

Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes

JORGE ARÉVALO FERRERA
Universidad Autónoma de Madrid



Resumen

Después de mencionar los postulados básicos que subyacen a los modelos tradicionales de terapia familiar a los que se han planteado serias críticas, se revisan nuevos modelos que superan estas limitaciones. Estos nuevos modelos de intervención familiar comparten dos características principales: considerar a los familiares aliados naturales del proceso de rehabilitación del paciente y basarse en el empleo de estrategias terapéuticas claramente operacionalizadas. Se describen brevemente cuatro de estas estrategias y se revisa la evidencia que apoya su eficacia: la terapia familiar orientada a la crisis de Goldstein, el paquete de intervenciones psicosociales desarrollado por Leff y cols., la terapia familiar conductual de Falloom y el programa de psicoeducación familiar de Anderson y cols. Su eficacia es analizada en términos de la disminución observada en las tasas de recaídas y en la consecución de otros beneficios para el paciente y la familia. Se señalan un conjunto de principios generales que deben presidir las intervenciones con estas familias. Por último, se hace una reflexión acerca de algunas deficiencias que estudios futuros han de subsanar para poder alcanzar unas conclusiones más sólidas sobre la eficacia de estos nuevos procedimientos terapéuticos.

Abstract

After mentioning the basic assumptions underlying traditional models of family therapy which have raised serious criticism, new models are reviewed which overcome these limitations. The new models on family intervention share two characteristics. They view relatives as natural allies in the process of rehabilitation of the patient and rely on highly structured therapeutic strategies. Four such strategies are briefly described and the evidence supporting their efficiency reviewed: Goldstein's crisis oriented family therapy, the psychosocial intervention package developed by Leff and cols., Falloom's behavioral family therapy and the family psychoeducation program by Anderson and cols. Their efficiency is analyzed in terms of the observed decrement in relapse rates as well as other benefits for both patient and relatives. The general principles underlying these therapeutic approaches are underlined. Finally, an analysis is attempted regarding some observed deficiencies, which further studies should help solve in order to arrive at more solid conclusions on the efficiency of these new therapeutic approaches.

Agradecimientos: Agradecemos las valiosas críticas y sugerencias realizadas por la Dra. Vizcarro en la elaboración del presente artículo.

Dirección del autor: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Campus de Cantoblanco, 28049 Madrid.

La terapia familiar, que hizo su aparición en el campo aplicado de la clínica de la mano de las teorías que durante los años 50 y 60 asociaban la aparición de la esquizofrenia con la presencia de pautas anómalas de interacción en las familias de los pacientes esquizofrénicos (Bateson et al. 1958; Lidz, 1958; Wynne et al., 1958), ha sufrido un importante cambio a lo largo de la última década. Mientras que en los conflictos maritales y los problemas infantiles en los que no aparecen fenómenos psicóticos la terapia familiar tradicional puede considerarse el tratamiento de elección (véase Gurman y Kniskern, 1976), la esquizofrenia ha ido quedando paulatinamente fuera de su campo de acción natural. Utilizando las mismas palabras empleadas por McFarlane (1983) parece como si la terapia familiar tradicional hubiera «abandonado a su madre». Este abandono se asienta fundamentalmente en la falta de resultados empíricos que muestren la eficacia de este tipo de intervenciones en el tratamiento de la esquizofrenia. La carencia de estudios controlados y metodológicamente adecuados impide sacar conclusiones acerca de su eficacia más allá de informes clínicos aislados, llegando algunos autores a señalar que puede ser incluso nociva para familias y pacientes (Terkelsen, 1983). En efecto, como este autor hace notar, de forma explícita o implícita, en este tipo de abordajes se responsabiliza a los familiares del problema sufrido por el paciente. La esquizofrenia es conceptualizada como una manifestación resultante de la homeostasis familiar, dificultades en alcanzar la autonomía al inicio de la madurez o formulaciones semejantes. El mantenimiento de estas posiciones por los profesionales de la salud mental ha constituido un serio obstáculo para conseguir la colaboración de los familiares en el proceso terapéutico, ya que estos últimos se han sentido frecuentemente culpabilizados y rechazados, fomentándose de este modo sus resistencias. Terkelsen (1983), desde una posición aún más radical, llega a considerar que las terapias familiares basadas en las teorías etiológicas interaccionales son las responsables de muchas de las aberraciones comunicativas observadas en las familias de esquizofrénicos, que pueden ser consideradas como una forma de adaptación a dos atributos del terapeuta: su fracaso en absolver a la familia de la responsabilidad causal inicial y en informar a la familia sobre la naturaleza del trastorno.

Probablemente dicho fracaso puede ser producto de un error básico inherente a la posición teórica de partida. Así, frente a las posiciones más tradicionales, diferentes revisiones han señalado que la presencia de pautas anómalas de interacción no es exclusiva de las familias de los esquizofrénicos y que tales pautas no se observan en todas las familias en las que uno de sus miembros presenta el trastorno; por otra parte, el empleo de estudio transversales impide conocer si este modo de interactuar constituye una causa o una reacción de adaptación (Goldstein y Doane, 1982; Hirsch y Leff 1975; Jacob, 1975; Liem, 1980; Lukoff et al., 1984; Wynne, 1981).

La investigación reciente en este área, ha mostrado un renovado interés por el papel de la familia en la esquizofrenia, convirtiéndose los conceptos de «Emoción Expresada» (véase Vizcarro y Arévalo, 1987) y «Comunicación Desviada» (Wynne, 1981), en referentes obligados de casi todos los estudios. Desde esta nueva perspectiva, se reconoce que la esquizofrenia constituye un trastorno de etiología compleja con la participación de variables de muy diversa índole (Nuechterlein y Dawson, 1984) cuyo curso puede verse modulado por diferentes variables ambientales, entre las que destaca el clima familiar que rodea al paciente. Frente a la hipótesis causal defendida por los enfoques

familiares tradicionales, aquí se adopta una posición más prudente, manteniendo únicamente que la presencia de determinadas actitudes en el ambiente familiar que recibe al paciente una vez que es dado del alta del hospital puede influir sobre el curso del trastorno subsiguiente. Los familiares de alta EE, categorizados así por su expresión de actitudes de hostilidad, de críticas y/o de implicación emocional excesiva en una entrevista semiestructurada, constituyen un elemento de riesgo de recaída para pacientes afectados por esquizofrenia (Brown, Birley y Wing, 1972; Leff et al., 1987; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn et al., 1984) así como por otros trastornos (Hooley, Orley y Teasdale, 1986; Karno et al.; 1987; Miklowitz et al., 1988; Szmukler, Eisler, Russel y Dare, 1985 y Vaughn y Leff, 1976).

Sin embargo, los estudios de EE han servido también para subrayar que un número elevado de pacientes se ven acogidos por un ambiente familiar benigno, el compuesto por familiares de baja EE. Este tipo de familiares se caracteriza en general por su tolerancia ante la conducta problemática del paciente, al que perciben como una persona que está sufriendo una enfermedad, que es, en gran medida, responsable de sus dificultades (Vaughn, 1986). Este hecho se ha convertido en plataforma para la aparición de nuevas formas de intervención familiar en la esquizofrenia, con una orientación marcadamente distinta a la mantenida por sus predecesores.

Además de la EE, otra serie de factores han tenido una influencia importante en este cambio de óptica. En este sentido, hay que destacar los efectos del tratamiento comunitario y del movimiento de desinstitucionalización, que han hecho de los familiares agentes principales del cuidado de los pacientes con la correspondiente «sobrecarga» que esto supone (Fadden, Bebbington y Kuipers, 1987, y Goldman, 1982). Asimismo, hay que mencionar las limitaciones del tratamiento con neurolépticos (Davis, 1975; Davis et al., 1980; Kane, 1987). Aunque existen pocas dudas sobre el recurso al tratamiento farmacológico como principal medida terapéutica en esta clase de problemas, siguen persistiendo algunas dificultades importantes tales como el alto riesgo de recaída a pesar de la toma de medicación de mantenimiento de forma continuada, la existencia de pacientes refractarios al tratamiento, el efecto mínimo, cuando no perjudicial, sobre los síntomas negativos o deficitarios y los importantes efectos secundarios a los que dan lugar. Por último, los descubrimientos genéticos, bioquímicos y neurofisiológicos y, en general, la aceptación de modelos complejos de esquizofrenia (Nuechterlein y Dawson, 1984), han sido también decisivos en el abandono de visiones simplistas y en la gestación de propuestas de intervención globales que incorporen al tratamiento todos aquellos factores relevantes para mejorar el pronóstico.

Los nuevos enfoques comparten la idea de que existen interacciones recíprocas entre variables familiares identificables y déficits relativamente específicos de las personas con esquizofrenia. Por otra parte, como ya hemos indicado incorporan a la familia como un importante colaborador en el proceso terapéutico, con la tarea de compensar las dificultades del paciente mediante estrategias adecuadas. El objetivo es la rehabilitación del paciente y descargar a la familia del enorme peso que sobre sus hombros descansa. La idea de «curar» es vista con escepticismo, para centrarse en las metas principales de disminuir las recaídas al mínimo y alcanzar el mayor nivel de funcionamiento social y ocupacional posible. Las intervenciones dejan de ser terapia *para* la familia, y las necesidades reales de ayuda sentidas por las propias familias a las

que no se prestaba atención (Hatfield, 1979; 1983) empiezan a ser tenidas en consideración.

En resumen, pues, los cambios quizás más notables son la nueva actitud de los profesionales hacia los familiares, a los que se considera aliados naturales, y el empleo de estrategias claramente operacionalizadas. Desde esta óptica común han surgido varios modelos. Las características que comparten son numerosas, aunque también se distinguen entre sí por el énfasis otorgado a diferentes aspectos. En nuestra exposición hemos escogido aquellos que han sido probados empíricamente en estudios controlados, en los que se ha utilizado un diseño experimental basado en muestras aleatorias y un procedimiento riguroso de selección de las muestras y que han logrado resultados positivos en la reducción de recaídas tras un período de seguimiento. En concreto, describiremos la terapia familiar orientada a la crisis desarrollada por Goldstein, el paquete de intervenciones sociales para disminuir la EE creado por el equipo del Medical Research Unit de Londres, el modelo de terapia familiar conductual para esquizofrenia de Falloon y la Psicoeducación familiar elaborada por Anderson y sus colaboradores en Pittsburgh. En la presentación de cada uno de estos modelos se ofrece una descripción de los procedimientos básicos de actuación y de los resultados logrados en la aplicación de cada uno de ellos.

1. TERAPIA FAMILIAR ORIENTADA A LA CRISIS

Goldstein y sus colaboradores han desarrollado un programa de intervención familiar que han puesto en marcha en combinación con el empleo de neurolépticos (Goldstein y Kopeikin, 1981; Goldstein et al., 1976; Kopeikin, Marshall y Goldstein, 1983). El programa está orientado a esquizofrénicos agudos en su primera o segunda hospitalización, y se lleva a cabo durante las seis semanas siguientes al alta hospitalaria. Este período fue elegido por haber sido identificado en un estudio anterior como el de mayor incidencia de recaídas (Evans et al., 1973).

Este modelo de terapia familiar tiene una duración breve, emplea procedimientos concretos y centrados en los problemas y se basa en la teoría de la intervención en crisis. Su meta principal es la de ayudar al paciente y a los otros significativos a utilizar los acontecimientos que han rodeado el fenómeno psicótico, para afrontar sucesos estresantes futuros y resolver la crisis actual. Se persiguen cuatro *objetivos básicos*, que se suceden secuencialmente durante las sesiones familiares:

1. Llegar a un acuerdo en la identificación de factores estresantes que pueden haber rodeado la aparición de la crisis.
2. Desarrollar estrategias de evitación y de afrontamiento del estrés.
3. Poner en marcha las estrategias desarrolladas en la solución de problemas concretos.
4. Anticipar y planificar futuros sucesos estresantes.

Entre los temas que se abordan durante el tratamiento destacan por su frecuencia de aparición: la posible reaparición de síntomas, las expectativas de recuperación y las discusiones sobre decisiones relacionadas con el estilo de vida (amistades, trabajo, vivienda, etc.).

Para comprobar la eficacia de la terapia familiar y de distintas dosis de fenotiazinas (moderada-1 ml/baja-0.25 ml) administradas mediante inyecciones de acción retardada, los autores se sirvieron de un diseño factorial 2 x 2 (Goldstein et al., 1978). Emplearon una muestra de 104 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según el New Haven Schizophrenia Index (Astrachan et al., 1972) y en su primer o segundo ingreso hospitalario. Fueron asignados aleatoriamente a los distintos grupos de tratamiento, mediante un método estratificado en el que se tenía en cuenta el sexo y el ajuste premórbido (bueno/malo).

A las 6 semanas de la intervención, sólo se registró un 10% de recaídas entre todos los grupos. En el seguimiento a los 6 meses no se observó ninguna recaída en el grupo que había recibido terapia familiar y era mantenido en dosis moderadas de medicación. Por el contrario, con la misma dosis y sin la intervención familiar, las recaídas ascendieron al 18%. En los grupos de dosis baja, las recaídas con terapia familiar llegaron al 21% y sin ella al 48%. Asimismo, se encontró que los varones con buen ajuste premórbido tuvieron consistentemente una baja tasa de recaídas, mientras que las recaídas entre las mujeres con el mismo nivel de ajuste dependía de su asignación a terapia familiar. Los sujetos con pobre ajuste premórbido fueron muy sensibles a la medicación, mostrándose muy proclives a la recaída cuando eran asignados en las seis primeras semanas a la condición de dosis baja.

Además de las recaídas se evaluó el estado sintomático de los pacientes mediante la BPRS (Overall y Gorham, 1962). La terapia familiar fue la que consiguió un mayor efecto sobre los síntomas a las 6 semanas, especialmente sobre el aislamiento y el afecto aplanado. Sin embargo, a los 6 meses, el efecto sobre el aislamiento quedó reducido a aquellos sujetos del grupo de terapia familiar que desde el principio recibieron dosis altas.

Los autores concluyen que la combinación de la terapia familiar de crisis y un nivel adecuado de medicación permite conseguir el objetivo de ayudar a los pacientes a lograr estabilidad y permanecer en la comunidad en el período estresante del retorno posthospitalario. Sin embargo, un seguimiento más prolongado de la muestra con los pacientes que permanecieron accesibles de 3 a 6 años después, puso de relieve la desaparición posterior de los efectos de estos factores en comparación con los acontecimientos posteriores. Parece, por tanto, que la eficacia de este abordaje centrado en la crisis se limita al difícil período que sigue a la salida del hospital. Sin restar importancia a este efecto, que por otra parte es acorde con el planteamiento con el que la intervención se creó, queda claro que para conseguir un beneficio más duradero se deben adoptar otras estrategias, que pueden coincidir con algunas de las que se presentan a continuación.

2. INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA DISMINUIR LA EMOCIÓN EXPRESADA

La mayoría de los trabajos sobre EE han puesto de relieve la fuerte asociación existente entre las recaídas y el regreso de los pacientes a su salida del hospital a hogares compuestos por familiares de alta EE, designados de este modo por sus actitudes altamente críticas, hostiles y/o de excesiva implicación emocional. Además, algunos de estos trabajos (Brown, Birley y Wing, 1972;

Vaughn y Leff, 1976; Leff y Vaughn, 1931) han señalado que estos pacientes de alto riesgo pueden verse protegidos de las recaídas por dos factores mediadores, la terapia con neurolépticos de mantenimiento y un bajo nivel de contacto interpersonal cara a cara (por debajo de 35 horas a la semana) con sus familiares de alta EE.

Sin embargo, dado el carácter no experimental de los estudios sobre EE, es difícil saber si la relación encontrada entre alta EE y recaída es de carácter causal. Con el objeto de ofrecer pruebas que confirmaran lo anterior, el grupo de investigadores el Medical Research Center de la Social Psychiatry Unit de Londres se propuso llevar a cabo un ensayo controlado en el que mediante la manipulación experimental de la EE se pudieran observar los efectos consiguientes sobre la tasa de recaídas (Leff et al., 1982; 1983; 1985). A tal efecto desarrollaron un paquete de intervenciones sociales destinadas a los familiares de los pacientes esquizofrénicos integrado por tres componentes:

1. Sesiones psicoeducativas.
2. Grupo de familiares.
3. Sesiones de terapia familiar individualizadas.

El objetivo principal del paquete era reducir la tasa de recaídas mediante el descenso de la EE; adicionalmente, se intentó conseguir que disminuyese el contacto interpersonal, como estrategia para reducir la EE, especialmente, en el caso de los familiares que manifestaban una implicación emocional excesiva.

Ante la dificultad de ofrecer un tratamiento social placebo, los autores optaron por llevar a cabo un diseño experimental con 24 sujetos con alto riesgo de recaída (convivir con familiares de alta EE + alto nivel de contacto interpersonal + toma irregular de la medicación de mantenimiento) de acuerdo con los hallazgos de estudios anteriores (92% de recaídas en el estudio de Vaughn y Leff, 1976). Los sujetos eran asignados aleatoriamente al grupo experimental o al de control. En el grupo experimental el tratamiento consistió en el paquete descrito, mientras que el grupo control sólo recibió los cuidados posthospitalarios de rutina. Ambos grupos tomaron medicación neuroléptica de mantenimiento (inyecciones de acción retardada) para controlar el efecto de esta variable. La implantación del paquete de intervenciones familiares se realizó de forma flexible, tratando de ajustarse a las necesidades particulares de cada caso y con un acercamiento general que respetaba la extrema sensibilidad de los familiares y reconocía la gran tensión que estaban atravesando (Berkowitz et al., 1981; Berkowitz, 1984). Pasamos a describir de forma más detallada cada uno de los componentes del paquete de intervenciones.

2.1. El programa educativo

Tras un análisis de contenido de las entrevistas de evaluación de la EE de los familiares, se encontró que gran parte de sus críticas estaban relacionadas con los síntomas negativos, que no eran reconocidos claramente como signos de la enfermedad, sino interpretados como conductas que están bajo el control del paciente (véase Leff, Kuipers y Berkowitz, 1983). Además, se observó que pocos familiares comprendían la naturaleza real del trastorno.

Estas razones fueron las que llevaron a la inclusión de este componente del paquete. Su contenido consistía en cuatro lecturas sobre la etiología, los síntomas, el curso y el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia, que eran leídas por los familiares, que se reunían con un psicólogo durante dos sesiones para su debate y aclaración.

El impacto de las sesiones se evaluó a través de una entrevista, la *Knowledge Interview* (véase Berkowitz et al., 1984), que se administró a los sujetos experimentales de alta EE y a familiares de baja EE, antes de su inicio, a las seis semanas después de su conclusión, y a los 9 meses de seguimiento. En estos dos últimos momentos, también fue administrada a los sujetos del grupo control. En un primer momento, se apreciaron diferencias entre los familiares de alta EE y los de baja EE: mientras que los primeros tendían a responsabilizar al paciente de sus conductas, los segundos eran más proclives a pensar que la causa de su comportamiento residía en la enfermedad. Tras la intervención se observó que los familiares de alta EE del grupo experimental se diferenciaban de los del grupo control por su mayor conocimiento acerca del trastorno, su actitud más optimista respecto al futuro y una percepción más positiva del paciente. Sin embargo, debido a que no se empleó una estrategia aditiva en el diseño, resulta difícil conocer los efectos aislados de este componente del paquete o de cualquier otro.

2.2. El grupo de familiares

Compuesto por familiares de alta y baja EE, se creó con la idea de que los familiares de baja EE podrían servir de modelo para enseñar habilidades de afrontamiento adecuadas a los de alta EE. A lo largo de 9 meses, se reunían uno o dos profesionales durante hora y media, cada 15 días, con un máximo de 8 familiares. La asistencia era flexible y su foco central era la discusión de los problemas actuales o potenciales para generar estrategias alternativas que evitaran las críticas o la sobreprotección del paciente. Además de esta función principal, el grupo cumple otras importantes misiones tales como proporcionar apoyo emocional a sus miembros, ofrecer la oportunidad de expresar sentimientos perturbadores en un clima seguro, tranquilizar a los familiares, animarles a escuchar y discutir de una forma más adecuada los problemas de otros y eludir el sentimiento de estigma y aislamiento (Berkowitz et al., 1981).

Durante las sesiones hay una serie de temas frecuentes, entre los que destacan la información (sobre aspectos tales como la etiología, la experiencia del paciente, la posibilidad de recaída, el tratamiento y la violencia), el manejo de problemas usuales (síntomas positivos y negativos, influencias del ambiente en la conducta del paciente, cómo tratarle, etc.) y los propios sentimientos de los familiares. El coordinador comienza preguntando por las dificultades surgidas, se facilita la expresión de las reacciones de cada uno ante las distintas situaciones y después se discuten formas de afrontarlas.

Los pacientes son excluidos del grupo por dos razones principales. En primer lugar, dar la oportunidad a los familiares de expresar sentimientos reprimidos respecto al paciente sin que éste se vea negativamente afectado, y en segundo lugar, el momento en el que se inicia el grupo, que coincida todavía con la fase aguda del episodio psicótico, lo que probablemente impida su participación de un modo óptimo.

2.3. Sesiones de terapia familiar individual

Estas sesiones se incluyeron para atender aquellos problemas cuyo abordaje no parecía adecuado dentro del grupo. Se realizaban en la casa del paciente con la familia completa y eran guiadas por un psiquiatra y un psicólogo, con una duración de una hora. Su número osciló entre un mínimo de una sesión y un máximo de 25 sesiones. Además de las visitas a casa, los familiares eran animados a contactar telefónicamente con el equipo de tratamiento siempre que lo consideraran necesario. El enfoque teórico adoptado era ecléctico y pragmático, para conseguir reducir la EE o el nivel de contacto interpersonal se utilizaron técnicas diversas que iban desde interpretaciones dinámicas a intervenciones conductuales.

2.4. Resultados

La eficacia del paquete fue evaluada en términos de la tasa de recaídas aparecida en ambos grupos y el nivel de logro alcanzado respecto a los objetivos de disminuir la EE y el contacto interpersonal. En un primer seguimiento a 9 meses, se observó que sólo recayó uno de los 12 pacientes del grupo experimental (8%), en comparación con 6 de 12 (50%) en el grupo control ($p = .03$) (Leff et al., 1982). A los 2 años, la tasa de recaídas del grupo experimental (excluyendo los sujetos que abandonaron la medicación) seguía siendo significativamente menor (20%) que la del grupo control (78%) ($p = .02$) (Leff et al., 1984; 1985).

Respecto a la disminución de la EE y del nivel de contacto, se observó que el 75% de las familias del grupo experimental alcanzó uno o ambos objetivos. Seis de las 12 familias pasaron de alta a baja EE y 5 redujeron su nivel de contacto. Por otro lado, ninguno de los 9 pacientes en los que se consiguió alguno de los objetivos, recayó a los 9 meses. La media de Comentarios Críticos disminuyó significativamente (de 15.8 a 6.5; $p < .005$), mientras que la Implicación Emocional Excesiva aunque descendió, no registró diferencias significativas (Lef et al., 1986).

Estos resultados llevan a los autores a concluir afirmativamente acerca de la efectividad demostrada de la intervención aplicada y del papel causal de la EE en la recaída. Igualmente, señalan que su éxito ha sido mayor en la disminución de las actitudes críticas que en la reducción de la Implicación Emocional Excesiva y del elevado contacto interpersonal, lo que puede haberse debido, desde su punto de vista, a que estos dos últimos factores sean características presentes desde largo tiempo y, por lo tanto, más difícilmente modificables.

Si bien, los resultados logrados son claramente positivos, el tipo de diseño utilizado no ofrece la posibilidad de delimitar los elementos terapéuticos activos del paquete. Hasta aquí, sólo se puede afirmar que el paquete utilizado en combinación con la medicación resulta eficaz, siendo sus efectos superiores al empleo aislado de neurolépticos, y que tales efectos parecen mantenerse a medio plazo.

3. TERAPIA FAMILIAR CONDUCTUAL EN ESQUIZOFRENIA

A partir de una visión de la esquizofrenia que recoge los aspectos biológicos del trastorno y la incidencia que el estrés tiene sobre ellos, Falloon y sus cola-

boradores de la Universidad del Sur de California han desarrollado un modelo de intervención familiar de clara orientación conductual (Falloon, 1986; Falloon Boyd y McGill, 1984; Falloon y Liberman, 1983a; Falloon et al., 1981, 1982, 1988).

Este modelo representa, según indican sus propios autores, un claro distanciamiento de los enfoques familiares tradicionales, al considerar a la familia como la unidad básica de promoción de un funcionamiento sano de todos sus miembros y como el determinante crucial de la recuperación y de la rehabilitación de los que padecen algún tipo de trastorno. Por esta razón, en vez de fijar su atención en los aspectos disfuncionales de la familia, se orienta desde el principio hacia los elementos sanos de la comunicación familiar en la solución de problemas cotidianos. Se asume que cada uno de sus miembros realiza los mejores esfuerzos a su disposición para hacer frente a la situación de tensión que están experimentando. Asimismo, se reconoce que tal tensión puede erosionar su eficacia, de forma que pueden necesitar una capacidad de resolución de problemas superior a la «normal» para mantener su propia salud y salvaguardar la de sus miembros enfermos.

El modelo pone su énfasis principal, pues, en la capacidad de resolución de problemas de la familia, entendida como unidad. Es por ello, por lo que el objetivo principal de la intervención va más allá de la mera reducción de la tasa de recaídas. Junto a esta meta legítima, se persigue aumentar al máximo posible el funcionamiento de cada miembros de la unidad familiar.

3.1. Análisis funcional de la unidad familiar

Como en toda aproximación conductual, la intervención descansa en la evaluación pormenorizada de los aspectos implicados en las conductas que se quieren modificar. Claro está que, en esta ocasión, el sujeto de la intervención va a ser la familia como unidad de solución de problemas. Por ello el análisis funcional a realizar trata de evaluar cómo la familia en su conjunto se ajusta como sistema. En este sentido, se dan claras coincidencias con aquellos abordajes que se basan en la teoría de sistemas.

El análisis funcional, que constituye la piedra angular del programa de tratamiento al posibilitar ajustar las intervenciones a cada caso particular, comprende diferentes fases:

- 1) Evaluación individual de cada miembro de la familia para establecer los recursos, déficits, metas, expectativas, actitudes, sentimientos e intercambios con el resto de la familia.
- 2) Evaluación de las interrelaciones entre las diferentes metas y problemas de los distintos miembros.
- 3) Evaluar la capacidad de resolución de problemas de la familia, utilizando dos fuentes de información: los informes verbales de cada uno de los miembros y la observación directa de los intentos familiares para resolver un problema, bien en el marco natural o bien a través de situaciones estandarizadas.
- 4) Formulación, por parte del terapeuta, de un plan de tratamiento para subsanar los principales déficits en la resolución de problemas.

Esta fase de evaluación no termina con la recogida de datos, sino que continúa a lo largo del tratamiento, con objeto de introducir los ajustes que se consideran necesarios. El terapeuta, mediante la revisión de las tareas para casa, el registro del comportamiento de los familiares durante las sesiones y la realización de nuevas evaluaciones periódicas de seguimiento, tiene una retroalimentación constante de los progresos que se van realizando.

Tras la evaluación inicial, tiene lugar la intervención, propiamente dicha centrada en tres módulos: 1) Educación sobre la esquizofrenia; 2) entrenamiento en habilidades de comunicación, y 3) entrenamiento en resolución de problemas. Los objetivos que se pretenden conseguir son: aumentar los conocimientos sobre la esquizofrenia y su aceptación, mejorar la comunicación familiar y desarrollar estrategias eficaces de resolución de problemas. Como consecuencia del logro de estos objetivos, se consigue indirectamente reducir la tensión familiar y cambiar actitudes perjudiciales, como son el exceso de críticas y una implicación emocional excesiva. Esto, a su vez conlleva una mejoría en el estado clínico del paciente, verificable en su menor número de recaídas, así como un aumento en su calidad de vida (Fallon et al., 1985) y en la del resto de los miembros de la familia (Falloon y Pederson, 1985).

La duración de la intervención dependerá de la rapidez de cada familia en conseguir las metas planteadas, aunque el esquema utilizado usualmente supone una sesión semanal de alrededor de una hora u hora y media durante los tres primeros meses, quincenal en los tres siguientes meses, y mensual hasta el período de un año. Durante el año siguiente se lleva a cabo un seguimiento, en el que la familia será vista para evaluaciones periódicas o en caso de necesidad. El papel del terapeuta en las sesiones consiste principalmente en coordinar, guiar y asistir, aunque a veces, si las necesidades lo requieren, tenga que intervenir más activamente. Las sesiones, que irán siguiendo las áreas de contenido que hemos indicado, se asientan básicamente sobre la enseñanza a la familia de la resolución eficaz de los problemas y utilizan siempre una estructura común (véase Figura 1), prestándose más atención al proceso que al contenido.

FIGURA 1

*Estructura de cada sesión en el modelo de terapia familiar conductual
(Adaptado de Falloon et al., 1988)*

1. REVISION DEL PROGRESO HACIA LAS METAS:
 - Pasos dados
 - Problemas encontrados
 - Esfuerzos realizados para la solución del problema/meta
2. REVISION DE LA REUNION FAMILIAR:
 - Estructura de la discusión
 - Esfuerzos realizados para la solución del problema/meta
3. REVISION DE LAS TAREAS PARA CASA:
 - Autorregistros de las habilidades utilizadas
 - Ensayo de conducta de la habilidad empleada
4. REVISION DE LOS DEFICITS QUE PERSISTEN:
 - Educación (incluyendo señales de aviso de recaída y estado mental actual)
 - Habilidades de comunicación

- Habilidades de resolución de problemas
- Estrategias conductuales específicas
- Manejo de crisis: empleo del método de solución de problemas

5. TRABAJO SOBRE LOS MODULOS DE ENTRENAMIENTO:

- Razones
- Revisión de los niveles actuales de las habilidades
- Definición de los componentes de la habilidad
- Demostración del uso de la habilidad
- Entrenamiento de la habilidad hasta conseguir la competencia

6. ASIGNACION DE TAREAS PARA CASA:

- Razones
- Explicación de los folletos
- Utilización de hojas recordatorio
- Reunión familiar

7. REGISTRO (5-10 minutos después de la sesión):

- Logro de metas
- Problemas aparecidos
- Habilidades de resolución de problemas informadas y observadas
- Signos de aviso de recaída y estado mental
- Escaladas de tensión y esfuerzos de manejo de crisis.

3.2. La educación sobre la esquizofrenia

En las dos primeras sesiones (que pueden ser más según las necesidades individuales) se lleva a cabo una presentación didáctica en lenguaje claro y comprensible de lo que se sabe acerca de los diversos aspectos de la esquizofrenia. Tras dar a los familiares y al paciente la oportunidad de que expresen sus experiencias personales, se les ofrecen explicaciones sobre el origen, los síntomas, el curso y el tratamiento de la esquizofrenia, proporcionándoles folletos educativos que les faciliten una mejor asimilación de la información. La segunda sesión se centra en el tema de la medicación, exponiéndose las razones de su utilidad, los tipos de fármacos y sus efectos, la incidencia perjudicial del consumo de drogas, la importancia de la detección temprana de síntomas prodromicos para evitar recaídas, los efectos secundarios y los modos de combatirlos y el valor de las dosis óptimas. Para evaluar la cantidad de información adquirida se administra un cuestionario antes y después de este conjunto de sesiones.

3.3. El entrenamiento en comunicación

Este módulo del programa se incluye con el objetivo de disminuir la tensión en el clima familiar, factor conocido de riesgo de recaídas. Además, como objetivo último se pretende que, si la familia es capaz de comunicarse de un modo adecuado, resultará más fácil la solución de los problemas que se planteen. Las técnicas empleadas son las que se utilizan habitualmente en el entrenamiento de habilidades interpersonales en terapia conductual de grupo

(Lieberman, King, De Risi y McCann, 1975, Falloon, 1978), entre las que se incluyen:

1. Ofrecer razones acerca de la habilidad que se va a aprender y explicar los pasos de que se compone.
2. Ensayo de conducta.
3. Feedback constructivo.
4. Práctica reiterada y feedback.
5. Tareas para casa para ensayar lo aprendido y generalizarlo.

Además, el terapeuta puede utilizar el *coaching* y el modelado, tratando en este caso de que sean otros miembros de la familia los que hagan de modelos, siempre que sea posible. Con estos procedimientos, se entrena a las familias en cuatro tipos de habilidades:

1. Expresión de sentimientos positivos.
2. Hacer peticiones de modo positivo.
3. Expresión de sentimientos negativos.
4. Escucha activa.

Se insiste más o menos en cada una de ellas, en función de los recursos y déficits evaluados y se sigue el orden expuesto. De esta forma se empieza por los aspectos más positivos, tratando de crear un clima de reforzamiento y de reconocimiento mutuo entre los miembros de la familia. Una vez que este clima se ha conseguido, se aborda el tema más delicado de la expresión de sentimientos desagradables, para conseguir que se haga de una forma constructiva que no genere resentimientos y hostilidad que dificulten el alcance de los objetivos planteados. Por último se trabaja la escucha activa, habilidad compleja pero de importancia crucial en el diálogo y la discusión, y, por tanto, en los procesos de solución de problemas, de los que se ocupa el siguiente módulo.

3.4. Entrenamiento en resolución de problemas

Se enseña a las familias un método estructurado de solución de problemas que reproduce el modelo de Goldfried y D'Zurilla (1969). Dicho método, se asienta sobre las habilidades de comunicación previamente aprendidas y dominadas por los familiares y está compuesto por los siguientes pasos:

1. Identificación del problema.
2. Enumerar y apuntar todas las soluciones posibles.
3. Discutir las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones.
4. Elegir la(s) mejor(es) solución(es).
5. Planificar cómo llevar a cabo la solución elegida.
6. Revisar el proceso y reforzar todos los esfuerzos realizados.

Las familias son animadas a utilizar esta estructura en la solución de problemas anteriormente detectados en la evaluación o surgidos recientemente. Para ello, se les sugiere la realización de una reunión semanal de media hora de duración, fuera de la sesión de terapia, en la que pongan en marcha las habilidades aprendidas. El terapeuta transfiere la dirección a los propios familiares,

no tomando ninguna responsabilidad que puedan asumir por sí mismos. Adicionalmente, cuando el terapeuta observa déficits persistentes o cuando existe algún medio específico de probada utilidad, puede incorporar estrategias terapéuticas que pueden ayudar a conseguir que la solución de problemas sea más eficaz. Estas estrategias son numerosas y se han mostrado altamente útiles en el tratamiento de variados problemas clínicos: entrenamiento en habilidades sociales, relajación y manejo del estrés y de la ansiedad, procedimientos de tiempo fuera, establecimiento de límites, contratos de contingencias, estrategias de condicionamiento operante (moldeamiento, economía de fichas, extinción), manejo de la depresión y de la esquizofrenia, terapia marital y conyugal, etc. Siempre que el terapeuta utiliza una de estas estrategias, debe hacerlo utilizando el método de solución de problemas de 6 pasos y empleando a los familiares como coterapeutas (Mathews et al., 1981, citado por Falloon et al., 1988).

Las sesiones finales se destinan a la revisión de los avances y de los logros conseguidos, a la planificación de la solución de los problemas pendientes o previsibles, determinando la frecuencia de encuentros posteriores, así como la utilización de recursos sociocomunitarios (grupos de autoayuda, programas de rehabilitación, clubs psicosociales, etc.).

3.5. Resultados

Para probar la eficacia de este modelo, se diseñó un estudio controlado con un grupo de 36 pacientes esquizofrénicos clínicamente estabilizados y sus familiares, que fueron aleatoriamente asignados a dos condiciones distintas: terapia familiar conductual y tratamiento individual consistente en recibir el mismo número de sesiones de conseling (Falloon et al., 1982). En ambas condiciones los pacientes eran de alta EE o estaban sufriendo un nivel de estrés importante. Se proporcionó medicación antipsicótica regular oral, administrada de forma flexible, para tratar de conseguir la dosis óptima, controlando los niveles plasmáticos de neuroléptico en sangre.

Las sesiones familiares se realizaban en la casa de las familias, con el paciente presente y con la siguiente distribución temporal: semanalmente en los tres primeros meses, quincenalmente en los tres meses siguientes y una vez al mes hasta el segundo año. Las variables dependientes elegidas fueron múltiples, estudiándose no sólo los efectos del programa sobre la recaídas, sino también sobre otros aspectos clínicos (exacerbaciones, duración del episodio, estado clínico) (Falloon et al., 1985), el funcionamiento social del paciente (Falloon et al., 1987), la insatisfacción de los familiares respecto al anterior y el ajuste de la familia (Falloon y Pederson, 1985). Asimismo se han elevado los beneficios económicos del programa (Cardin et al., 1985).

Desde el punto de vista clínico, se encontró que el número de exacerbaciones psicopatológicas observadas en ambas condiciones de tratamiento fueron similares. Sin embargo, en los pacientes de la condición individual tuvieron una mayor intensidad, ya que a los 9 meses recayeron (exacerbaciones severas) el 44%, frente al 6% de la otra condición ($p < .01$) (Falloon et al., 1985). A los 2 años, la diferencia seguía siendo notable (83% vs. 17%; $p < .0001$). Además, la duración de las hospitalizaciones fue más del doble en el caso individual (69 días vs. 30 días). Asimismo, se apreció que los pacientes del grupo de terapia familiar presentaban puntuaciones significativamente menores que los otros

pacientes ($p < .09$) en el factor de «Aislamiento» del EPRS. También se observó que el número de pacientes del grupo familiar que a los 9 meses y a los 2 años se encontraban en remisión completa fue claramente superior (56% vs. 17% y 67% vs. 17%, respectivamente).

En cuanto al funcionamiento social que se evaluó de formas diversas, se observó que los pacientes de terapia familiar pasaron una media de 12.6 meses implicados en actividades útiles (trabajo, educación, etc.) en comparación con 7.2 meses de los pacientes de terapia individual. También se apreció en los primeros una ventaja en el ajuste social global y en las escalas de actividades de ocio y relaciones familiares medidos a través de autoinforme (SAS-SR de Welsman et al., 1978). Asimismo, las puntuaciones en la escala de ajuste social completada en una entrevista con los familiares pusieron de relieve una pequeña pero significativa mejora en los pacientes de la condición familiar. El nivel de insatisfacción de los familiares fue paralelo a su informe de los déficits del paciente, aunque algunos pertenecientes al grupo de terapia familiar se mostraron más tolerantes a pesar de existir déficits persistentes. La insatisfacción global al final de los 24 meses fue menor en estos familiares. Por tanto, el número menor de rehospitalizaciones y de problemas de conducta, las mejores relaciones con los familiares y con otras personas y la mayor satisfacción de los otros con la conducta social del paciente, reflejan un mejor funcionamiento social alcanzado por los pacientes del grupo de terapia familiar.

Los familiares se beneficiaron también de la intervención. Entre ellos se apreció una reducción significativa en el malestar que experimentaban en relación a las dificultades clínicas y sociales del paciente y en el nivel de sobrecarga global que sufrían (Fallon y Pederson, 1985). Por último, se hizo una valoración de costos-beneficios (Cardin et al., 1985), en la que se hizo evidente que el programa familiar resultó un 20% menos caro que el individual, a pesar del tiempo utilizado para desplazarse a las casas de las familias. El factor principal para explicar esta diferencia reside en los gastos producidos por los servicios de crisis, especialmente los de hospitalización. Por otra parte, valorando los índices globales de morbilidad clínica, social y familiar en una escala de eficacia que iba de 0 a 7, y dividiéndola por el costo de los diferentes servicios, se encontró que la terapia familiar tenía el doble de efectividad que la intervención individual con un 58% menos de costos.

Todos los resultados señalados demuestran la eficacia de este tratamiento. El análisis detenido de diferentes factores que pueden haber llevado a este resultado, hace a los autores descartar la posibilidad de que se hayan debido a sesgos en la asignación de los sujetos a las diferentes condiciones, a la medicación, al impacto de acontecimientos vitales, a la actitud de diferentes terapeutas o a una mayor dedicación a los sujetos del tratamiento familiar (Fallon, 1986). Probablemente, la eficacia superior de este enfoque reside en los componentes conductuales de la terapia familiar: la educación y el entrenamiento en comunicación y resolución de problemas. En este sentido, Goldstein y Strachan (1986; véase también Doane et al., 1966) señalan la capacidad de la terapia familiar conductual en reducir el clima afectivo negativo (Doane et al., 1981) entre los padres de los esquizofrénicos. Esta reducción supone un cambio desde las interacciones negativas de crítica, culpabilización e intrusividad, hacia conductas centradas en los problemas y afectivamente más neutras. Queda por averiguar la secuencia de este fenómeno, es decir, si la solución eficaz de los problemas precede a una disminución del clima afectivo negativo

o la pauta es a la inversa. Un análisis secuencial de la interacción permitiría dar respuesta a esta cuestión.

4. PSICOEDUCACION FAMILIAR

Compartiendo muchos de los presupuestos asumidos en los modelos anteriores, Anderson y sus colaboradores han desarrollado, un acercamiento familiar al tratamiento de la esquizofrenia con un eje central claramente educativo (Anderson, 1983a y b, 1986; Anderson, Hogarty y Reiss, 1980, 1981; Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

El punto de partida básico sobre el que se sustenta la psicoeducación reside en la concepción de la esquizofrenia desde el modelo de la vulnerabilidad. Se parte de la idea de que sea cual sea la causa de la esquizofrenia, los pacientes que la padecen tienen un «déficit psicológico nuclear» que parece incrementar su vulnerabilidad a los estímulos externos e internos (véase Ruiz Vargas, 1987). La interacción de dicha vulnerabilidad con las dificultades familiares puestas de relieve en los estudios de *Comunicación Desviada* (véase Goldstein y Rodnick, 1975; Wynne, 1981; Lukoff et al., 1984) y Emoción Expresada (véase Vizcarro y Arévalo, 1987), probablemente genera un proceso en espiral. Así, la vulnerabilidad a los estímulos da lugar a la aparición de síntomas que disparan la reacción de los familiares, que a su vez incide en el paciente y así sucesivamente.

Partiendo de este marco de referencia la intervención familiar propuesta persigue dos objetivos principales:

1. Disminuir la vulnerabilidad biológica del paciente mediante un programa de medicación de mantenimiento.
2. Reducir los efectos negativos del clima familiar proporcionando apoyo, información, estructura y mecanismos específicos de afrontamiento para tratar con el familiar psicótico.

El programa, descrito en detalle en Anderson, Reiss y Hogarty, 1986, atraviesa cuatro fases que se describen secuencialmente, pero que de hecho se solapan.

4.1. Fase I: Conectando con la familia

Esta fase empieza lo más pronto posible, mientras el paciente permanece hospitalizado. Se trata de establecer desde el comienzo una alianza terapéutica con la familia, para lo que se crea un clima que favorezca su receptividad al tratamiento. Se reúne a la familia para conocer su reacción ante el trastorno del paciente, cómo ha sido su forma de afrontarlo en el pasado y en la actualidad, y conocer cuáles son sus necesidades y problemas actuales. Una vez que la familia ha empezado a formar una relación con el terapeuta, éste se convierte en el «ombudsman» de la familia frente al sistema hospitalario. Su papel es mantener a la familia informada sobre el tratamiento y a la vez asegurar que sus preocupaciones y necesidades son incorporadas a la planificación. Asimismo, se encarga de ofrecer estructuración y ayuda concreta para

hacer frente al trastorno y al ingreso en el hospital. Al final de la hospitalización, familia, paciente y terapeuta establecen un contrato de tratamiento en el que se especifican las metas, el contenido, la duración, las reglas y los métodos del programa familiar post-hospitalario que continuará durante uno a dos años.

4.2. Fase II: “Taller” de habilidades de supervivencia

Esta segunda fase es propiamente la fase psicoeducativa, ya que en ella se ofrece a la familia información sobre la naturaleza de la esquizofrenia. Con ello se pretende disminuir su ansiedad y mejorar así el clima familiar. El formato adoptado en este caso, consiste en un encuentro a lo largo de un día de cuatro o cinco familias, sin los pacientes. De este modo, se pretende disminuir el aislamiento y desensibilizarles ante el tema de la enfermedad mental. Un aspecto básico es la creación de un clima informal que permita a los familiares hacer todas las preguntas que deseen e interactuar más fluidamente unos con otros. En lenguaje comprensible, se les ofrece información sobre las principales cuestiones acerca de la esquizofrenia: fenomenología, aparición, tratamiento, curso, pronóstico y etiología. Se pone especial hincapié en la importancia de la medicación antipsicótica y en el papel de los familiares en apoyarla y seguir sus efectos. Otro importante tema que es abordado es el de cómo tratar con las personas que sufren esquizofrenia. A este respecto se les proporcionan estrategias que pueden utilizar para facilitar el progreso del paciente, ayudarle a evitar descompensaciones y disminuir sus propias tendencias a reaccionar emocionalmente ante sus cambios de conducta. Se les transmite el mensaje de que no existe evidencia de que las familias causen las esquizofrenias, mientras que sí tienen capacidad de influir su curso. Se les informa de la vulnerabilidad del paciente ante las tensiones interpersonales, destacando que la comunicación conflictiva, vaga o excesivamente compleja y la ausencia de límites intergeneracionales e interpersonales constituyen realidades difíciles de manejar para la persona con esquizofrenia.

Para evitar los efectos negativos de este tipo de comunicación se les sugiere que sus respuestas al paciente se guíen por las siguientes directrices: 1) Crear barreras a la estimulación excesiva, estableciendo límites razonables y permitiendo distancias interpersonales sin rechazo; 2) Adecuar sus expectativas respecto al paciente y su conducta, y 3) Utilizar una comunicación clara y sencilla.

Finalmente, se pone énfasis en que la familia recupere las rutinas habituales, en la medida de lo posible, y aprenda a vivir con el trastorno, sin que éste gobierne sus vidas. Así, se les anima a recuperar sus actividades sociales, a que sigan prestando atención a las necesidades de todos los miembros de la familia y a que compartan sus dificultades con otras personas, para evitar sentirse exhaustos en sus esfuerzos.

4.3. Fase III: La reincorporación a la comunidad y la aplicación de los temas del “taller”

Tiene lugar a la salida del paciente del hospital, tan pronto como la fase aguda ha remitido. El contacto con la familia y el paciente incluye sesiones

regulares cada dos o tres semanas, sesiones de crisis y consultas telefónicas. En las sesiones, el objetivo central consiste en aplicar los temas que anteriormente habían sido tratados en el «taller» psicoeducativo, poniendo un énfasis especial en el reforzamiento de los límites familiares tanto interpersonales como intergeneracionales y en que el paciente vaya asumiendo gradualmente responsabilidades. En esta tarea son de gran importancia los pequeños éxitos y su refuerzo, la disminución de las expectativas respecto al nivel de ejecución del paciente y el planteamiento de pequeñas metas a conseguir de una en una. El principal problema que se puede plantear en este período es la falta persistente de motivación y energía en el paciente. Para contrarrestarlo, se ofrece a la familia un fuerte apoyo y se intenta que sus expectativas sean más ajustadas a las capacidades reales del paciente en ese momento. La duración de esta 3.^a fase puede ser de unos pocos meses o bastante más larga, en función del nivel de funcionamiento premórbido del paciente y de la familia misma.

4.4. Fase IV: Continuación del tratamiento o “desenganche”

Una vez que el paciente ha conseguido el objetivo básico de la intervención, el de permanecer estabilizado en su nivel óptimo de funcionamiento, se llega a este punto en el que se ofrece a la familia dos opciones propias: 1) participar en terapia familiar intensiva para afrontar conflictos familiares o asuntos pendientes sin resolver; 2) sesiones de apoyo de mantenimiento que gradualmente se irán haciendo menos frecuentes. La primera de las opciones se dirige a la solución de conflictos familiares persistentes, entre los que se pueden incluir problemas de emancipación, desavenencias conyugales, problemas escolares u otros muchos de los que se mencionan en la literatura habitual de terapia familiar. La segunda de las opciones, sirve para reforzar los temas e intervenciones abordados durante todo el proceso, tratando de evitar incrementos repentinos de tensión producidos por cambios inesperados que lleven a un nuevo episodio. En cualquier caso, se recomienda que la terminación sea gradual y se deja la puerta abierta a futuros contactos de apoyo.

4.5. Resultados

La eficacia de este modelo fue probada mediante un estudio controlado realizado con 103 pacientes esquizofrénicos según los RDC (Hogarty et al. 1986), que fueron aleatoriamente asignados a 4 condiciones distintas: 1) Tratamiento familiar y medicación; 2) habilidades sociales y medicación; 3) combinación de las dos anteriores, y 4) medicación. Todos los pacientes que participaron en los grupos de tratamiento familiar (1 y 3) convivían con familiares de alta EE. Hay que indicar, que los datos existentes hasta el momento están recogidos tras un año de intervención, por lo que en la mayoría de los casos las fases del modelo de tratamiento familiar utilizadas son las tres primeras.

Los resultados más notables al año de la intervención respecto a las recaídas, fueron los siguientes: 1) Se apreció un efecto principal significativo del tratamiento familiar y del entrenamiento en habilidades sociales en la evitación de recaídas (19% y 20%, respectivamente). 2) El efecto de ambos

tipos de tratamiento resultó aditivo (0% de recaídas en el grupo que recibió ambos tratamientos), no resultando significativa la interacción. 3) La tasa de recaídas en el grupo de control (sólo medicación) confirmó las cifras usualmente encontradas en otros trabajos (41%).

En relación a la EE, los datos más destacados fueron: 1) No recayó ninguno de los pacientes que vivía en un hogar en el que se consiguió disminuir la EE de alta a baja, independientemente del grupo de tratamiento. 2) En aquellos hogares en los que la EE siguió siendo alta tras la intervención, las tasas de recaídas fueron elevadas, no apreciándose diferencias entre los controles (42%), los sujetos del tratamiento familiar (33%) o los de entrenamiento en habilidades sociales (29%). 3) Sólo la combinación del tratamiento familiar y del entrenamiento en habilidades sociales proporcionó un efecto profiláctico significativo (0% de recaídas) en los hogares que permanecieron siendo de alta EE. Estos datos hacen pensar que la disminución de las recaídas se asocia a la reducción de la EE, sin embargo, el estudio no permite esclarecer si el cambio en la EE de los familiares se debió a que la condición del paciente mejoró o a la inversa.

Los resultados descritos, circunscribiéndonos al ámbito del tratamiento familiar, vuelven a corroborar el dato consistente a través de diferentes estudios, de que con este tipo de intervenciones se pueden conseguir bajas tasas de recaídas en estos primeros meses tras el alta hospitalaria (véase tabla I).

CONCLUSIONES

La crisis de las teorías etiológicas familiares ha ido seguida de un cuestionamiento de los resultados de las terapias tradicionales estrechamente vinculadas a ellas. Su ausencia de éxitos destacados y, por el contrario, los logros conseguidos por enfoques elaborados a partir de premisas claramente distintas, cuando no abiertamente contrarias, constituyen en cierto sentido un test a favor de las nuevas conceptualizaciones del papel de la familia y en contra de las posiciones anteriores. Asimismo, el advenimiento de la era de los servicios comunitarios, la aparición en escena de modelos complejos de la etiología de la esquizofrenia, el cúmulo de hallazgos procedentes de los campos de la neurofisiología, la bioquímica y la genética y la constatación de las limitaciones del tratamiento familiar con una nueva óptica. Sus características más sobresalientes residen en el cambio de actitud hacia los familiares, considerados aliados naturales en el proceso de tratamiento, y en el abordaje claramente pragmático adoptado. En este contexto han surgido varios modelos, entre los que hemos escogido aquellos que están claramente estructurados y han puesto a prueba su eficacia a través de estudios controlados.

Los estudios presentados indican que las recaídas de pacientes cuyas familias son tratadas con enfoques estructurados y en combinación con mediación de mantenimiento, se sitúan por debajo del 10% a los 9 meses y alrededor o por debajo del 20% a los 12 meses (véase Tabla I). Tales hallazgos, aunque por el momento se refieren a un pronóstico a corto plazo, suponen una clara esperanza para los pacientes, sus familias y los propios clínicos. Las intervenciones psicosociales familiares son capaces de lograr una mayor eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia que el empleo exclusivo de psicofármacos (véase Fallon y Liberman, 1983b; Hogarty, 1984). Cuando

TABLA I

Tasas de recaída a los 9 meses (reales) y a los 12 meses (proyectadas) en estudios de tratamiento familiar de la esquizofrenia realizados con familias de alta EE.

ESTUDIO	N	% de Sujetos experimentales		N	% de Sujetos Control		Grupo de comparación
		Recaídas 9 meses	Recaídas 12 meses		Recaídas 9 meses	Recaídas 12 meses	
— Goldstein et al. (1976)	52 Trat. familiar	0 ¹	—	52	48	—	Dosis baja
— Hogarty et al. (1985)	21 Trat. familiar	9	19	29	28	41	Medicación neuroléptica
	20 Entren. Habilidad. sociales (E.H.S.)	10	20				
	20 Tr. Fam + E.H.S.	0	0				
— Left et al. (1982, 1985) ₂	12 Trat. familiar	9	12*	12	50	60*	Servicio extrahospitalario normal
— Falloon et al. (1982) ₃	16 Trat. familiar	6	6*	18	44	64*	Educación individual + <i>case management</i>
— Kottgen et al. (1984)	15 Trat. familiar de grupo	33	41*	14	50	60*	

¹ El seguimiento en este caso se refiere a 6 meses.

² Las tasas de recaída a los 2 años fueron 33% en el G. Exptal. y 75% en el G. Control.

³ Las tasas de recaída a los 2 años fueron 17% en el G. Exptal. y 83% en el G. Control.

* Tasas extrapoladas (tomadas de Hogarty et al., 1986).

menos, consiguen alargar en el tiempo la aparición de recaídas, lo que supone una demostración de su mayor rentabilidad en términos de costos-eficacia que las medidas tradicionales de tratamiento de base hospitalaria. Asimismo, se consigue que pacientes y familiares se beneficien de otros logros adicionales que van más allá de la mera reducción de la sintomatología psicótica activa. Algunos de estos beneficios se refieren a la disminución de la sintomatología negativa y deficitaria de los pacientes, al alivio y apoyo para los familiares y al aumento de la adaptación y calidad de vida de unos y otros. Incluso, si la cooperación y el control de signos prodrómicos son muy estrechos, se puede lograr reducir o interrumpir la medicación neuroléptica, con la ventaja consiguiente de disminuir los efectos secundarios y el riesgo de discinesia tardía.

A la vista de los prometedores resultados logrados, y con el objetivo de incorporar estas estrategias de intervención a nuestra propia realidad clínica, el autor y un equipo de investigadores de las Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad Complutense vienen desarrollando el proyecto de investigación «Marcadores cognitivos y estrategias de intervención psicofarmacológicas y psicosociales en la esquizofrenia. Su aplicación en la prevención de recidivas» (Proyecto CAICYT PA86-0354) con pacientes esquizofrénicos del Hospital Clínico de Madrid y sus familiares. Parte de este proyecto consiste en la adaptación de algunos de los procedimientos terapéuticos a los que hemos hecho mención en este artículo. Específicamente, se está llevando a cabo una adaptación del modelo de terapia familiar conductual de Falloon y de una versión multifamiliar de los workshop psicoeducativos de Anderson. En este sentido, se han traducido y adecuado procedimientos de evaluación y material psicoeducativo aplicable a nuestra población. Por el momento no disponemos de resultados publicables, si bien esperamos poder ofrecer en un futuro breve datos que puedan confirmar niveles semejantes de eficacia y que nos permitan delimitar las circunstancias de aplicabilidad de las intervenciones en nuestro contexto.

A pesar de las diferencias entre modelos, los prometedores resultados que han alcanzado pueden ser explicados por el empleo común de algunas estrategias (Beels y MacFarlane, 1982; MacFarlane y Beels, 1983; Stracham, 1986; Zipple y Spaniol, 1984). En todos ellos ocupan un lugar central el establecimiento de un fuerte vínculo terapéutico con la familia, el cambio de encuadre en relación a las formas de intervención familiares tradicionales, el empleo de neurolépticos y la atención que se presta a las transacciones actuales; a la comunicación y a la solución de problemas concretos.

Otro elemento fundamental, quizás el más destacado, es el ofrecimiento de información psicoeducativa (véase Cozolino y Goldstein, 1986; Cozolino y Nuechterlein, 1986; Tarrier y Barrowolough, 1986). Todos los modelos coinciden en abordar de forma directa la psicosis dando información explícita. Esta forma de actuar parece ser beneficiosa para todas las familias e incluso puede ser extrapolada al tratamiento de otros trastornos psiquiátricos. Sin embargo, es importante que se vea acompañada de otras intervenciones dentro de un sistema comprensivo de tratamiento, en el que el proceso de rehabilitación sea acometido en su globalidad. Un ejemplo de ello sería el empleo del entrenamiento de habilidades sociales, que puede incrementar de forma aditiva el poder terapéutico de las estrategias familiares (Hogarty et al., 1986).

Los hallazgos de que disponemos han permitido delimitar un conjunto de

principios generales de actuación en intervención familiar en esquizofrenia. Entre los mismos, destacan la importancia de que los tratamientos se apoyen en teorías complejas de la causalidad de la esquizofrenia y que tengan en cuenta las dimensiones relevantes que la investigación familiar ha destacado, así como las necesidades de los usuarios (Hatfield, 1983; Birchwood y Smith, 1987). Lejos de aplicar de forma estandarizada las estrategias clínicas, es necesario que se elaboren a la medida de las características de cada familia y de cada paciente. Este proceso de decidir la intervención óptima para cada familia, puede verse facilitado cuando las intervenciones revisten un carácter modular semejante al adoptado en el entrenamiento de habilidades sociales con pacientes crónicos (Lieberman, 1986). Asimismo, puede resultar útil un esquema decisorio propuesto por McFarlane y Beels (1983) en el que se proponen los pasos que se pueden seguir a la hora de elegir tratamiento familiar teniendo en cuenta características tales como la duración y el momento del trastorno, el seguimiento del paciente de las prescripciones médicas, el nivel de cooperación de la familia y la respuesta al tratamiento en sus distintas fases. En la misma línea se sitúa un modelo de activación planteado por Heinrichs y Carpenter (1983), según el cual la terapia familiar y otros tratamientos deben combinarse entre sí en función de la posición del paciente en una curva de funcionamiento-actividad. En última instancia, de acuerdo con Wynne (1983) las intervenciones familiares deben tener una orientación polifacética, fásica, sistémica y centrada en los problemas. Se trata de conseguir ofrecer a pacientes y familiares protección frente al estrés y desarrollo de sus habilidades de afrontamiento, para amortiguar la vulnerabilidad inherente a la esquizofrenia.

A pesar de la eficacia informada por los modelos que hemos escogido, no hay que olvidar que siguen existiendo algunas dificultades, básicamente relacionadas con los diseños y la metodología empleados, para obtener una evidencia concluyente de los beneficios de estas intervenciones. Es especial, queda aún por demostrar empíricamente la especificidad de los mecanismos de cambio supuestamente implicados en cada una de las intervenciones y la exclusión de los efectos inespecíficos aspectos que quedan ensombrecidos por la falta de precisión operacional de algunas de las estrategias utilizadas, su naturaleza multicomponente y la ausencia de grupos control más adecuados (Barrowolough y Tarrier, 1984). Diseños más sofisticados y con un mayor control experimental (requisitos de alto coste económico, de recursos y temporal, en este tipo de estudios) permitirán conocer con más exactitud qué estrategias específicas resultan eficaces. Además, se podrá conocer que su eficacia se debe a razones distintas de la duración de la intervención, la novedad, las altas expectativas creadas o cualquier otro factor inespecífico (Elkin et al., 1988a y b). Asimismo, no queremos pasar por alto la cuestión de la duración de los efectos de las intervenciones. Hasta la fecha el tiempo de seguimiento en los estudios llevados a cabo no sobrepasa en ningún caso los dos años. Aun reconociendo que realizar un estudio de estas características implica un enorme esfuerzo, se necesitan estudios más largos que puedan confirmar que los efectos logrados se mantienen en el tiempo. Disminuir las recaídas constituye un objetivo altamente meritorio y deseable a corto plazo, pero es conocido que en ocasiones tal reducción debe ser interpretada más bien como una demora temporal de la reagudización sintomatológica. Por otra parte, dadas las características persistentes de los síntomas esquizofrénicos, bien de forma continuada o bien de modo episódico, un requisito imprescindible

en cualquier planteamiento serio de tratamiento de la esquizofrenia es incorporar la dimensión de continuidad.

Finalmente, queremos destacar el progreso que los nuevos modelos familiares suponen para el campo de la terapia familiar, por un lado, y para el tratamiento de la esquizofrenia, por otro. Frente a las terribles expectativas que la sola palabra de esquizofrenia despertaba en quien la oía hasta fechas recientes, se abre una puerta a la esperanza, que aunque por el momento no signifique curación sí implica una perspectiva mucho más alentadora. Esta nueva luz no puede ni debe sostenerse únicamente en las intervenciones familiares, otras muchas estrategias que empiezan por la medicación, deben ser añadidas dentro de un proceso comprensivo de rehabilitación cuya duración puede ser mucho mayor que los breves períodos de seguimiento hasta ahora utilizados en los estudios controlados. Lógicamente, conseguir que los pacientes esquizofrénicos tengan acceso a un proceso rehabilitador de esas características implica un importante cambio en la organización de los servicios asistenciales, sin el cual resulta muy difícil su realización.

Referencias

- ANDERSON, C. M. (1983a). A psychoeducational model of family treatment for schizophrenia. En H. Stierlin; L. C. Wynne y M. Wirsching (Comps.) *Psychosocial intervention in schizophrenia*. Berlin: Springer-Verlag, 227-235.
- ANDERSON, C. M. (1983b). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 99-116.
- ANDERSON, C. M. (1986). Psychoeducational family therapy. En Goldstein, M. J.; I. Hand y K. Hahlweg (Comps.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 145-152.
- ANDERSON, C. M.; HOGARTY, G. E. y REIS, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A research-based psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- ANDERSON, C. M.; HOGARTY, G. E. y REIS, D. J. (1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. En M. J. Goldstein (Comp.) *New directions for mental health services: New developments in interventions with families of schizophrenics* (N.º 12). San Francisco: Jossey-Bass, 79-94.
- ANDERSON, C. M.; REISS, D. J. y HOGARTY, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. Nueva York: Guilford Press.
- ASTRACHAM, B. M.; HARRROW, M.; ADLER, D.; BRAUER, L.; SCHWARTZ, C. y TUCKER, G. A. (1972). A checklist for the diagnosis of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 121, 529-539.
- BARROWCOLOUGH, C. y TARRIER, N. (1984). Psychosocial intervention with families and their effects on the course of schizophrenia: A review. *Psychological Medicine*, 14, 629-642.
- BATESON, G.; JACKSON, D.; HALEY, J. y WEAKLAND, J. (1956) Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- BELS, C. C. y MCFARLANE, W. R. (1982). Family treatments of schizophrenia: background and state of the art. *Hospital and Community Psychiatry*, 1, 541-550.
- BERKOWITZ, R. (1984). Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families: A description of a clinical research project. *Journal of Family Therapy*, 6, 211-233.
- BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-VRIES, R.; KUIPERS, L. y LEFF, J. (1981). Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics. En M. J. Goldstein (Comp.) *New directions for mental health services: New developments in interventions with families of schizophrenics* (N.º 12). San Francisco: Jossey-Bass, 27-48.
- BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-VRIES, R.; KUIPERS, L. y LEFF, J. (1984). Educating relatives about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 418-429.
- BIRCHWOOD, M. y SMITH, J. (1987). Schizophrenia and the family. En J. Orford (Comp.) *Coping with disorder in the family*. London: Croom Helm.

- BROWN, G. W., BIRLEY, J. L. T. y WING, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- CARDIN, V.; MCGILL, C. y FALLOON, I. R. H. (1985). An economic analysis: costs, benefits and effectiveness. En I. R. H. Falloon (Comp.) *Family management of schizophrenia: Clinical, social, family and economic benefits*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- COZOLINO, L. J. y GOLDSTEIN, M. J. (1986). Family education as a component of extended family-oriented treatment programs for schizophrenia. En Goldstein, M. J.; I. Hand y K. Hahlweg (Comps.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 117-128.
- COZOLINO, L. J. y NUECHTERLEIN, K. (1986). Pilot study of the impact of a family education program on relatives of recent-onset schizophrenic patients. En Goldstein, M. J.; I. Hand y K. Hahlweg (Comps.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 129-144.
- DAVIS, J. M. (1975) Overview: Maintenance therapy in psychiatry-I. Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1237-1245.
- DAVIS, J. M.; SCHAEFFER, C. B.; KILLIAN, G. A.; KINARD, C. y CHAN, C. (1980). Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 70-87.
- DOANE, J. A.; WEST, K. L.; GOLDSTEIN, M. J.; RODNICK, E. H. y JONES, J. E. (1981). Parental communication deviance and affective style: predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 38, 679-685.
- DOANE, J. A.; GOLDSTEIN, M. J.; MIKLOWITZ, D. J. y FALLOON, I. R. H. (1986). The impact of individual and family treatment on the affective climate of family schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 148, 279-287.
- EIKIN, I.; PILKONIS, P. A.; DOCHERTY, J. P. y SOTSKY, S. M. (1988a). Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: Active ingredients and mechanisms of change. *American Journal of Psychiatry*, 145, 909-917.
- EIKIN, I.; PILKONIS, P. A.; DOCHERTY, J. P. y SOTSKY, S. M. (1988b). Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, II: Nature and timing of treatment effects. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1071-1076.
- EVANS, J. R.; GOLDSTEIN, M. J. y RODNICK, E. H. (1973). Premorbid adjustment, paranoid diagnosis and remission in acute schizophrenics treated in a community mental health center. *Archives of General Psychiatry*, 28, 666-672.
- FADDEN, G.; BEBBINGTON, P. y KUIPERS, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- FALLOON, I. R. H. (1978). Social skills training for community living. *Psychiatric Clinics of North America*, 1, 291-305.
- FALLOON, I. R. H. (1986). Behavioral family therapy for schizophrenia: Clinical, social, family, and economic benefits. En Goldstein, M. J.; I. Hand y K. Hahlweg (Eds.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 171-184.
- FALLOON, I. R. H.; BOYD, J. L. y MCGILL, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- FALLOON, I. R. H.; BOYD, J. L.; MCGILL, C. W.; RAZANI, J.; MOSS, H. B. y GILDERMAN, A. M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- FALLOON, I. R. H.; BOYD, J. L.; MCGILL, C. W.; STRANG, J. S. y MOSS, H. B. (1981). Family management training in the community care of schizophrenia. En M. J. Goldstein (Comp.) *New directions for mental health services: New developments in interventions with families of schizophrenics* (N.º 12). San Francisco: Jossey-Bass, 61-78.
- FALLOON, I. R. H.; BOYD, J. L.; MCGILL, C. W.; WILLIAMSON, M.; RAZANI, J.; MOSS, H. B.; GILDERMAN, A. M. y SIMPSON, G. M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- FALLOON, I. R. H.; HOLE, V.; PEMBLETON, T. y NORRIS, L. (1988). Behavioural family therapy in the management of major affective disorders. En J. F. Clarkin, G. Haas e I. D. Glick (Comps.) *Family intervention in affective illness*. Nueva York: Guilford Press.
- FALLOON, I. R. H. y LIBERMAN, R. P. (1983a). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 117-140.
- FALLOON, I. R. H. y LIBERMAN, R. P. (1983b). Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 543-554.
- FALLOON, I. R. H.; MCGILL, C.; BOYD, J. L. y PEDERSON, J. (1987). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17, 59-66.
- FALLOON, I. R. H.; MUESER, K.; GINGERICH, S.; RAPPAPORT, S.; MCGILL, C. y HOLE, B. (1988). *Behavioural family therapy. A workbook*. Buckingham Mental health Service. Buckingham, U. K.

- FALLOON, I. R. H. y PEDERSON, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
- GOLDFRIED, M. R. y D'ZURILLA, T. J. (1969). A behavioral analytic model for assessing competence. En C. D. Spielberger (Comp.) *Current topics in clinical and community psychology*, Vol. 1. Nueva York: Academic Press.
- GOLDMAN, H. H. (1982). Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 557-560.
- GOLDSTEIN, M. J. y DOANE, J. A. (1982). Family factors in the onset, course and treatment of schizophrenic spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 692-700.
- GOLDSTEIN, M. J. y KOPEIKIN, H. S. (1981). Short — and long — term effects of combining drug and family therapy. En M. J. Goldstein (Comp.) *New directions for mental health services: New developments in interventions with families of schizophrenics* (N.º 12). San Francisco: Jossey-Bass, 5-26.
- GOLDSTEIN, M. J. y RODNICK, E. H. (1975). The family's contribution to the philology of schizophrenia: current status. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 48-63.
- GOLDSTEIN, M. J. y RODNICK, E. H.; EVANS, H. R.; MAY, F. R. A. y STEINBERG, M. R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- GOLDSTEIN, M. J. y STRACHAM, A. M. (1986). The impact of family intervention programs on family communication and the short-term course of schizophrenia. En Goldstein, M. J.; I. Hand y K. Hahlweg (Comps.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 185-192.
- GORMAN, A. S. y KNISKERN, D. P. (1978). Research on marital and family therapy. En S. L. Gardfield y A. E. Bergin (Comp.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- HATFIELD, A. B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work*, 23, 355-359.
- HATFIELD, A. B. (1979). The family as partner in the treatment of mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 338-340.
- HATFIELD, A. B. (1983). What families want of family therapists. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 41-68.
- HENRICH, W. y CARPENTER, W. T. (1983). The coordination of family therapy with other treatment modalities for schizophrenia. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 267-288.
- HIRSCH, S. R. y LEFF, J. P. (1975). *Abnormalities in parents of schizophrenics*. Maudsley Monograph, n.º 22. Londres: Oxford University Press.
- HOGARTY, G. E. (1984). Depot neuroleptics: The relevance of psycho-social factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 36-42.
- HOGARTY, G. E.; ANDERSON, C. M.; REISS, D. J. KORNBLITH, S. J.; GREENWALD, D. P.; JAVNA, C. D. y MADONIA, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- HOOLEY, J. M.; ORLEY, J. y TEASDALE, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- JACOB, T. (1975). Family interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review. *Psychological Bulletin*, 82, 33-65.
- KANE, J. M. (1987). Treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 133-156.
- KARNO, M.; JENKINS, J.; SELVA, A.; SANTANA, F.; TELLES, C.; LÓPEZ, S. y MINTZ, J. (1987). Expressed emotion and schizophrenia outcome among Mexican-American families. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 143-151.
- KOPEIKIN, H. S.; MARSHALL, V. y GOLDSTEIN, M. J. (1983). Stages and impact of crisis-oriented family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 69-98.
- KOTTGEN, C.; SONNISCHEIN, I.; MOLLENHAUER, K. et al. (1984). Families' high expressed emotion and relapses in young schizophrenic patients: Results of Hamburg-Camberwell family intervention study. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 71-82.
- LEFF, J.; KUIPERS, L. y BERKOWITZ, R. (1983). Intervention in families of schizophrenics and its effects on relapse rate. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 173-189.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-VRIES, R. y STURGEON, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of the schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-VRIES, R. y STURGEON, D. (1984). Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: Experience in the United Kingdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 43-49.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-VRIES, R. y STURGEON, D. (1986). Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. En Goldstein, M. J.; I.

- Hand y K. Hahlweg (Comp.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 153-170.
- LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R. y STURGEON, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of the schizophrenic patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- LEFF, J. y VAUGHN, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse schizophrenia: a two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- LEFF, J.; WIG, N.; GHOSH, A.; BEEDI, H.; MENON, D.; KUIPERS, L.; KORTEN, A.; ERNBERG, G.; DAY, R.; SARTORIUS, N. y JABLENSKY, A. (1987). *British Journal of Psychiatry*, 151, 166-173.
- LIBERMAN, R. P. (1986). Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. En Goldstein, M. J.; I. Hand y K. Hahlweg (Comps.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 201-216.
- LIBERMAN, R. P.; KING, L. W.; DE RISI, W. J. y MCCANN, M. (1975). *Personal effectiveness: Guiding people to assert themselves and improve their social skill*. Campaign, III: Research Press.
- LIDZ, T. (1958). Schizophrenia and the family. *Psychiatry*, 21, 21-27.
- LIEM, J. H. (1980). Family studies of schizophrenia: An update and commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 429-455.
- LUKOFF, D.; SNYDER, K.; VENTURA, J. y NUECHTERLEIN, K. H. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.
- MCFARLANE, W. R. (1983). Introduction. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 1-16.
- MCFARLANE, W. R. y BEELS, C. (1983). A decision-tree model for integrating family therapies for schizophrenia. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 325-336.
- MIKLOWITZ, D. J.; GOLSTEIN, M. J.; NUECHTERLEIN, K. H.; SNYDER, K. y MINTZ, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archive of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- NUECHTERLEIN, K. H. y DAWSON, M. E. (1984). A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 158-203.
- ORHALL, J. E. y GORHAM, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- RUIZ VARGAS, J. M. (Dir.) (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- STRACHAM, A. M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 678-696.
- SZMUKLER, G. I.; BISLER, I.; RUSSELL, F. M. y DARE, C. (1985). Anorexia nerviosa, parental «expressed emotion» and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- TARRIER, N. y BARROWLOUGH, C. (1986). Providing information to relatives about schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 458-463.
- TERKELSEN, K. G. (1983). Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy. *Family Process*, 22, 191-200.
- VAUGHN, C. (1986). Patterns of emotional response in the families of schizophrenic patients. En Goldstein, M. J.; I. Hand y K. Hahlweg (Comps.) *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*. Nueva York: Springer Verlag, 97-106.
- VAUGHN, C. y LEFF, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-37.
- VAUGHN, C., SNYDER, K. S.; JONES, S.; FREEMAN, W. E. y FALLOON, I. R. H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research of expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- VIZCARRO, C. y ARÉVALO, J. (1987). Emoción expresada. Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, n.º 26-27, 89-109.
- WEISSMAN, M. M.; PRUSOFF, B. A.; THOMPSON, W. D.; HARDING, P. S.; MYERS, J. K. (1976). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 317-326.
- WYNNE, L. C. (1981). Current concepts about schizophrenics and family relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 82-89.
- WYNNE, L. C. (1983). A phase-oriented approach to treatment with schizophrenics and their families. En W. R. McFarlane (Comp.) *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press, 251-265.
- WYNNE, L. C.; RYCKOFF, I.; DAY, J. y MIRSCH, S. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- ZIPPLE, A. y SPANIOL, L. (1984). Current educational and supportive models of family intervention: A review and suggestions for their use. Center for Rehabilitation Research and Training in Mental Health. Boston University.