

A pesar de la enorme cantidad de literatura generada sobre tratamientos psicosociales y sobre diferentes psicoterapias específicas dirigidas a individuos diagnosticados de esquizofrenia, existen muy pocas investigaciones seriamente controladas. Tales investigaciones han sido objeto de excelentes revisiones por parte de May (1976, 1981 y 1984), Shooter (1978), Mosher y Keith (1980) y Strauss et al. (1987).

El estudio y aplicación de tratamientos en la esquizofrenia ha variado considerablemente su centro de atención en la última década, debido a los avances de las neurociencias, la psicología ambiental y la política de desinstitucionalización, entre otros factores. De únicamente ocuparse en aliviar y controlar la enfermedad, los últimos intentos han estado principalmente dirigidos a desarrollar programas de intervención centradas en mejorar la comunicación, la adaptación social y el funcionamiento vocacional (Klein, 1980). De considerar a la familia como uno de los factores etiológicos más importantes, se ha pasado a estudiar a ésta en función de su influencia potencial en el curso de la enfermedad proporcionándose estrategias de enfrentamiento a fin de que tal influencia sea lo más positiva posible (Hogarty et al., 1986; Kane, 1987).

Aunque se ofrece en este capítulo un resumen de los tipos de intervención individual y familiar habidos hasta el momento en el tratamiento de la esquizofrenia, vamos a centrar nuestra exposición en aquellos programas de intervención psicosocial (IP) que han probado su eficacia experimentalmente.

Lieberman et al (1975) ofrecen una matriz de atributos de IP mediante la cual se puede encuadrar cualquier tipo de programa terapéutico (fig. 1). Dicha matriz consta de cuatro dimensiones: focalización, modalidad, localización y metas principales. En el

# Tratamientos psicológicos y psicosociales en la esquizofrenia

E. Fernández López de Ochoa\*  
C. Vázquez Valverde\*

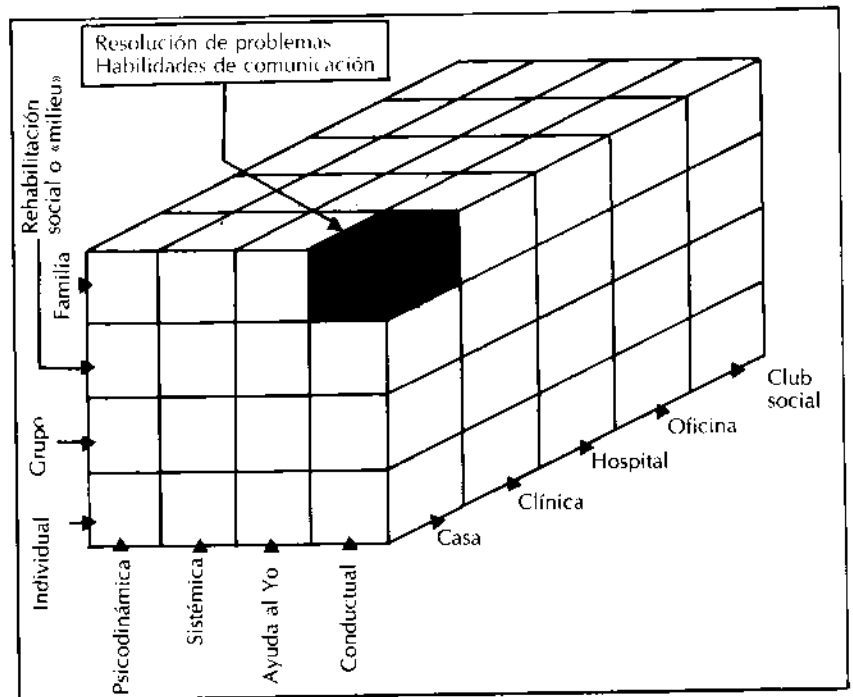


Fig. 1.—Esquema clasificatorio de las posibles aproximaciones terapéuticas en la esquizofrenia (Lieberman et al., 1975).

\* Profesor de Psicopatología, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

## TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES EN LA ESQUIZOFRENIA

TABLA I

### Proceso de un tratamiento familiar (I) (Hogarty et al., 1986)

Fases	Metas	Técnicas
<b>I. Conexión entre familia-paciente-terapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conectar con la familia y generar motivación para su cooperación en el programa.</li> <li>● Disminuir la culpa y las reacciones negativas hacia las enfermedades.</li> <li>● Reducción del estrés familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conversación semiestructurada.</li> <li>● Discusión de la historia, crisis y sentimientos hacia el paciente y la enfermedad.</li> <li>● Empatía.</li> <li>● Sugerencias prácticas específicas que movilicen las preocupaciones y conduzcan hacia estrategias de enfrentamiento efectivas.</li> </ul>
<b>II. Seminario sobre habilidades elementales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incrementar la comprensión de la enfermedad y de las necesidades del paciente.</li> <li>● Reducción continuada del estrés familiar.</li> <li>● Lograr ampliación de redes sociales y la reducción al máximo del aislamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grupos de familias bajo un programa de psicoeducación. Discusión.</li> <li>● Datos concretos sobre las esquizofrenias.</li> <li>● Sugerencias concretas sobre el manejo de la enfermedad.</li> <li>● Habilidades de comunicación básicas.</li> </ul>
<b>III. Reintegración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantener y/o integrar al paciente en la comunidad.</li> <li>● Fortalecer el lazo marital/parental.</li> <li>● Incrementar la tolerancia familiar.</li> <li>● Asunción gradual de responsabilidad por parte del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reforzar nexos (generacionales e interpersonales).</li> <li>● Asignación de tareas.</li> <li>● Entrenamiento en resolución de problemas.</li> </ul>
<b>IV. Ajuste social y laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reintegración a un rol «normal».</li> <li>● Estabilización continuada del funcionamiento básico.</li> <li>● Focalizar progresivamente la atención en la necesidad de los otros miembros de la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicar técnicas de adaptación y contacto.</li> <li>● Asignación de tareas.</li> <li>● Colaborar con las comunidades autónomas, agencias de trabajo, etcétera.</li> </ul>
<b>V. Mantenimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incrementar paulatinamente la efectividad en la dinámica general de las relaciones familiares.</li> <li>● Disminuir progresivamente la necesidad de acudir al equipo terapéutico para la solución de problemas básicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Espaciar las sesiones terapéuticas.</li> <li>● Técnicas de terapia familiar tradicionales o exploratorias.</li> </ul>

ejemplo que se muestra en la tabla I, observamos la terapia conductual familiar llevada a cabo en casa y en la que las metas primarias son el entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas.

### BREVE HISTORIA DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES EN LA ESQUIZOFRENIA

Tanto los procesos puramente biológicos como aquellos estrictamente psicológicos están en constante relación con el ambiente que rodea al individuo. Los modelos sociales, el contexto y el entorno en los que éste se encuentra imbricado, constituyen la mayor fuente de aprendizajes inadecuados que *potencian los factores de vulnerabilidad permanentes* que posee una persona proclive a una esquizofrenia. El ambiente social es también fuente de sucesos *estresantes* que pueden contribuir a la aparición y curso de dicha enfermedad. Y en la mayor parte de los seres humanos las familias constituyen una importante porción de dicho ambiente social.

Es a partir de los años cincuenta cuando se comienza a enfatizar el papel de la familia en el desarrollo de la esquizofrenia, surgiendo teorías, ya manifiestamente periclitadas (véanse Falloon, 1986, y Gutiérrez, 1988), que definen a la familia como *causa principal* de la enfermedad. Progresivamente, en los años sesenta y setenta empieza a estudiarse la relación entre la sintomatología esquizofrénica y los modelos de interacción familiar, supuestamente alterados. Por ejemplo, la hipótesis del «doble-vínculo» de Bateson (Bateson et al., 1956) y la teoría de la comunicación desviada de Wynne y Singer (Singer & Wynne, 1963) son más adelante aprovechados para el desarrollo de los nuevos conceptos y programas de intervención de los años ochenta (Kane, 1987).

Sin embargo, aunque todavía continúa el interés en el papel etiológico de la familia en el comienzo de la es-

## FERNANDEZ LOPEZ DE OCHOA Y C. VAZQUEZ VALVERDE

quizofrenia, desde hace aproximadamente diez años el esfuerzo se ha centrado, fundamentalmente, en estudiar *cómo y cuándo* la familia puede actuar como factor protector positivo o estresor negativo en el curso y de desarrollo de la enfermedad. Así, los más recientes e importantes proyectos de investigación en los Estados Unidos y Europa han centrado su atención en el estudio de los patrones de comunicación entre el sujeto diagnosticado de esquizofrenia y sus familiares-clave (padres y/o cónyuge), si bien haciendo énfasis que no se retoman las viejas teorías etiopatogénicas familiares (Gutiérrez, 1988).

Dos de los constructos que han recibido mayor atención dentro de este contexto han sido la comunicación desviada (CD) y la emoción expresada (EE).

### Comunicación desviada

Se refiere a las conductas de comunicación vagas, tangenciales y carentes de significación, que han sido identificadas en las familias con un miembro diagnosticado de esquizofrenia. Ahora bien, es dudoso que dicha CD sea un factor precipitante del episodio esquizofrénico, pues puede aparecer en la familia *a posteriori* como respuesta a la interacción diaria con el miembro esquizofrénico (Goldstein, 1985; Miklowitz et al., 1986).

### Emoción expresada

Resulta de la medición combinada del número de comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional que presenta la familia hacia el miembro que sufre la esquizofrenia. Estos tres factores se evalúan mediante una entrevista semiestructurada (Camberwell Family Interview). También en este caso los componentes de la EE pueden ser entendidos como una *respuesta natural* de la familia a la situación estresante de tener que enfrentarse con un miembro con un comportamiento alterado (Vaughn y Leff, 1976), lo cual, a su vez, puede repercutir en el propio enfermo.

La EE parece ser, en cualquier ca-

so, una importante variable mediadora del curso de la esquizofrenia y un importante predictor del número de recaídas de los pacientes, incluso cuando dicha variable se evalúa en fases posteriores al episodio agudo esquizofrénico (Gutiérrez et al., 1988).

Los programas de IP que se han desarrollado en estos proyectos están dirigidos a *decrecer* el nivel de CD (intrusividad, vaguedad, ambigüedad en los mensajes) y EE (criticismo y sobreprotección dramática hacia el miembro esquizofrénico) e *incrementar* la comunicación familiar y la capacidad de los miembros para establecer estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas (Goldstein, 1987).

Aunque el lector puede encontrar en la literatura una gran variedad de intervenciones terapéuticas, tales como los grupos de autoayuda o la terapia familiar sistémica, es el tratamiento psicoeducacional familiar y el entrenamiento en habilidades sociales (desde las más simples y cotidianas a las más complejas) los que están siendo aplicados con más éxitos a pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Pero antes de pasar a describirlos, creemos conveniente exponer el denominador común de estas intervenciones.

### PRINCIPIOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Exponemos a continuación los principios generales que estos tipos de estrategias terapéuticas con sujetos diagnosticados de esquizofrenia. Ciompi (1987) ha resumido algunos de los principios que sirven como punto de partida para llevar a cabo los diferentes programas terapéuticos.

#### Simplificación del ambiente terapéutico

Con el fin de simplificar y reducir en lo posible la información entrante, es necesario conseguir un ambiente re-

lajado, por ejemplo, un entorno pequeño, transparente, claro y bajo en estimulación, y llevado por personal especialmente seleccionado y entrenado para tal intervención. Estas condiciones están en total contraste con la atmósfera que generalmente rodea los espacios de los hospitales psiquiátricos. En los años setenta la llamada experiencia Sotería (Mosher et al., 1975; Matthews et al., 1979) demostró que esta clase de entorno mejoraba significativamente los síntomas psicóticos agudos en unos días aún sin medicación. Años después, también estos resultados han sido corroborados por otros autores (Millon et al., 1986).

#### Continuidad en el personal y en la conceptualización de la enfermedad. Referencia constante a una persona

El tratamiento con sujetos diagnosticados de esquizofrenia es largo y en un alto porcentaje de los casos dura toda la vida si incluimos el control ambulatorio y prevención de recaídas. Durante este tiempo, tanto los pacientes como las familias suelen tratar con multitud de equipos y orientaciones terapéuticas, que en vez de simplificarles la comprensión y entendimiento de la enfermedad, les suelen complicar y confundir más. Así, para «ordenar» y «simplificar» la información a la que están expuestos tanto pacientes como familiares, se necesita una continuidad óptima (no total) del programa al cual estén adscritos, centralizado en una sola persona fiable, consistente, que supervise y coordine todo el tratamiento a corto, medio y largo plazo (Friss et al., 1982; Hogarty y Anderson, 1987).

#### Una comunicación clara, no ambigua, congruente afectiva y cognitivamente

Tanto los sujetos diagnosticados de esquizofrenia como sus familiares son proclives a utilizar formas de comunicación complicadas, confusas y contradictorias afectiva y cognitivamente (Batenson et al., 1956). Cualquier tipo de acercamiento terapéutico, si se

liar). ofrecemos en las tablas I y II, a modo de ejemplo, aquellas que se describen en el «Proyecto de Psicoeducación Familiar y Entrenamiento de Habilidades Sociales del Grupo de Pittsburgh» (Hogarty et al., 1986). Hasta ahora, después de dos años de seguimiento, el estudio revela un porcentaje de un 57 por 100 de recaídas en el grupo control, un 35 por 100 en el grupo de pacientes sometido a entrenamiento en habilidades sociales y 25 por 100 en el grupo sometido a terapia conductual familiar y sólo un 22 por 100 en el grupo en el que se combina la terapia conductual familiar y entrenamiento en habilidades sociales (Hogarty et al., 1987).

Existen datos, procedentes de estudios controlados, de cómo los estresores externos, el clima familiar con estrategias de comunicación alteradas (EE, CD) y la ausencia o mínimas redes sociales favorecen una mayor potenciación del trastorno y un mayor número de recaídas (Vaughn y Leff, 1976; Gutiérrez et al., 1988). Los programas de IP e individual, en combinación con intervenciones farmacológicas, parecen reducir en gran medida el riesgo de recaídas, al menos a corto plazo (Strauss et al., 1987; Hogarty et al., 1986).

Los grupos psicoeducacionales (Goldstein et al., 1978), la terapia conductual familiar (Falloon et al., 1982) y el tratamiento psicoeducacional familiar (Anderson, 1983) han demostrado ser los más efectivos en los diferentes programas de investigación. Los demás tipos de intervención, como comentábamos más arriba, únicamente basan su efectividad en observaciones clínicas y no ofrecen datos experimentales que demuestren aquélla. Los tres tienen en común la inclusión de un programa inicial de psicoeducación para los *familiares* que en algunos casos incluye la presencia del miembro de la familia diagnosticado de esquizofrenia. A las familias se le explica detalladamente que la esquizofrenia es «una alteración» del cerebro relacionada con el «estrés» o un «déficit psicológico fundamental que incrementa la vulnera-

TABLA II

**Entrenamiento en habilidades sociales (Hogarty et al., 1986)**

Fases	Metas	Técnicas
<b>I. Estabilización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer la alianza terapéutica.</li> <li>● Evaluar la actuación social y habilidades.</li> <li>● Evaluar conductas que provoquen emoción expresada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Empatía.</li> <li>● Evaluación conductual a través de «role-playing».</li> <li>● Autoinformes, informes familiares de actuación.</li> </ul>
<b>II. Actuación social dentro de la familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Expresar sentimientos positivos dentro de la familia (por ejemplo, piropos, mostrar interés y aprecio por los otros...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instrucción, moldeamiento, «role-playing», «feed-back» establecer deberes para casa (IMRFD).</li> </ul>
<b>III. Percepción social dentro de la familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificación correcta del contenido, del contexto y del significado del mensaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IMRFD: Lectura de un mensaje; idea-clave resumir un intento de respuesta. Considerar el momento y el lugar donde se deberá dar la respuesta.</li> </ul>
<b>IV. Relaciones extrafamiliares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lograr habilidades de socialización.</li> <li>● Lograr habilidades que generen orientación preprofesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluar la necesidad.</li> <li>● Evaluar las redes con las que se cuenta o se podría contar en su futuro.</li> <li>● IMRFD: Socialización; entrenamiento en habilidades de escucha y conversación; entrenamiento en «cómo establecer una cita»; actividades recreativas vocacionales; cómo se buscan cursos y entrenamientos en formación profesional y estudio, entrevistas de trabajo, entrenamiento en las relaciones profesor-supervisor-alumno-trabajador.</li> </ul>
<b>IV. Mantenimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Generalización de habilidades a nuevas situaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IMRFD: Revisión de la percepción social.</li> </ul>

bilidad a los estímulos tanto internos como externos». En todos los casos se combinan las estrategias de IP con la farmacoterapia. Pero creemos que será útil para el lector conocer la relación de contenidos que integra cada tipo de programa, lo cual mostramos en la tabla III.

Tanto las técnicas utilizadas para lograr un conocimiento de la enferme-

dad por parte de las familias como el entrenamiento en comunicación y resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales están basadas en los principios del aprendizaje y la terapia de conducta (por ejemplo, Hersen y Bellack, 1976) y su manejo y utilización con el contenido clínico exige al equipo terapéutico una formación y entrenamiento espe-

quiere sea efectivo, debe procurar ofrecer una información lo más clara, no ambigua, y congruente, afectiva y cognitivamente como sea posible.

### **Información sobre la esquizofrenia**

Las familias, los pacientes y todas aquellas personas relacionadas en una u otra manera con el programa terapéutico deberán disponer de la misma información suficientemente clara y objetiva sobre la naturaleza de la enfermedad, su tratamiento, pronóstico, cambios y riesgo de recaída. Contamos ya con datos alentadores sobre las consecuencias positivas en esta estrategia informativa (Hogarty et al., 1973 y 1974; Anderson et al., 1980 y 1983; Carpenter y Heinrichs, 1983; Berkowitz et al., 1984; Millon et al., 1986; Goldstein, 1987).

### **Compartir expectativas positivas y realistas**

Las expectativas que tengan sobre el tratamiento, tanto el paciente y la familia como el terapeuta, constituyen uno de los factores más importantes de éxito, es decir, del control sobre la enfermedad (Ciompi et al., 1979 y 1987; Dauwalder et al., 1984). El conocimiento de los pródromos, los síntomas, el saber cómo controlar los eventos estresantes tanto internos como externos, el estar atento a los riesgos de una posible recaída y el conocimiento de cómo evitarla a tiempo es lo que, como se ha demostrado en los estudios a largo plazo, reduce en un porcentaje muy elevado las recaídas y genera una integración más efectiva y rápida del individuo con esquizofrenia en su entorno social y laboral.

### **Elaboración de una jerarquía de metas terapéuticas claras, concretas y conjuntas**

Tanto las metas a corto como a medio y largo plazo deberán ser claras, concretas y negociadas (no impuestas) entre el terapeuta, el paciente y sus familiares. Es muy importante evitar la sobreexigencia y la acumulación de deberes y metas.

### **Unificación de criterios afectivos y cognitivos**

Generalmente tanto el interior como el exterior que rodea a los sujetos esquizofrénicos es un total y absoluto caos, lleno de conceptos contradictorios, opiniones, esperanzas, miedos, etc. Es labor del equipo que lleve a cabo el programa de intervención psicosocial el ordenar, polarizar y unificar dichos conceptos con el fin de lograr un ambiente cognitivo y afectivo congruente dentro y fuera del individuo que sufre esquizofrenia.

### **Evitar una sobre o infraestimulación**

Este principio ya fue postulado hace dieciocho años por Wing y Brown (1970) y persigue lograr un entorno ecológico con una «estimulación óptima» a todos los niveles.

### **Combinación de farmacoterapia y psicoterapia**

Como ya hemos señalado en el capítulo dedicado a explicar el modelo de vulnerabilidad, el tratamiento con neurolépticos tiene un efecto similar al de determinadas intervenciones psicosociales en lo que se refiere a efecto de simplificar la información entrante, con la consecuente reducción de tensión y confusión cognitiva y afectiva así como la remisión paulatina de síntomas positivos. Sin embargo, una medicación a largo plazo y/o dosis altas provoca efectos secundarios indeseados, tanto físicos como sociales (Adityanjee et al., 1988). Numerosos grupos de investigación proponen la IP (Herz et al., 1982; Carpenter et al., 1983; Fallon et al., 1983; Kane, 1983 y 1987) como la forma más efectiva de tratamiento a corto, medio y largo plazo.

### **ESTUDIOS CONTROLADOS**

Tradicionalmente se ha mantenido la creencia de que la alta tasa de recaídas en la esquizofrenia (68 por 100 en el primer año de haber sido dados de alta) era debida a que los

pacientes eran inconstantes y/o interrumpían la medicación. Sin embargo, estudios prospectivos y controlados a doble ciego con medicación neuroléptica oral y decanoato de flufenacina inyectable han demostrado que las tasas de recaídas no sólo se mantenían altas (entre un 35 y 40 por 100), sino que tampoco eran diferentes si se variaban los tipos de administración de la medicación (Hogarty et al., 1979 y 1987; Schooler et al., 1980; Fallon et al., 1978 y 1985.)

Por lo tanto, el seguimiento o no de un tratamiento farmacológico controlado no es una explicación suficiente para las recaídas en la esquizofrenia (véanse los capítulos sobre intervenciones farmacológicas y predictores en esta monografía). Los estudios sobre el ambiente terapéutico y natural (Anderson et al., 1987) indican que tanto las intervenciones psicosociales con situaciones sobrecargadas de estimulación como aquellas familias y/o entornos altos en «emoción expresada», generan con una gran facilidad crisis psicóticas en los individuos vulnerables (Hogarty et al., 1987; Santos e Hidalgo, 1988). El común denominador sobre el que se apoya cualquier tipo de recaída parece ser explicable a partir de los sucesos estresantes externos que rodean al individuo, las actitudes familiares «ansiosas» presentes de manera continua, las psicoterapias intensivas no estructuradas y/o altas en estimulación y la medicación antipsicótica no controlada y/o incompleta.

Para hacer frente a estos aspectos surgieron estudios sobre programas de IP que han demostrado tener un gran alcance no sólo en la remisión espectacular de recaídas (de 84 al 14 por 100 en el primer año después de haber sido dado de alta), sino también en la mejoría en la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Falloon et al., 1982; Leff et al., 1982; Goldstein et al., 1978; Anderson, 1983).

Para que el lector obtenga una idea más clara y específica de qué tipo de metas y técnicas son las que utilizan en estos «Programas de intervención psicosocial» (individual y fami-

Tabla III

**Programa conductual familiar de Fallon et al. (1985):**

- Evaluación conductual de la conducta familiar.
- Sesiones de información sobre la enfermedad de la familia.
- Sesiones de terapia conductual familiar llevada a cabo en su casa.
- El terapeuta estará localizable durante todo el período que dure el entrenamiento y se observe peligro de una nueva crisis.
- Entrenamiento en comunicación.
- Entrenamiento estructurado en resolución de problemas.

**Tratamiento psicoeducacional familiar de Anderson et al. (1980) y Hogarty et al. (1986):**

- Establecimiento de la alianza entre el terapeuta, la familia y el paciente.
- Seminario sobre habilidades elementales:
  - Información acerca de la enfermedad.
  - Información a la familia de cómo manejar la enfermedad.
  - Establecimiento de expectativas reales.
  - Establecimientos de los límites que marca la enfermedad.
  - Desarrollo de redes sociales de ayuda.
- Seminario sobre temas que tengan relación con la familia, el paciente y la comunidad en la que viven.
- Ajuste laboral/social.
- Seguimiento a través de visitas periódicas (mensuales, trimestrales o semestrales) del paciente y la familia al equipo terapéutico.

**Programa psicoeducacional de Goldstein et al. (1978 y 1985):**

- Seminario en información sobre la esquizofrenia.
- Sesiones familiares focalizadas en la reducción de la EE (Vaughn y Left, 1976), CD (Wynne et al., 1976) y estado afectivo alterado (Doane et al., 1981) por considerarse que los patrones de comunicación alterados en la familia son potenciadores de la enfermedad.

cífico y especializado para que su puesta en práctica resulte efectiva. Por último, creemos conveniente resaltar el hecho de que este tipo de intervenciones constituye un marco privilegiado *interdisciplinar* para el estudio e intervención de la esquizofrenia y además se integra de modo adecuado a los presupuestos del modelo de vulnerabilidad.

**BIBLIOGRAFIA**

Adityanjee S, Singh G y Ong S. Spectrum concept of neuroleptic malignant syndrome. *Br J Psychi* 153:107-110, 1988.

Anderson C: A psico-educational model of family treatment for schizophrenia. En M Stierlin, LC Wynne & M Wirsching (Eds.). *Psychosocial Intervention in Schizophrenia*. NY, Springer, 1983.

Anderson C, Hogarty G y Reiss D: Family treatment of adult schizophrenic patients. A psycho-educational approach. *Sch Bull* 6:490-505, 1980.

Anderson CM, Reiss DJ y Hogarty GE: *Schizophrenia in the family*. NY, Guilford Press, 1987.

Batenson G, Jackson DD, Haley J y Weakland JW: Towards a therapy of schizop-

hrenia. *Behavioral Science* 1:251-264, 1956.

Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Kuipers L y Leff J: Educating relatives about schizophrenia. *Sch Bull* 10:418-429, 1984.

Carpenter WT y Heinrichs DW: Early intervention time limited, targeted pharmacotherapy in schizophrenia. *Sch Bull* 9:533-542, 1983.

Ciompi L: Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: Covering new concepts. En JS Strauss, W Boker & HD Brenner (Eds.). *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Toronto, Hans Huber Publishers, 1987.

Doane JA, West KL, Goldstein M, Rodnick EH y Jones JE: Parental communication deviance and affective style: Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Arch Gen Psychi* 38:679-685, 1981.

Fallon H: *Family management of schizophrenia*. London, Johns Hopkins University Press, 1985.

Falloon IHR: Response to Agnes B. Hatfield. *Sch Bull* 12:334-336, 1986.

Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB y Gilderman AM: Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. A controlled study. *Journal of Medicien* 306:1437-1441, 1982.

Friss S, Karternd H, Kleppe S, Lorentzen S, Lystrup S y Vaglin P: Reconsidering some limiting factors of therapeutic com-

munities. A summary of six Norwegian studies. En M Pines & L Rafaelsen (Eds.). *The individual and the group*. NY, Plenum, 1982.

Goldstein M: Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: The results of a fifteen year prospective longitudinal study. *Acta Psychi Scand* 71:7-18, 1985.

Goldstein M: Psychosocial issues. *Sch Bull* 13:157-172, 1987.

Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PRA y Steinberg MR: Drug and Family Treatment in the aftercare of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychi* 35:1169-1177, 1978.

Gutiérrez E: Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia. I. Revisión crítica de los supuestos de independencia, estabilidad y causalidad. *Anál Mod de Cond* 14:61-84, 1988.

Gutiérrez E, Escudero V, Valero JA, Vázquez M, Castro JA, Alvarez LC, Baltar M, Blanco J, González I y Gómez I: Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia. II. Expresión de emociones y el curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. *Anál Mod de Cond* 15:275-316, 1988.

Hersen M y Bellack AS: Social skills training chronic psychiatric patients. *Compr Psychi* 17:559-580, 1976.

Hogarty GE y Anderson C: A controlled study of family therapy, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia patients: Preliminary effects on relapse and expressed emotion at one year. En JS Strauss, W Boker & HD Brenner (Eds.). *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Toronto, Hans Huber Publishers, 1987.

Hogarty GE, Goldberg SC y Schooler NR: Drug and socio-therapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychi* 28:54-64, 1973.

Hogarty GE, Goldberg SC y Schooler NR: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychi* 31:603-608, 1974.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornelith SJ, Greenwald DP, Jauna CD y Madonia MJ: Family psychoeducation social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychi* 43:633-642, 1986.

Kane JM: Treatment of Schizophrenia. *Sch Bull* 13, 1:133-156, 1987.

Klein DF: Psychosocial treatment of schizophrenia, or psychosocial help for people with schizophrenia? *Sch Bull* 6:122-130, 1980.

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Fries R y Sturgeon D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychi* 141:121-134, 1982.

Lieberman RP, King LW, DeRisi WJ y

- McCann M: *Personal effectiveness: Guiding people to express their feeling and improve their social skills*. Champaign, IL: Research Press, 1975.
- Matthews SM, Roper MT, Mosher LR y Menn AZ: A non-neuroleptic treatment for schizophrenia. Analysis of the two-year postdischarge risk of relapse. *Sch Bull* 5:322-333, 1979.
- May PRA: A step forward in research in psychotherapy of schizophrenia. *Sch Bull* 10:604-607, 1984.
- May PRA: When, what and why? Psychopharmacology and other treatments in schizophrenia. *Compr Psychi* 17:683-693, 1976.
- May PRA: *Treatment of Schizophrenia: A comparative Study of Five Treatment Methods*. NY, Science House, 1968.
- Millon T y Klerman G (Eds.): *Contemporary issues in psychopathology*. NY, Guilford Press 1986.
- Miklowitz D, Strachan A, Goldstein M, Doane J, Snyder K, Hogarty G y Falloon I: Expressed emotion and Communication Deviance in the Families of Schizophrenics. *J Ab Psychol* 95:60-66, 1986.
- Mosher LR y Keith SJ: Psychosocial treatment. Individual, group, family and community support approaches. *Sch Bull* 6:10-41, 1980.
- Mosher LR, Menn AZ y Mathews S: Soteria. Evaluación of a home-based treatment for schizophrenics. *Am J Orthopsychi* 45:455-467, 1975.
- Schooler NR: Antipsychotic drugs and psychological treatment in schizophrenia. En MA Lipton, A DiMascio & KF Killam (Eds.). *Psychopharmacology: A Generation of Progress*. NY, Raven Press, 1978.
- Singer M y Wynne L: Differentiating characteristics of parents of childhood schizophrenics, childhood neurotics, and young adult schizophrenics. *Am J Psychi* 120:234-243, 1963.
- Strauss JS, Boker W y Brenner HD (Eds.): *Psychosocial treatment of Schizophrenia: Multidimensional Concepts, Psychological, Family and Self-Help Perspectives*. Toronto, Hans Huber Publishers, 1987.
- Vaughn CE y Leff JP: The influence of family and social factors on the illness. *Br J Psychi* 129:125-137, 1976.
- Vázquez C y Ochoa EFL: Vulnerabilidad a la esquizofrenia: estudios longitudinales. *Psiquis* 7:25-33, 1986.
- Wallace CJ, Nelson CL, Liberman RP, Aitchison RA, Lukoff D, Elder JP y Ferris C: A review and training with schizophrenic patients. *Sch Bull* 6:42-63, 1980.
- Watt NF, Anthony EJ, Wynne LC y Rolf JE (Eds.): *Children at risk for schizophrenia: A longitudinal perspective*. NY, Cambridge University Press, 1984.
- Wynne L, Singer M, Bartko J y Toohy M: Schizophrenics and their families: Recent research on parental communication. En J Tanner (Ed.). *Psychiatric Research: The Widening Perspective*. NY, International University Press, 1976.