la *Motivación* (ánimo e interés en al-

canzar más altos niveles de funcionamiento ocupacional y social); *Relación recíproca* (el convertirse en un colega igual, que le proporciona al paciente un sentimiento de valoración y autoestima) y *Monitorización de síntomas* (alerta de los demás frente a los síntomas como un importante medio para poder controlar sus trastornos y prevenir la total descompensación). Otras funciones de la relación social, también descritas por los pacientes durante la rehabilitación, han sido la *Comprensión empática* (el sentirse comprendidos, en cuanto que les proporciona un sentimiento de alivio y de plena aceptación); *Modelado* (observación del comportamiento de los otros, incorporando ciertas pautas a su conducta para mejorar su funcionamiento social) y *Autocomprensión* (mayor «insight»).

La connotación social negativa del enfermo mental requiere una educación comunitaria respecto a la eventual cronicidad y peligrosidad del enfermo; pero, sobre todo, la superación del sentimiento de estigmatización social que el esquizofrénico manifiesta una vez superado el episodio agudo (Armstrong, 1980; Greenley, 1984).

5. CONCLUSIONES

La gravedad de los síntomas esquizofrénicos y la duración de los mismos parecen depender de determinadas características de vulnerabilidad personal que conceden al enfermo un «déficit psicológico central» y que dificulta el procesamiento de la información, así como de la influencia de stressores psicosociales del medio ambiente, susceptibles de actuar como «disparadores» de recaídas sintomáticas, bajo la influencia moderadora de factores de amortiguación: soporte social percibido por el paciente, habilidades sociales y diversidad de capacidades personales de enfrentamiento al stress.

Las estrategias terapéuticas de intervención deben tomar en consideración la necesidad de imponer la máxima simplicidad, claridad y coherencia, tanto en la es-

estructura del medio terapéutico como en las comunicaciones interpersonales, especialmente durante los episodios agudos de la enfermedad. Por otra parte, cada vez se hace más evidente que el éxito del movimiento de la salud mental comunitaria depende de la capacidad de las familias para soportar gran parte de la carga asistencial, sobre todo si se tiene en cuenta que un buen número de pacientes acostumbra a ser dado de alta sin haberse recuperado totalmente. Es posible que las familias no sean capaces de soportar la carga y los sentimientos de culpabilidad y estigmatización, si los profesionales no tienen en cuenta sus propias necesidades y no estimulan actitudes cooperadoras formando una alianza terapéutica. La orientación comunitaria requiere, además, proporcionar mayor instrucción respecto a los esenciales principios terapéuticos, al rol de la me-

dicación y a la forma de mejor adaptarse a las conductas perturbadas del enfermo.

La modificación de la vulnerabilidad del paciente frente al stress, mediante la terapia farmacológica, exige la consideración de las circunstancias psicosociales específicas del enfermo y la puesta en práctica de otras modalidades de tratamiento individual y grupal, en evitación de efectos secundarios no deseables. Especial importancia puede tener la instrucción familiar en orden a desarrollar su capacidad para hacer una detección sintomática precoz, durante la fase prodrómica.

Programas de educación comunitaria, dirigidos a la población general, destinados a lograr mejor acogida e inserción social del esquizofrénico, así como el entrenamiento en habilidades sociales del enfermo, son aspectos a tener en cuenta.

Resumen

Se revisan las intervenciones terapéuticas en la Esquizofrenia, considerándola como una afección en la que diversidad de componentes congénitos y adquiridos conducen a una personalidad premórbida vulnerable, con una estructura poco clara de sistemas internalizados de referencia y enfrentamiento, con mecanismos distorsionados de procesamiento de la información y con una aumentada tendencia a las reacciones psicóticas frente al stress. Se considera esencial suministrar la mayor claridad, simplicidad y continuidad en todas las medidas terapéuticas con el paciente; crear una actitud cooperadora y no culpabilizadora con las familias, como principales cuidadores del esquizofrénico, y reducir la vulnerabilidad del paciente mediante la medicación psicotrópica, el aprendizaje social y el soporte social.

Summary

A revision is made of therapeutic interventions in Schizophrenia, understood as an affliction in which manifold congenital and acquired components lead to vulnerable premorbid personality with an unclear structure of the internalized reference and coping systems, with disturbed information processing mechanisms and an increased tendency to psychotic reactions to stress. It is considered essential to provide a maximum of clarity, simplicity and continuity in all therapeutic measures with patient; to create cooperative and nonblaming attitudes with families, as main caregivers of the schizophrenic patient, and to reduce patient's vulnerability by means of psychotropic medication, social skills training and social support.

REFERENCIAS

- ANDERSON, C. M.: «Psychoeducational program for families of patients with Schizophrenia». En W. R. McFarlane (Ed.). *Family Therapy in Schizophrenia*, Guilford Press, New York/London, 1983.
- ANDERSON, C. M.; HOGARTY, G. E., y REISS, D. J.: «Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach». *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505, 1980.

- APPLETON, S. W.: «Mistreatment of patients' families by psychiatrists». *American Journal of Psychiatry*, 131, 655-657, 1974.
- ARMSTRON, B.: «Stigma: Its impact on the mentally ill». *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 342-346, 1980.
- BANDURA, A.: *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, N. J. Engelwood Cliffs, 1977.
- BELLS, C. C.: «Family and social management of Schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 1(13), 97-118, 1975.
- BELLS, C. C.: «Social networks and the treatment of Schizophrenia». *International Journal of Family Therapy*, 3, 310-315, 1981.
- BELLS, C. C., y MCFARLANE, W. R.: «Family treatments of Schizophrenia»: Background and state of the art». *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 541-550, 1982.
- Therapy, 3, 310-315, 1981.
- BERNHHEIM, K. F.: «Supportive family counseling». *Schizophrenia Bulletin*, 8, 634-640, 1982.
- BRADY, J. P.: «Social skills training for psychiatric patients. I.: Clinical outcome studies». *American Journal of Psychiatry*, 141, 491-498, 1984.
- BREIER, A., y STRAUSS, J. S.: «The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders». *American Journal of Psychiatry*, 141, 949-955, 1984.
- BROWN, G. W.; MONCK, E. M.; CARSTAIRS, G. M., et al.: «The influence of family life on the course of schizophrenic illness». *British Journal of Preventative Social Medicine*, 16, 55-68, 1962.
- BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L., y WING, J. K.: «Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication». *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258, 1972.
- BROW, M. A., y MUNFORD, A. M.: «Life skills training for chronic schizophrenics». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 466-470, 1983.
- BRUNER, J. S.: *Toward a theory of instruction*, W. W. Norton, New York, 1966.
- CIOMPI, L.: «How to improve the treatment of schizophrenics: A multicausal illness concept and its therapeutic consequences». En H. Stierlin, L. C. Wynne y M. Wirschi (Eds.). *Psychosocial intervention in Schizophrenia*. Springer-Verlag, Berlin/New York, 1983.
- CRANE, G. E.: «Persistent dyskinesia». *British Journal of Psychiatry*, 122, 395-405, 1973.
- CREER, C., y WING, J. K.: *Schizophrenia at home*, National Schizophrenia Fellowship, London, 1974.
- DAVIS, J. M.; GOSENFELD, L., y TSAI, C. C.: «Maintenance antipsychotic drugs do prevent relapse: A replay to Tobias and MacDonald». *Psychological Bulletin*, 83, 431-447, 1976.
- DOANE, J. A.; WEST, K. L.; GOLDSTEIN, M. J., et al.: «Parental communication deviance and affective style: Predictors of subsequent schizophrenic spectrum disorders in vulnerable adolescents». *Archives of General Psychiatry*, 38, 679-685, 1981.
- DOCHERTY, J. P.; VAN KAMMEN, D. P.; SIRIS, M. D., et al.: «Stages of onset of schizophrenic psychosis». *American Journal of Psychiatry*, 135, 420-426, 1978.
- FALLOON, I. R.; BOYD, J. L.; MCGILL, C. W., et al.: «Family management training in the community care of Schizophrenia». *New Directions for Mental Health Services*, 14, 61-77, 1981.
- FALLOON, R. H., y LIBERMAN, R. P.: «Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenic». En W. R. McFarlane (Ed.). *Family Therapy in Schizophrenia*. Guilford Press, New York/London, 1983.
- FINCH, B. E., y WALLACE, C. J.: «Successful interpersonal skills training with schizophrenic inpatients». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 885-890, 1977.
- GARDOS, G., y COLE, J. O.: «Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease?». *American Journal of Psychiatry*, 133, 32-36, 1976.
- GOLBERG, S. G.; SCHOOLER, N. R.; HOGARTY, G. E., et al.: «Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drug and sociotherapy». *Archives of General Psychiatry*, 34, 171-184, 1977.
- GOLDSTEIN, M., y RODNICK, E.: «The family's contribution to the etiology of schizophrenia: Current status». *Schizophrenia Bulletin*, 1(14), 48-63, 1975.
- GREENLEY, J. R.: «Social factors, mental illness and psychiatric care: Recent advances from a sociological perspective». *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 813-820, 1984.
- HATFIELD, A. B.: «Help-seeking behavior in families of schizophrenics». *American Journal of Community Psychology*, 7, 563-569, 1979.
- HATFIELD, A. B.: «The organized consumer movement: A new force in service delivery». *Community Support Service Journal*, 2, 3-7, 1981.
- HATFIELD, A. B.: «The family». En J. A. Talbott (Ed.). *The Chronic Mental Patient*. Grune and Stratton, New York, 1984.
- HERZ, M. I.: «Recognizing and preventing relapse in patients with schizophrenia». *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 344-349, 1984.
- HERZ, M. I., y MELVILLE, C.: «Relapse in Schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-805, 1980.
- HERZ, M. I.; SZYMANSKI, H. V., y SIMON, J. C.: «Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: An alternative maintenance medication». *American Journal of Psychiatry*, 139, 918-922, 1982.
- HOGARTY, G. E.: «Natural and therapeutic environmental indicators of maintenance dosage requirements». *Psychopharmacology Bulletin*, 17, 36-37, 1981.
- HOGARTY, G. E.; GOLBERG, S. C.; SCHOOLER, N. R., et al.: «Drugs and sociotherapy in aftercare of schizophrenic patients. III: Two-year relapse rates». *Archives of General Psychiatry*, 31, 603-608, 1974.

- HOLDEN, D. y LEWINE, R.: *Families of Schizophrenic individuals*. Illinois State Psychiatric Institute, Chicago, 1979.
- KREISMAN, D. E., y JOY, V. D.: «Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature». *Schizophrenia Bulletin*, 1(10), 34-54, 1974.
- LAMB, H. R.: «Families: Practical help replaces blame». *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 893, 1983.
- LAMB, H. R., y OLIPHANT, E.: «Schizophrenia through the eyes of families». *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 803-805, 1978.
- LEFF, J. P.: «Developments in family treatment of schizophrenia». *Psychiatric Quarterly*, 51, 216-232, 1979.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R., et al.: «A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients». *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-124, 1982.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R., et al.: «Life events, relatives' expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse». *Psychological Medicine*, 13, 799-806, 1983.
- LIBERMAN, R. P.: «Reply: What is schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 8, 435-437, 1982.
- LIBERMAN, R. P.; WALLACE, C. J.; FALLOON, I. R., et al.: «Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families». *Comprehensive Psychiatry*, 22, 627-630, 1981.
- MALM, U.: «The influence of group therapy on schizophrenia». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65 (Suppl. 297), 1982.
- McFARLANE, W. R., y BEELS, C. C.: «A decision-tree model for integrating family therapies for schizophrenia». En W. R. McFarlane (Ed.). *Family Therapy in Schizophrenia*. Guilford Press, New York, 1983.
- McGILL, C. W.; FALLOON, I. R.; BOYD, J. L., et al.: «Family educational intervention in the treatment of schizophrenia». *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 934-938, 1983.
- MOSHER, L. R., y KLEITH, S. J.: «Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: A summary report». *American Journal of Psychiatry*, 136, 623-631, 1979.
- PILSECKER, C.: «Hospital classes educate schizophrenics about their illness». *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 60-61, 1981.
- PLATMAN, S. R.: «Family caretaking and expressed emotion. An evaluation». *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 921-925, 1983.
- RABIN, A. I.; DONESON, S. L., y JENTONS, R. L.: «Studies of psychological functions in schizophrenia». En L. Bellak (Ed.). *Disorders of the schizophrenic Syndrome*. Basic Books, New York, 1979.
- RAYMOND, M.; SLABY, A., y LIEB, J.: *The healing alliance*. W. W. Norton, New York, 1975.
- SERBAN, G.: «Functioning ability in schizophrenic and "normal" subjects: Short-term prediction for rehospitalization of schizophrenics». *Comprehensive Psychiatry*, 16, 447-456, 1975.
- SINGER, M. T., y WYNNE, L. C.: «Communication styles in parents of normals, neurotics and schizophrenics». *Psychiatric Research Reports*, 20, 25-38, 1966.
- SPENCER, P. G.; GILLESPIE, C. R., y EKISA, E. G.: «A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients». *British Journal of Psychiatry*, 134, 165-172, 1983.
- SPIVACK, G.; PLATT, J. J., y SHURE, M. B.: *The problem-solving approach to adjustment. A guide to research and intervention*. Jossey-Bass, London, 1976.
- TECCE, J. J., y COLE, J. O.: «The distraction-arousal hypothesis, CNV and schizophrenia». En D. I. Mostofsky (Ed.). *Behavior: control and modification of physiological activity*. Prentice-Hall, Englewood Cliff, N. J., 1976.
- TEST, M. A., y STEIN, L. I.: «Alternative to mental hospital treatment. III: Social cost». *Archives of General Psychiatry*, 37, 409-412, 1980.
- VAUGHN, C. E., y LEFF, J. P.: «The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness». *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137, 1976.
- VENABLES, P. H.: «Cognitive disorder». En J. K. Wing (Ed.). *Schizophrenia: Towards a new synthesis*. Academic Press, New York, 1978.
- VENABLES, P. H., y WING, J. L.: «Level of arousal and the subclassification of schizophrenia». *Archives of General Psychiatry*, 7, 114-119, 1962.