

Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia

José A. Muela y Juan F. Godoy*
Universidad de Jaén y *Universidad de Granada

Se presenta una revisión de los programas de intervención familiar en esquizofrenia realizados desde principios de la década de los 80 y que se basan en la teoría de la vulnerabilidad a la esquizofrenia de Zubin y Spring (1977) y (casi todos) en el constructo de Emoción Expresada. El objetivo de todos ellos es la reducción del estrés familiar (concretamente de la Emoción Expresada, en la mayoría de ellos) para así tratar de evitar la recaída. Se revisan los estudios de Ventura, Camberwell, California, Hamburgo, Pittsburgh, Salford, Sydney, Birmingham y Andalucía.

Current programmes of family treatment in schizophrenia. It is presented here a revision of family treatment programmes in schizophrenia carried out since the beginning of the 1980s, which are based on Zubin and Spring's (1977) vulnerability theory to schizophrenia, and (almost all the programmes) on the Expressed Emotion construct. The aim of all the programmes is to reduce family stress (specifically Expressed Emotion, in the majority of the programmes) in order to attempt to avoid relapses. The Ventura, Camberwell, California, Hamburg, Pittsburgh, Salford, Sydney, Birmingham and Andalusia studies are revised.

Las intervenciones familiares que se han desarrollado desde los primeros años ochenta, tienen en común su encuadre dentro de la teoría de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977), desde donde potencian la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental, más concretamente, de la Emoción Expresada familiar o EE. Esta variable, se muestra como el mejor predictor de recaídas en esquizofrenia, ya que el riesgo de recaída aumenta cuatro veces, aproximadamente, en los pacientes que vuelven, tras el alta hospitalaria, a un ambiente familiar con altos niveles de EE (Leff y Vaughn, 1985). Se clasifica a una familia de alta EE cuando al menos uno de sus miembros presenta uno o más de las siguientes dimensiones: Crítica (evaluación negativa de la conducta del enfermo), Hostilidad (evaluación negativa del enfermo como persona) o Sobreimplicación emocional (sentimientos o actitudes, por parte del familiar, de desesperanza, autosacrificio, sobreprotección... hacia el enfermo). Mari y Streiner (1994) realizan una exhaustiva revisión de programas familiares. Los estudios seleccionados por estos autores servirán de base y referencia para la revisión aquí presentada. Sin embargo, entre los estudios excluidos por ellos hay algunos que en el presente trabajo sí que serán tenidos en cuenta al considerar que existen razones para ello. Así, el programa de Hamburgo (Köttgen, Sönnichsen, Mollenhauer y Jurth, 1984) es excluido por no aleatorizar los sujetos entre el grupo control y el experimental. En realidad, algunos pacientes fueron asignados a determinados grupos por razones geográficas, para facilitarles a los sujetos el acceso al programa. No parece razo-

nable pensar que esta variable introduzca una heterogeneidad entre los grupos capaz de invalidar los datos.

También se hará referencia al estudio de Birmingham (mencionado en Tarrier y Birchwood, 1995) por considerar de gran relevancia la información que en él se refleja y al estudio de Andalucía (Muela y Godoy, en preparación-a) que, aunque no se había realizado cuando Mari y Streiner publicaron su revisión, cumple con todos los requisitos que estos autores proponían como criterio de admisión. Los estudios que, finalmente, han sido seleccionados son:

Estudio de Ventura (Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg, 1978; Goldstein y Kopeikin, 1981)

La terapia familiar de este estudio está diseñada para asistir a pacientes y familiares en el período que sigue a la hospitalización, ya que es el momento en el que se produce un gran porcentaje de recaídas. Es el único estudio de los seleccionados que no tiene en cuenta el nivel de EE familiar aunque sí el clima familiar estresante. El objetivo de la terapia es que la familia y el paciente sepan manejar los acontecimientos estresantes y generar un clima familiar adecuado.

En el estudio de Goldstein et al. (1978) participan 104 esquizofrénicos agudos que son asignados aleatoriamente a una de las cuatro condiciones experimentales resultantes del cruce de los dos niveles de las dos variables independientes: medicación (1 ó 0,25 mg. de flufenacina inyectada) y terapia familiar orientada a la crisis (presencia o ausencia de dicha terapia). El porcentaje de muerte experimental es del 7,7%. La terapia consta de seis sesiones, una a la semana, con los objetivos de conseguir la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y la familia e identificar los estresores pasados y futuros a los que paciente y familia sean vulnerables para planificar la forma de minimizar o evitar su efecto.

Correspondencia: José Antonio Muela Martínez
Departamento de Psicología
Facultad de Humanidades y CC. de la Educación
23071 Jaén (Spain)
E-mail: jmuela@ujaen.es

Aunque cada familia tiene sus propios estresores, todas reciben información (aunque no de forma estandarizada) sobre la enfermedad y la teoría de la vulnerabilidad. Tras estas puntualizaciones, la mecánica de las sesiones consiste en identificar los estresores más dañinos para el paciente, desarrollar estrategias para prevenirlos y planificar anticipadamente los futuros.

Las sesiones, con un formato semejante al de la técnica de Resolución de Problemas, no están estructuradas (Falloon et al., 1990) con lo que los terapeutas distribuyen los objetivos entre las seis sesiones según su criterio. Los resultados durante las seis semanas que duró el tratamiento reflejan que en el grupo de terapia familiar orientada a la crisis más 1 mg. de flufenacina no hubo recaídas (definida como una rehospitalización), mientras que en el grupo de 0'25 mg. de flufenacina sin terapia, recayeron el 24% de los sujetos. Entre los otros dos grupos no hay diferencias significativas aunque hay una ligera tendencia favorable a la terapia familiar orientada a la crisis. Tras seis meses, los resultados se mantienen, si bien los propios autores recomiendan tomar éstos con precaución puesto que tras las seis semanas de terapia, los pacientes han sido tratados de muy diferente manera, tomando algunos otras dosis u otros medicamentos. En un trabajo posterior, Goldstein y Kopeikin (1981), realizan un seguimiento de la muestra de tres a seis años. Las diferencias ya no se mantienen, con lo que concluyen que la terapia familiar orientada a la crisis + dosis moderada de medicación sólo es efectiva en la prevención de recaídas seis meses tras el alta.

Estudio de Camberwell (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1982; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1983; Leff, Kuipers, Berkowitz y Sturgeon, 1985; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1986)

Este es el más importante estudio de los trabajos sobre EE en familias (Falloon et al., 1990). En él participan 24 familias de esquizofrénicos (12 en el grupo control y 12 en el experimental, aunque dos familias no terminaron el programa). La medicación es inyectada regularmente a todos los enfermos. Todas las familias presentan un contacto «cara a cara» alto (más de 35 horas semanales en una misma habitación con un familiar). Los familiares son evaluados en el nivel de EE por medio de la Entrevista Familiar de Camberwell o CFI (Vaughn y Leff, 1976). La intervención consiste en:

- Programa educativo: Es realizado sólo por el grupo experimental mientras el enfermo permanece ingresado. Consiste en cuatro visitas al hogar familiar donde se informa sobre la esquizofrenia.
- Grupo de familiares: Son sesiones quincenales y sin un número fijo. Lo realizan los sujetos del grupo experimental tras el alta y sin el paciente. Se discuten los problemas de convivencia pretendiéndose el intercambio mutuo de experiencias.
- Sesiones familiares: Se realizan en el hogar familiar con todos los miembros presentes, incluido el enfermo. Su número varía de una a veinticinco visitas según las necesidades de cada familia. Los temas que en ellas se abordan son más personales y concretos y se trata de reducir el contacto «cara a cara» y la EE familiar. Sólo fue realizado por las familias del grupo experimental con alta EE.

La recaída fue definida como una reaparición de síntomas psicóticos y como una exacerbación de estos (respectivamente, tipo I y II de Brown, Birley y Wing, 1972). Los resultados indican que nueve meses tras el alta, el 50% de los sujetos del grupo control

cayeron frente al 8% de los del grupo experimental. Sin embargo, no se produjo una reducción significativa del nivel de EE.

Tras dos años de seguimiento (Leff et al., 1985) las diferencias disminuyen pero continúan siendo significativas (recaen el 20% de los sujetos integrantes del grupo experimental frente al 78% del grupo control).

Estudio de California (Falloon, Boyd, McGill, Strang y Moss, 1981; Falloon, Boyd, McGill, Razani, Moss y Gilderman, 1982; Falloon et al., 1985)

El objetivo de este estudio es entrenar a la familia del esquizofrénico para que use un método estructurado de resolución de problemas (RP). Todas las sesiones de este programa se realizan en el hogar familiar, lo que proporciona una mayor generalización de lo aprendido.

En este estudio participaron 39 pacientes esquizofrénicos (con una muerte experimental del 8%). Casi todos ellos con alta EE en alguno de sus familiares y unos pocos que, aunque con baja EE, fueron considerados de alto riesgo.

Se formaron dos grupos de 18 sujetos cada uno: «tratamiento familiar» que recibiría la terapia diseñada por los autores y «tratamiento individual» que recibiría el mejor tratamiento individual disponible. Se inicia el programa tras el alta del sujeto, pero no hasta que éste alcance un nivel estable de síntomas y funcionamiento social y cumpla su medicación. En el grupo de «tratamiento familiar», las dos primeras sesiones (semanales) son educativas participando tanto el paciente como su familia.

Tras estas dos sesiones, las familias entran en un proceso cuyos objetivos cambian para cada familia según sus necesidades. Cuando los familiares se muestran competentes en ciertas habilidades de comunicación previas (según el juicio de los terapeutas) se pasa al entrenamiento en RP como medio de afrontamiento ante la tensión y el estrés familiar.

Además, también son usadas otras técnicas como contrato conductual, modelado, tiempo fuera, imposición de límites o identificación de señales de alarma para impedir recaídas. Las recaídas son definidas como exacerbaciones clínicas de más de una semana de duración y que conlleven un sustancial aumento en la medicación o el reingreso. Los resultados informan de una tasa de recaídas del 6% de los sujetos que recibieron el «tratamiento familiar» frente a 44% de los pacientes del grupo de «tratamiento individual». Las diferencias son estadísticamente significativas.

Dos años después del alta (Falloon et al., 1985), se mantienen las diferencias (17% de recaídas en «tratamiento familiar» frente al 83% en el «tratamiento individual»).

Estudio de Hamburgo (Köttgen et al., 1984)

Este es un estudio en el que no se encuentran diferencias significativas tras nueve meses de seguimiento, no ya entre grupo de terapia y grupo control (33% de recaídas en el experimental frente al 53% del grupo control), sino ni siquiera entre alta o baja EE en ninguno de los subgrupos que se pueden formar con estos niveles. Se forman tres grupos: Experimental (15 familias de alta EE que recibirán la terapia); Control 1 (14 familias de alta EE que no recibirán la terapia) y Control 2 (20 familias de baja EE que no recibirán la terapia). La terapia comienza tras el alta y durará dos años por lo que los resultados expuestos en este artículo hacen referencia a etapas muy tempranas de la misma. Son sesiones de di-

námica de grupos donde se tratan temas como la culpabilidad, el miedo al fracaso, el aislamiento, prejuicios, expectativas, miedo a ser abandonados, enfrentamiento a impulsos agresivos... con los familiares y enfermos por separado. La recaída fue definida como el reingreso por más de una semana a consecuencia de sintomatología psicótica, como la persistencia de síntomas con deterioro social, como la hospitalización por más del 50% del tiempo de seguimiento o como el suicidio.

El nivel de EE disminuye en el grupo experimental 18 meses después de la primera entrevista (50%), aunque esta disminución no pueda atribuirse a la terapia, pues en el grupo control de alta EE se da el mismo porcentaje de reducción. Barrowclough y Tarrier (1995) critican de este estudio su orientación psicoanalítica y el haber tratado a pacientes y familiares por separado, aunque los autores del estudio afirman haberlos separado por considerarlo ventajoso: así, el familiar podría continuar asistiendo al grupo aunque el paciente lo abandonase, o al revés; por otra parte, los sentimientos pueden expresarse libremente sin miedo a herir susceptibilidades y, finalmente, tanto familiares como pacientes pueden encontrar en sus respectivos grupos una red de apoyo de personas en su misma situación.

Estudio de Pittsburgh (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Hogarty et al. 1986; Hogarty, Anderson y Reiss, 1987)

Los objetivos de este estudio son reducir el clima emocional negativo del hogar del paciente y al mismo tiempo hacer que los familiares mantengan unas expectativas razonables sobre el rendimiento del mismo. Es un programa muy estructurado que contiene las siguientes fases:

1. Conexión con las familias para motivarlas y disminuir su estrés.
2. Taller de habilidades sobre conocimientos de la enfermedad.
3. Reintegración del paciente en la comunidad y la familia.
4. Ajuste social y laboral del paciente.
5. Mantenimiento.

Hogarty et al. (1986) realizan un estudio controlado con 134 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos divididos en cuatro grupos: Intervención Familiar (IF) + mantenimiento de la medicación (30 familias), entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS) + mantenimiento de la medicación (30 familias); IF + HHSS + mantenimiento de la medicación (29 familias) y mantenimiento de la medicación (45 familias). 31 familias no terminaron el estudio.

La recaída fue definida como tipo I (cambio de la clasificación «no psicótico» a «psicótico» según los «Research Diagnostic Criteria») y tipo II (exacerbación severa de síntomas o mantenimiento de los psicóticos). Los resultados indican que nueve meses (y un año) tras el alta las recaídas eran del 9% (19% al año) en el grupo de terapia familiar + medicación; del 10% (20% al año) en el grupo de habilidades sociales + medicación; sin recaídas, en el grupo de IF + HHSS + medicación y del 28% (41% al año) en el grupo de medicación sola.

Hubo reducciones de la EE en todos los grupos, pero no fueron significativas.

Estudio de Salford (Tarrier et al., 1988; Tarrier et al., 1989)

Participan 92 sujetos (26 de ellos no terminan el programa) divididos en diferentes grupos según el nivel de EE de sus familiares: las familias de alta EE son divididas entre cuatro grupos: pro-

grama educacional + intervención conductual «simbólica»; programa educacional + intervención conductual «representativa»; programa educacional sólo y tratamiento de rutina. Las familias de baja EE se dividieron entre programa educacional y tratamiento de rutina. Las intervenciones «simbólica» y «representativa» son idénticas en contenidos pero difieren en el nivel metodológico de aplicación: la segunda, además de las instrucciones necesita de la práctica conductual.

La terapia consta de tres fases:

1. Programa educativo.
2. Manejo de estrés. Técnicas impartidas de diferente forma en el grupo «simbólico» o «representativo».
3. Planificación de metas.

Definen la recaída como Tipo I (reaparición de síntomas) o Tipo II (recrudescimiento de los ya existentes) medido con el PSE.

El Índice EE disminuyó en los grupos de terapia conductual de forma significativa nueve meses tras el alta. Las disminuciones en los otros grupos no fueron significativas.

Los resultados nueve meses tras el alta fueron: 17% de recaídas en el grupo «representativo»; 8% en el grupo «simbólico» (en la combinación de ambas las recaídas son del 12%); 43% en el educativo y 53% en el de tratamiento de rutina.

Respecto a los grupos de baja EE las recaídas fueron del 22% en el grupo educativo y del 20% en el de tratamiento de rutina. Estos resultados indican que la terapia empleada por los autores previene las recaídas y, al mismo tiempo, que un programa educativo corto, es ineficaz.

Los resultados dos años después del alta (Tarrier et al., 1989) son: 33% en el grupo de intervención conductual (el mismo porcentaje que en los grupos de baja EE) frente al 59% de recaídas en el grupo de tratamiento de rutina para alta EE. Como informan Tarrier y Birchwood (1995), también se realizó un seguimiento de 5 y 8 años en los cuales la muestra fue dividida en 3 grupos: experimental (intervención familiar en alta EE), control 1 (tratamiento rutinario en alta EE) y control 2 (tratamiento rutinario en baja EE). Los datos muestran una tasa de recaídas del grupo experimental a los cinco y a los ocho años (62% y 67% respectivamente) significativamente menor que las del grupo control 1 (83% y 88%) y muy semejantes a las del grupo control 2 (65% y 69%).

Estudio de Sydney (Vaughan, Doyle, McConaghy, Blaszcynski, Fox y Tarrier, 1992)

Se utilizaron 36 familias de esquizofrénicos con alta EE, divididas aleatoriamente en dos grupos: Grupo de asesoramiento familiar (18 familias) y grupo control (18 familias). Dos familias no terminaron el programa. La terapia constaba de 10 sesiones semanales en las que sólo participaban los familiares. Nueve meses tras el alta no se encuentra una reducción de la tasa de recaídas en el grupo de terapia familiar. Barrowclough y Tarrier (1995) critican de este estudio el que el equipo de investigación se centrara únicamente en los familiares y nunca viese a los pacientes o que un número considerable de pacientes (el 55'8%) no tomase medicación tras el alta, hecho que no sucede en los estudios que sí obtienen resultados satisfactorios. Por último, también critican la corta duración de la terapia (aunque, también aquí, podría indicarse que la del estudio de Ventura fue aún menor y, sin embargo, efectiva) y el que el equipo de investigación no mantuviese relación con el equipo responsable del tratamiento clínico de los pacientes (aunque este hecho no debiera ser relevante en exceso, pues en los de-

más estudios se intenta que los responsables del tratamiento funcionen totalmente independientes de los responsables de la investigación y que incluso desconozcan el grupo al que pertenecen los sujetos utilizando la técnica del «ciego». Críticas que ya mencionan Vaughan et al. (1992) en su estudio.

Estudio de Birmingham (citado en Tarrier y Birchwood, 1995)

Se trata de un proyecto de intervención familiar que no se basa en la alta EE familiar. Esta decisión fue tomada tras considerar que la clasificación de «familia de alta EE» no incluye a todas las familias que necesitan ayuda. De hecho, una tercera parte de las familias de baja EE que participan en el estudio presentan una «gran necesidad» de recibir intervención.

Esta intervención es psicoeducativa y se centra en el alivio de la carga familiar y la resolución del sentimiento de pérdida por parte de los padres. Los primeros resultados indican que nueve meses tras el alta, las familias que reciben esta intervención demuestran una significativa reducción de necesidades familiares (estrés, carga y afrontamiento), sin embargo no encuentran una reducción significativa de la tasa de recaídas. Parece ser que si la educación por sí misma no reduce las recaídas (como también se demostró en el estudio de Salford) sí tiene efecto sobre la carga familiar subjetiva.

Estudio de Andalucía (Muela y Godoy, en preparación)

Por último, se presenta un programa de intervención familiar reciente, en español y para población española. Participaron 38 familias todas ellas pertenecientes a asociaciones de familiares de enfermos mentales (de Granada, Málaga y Jaén) y de alta EE (aunque 12 de ellas no terminaron el programa), divididas en dos grupos: tratamiento convencional efectuado por los centros de salud mental correspondientes (grupo control) e intervención familiar (grupo experimental). El programa tiene tres componentes: uno reductor de la alta EE familiar, otro que incrementa los conocimientos familiares sobre la enfermedad y el último, que disminuye el estrés y la carga subjetiva familiar. Consta de cuatro fases:

1. Fase 0 (de Evaluación): Selección de los sujetos que cumplan una serie de requisitos entre los que se encuentran: que la familia sea de alta EE, que el diagnóstico del enfermo sea de esquizofrenia crónica, que haya tenido al menos una recaída en los últimos dos años, que se medique regularmente...
2. Fase I (Psicoeducativa): Las familias del grupo experimental asisten (sin el enfermo) a una serie de quince sesiones semanales en las que se les proporciona información sobre la enfermedad, sobre lo que la familia puede hacer y sobre procedimientos prácticos hacia la enfermedad.
3. Fase II (De intervención individualizada). Son 15 sesiones semanales con cada familia (incluido el enfermo) individualmente. Se trata de aplicar lo aprendido en la fase anterior a los casos concretos y cotidianos. En esta fase se hizo un listado consensuado de aspectos y conductas que deberían modificarse para mejorar el clima familiar y disminuir el estrés familiar, diseñándose la forma de conseguirlo con ayuda de técnicas para tal fin.
4. Fase III (De seguimiento). Comienza al finalizar la anterior en el grupo experimental y tras la selección en el control. Se realiza por medio de llamadas telefónicas cada 15 días en las que las familias informan sobre el estado del enfermo, toma de medica-

ción, satisfacción familiar tras el año de seguimiento así como sobre los ingresos y los cambios en la medicación. Además, las familias del grupo experimental daban información sobre el uso de técnicas aprendidas.

La recaída fue definida como la exacerbación de síntomas que conllevase el aumento de la medicación o el reingreso (según el criterio del psiquiatra que tratase al enfermo, que era «ciego» a los objetivos del programa y al grupo al que pertenecía el sujeto). Los resultados 12 meses tras el programa (en los demás estudios el tratamiento y el seguimiento se solapan, al menos en parte) fueron: 20% de recaídas en el grupo experimental frente al 63'3% en el grupo control. Las diferencias son estadísticamente significativas. La EE se redujo tras el programa en el grupo experimental. Por otra parte, el nivel de conocimientos sobre la enfermedad incrementó en el grupo experimental, mientras que el estrés o carga subjetiva familiar disminuyó en dicho grupo. Todas estas diferencias son estadísticamente significativas.

Consideraciones generales

Se hace necesaria la profundización en este tipo de programas para adaptar sus logros a la práctica clínica, dada la enorme importancia de la Intervención Familiar en esta enfermedad, que es considerada por Ochoa y Espada (1993) como el tratamiento psicológico más eficaz frente a la esquizofrenia. En un trabajo reciente (Vallina, Lemos, García, Otero, Alonso y Gutiérrez, 1998) se realiza, con éxito, un tratamiento integrado sobre pacientes esquizofrénicos en el que se incluye como un componente más la intervención familiar (en este caso formada por psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y en resolución de problemas y en aplicar habilidades cognitivo-conductuales para afrontar situaciones especiales).

El estudio de Andalucía se presenta, por ser el más reciente, como una recopilación de aquellos factores que han mostrado su eficacia en los estudios anteriores, evitando los que podrían ser criticados por poco útiles o ineficaces. Por otra parte, también se incluyen aspectos que no se han tenido en cuenta en los estudios anteriores pese a su relevancia a la hora de considerar su efecto sobre la recaída o la valoración final del programa (ver tabla 1 en la que se coparan estos estudios).

Entre los aspectos positivos que han sido utilizados en dicho estudio están el haber incluido una fase psicoeducativa (todos los programas así lo hacen) aunque más larga que la de los demás estudios (el de Salford demuestra que un programa educativo corto es ineficaz), el tener en cuenta el nivel de conocimientos sobre la enfermedad (Camberwell o Salford) y el nivel de carga subjetiva (California y Birmingham), pero no como efectos adicionales del programa sino como componentes integrantes del mismo y, por último, iniciar el programa con los familiares y luego integrar a los enfermos (Camberwell, Pittsburgh y Salford).

En cuanto a las diferencias, el hecho de que cada estudio defina la recaída de una forma distinta dificulta la posterior comparación de los resultados entre ellos. El estudio de Andalucía trata de acercarse a la práctica clínica, por lo que respeta el criterio del psiquiatra (por otra parte, «ciego» ante la importancia de sus propias decisiones o ante la temporalización del programa) y toma como recaída la exacerbación de síntomas cuando sea lo suficientemente importante, a juicio del psiquiatra, como para cambiar la medicación del sujeto. También se incluyó como recaída el reingreso del paciente pues, pese a las críticas que este índice pudiese gene-

rar, la admisión debe conservar una importante posición en los datos comparativos sobre recaídas (Falloon, Marshall, Boyd, Razani y Wood-Siverio, 1983). Tanto es así, que el primer estudio sobre EE (el de Brown et al., 1972) se podría haber realizado cambiando la definición de recaída que ellos utilizaron (las tipo I y II más arriba descritas) por el reingreso y no habría diferencias en los resultados estadísticos. Además teniendo en cuenta que, puesto que casi todos los estudios que consideran los ingresos anteriores al programa los interpretan como un indicador del estado actual del paciente, no parece tener sentido que, tras el programa, la admisión hospitalaria no sea considerada de la misma forma. Por último, en la historia de la enfermedad, un ingreso siempre es considerado por los pacientes como un hecho más significativo que el simple aumento de la medicación.

Otro aspecto problemático, en alguno de los programas anteriores al de Andalucía, es la toma regular de la medicación por parte de los enfermos. Así, en el estudio de Andalucía, todos los pacientes debían tomar la medicación regularmente con un criterio muy estricto. Excepto en el de Ventura y en el de Camberwell, esto no ocurre en ningún otro estudio. En todos ellos hay un porcentaje de sujetos que no cumple regularmente la toma de medicación: en el de Hamburgo no se especifica por grupos (experimental y control) el cumplimiento de la medicación, pero se menciona que el 12% de la muestra total no se medica, el 30% lo hace de for-

ma irregular y se han perdido datos del 16%; en el de Salford y en el de Sydney hay pacientes que no toman la medicación regularmente tanto en el grupo control como en el experimental aunque no hay diferencias significativas en el número de estos sujetos por grupo, por último, en los estudios de California y Pittsburgh hay más sujetos que no toman la medicación regularmente en el grupo control que en el experimental, de forma cercana a la significación en el de California ($p < 0.09$) y estadísticamente significativo ($p < 0.02$) en el de Pittsburgh. Mari y Streiner (1994), de donde se han tomado estos dos últimos datos, consideran que el hecho de que haya más sujetos que cumplen la medicación en los grupos experimentales se debe a un efecto más de la terapia familiar. Sin embargo, no parecen darle mayor importancia al hecho de que el incumplimiento de la medicación en el grupo control podría explicar, al menos en parte, la mayor tasa de recaídas en este grupo. Los datos de los programas en los que hay más sujetos que se medican irregularmente en el grupo control que en el experimental deberían aceptarse con las debidas precauciones dada la evidente influencia que tendrá en la recaída que la medicación no se siga con regularidad.

Otra diferencia entre el estudio de Andalucía y los demás presentados anteriormente se refiere al hecho de que el seguimiento, en estos últimos, coincide, al menos en parte, con el período de intervención. Sin embargo, en el estudio de Andalucía, el año de se-

Tabla 1
Comparación entre los grupos experimentales de los estudios revisados

TERAPIA	N TOTAL DEL ESTUDIO	EDAD	ADMISIONES PREVIAS	SESIONES	DESCENSO EE	RECAÍDA	
VENTURA	Orientada a crisis	96	23'36	1 o 2	6 semanales	-	0% (6 meses tras alta)
CAMBERWELL	Programa educativo+ Grupo de familiares+ Sesiones familiares	20	39	1'2	Sin Determinar	No Significativa	8% (9 meses tras alta)
CALIFORNIA	Resolución de Problemas	36	25'8	3	Sin Determinar	No Significativa	6% (9 meses tras alta)
HAMBURGO	Dinámica de Grupos	50	23	Menor a 3	De 24 a 104 Según grupo	No Significativa	43% (9 meses tras alta)
PITTSBURGH	Programa educativo+ técnicas de manejo de enfermedad	103	27	2'7	Sin Determinar	No Significativa	19% (12 meses tras alta)
SALFORD	Conductual para manejo de estrés	66	35'3	2'8	13 en 6'5 meses	Significativa	12% (9 meses tras alta)
SYDNEY	Asesoramiento familiar sin enfermos	34	22'1	4'1	10 semanales	No Significativa	41% (9 meses tras alta)
ANDALUCÍA	Programa educativo+ disminución EE+ disminución de estrés familiar	26	30'73	2'33	30 semanales	Significativa	20% (12 meses tras el programa)

guimiento comienza al finalizar la intervención familiar. El hacerlo de este modo, implica que en todo momento los familiares han sido enteramente responsables de su propia conducta frente al enfermo y, si han evitado una crisis, lo han hecho ellos solos sin la ayuda del equipo de investigación (uno de los objetivos de toda intervención terapéutica).

Finalmente, el estudio de Andalucía ha medido el grado de satisfacción del familiar durante el año de seguimiento (o criterio «clínico»), cosa que ningún otro programa menciona. Los resultados muestran que los familiares del grupo experimental consideran el seguimiento entre «un buen año» y «el mejor desde el inicio de la enfermedad», frente al grupo control que lo define entre «un mal año» y «un año normal». Como conclusión, mencionar una se-

rie de requisitos que debe tener un programa de intervención familiar en esquizofrenia (algunos ya propuestos por Goldstein, 1994):

1º Contar con la colaboración de la familia haciéndole ver la importancia de su participación.

2º Aumentar el conocimiento familiar sobre la enfermedad y su relación con el estrés.

3º Dotar a las familias de habilidades y recursos de afrontamiento de estrés.

4º Que la familia detecte signos de recaída para poder intervenir tempranamente.

5º Mantenimiento de la medicación.

6º Racionalización de las expectativas.

Referencias

- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1995). Intervenciones con las familias. En Birchwood, M. y Tarrier, N. (Coord.), *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. (pp. 69-99). Barcelona: Ariel.
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, *121*, 241-258.
- Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Razani, J., Moss, H. y Gilderman, A. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, *306*, 1437-1440.
- Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Strang, J. y Moss, H. (1981). Family management training in the community care of schizophrenia. En Goldstein, M. (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics*. (pp. 61-77). San Francisco: Jossey-Bass.
- Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Williamson, M., Razani, J., Moss, H., Gilderman, A. y Simson, G. (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.
- Goldstein, M. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 54-57.
- Goldstein, M. y Kopeikin, H. (1981). Short and long term effects of combining drug and family therapy. En Goldstein, M. (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldstein, M., Rodnick, E., Evans, J., May, P. y Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 1169-1177.
- Hogarty, G., Anderson, C. y Reiss, D. (1987). Family psychoeducation, social skills training and medication in schizophrenia: The long and Short of it. *Psychopharmacology Bulletin*, *23*, 12-13.
- Hogarty, G., Anderson, C., Reiss, D., Komblith, S., Greenwald, D., Javna, C. y Madonia, M. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 633-642.
- Köttgen, C., Sönnichsen, I., Mollenhauer, K. y Jurth, R. (1984). The family relations of young schizophrenic patients: Results of the Hamburg Camberwell Family Interview Study I. *International Journal of Family Psychiatry*, *5*, 61-94.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patient. *British Journal of Psychiatry*, *141*, 121-134.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. y Sturgeon, D. (1983). Social intervention in the families of schizophrenics: Addendum. *British Journal of Psychiatry*, *142*, 311.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. y Sturgeon, D. (1986). Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patient. En Goldstein, M., Hand, I. y Hahlweg, K. (Eds.), *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention*. (pp. 153-170). Nueva York: Springer.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. y Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *146*, 594-600.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
- Mari, J. y Streiner, D. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: Meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, *24*, 565-578.
- Muela, J. y Godoy, J. (en preparación). Programa de intervención familiar en esquizofrenia: El estudio de Andalucía.
- Ochoa, E. y Espada, F. (1993). Intervenciones psicosociales en esquizofrenia. En Buendía, J. (Coord.), *Estrés y psicopatología*. (pp. 75-96). Madrid: Pirámide.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J., Porceddu, K., Watts, S. y Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, *153*, 532-542.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J., Porceddu, K., Watts, S. y Freeman, H. (1989). Community management of schizophrenia. A two year follow-up of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 625-628.
- Tarrier, N. y Birchwood, M. (1995). Hacer realidad el tratamiento comunitario de la esquizofrenia. En Birchwood, M. y Tarrier, N. (Coord.), *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. (pp. 1-28). Barcelona: Ariel.
- Vallina, O., Lemos, S., García, A., Otero, A., Alonso, M. y Gutiérrez, A. (1998). Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*, *10*(2), 459-474.
- Vaughan, K., Doyle, M., McConaghy, N., Blaszcynski, A., Fox, A. y Tarrier, N. (1992). The Sydney intervention trial: A controlled trial of relative's counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *26*, 16-21.
- Vaughn, C. (1986). Patterns of emotional response in the families of schizophrenic patients. En Goldstein, M., Hand, I. y Hahlweg, K. (Eds.), *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention*. (pp. 76-77). Nueva York: Springer.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, *129*, 125-137.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.

Aceptado el 6 de septiembre de 2000