

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA ESQUIZOFRENIA: ANÁLISIS DE LA TERAPIA FAMILIAR

Ernesto Sánchez Avila*, Selenia Cruz Botto* y Johana Machado Rocha*

RESUMEN

La esquizofrenia es un síndrome crónico y altamente discapacitante que altera el proyecto vital de gran número de personas jóvenes y de sus familias. En las tres últimas décadas, y gracias a los procesos de desinstitutionalización se han configurado nuevas relaciones terapéuticas entre familiares y el personal de atención en salud mental. En la actualidad es de suponer que el interés por el abordaje multidisciplinar de la esquizofrenia se encuentre aumentado debido a la evidencia científica que apunta a identificar este tipo de intervenciones como las de mayor eficacia; por otro lado, un tratamiento basado exclusivamente en la farmacoterapia privaría a los pacientes de rehabilitar aspectos importantes pero no siempre evidentes como la autoestima, capacidad de insight y capacidad cognitiva. En el presente trabajo se revisaron los estudios de corte experimental o cuasi experimental que tenían como objetivo evaluar la eficacia terapéutica de la terapia familiar. Las bases de datos seleccionadas fueron medline, psycinfo, psicothema y embase, las palabras utilizadas para la búsqueda fueron, terapia familiar aplicada a la esquizofrenia, con este criterio de búsqueda se hallaron un total de 467 citas, de las cuales se seleccionaron solo los estudios experimentales con grupo control y grupo experimental y asignación aleatoria. Se concluye que las intervenciones que exponen mejores resultados son las que combinan tratamiento farmacológico estándar con terapia familiar. (DUAZARY Suplemento 2011, 67 - 75).

Palabras Claves: virus, herpes, estomatitis herpética, aciclovir. (Decs Bireme).

SUMMARY

Schizophrenia is a chronic and highly disabling syndrome that affects the vital project of a large number of young people and their families. In the past three decades, thanks to the process of deinstitutionalization has been configured new therapeutic relationships between families and staff of mental health care. It is now assumed that the interest in the multidisciplinary approach to schizophrenia is increased due to the scientific evidence points to identify such interventions as more effective, on the other hand, a treatment based exclusively on pharmacotherapy deprive rehabilitate patients of important but not always as self evident, capacity for insight and cognitive ability. In this paper we reviewed studies of an experimental or quasi-experimental that aimed to evaluate the therapeutic efficacy of family therapy. The selected databases were Medline, PsycINFO and EMBASE Psicothema, the

*Estudiantes de grado programa de Psicología. Universidad del Magdalena.



words used for searching were applied to family therapy of schizophrenia, with the search criterion were found a total of 467 citations, of which we selected only studies experimental control group and experimental group and randomization. It is concluded that interventions that expose best results are those that combine standard medical therapy family therapy.

Keywords: meta-analysis, schizophrenia, family therapy.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un síndrome crónico y altamente discapacitante que altera el proyecto vital de gran número de personas jóvenes y de sus familias^{1,2}.

La esquizofrenia es una condición crónica que generalmente tiene efectos negativos en variados aspectos de la vida del paciente, acarrea un alto riesgo de suicidio y el deterioro de la vida del sujeto que la padece. Los efectos del trastorno traspasan la barrera de lo personal y altera el entorno familiar y social inmediato generando altos costos económicos para el sistema sanitario de cualquier país^{3, 4,5}.

A pesar de las variaciones que se dan entre pacientes, generalmente la esquizofrenia se caracteriza por ciertos síntomas, tales como ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento desorganizado (síntomas positivos) y aplanamiento afectivo (síntomas negativos). Esta enfermedad afecta diferentes procesos como el pensamiento, la emoción, los movimientos y el comportamiento; lo cual implica un deterioro en la funcionalidad cognitiva, en muchos casos, progresivo; afectando procesos tales como la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Adicionalmente, se ve afectada la calidad de vida en los aspectos social, laboral y familiar, trayendo consecuencias tanto para el paciente, como para todas las personas que lo rodean^{6, 7, 8,9}.

En las tres últimas décadas, y gracias a los procesos de desinstitutionalización se han configurado nuevas relaciones terapéuticas entre familiares y el personal de atención en salud mental. La actual visión de la familia apunta a que esta es un sistema complejo que se convierte en un importante recurso terapéutico, además las investigaciones señalan que existen relaciones mutuas entre familia y paciente que determinan entre

otras las recaídas sintomáticas y la duración de la estancia hospitalaria^{10, 11,12}.

La gran implicación que genera este cuadro en los pacientes y su entorno, ha supuesto la necesidad de diseñar estrategias de intervención psicoterapéuticas eficaces, este interés ha estado presente desde hace más de 100 años con los trabajos de Eugene Bleuler acerca de la psicoterapia para las psicosis. En estas primeras aproximaciones se destacaron una serie de elementos básicos: catarsis, reflexión, adaptación y consejo¹³.

En la actualidad es de suponer que el interés por el abordaje multidisciplinar de la esquizofrenia se encuentre aumentado debido a la evidencia científica que apunta a identificar este tipo de intervenciones como las de mayor eficacia; por otro lado, un tratamiento basado exclusivamente en la farmacoterapia privaría a los pacientes de rehabilitar aspectos importantes pero no siempre evidentes como la autoestima, capacidad de insight y capacidad cognitiva^{14, 15, 16, 17}.

Es cierto que la farmacoterapia marcó un hito en el tratamiento de los trastornos psicóticos y la esquizofrenia, no obstante, actualmente existe un consenso en cuanto a la efectividad de la combinación de terapia farmacológica con psicoterapia, por esta razón existe un interés por perfeccionar las herramientas y dispositivos de corte psicológico que existen para la esquizofrenia.

LA TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es una modalidad terapéutica que visualiza la intervención de todos los miembros de la familia como un conjunto y no solo del miembro que expresa las manifestaciones sintomáticas.

Este tipo de intervención tuvo origen en la década de los

50, y surgió como una manera de explicar la etiología de las psicosis; en esta época el énfasis estuvo puesto preferentemente en lograr una mayor aceptación del enfermo que en transformar el funcionamiento familiar^{18, 19, 20, 21, 22, 23}. Posteriormente los trabajos del antropólogo Gregory Bateson señalan como hipótesis etiológica de la esquizofrenia un patrón de comunicación disfuncional (por tanto, la psicosis, era una manifestación de esta disfunción y no la causa de la misma), a esta teoría se le conoce como “teoría del doble vínculo”; en (1958) Lyman Wynne, postula una nueva hipótesis para explicar la génesis de la esquizofrenia, para este autor, es la coherción de la individualidad y el anclaje en papeles fijos lo que desencadena la psicosis; de acuerdo con sus planteamientos, las familias de pacientes esquizofrénicos se caracterizan por prohibir el debate, la diversidad y por impedir el correcto desarrollo de la identidad de cada uno de los miembros de la familia, en este modelo, el pre- esquizofrénico, tiene la sensación de que la experiencia fuera de la familia carece de sentido²⁴.

En (1960), Bowen propone que el origen de la esquizofrenia radica en la perpetuación de conflictos a través de las generaciones, de acuerdo con estos postulados se necesitan tres generaciones que arrastren serios conflictos emocionales para que un miembro desarrolle la psicosis.

Todos los conceptos derivados de esta época (madre esquizofrenogena, cisma y sesgo marital, mistificación, entre otros) situaron a la familia como sistema patógeno, restándole importancia a su rol cuidador y rehabilitador.

La familia como objeto de intervención terapéutica es una corriente relativamente nueva en psicología y más aún en nuestro medio; en la década de los setentas, surge el enfoque familiar sistémico como una respuesta a las limitaciones de los enfoques anteriores.

De acuerdo con los planteamientos del enfoque familiar sistémico, también denominado enfoque ecológico, las manifestaciones sintomáticas de un miembro que padece depresión cumple una función para el sistema; el énfasis se sitúa en el rol que asume el “paciente designado”, la utilidad y la ganancia secundaria de los síntomas para todo el sistema familiar^{25, 26, 27, 28, 29, 30}.

Otro de los principios básicos de la terapia familiar es el rol que asume el terapeuta, puesto que es un actor “desde adentro” esto quiere decir, que establece alianzas

a través del uso de los códigos, símbolos, y canales propios del sistema.

Actualmente se propende por una neutralidad por parte del terapeuta, así como el empoderamiento de las familias y se hace énfasis en la reinterpretación del conflicto y una movilización de los recursos afectivos de los que disponen los miembros del sistema^{31, 32, 33}.

Los primeros planteamientos de la terapia familiar consideraban a este sistema como propiciador de “crisis” o patología; no obstante, en la actualidad y debido a los avances provenientes de la investigación en esta área, las conceptualizaciones recientes reivindican el papel positivo del sistema en la rehabilitación del miembro que padece la enfermedad^{34, 35, 36, 37, 38, 39, 40}.

El modelo sistémico familiar, establece que si existe una relación entre aspectos como las recaídas de una persona vulnerable y las actitudes de los otros significativos, sin embargo, la reorganización de los vínculos y la validación de las experiencias de todos los integrantes del sistema, así como un entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, son cuestiones que permiten un mayor entendimiento y una resignificación de las relaciones.

Para conseguir sus objetivos, la terapia familiar parte del supuesto de que solo a través del contacto directo con el sistema y de un conocimiento profundo de su manera de relacionarse puede alcanzar un entendimiento y que es ese entendimiento lo que permite formular estrategias efectivas. Por esta razón el terapeuta de familia comparte y aprende todos los códigos del sistema que le ocupa sin desprenderse de la mirada científica y la aplicación de técnicas y recursos propios del enfoque^{41, 42, 43, 44, 45}.

La terapia familiar se sirve de enfoques variados como el psicodinámico, terapia racional emotiva, terapia conductual, entre otros; en este modelo se entiende a la familia como un todo integrado por conexiones, donde los movimientos y posiciones de los miembros son mutuamente influyentes. Los resultados de este tipo de intervención pueden apreciarse a partir de la sexta semana, momento en el cual puede iniciarse una verdadera psicoterapia, que tiene por objetivo transformar las relaciones críticas y destructivas que presenta un sistema y así mismo modificar los patrones de conducta negativos que pueden estar establecidos.

En el presente trabajo se pretende a través de la metodología de revisión de tema, evaluar los hallazgos en términos de efectividad o no de la terapia familiar aplicada a la esquizofrenia.

A continuación se presentan los resultados de investigaciones que han empleado la terapia familiar como variable independiente.

En (1985) Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon, realizaron un estudio controlado, donde aplicaron una versión tradicional de terapia familiar al grupo de pacientes que vivían o tenían contacto frecuente con familiares que puntuaron alto en emoción expresada (constructo que hace referencia al ambiente emocional presente en el hogar del paciente, se tienen en cuenta para su evaluación tres aspectos, a saber, criticismo, hostilidad y sobre implicación emocional; la presencia de emoción expresada en el ambiente familiar del paciente con esquizofrenia se ha asociado positivamente con la recaída y el rebrote sintomático) En este estudio la EE fue medida a través de la entrevista familiar de Camberwell^{46, 47, 48} y analizaron los resultados con relación a un grupo control.

La terapia familiar en este grupo estuvo basada en la psicoeducación, la reducción de la EE y el aumento de independencia por parte de los pacientes; los hallazgos señalaron que a los 9 meses de tratamiento en el grupo control hubo una tasa de recaída del 50%, mientras que en el grupo experimental esta tasa fue del 8%.⁴⁹

Después de 2 años, hubo una tasa de recaída del 50% para la intervención familiar en comparación con el 75% para el grupo que recibió el tratamiento habitual. Sin embargo, al analizar el grupo de pacientes que recibió terapia familiar en combinación con la farmacoterapia, se demuestra que en estos pacientes la tasa de recaída fue del 20%, frente al 75% del grupo que no recibió intervención.

En (1985) la investigación desarrollada por Falloon, Boyd, McGill, Williamson, Razani, Moss & Gilderman evidencia que los pacientes sometidos a una intervención de corte familiar (la terapia conductual familiar) presentaron menores exacerbaciones sintomáticas que los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico estándar (6% versus 44%) aumento en la remisión de síntomas (56% versus 22%) y reducción del número de hospitalizaciones (11% versus 50%). Este estudio estuvo

conformado por un total de 36 pacientes que convivían con familiares que puntuaron alto en EE⁵⁰.

El denominado estudio de Ventura, conducido por Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg, 1978; Goldstein y Kopeikin, 1981 utilizó un modelo de terapia familiar diseñada para asistir al paciente y sus familiares en el periodo post hospitalario, dado que las mayores tasas de recaída se generan en este periodo. Este estudio no tuvo en cuenta el nivel de EE; la terapia tiene por objetivo dotar a las familias y a los pacientes de herramientas para hacer frente a situaciones estresantes.

En esta investigación la muestra estuvo constituida por 104 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que fueron asignados aleatoriamente a los diferentes grupos. La terapia tuvo una duración de seis sesiones (una por semana) y se encuentra orientada a fomentar aceptación, disminución de sentimientos de minusvalía e identificación de estresores y la manera adecuada de afrontarlos.

Las conclusiones de este trabajo indican que en el grupo donde se empleó la terapia familiar combinada con farmacoterapia, no hubo recaídas, mientras que en el grupo de solo farmacoterapia la tasa de recaída fue del 24%.

El estudio de seguimiento de esta modalidad de terapia familiar, concluye que es efectiva solo para prevención de recaídas en el periodo post hospitalario (6 semanas)⁵¹.

Kottgen y sus colaboradores (1984) buscaron establecer la eficacia de una intervención familiar que constaba de un formato diferente de los otros citados. En este estudio se seleccionaron 15 pacientes que provenían de familias con altos niveles de EE, posteriormente se separaron a los pacientes y a las familias; en el grupo de las familias se utilizó el método catártico del psicoanálisis para lograr que expulsaran sentimientos y pensamientos reprimidos, el grupo de pacientes fue creado con el objetivo de fomentar lazos de amistad. En este estudio se seleccionaron aparte 14 pacientes de familias con alta EE que funcionaron como grupo control; en esta investigación no se observaron diferencias en las tasas de recaídas⁵².

En (1991) Hogarty y colaboradores, estudiaron a 103 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y miembros de familias con un índice alto de EE, los pacientes fueron aleatorizados y asignados a tres grupos, el primer grupo

recibió psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales, el segundo grupo recibió solo entrenamiento en habilidades sociales y el tercer grupo recibió tratamiento farmacológico estándar.

Los resultados de este estudio señalan que tras un seguimiento de dos años, 25% de los pacientes del primer grupo habían sufrido una recaída, en el segundo grupo la tasa de recaídas fue del 29% y en el tercer grupo de 62%. En esta investigación se concluyó que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre la eficacia de los distintos tratamientos estudiados⁵³.

Tarrier y colaboradores (1989) realizaron un estudio que implicó el seguimiento de 8 años a un grupo de 83 pacientes con esquizofrenia provenientes de familias con alta EE, los pacientes fueron seleccionados aleatoriamente a terapia conductual, educación y terapia farmacológica estándar.

La evaluación a los dos años señaló que el 33% de los pacientes asignados a terapia conductual habían sufrido una recaída, los asignados al grupo de educación presentaron la misma tasa de recaídas 33%, mientras que los pacientes de terapia farmacológica estándar tuvieron una tasa de recaídas del 59%.

El seguimiento realizado a los 5 y 8 años mostró persistencia de menores tasas de recaídas en pacientes que recibieron la intervención psicoeducativa de orientación familiar⁵⁴.

En (1985) Glick y sus colaboradores desarrollaron una investigación con las familias de pacientes hospitalizados, el tratamiento consistió en sesiones de 6 a 8 horas de psicoeducación y sesiones de apoyo. En este estudio se compararon los grupos en relación al funcionamiento premórbido. El grupo de pacientes con pobre funcionamiento premórbido no mostró ningún beneficio del tratamiento; los familiares que recibieron el tratamiento se calificaron como más abiertos a la asistencia social, con actitudes menos negativas hacia el paciente y más positivos en su actitud frente a los tratamientos. El estudio concluye que la intervención es efectiva para los pacientes con buen funcionamiento premórbido⁵⁵.

Vaughan y sus colaboradores en (1992) evaluaron la efectividad de un tipo de intervención familiar, que consistió en 10 semanas de tratamiento en habilidades de resolución de problemas, estabilización de la vida

familiar y construcción de una sólida alianza terapéutica, el formato de esta intervención era de atención solo a familiares.

La muestra de este estudio estuvo constituida por 36 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, quienes convivían en su mayoría con los dos padres; para la intervención se seleccionó al miembro familiar que puntuó más elevado en el índice de EE.

Los resultados indican que el grupo experimental presentó un porcentaje de recaídas del (41%) mientras que el grupo control tuvo un porcentaje del (65%); lo cual no reveló diferencias estadísticamente significativas⁵⁶.

El estudio de Randolph y colaboradores en (1994) evidenció que los pacientes tratados con terapia de familia tuvieron menos exacerbaciones sintomáticas que el grupo de atención estándar, los porcentajes de recaída fueron del (14%) para el grupo experimental y (55%) para el grupo control. La muestra de este estudio estuvo conformada por 41 pacientes y sus familiares, los investigadores emplearon la terapia conductual familiar de Falloon como variable de tratamiento⁵⁷.

Un total de 106 pacientes ambulatorios fueron incluidos en el estudio de McFarlane y colaboradores en (1995), los pacientes fueron asignados aleatoriamente a grupo de atención estándar y grupo de tratamiento a través de psicoeducación de familias múltiples.

El tratamiento tuvo una duración de dos años, a razón de una sesión por semana, la terapia estaba dirigida a la psicoeducación acerca de las bases biológicas de la esquizofrenia, tratamiento y gestión de las habilidades de afrontamiento. Las intervenciones fueron desarrolladas por médicos siguiendo un protocolo estandarizado.

Los resultados de este estudio indican que los pacientes asignados a grupo de tratamiento presentaron una menor tasa de recaídas que aquellos asignados al grupo control, el estudio concluye además, que la aplicación de terapia multifamiliar mejora los resultados de procesos de hospitalización y previene el rebrote sintomático⁵⁸.

Sesenta y tres pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que vivían con sus familiares, se constituyeron en la muestra del estudio de Xiong y colaboradores en (1994).

Los pacientes fueron inscritos a su ingreso al hospital y asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento

estándar y grupo de intervención basada en la familia, que incluía sesiones mensuales de 45 minutos y abarcaba los temas de asesoramiento centrado en la resolución de problemas sociales y laborales, educación acerca de la enfermedad e intervención en crisis.

Los resultados obtenidos en este estudio efectuado en China, indican que a los 6, 12 y 18 meses la proporción de sujetos hospitalizados fue menor en el grupo de intervención familiar, así mismo en los miembros de este grupo la duración de un empleo fue más prolongada; las diferencias fueron estadísticamente significativas y se sostuvieron en el seguimiento a 18 meses.

Los investigadores concluyen que esta intervención es menos costosa que el tratamiento estándar y es ideal para familias urbanas de los pacientes esquizofrénicos de China⁵⁹.

En (1984) el denominado estudio de Hamburgo desarrollado por Kottgen y colaboradores, estudio a pacientes jóvenes que habían tenido el primer brote psicótico y que convivían con familiares de alto índice de EE.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo que recibió terapia familiar de orientación psicodinámica y grupo de tratamiento estándar.

En este estudio las tasas de recaída de los pacientes asignados al grupo experimental fueron moderadamente más bajas que la de los pacientes del grupo control, las diferencias no fueron estadísticamente significativas⁶⁰.

En Ámsterdam Linszen y colaboradores (1996), estudiaron la eficacia de la terapia familiar conductual de Falloon combinada con farmacoterapia estándar frente a tratamiento farmacológico solo.

Las familias recibieron el tratamiento mientras sus familiares se encontraban hospitalizados, posterior al egreso hospitalario los pacientes se vinculaban con las familias y al mismo tiempo recibían terapia individual.

Los resultados de este estudio, señalan que no existe diferencia entre los dos grupos, presentando ambos, bajas tasas de recaída⁶¹.

En el presente trabajo se revisaron los estudios de corte experimental o cuasi experimental que tenían como objetivo evaluar la eficacia terapéutica de la terapia familiar.

Las bases de datos seleccionadas fueron medline, psycinfo, psycotema y embase, las palabras utilizadas para la búsqueda fueron, terapia familiar aplicada a la esquizofrenia, con este criterio de búsqueda se hallaron un total de 467 citas, de las cuales se seleccionaron solo los estudios experimentales con grupo control y grupo experimental y asignación aleatoria.

DISCUSIÓN

La terapia familiar combinada con terapia farmacológica estándar es una intervención eficaz.

Los costos emocionales, económicos y sociales ocasionados por la esquizofrenia son muy elevados, por esta razón la ciencia busca generar opciones terapéuticas efectivas y eficaces.

Las intervenciones familiares, han demostrado ser dispositivos terapéuticos que mejoran los niveles de emoción expresada en las familias de los pacientes con esquizofrenia (especialmente en la dimensión criticismo) y disminuye las tasas de recaída⁶². Las intervenciones que exponen mejores resultados son las que combinan tratamiento farmacológico estándar con terapia familiar.

Las familias son consideradas como sistemas complejos, que poseen identidad, símbolos y canales propios para comunicarse y entenderse. En la actualidad, los modelos de intervención familiar reconocen en las familias poderosos agentes terapéuticos, se rescata el papel protector de este sistema y se propende por disminuir la carga familiar a través del entrenamiento en resolución de conflictos y demás estrategias terapéuticas.

Los estudios analizados en la presente revisión, se caracterizan por contar con un alto control y la asignación al azar de los diferentes grupos (control y experimental) sin embargo, como falla metodológica se puede mencionar el tamaño reducido de las muestras utilizadas, lo que conlleva a la dificultad de generalizar los resultados y una incapacidad para hacer comparaciones interculturales; no obstante, las evidencias señalan que la terapia familiar es una opción terapéutica eficaz.

Futuras investigaciones deben realizarse para determinar el impacto de estas tanto en pacientes como en familiares, así mismo establecer protocolos similares para los diferentes grupos de apoyo del paciente, no solo el familiar, y se deben realizar estudios de comparación

entre culturas para establecer si este factor influye en la eficacia de las intervenciones familiares.

En nuestro medio, el abordaje del paciente con esquizofrenia se centra en la atención del sujeto "enfermo" y se desconocen sus círculos de apoyo; lo que imposibilita que estos sistemas se conviertan en verdaderos agentes terapéuticos, es curioso observar que a pesar de ser la terapia de familia un abordaje económico, accesible y de eficacia probada aún no se implemente en el sistema de salud mental del país.

Finalmente, nuevos estudios de revisión deben realizarse que incluyan los trabajos desarrollados en los últimos cinco años para evaluar si existen variaciones en los resultados aquí mencionados y que incluyan nuevos criterios de búsqueda y selección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155: 1087-91.
2. Perez M, Fernandez JR. El grano y la criba de los trastornos psicológicos. *Psicothema*. 2001; 13: 523-29.
3. Arevalo J. Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*. 1990; 43/44: 169-93.
4. Carney C, Jones L, Woolson R. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. *J Gen Intern med*. 2006; 21: 1133- 37.
5. Caviaras A, Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2005; 43 : 97-108.
6. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154 (Suppl. 4).
7. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide. New York: Guilford Press. 1997.
8. Birchwood M. Psychological and social treatments: Course and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*. 1999; 12: 61-6.
9. Hahlweg K, Wiedemann G. Principles and results of family therapy in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999; 249 (Suppl. 4), 108-15.
10. McGorry PD. Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*. 1995; 58, 313-27.
11. McFarlane WR, Dunne E, Lukens E, Newmark M, McLaughlin-Toran J, Deakins, S, Horen B. From research to clinical practice: Dissemination of New York State's family psychoeducation project. *Hospital and Community Psychiatry*. 1993; 44 :265-70.
12. Lehman A. Commentary: What happens to psychosocial treatments on the way to clinic? *Schizophrenia Bulletin*. 2000; 26 : 137-39.
13. Bleuler E. *Dementia Praecox of the Group of Schizophrenias*, Nueva York, International Universities Press, 1950.
14. Benedetti G. *Psychotherapy of Schizophrenia*, Nueva York, New York University Press, 1987.
15. Nutger A, Dingemans P, Van der Does J, Linszen D, Gersons B. Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*. 1997; 72: 23-31.
16. McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. The expert consensus guidelines series: Treatment of schizophrenia 1999. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999; 60 (Suppl. 11): 1-80.
17. Szmukler G, Herrman H, Colusa S, Benson A, Bloch S. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. 1996.
18. Gleeson J, Jackson H, Stavely H, Burnett P. Family interventions in early psychosis. In P. McGorry & H. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (pp. 376-406). Cambridge, UK: Cambridge University Press. 1999.
19. Goldstein MJ. Psychoeducation and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 89 (Suppl. 382): 54-7.
20. Kuipers L, Leff J, Lam D. *Family work for schizophrenia: A practical guide*. London: Gaskell. 1992.
21. Klingberg S, Buchkremer S, Holle R, Schulze H, Hornung W. Differential therapy effects of psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons results of a five-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999; 249: 66- 2.
22. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153: 607-17.
23. Linszen D, Lenior M, de Haan L, Dingemans P, Gersons B. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1998; 172 (Suppl.33): 84-9.
24. Wynne LC, Ryckoff LM, Day J, Hirsch. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*. 1958; 21:205-20.
25. Botella L. Personal construct psychology, constructivism, and postmodern thought. In R.A.

- Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology* (Vol. 3). Greenwich, CN: JAI Press. 1995.
26. Diamond GS, Serrano AC, Dickey M, Sonis WA. Current status of family-based outcome and process research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995; 35: 6-16.
 27. Markus E, Lange A, Pettigrew TF. Effectiveness of family therapy: A meta-analysis. *Journal of Family Therapy*. 1990; 12 : 205-21.
 28. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*. 1956; 1 : 251-64.
 29. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Increased contact with community mental health resources as a potential benefit of family education. *Psychiatric Services*. 1998; 49: 333-39.
 30. Linszen D, Lenior M, de Haan L, Dingemans P, Gersons B. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1998; 172 (Suppl.33): 84-9.
 31. Chagoya L. *Psicoterapia Familiar*. Manual de Psiquiatría. Edit. Karpos S.A. Madrid, España 1980.
 32. Freedman J, Combs G. *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*. New York, WW Norton, 1996.
 33. German AS, Kniskern DP (eds): *Handbook of Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1991.
 34. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: The Guilford Press. 1986.
 35. Doane JA, Goldstein MJ, Minkowitz DJ. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*. 1986; 148: 279-87.
 36. Vallina O, Lemos S, García A, Otero A, Alonso M, Gutiérrez A. Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*. 1998; 10(2): 459-74.
 37. Ochoa E, Espada F. Intervenciones psicosociales en esquizofrenia. En Buendía, J. (Coor.), *Estrés y psicopatología*. (pp. 75-96). Madrid: Pirámide. 1993.
 38. Mari J, Streiner D. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: Meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*. 1994; 24: 565-78.
 39. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 1985; 146: 594 - 600.
 40. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update of family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2000; 26: 5-20.
 41. Valencia M, Rascón M, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*. 2003; 26 (5): 1-18.
 42. Vallina O, Lemos S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*. 2000; 12(4): 671-81.
 43. Penn D, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 1996; 72: 23-31.
 44. Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*. 1986; 129: 125-37.
 45. Muela JA, Godoy JF. Reactividad de la Medida de la Emoción Expresada durante un Ingreso. *Iberpsicología* 2003; 8: 1-4.
 46. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine* 1994; 24 (3): 707-18.
 47. Linszen D, Dingemans P, Nugter M, Van der Does A, Scholte W, Lenior M. Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*. 1997; 23: 119- 30.
 48. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*. 1985; 146: 594-600.
 49. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, Gilderman AM, Simpson GM. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*. 1985; 42: 887-96.
 50. Goldstein M, Rodnick E, Evans J, May P, Steinberg M. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*. 1978 35: 1169-177.
 51. Kottgen C, Sonnichsen I, Mollenhauser K, Jurth R. Group therapy with families of schizophrenia patients: III. Results of the Hamburg Camberwell family interview study. *International Journal of Family Psychiatry*. 1984; 5:84-94.
 52. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48:340-47.
 53. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman HL. Community management of schizophrenia: A two-year followup of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 154:625-28.

54. Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Haas GL, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. A controlled evaluation of inpatient family interventions: I. Preliminary results of the six-month followup. *Archives of General Psychiatry*. 1985; 42:882-86.
55. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczyński A, Fox A, TARRIER N. The Sydney intervention trial: A controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1992; 27(1):16-21.
56. Randolph EA, Eth S, Glynn SM, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, Strachan A, Van Vort W, Escobar JI, Liberman RP. Behavioral family management in schizophrenia: Outcome of a clinic-based intervention. *British Journal of Psychiatry*. 1994; 164:501-06.
57. McFarlane W, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*. 1995; 34: 127-44.
58. Xiong W, Phillips MR, Hu X, RuiWen W, Dai Q, Kleinman J, Kleinman A. Family based intervention for schizophrenic in China: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 1994; 165: 501-06.
59. Kottgen C, Sonnichsen I, Mollenhauser K, Jurth R. Group therapy with families of schizophrenia patients: III. Results of the Hamburg-Camberwell family interview study. *International Journal of Family Psychiatry*. 1984; 5: 84-94.
60. Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenoir R, Goldstein MJ. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*. 1996; 26: 333-42.
61. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update of family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2000; 26: 5-20.