

Programa de intervención familiar en esquizofrenia. Dos años de seguimiento del Estudio de Andalucía

José A. MUELA MARTÍNEZ
Universidad de Jaén
Juan F. GODOY GARCÍA
Universidad de Granada.

Resumen

Se presentan los resultados tras dos años de seguimiento del estudio de Andalucía, un programa de intervención familiar en esquizofrenia basado en la reducción de la *emoción expresada*, la disminución del *estrés familiar* y el aumento del nivel de conocimientos sobre la esquizofrenia por parte de los familiares que ya mostró su eficacia tras un año de seguimiento. Participan 25 familias (una muerte experimental del 4% sobre el primer año de seguimiento). La tasa de recaídas en el grupo experimental es del 0% frente al 40% del grupo control. Se comprueba así, que la eficacia del programa se mantiene durante dos años. También se comparan los datos de este estudio con los de otros programas de intervención familiar en esquizofrenia que informan de seguimiento de dos años.

Palabras clave: intervención familiar, esquizofrenia, emoción expresada, Estudio de Andalucía.

Abstract

Following two years of monitoring of the Andalusia study, this article presents the results of a programme of family intervention in schizophrenia based on the reduction of expressed emotion, the reduction of family stress and the increase in relatives' knowledge about schizophrenia. The programme had already showed its effectiveness on a one year follow-up. Twenty five families participated in the present study (an attrition rate of 4% with respect to the first year of monitoring). The relapse rate in the experimental group was 0% versus 40% in the control group.

Dirección del primer autor: Departamento de Psicología. Facultad de Humanidades y CC. de la Educación (Edf. D-2). Campus «Las Lagunillas». 23071 Jaén (España). **Correo electrónico:** jmuela@ujaen.es

Este trabajo ha sido financiado en parte por la ayuda prestada por la DGICYT al proyecto de investigación *Marcadores de vulnerabilidad/factores de protección en la prevención de recaídas en la esquizofrenia desde una perspectiva psicológica de actuación (PE94-0820)*.

The effectiveness of the programme over the two year period can, therefore, be sustained. The data of this study are compared with those of other family intervention programmes in schizophrenia the report on monitoring over two years.

Key words: family intervention, schizophrenia, expressed emotion, Andalusia Study.

A partir de los años ochenta, surgen una serie de trabajos que, empleando la intervención familiar en esquizofrenia, intentan (en la mayoría de las ocasiones con éxito) reducir la tasa de recaídas de estos enfermos. Todos estos estudios se basaban en la teoría de la vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) y, la mayoría, en el constructo de la Emoción Expresada (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976). La Emoción Expresada (EE) es una forma de interacción entre el familiar del esquizofrénico y éste que conlleva por parte del primero, alguna o todas de las siguientes características: crítica hacia la conducta del enfermo (en el contenido o en la entonación de lo dicho), hostilidad generalizada o de rechazo hacia su persona, o sobreimplicación emocional (sobreprotección, autosacrificio, desesperanza o reacciones emocionales intensas). Cuando un familiar presenta EE, toda la familia se considera de alta EE. Hoy se admite que un esquizofrénico que conviva con una familia de alta EE tiene hasta cuatro veces más posibilidades de recaer que si su familia fuese de baja EE (Leff y Vaughn, 1985).

Según la teoría de la vulnerabilidad-estrés, la EE es un estresor capaz de producir una recaída en un sujeto vulnerable (y un esquizofrénico remitido lo es). El objetivo de la intervención familiar es el de reducir la EE como forma de controlar el nivel de estrés que sufre el sujeto para así, poder evitar la recaída. Los estudios que han utilizado con éxito la intervención familiar en esquizofrenia son:

- *Estudio de Ventura* (Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg, 1978): Desarrolla una terapia orientada a crisis informando a la familia sobre la enfermedad y su relación con el estrés y enseñándola a detectar posibles estresores y a manejarlos. Su metodología es similar a la Resolución de Problemas, aunque no está estructurada. No tiene en cuenta la EE. Sus resultados a los seis meses tras el alta de los pacientes fueron: 0% de recaídas en el grupo experimental frente al 48% del grupo control.
- *Estudio de Camberwell* (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1982; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1983; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon 1985): Tras cuatro sesiones informativas a las familias en sus domicilios acerca de la enfermedad, se reúnen las familias en sesiones de grupos de familias (sin el enfermo presente) para hablar de los problemas que causa la convivencia con un esquizofrénico y la forma de tratarlos. Se utilizan como estrategias el aumento de la red de apoyo social a la familia y la disminución del sentimiento de aislamiento familiar. Además, también se dan sesiones con la familia individualmente (con el enfermo presente) aunque con un formato muy desestructurado. Sus resultados a los nueve meses tras el alta de los pacientes fueron: 8% de recaídas en el grupo experimental frente al 50% en grupo el control.

- *Estudio de California* (Falloon, Boyd y McGill, 1984, Falloon, Boyd, McGill, Razani, Moss y Gilderman, 1982; Falloon, Boyd, McGill, Strang y Moss, 1981): Tras unas sesiones educativas para toda la familia comienza el programa. Se utiliza un método estructurado de resolución de problemas en el domicilio de la familia, con cada familia por separado y con el enfermo presente. Sus resultados a los nueve meses tras el alta de los pacientes fueron: 6% de recaídas en el grupo experimental frente al 44% en el grupo control.
 - *Estudio de Pittsburgh* (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Javna y Madonia, 1986): Tras un período corto pero intensivo de información sobre la enfermedad a los familiares, se proporciona a la familias una serie de técnicas para mejorar el clima emocional familiar por medio de un programa muy estructurado con énfasis en la reducción del estrés, la disminución del sentimiento de culpa, la ampliación de redes sociales, el incremento gradual de las responsabilidades del paciente, etc. Sus resultados a los nueve meses tras el alta de los pacientes fueron: 9% de recaídas en el grupo experimental frente al 28% del grupo control.
 - *Estudio de Salford* (Barrowclough y TARRIER, 1990; TARRIER, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watts y Freeman, 1988): Tras un período corto de educación sobre la enfermedad, se entrena a las familias en planificación de metas y en técnicas conductuales de afrontamiento, reductoras de estrés. Sus resultados a los nueve meses tras el alta de los pacientes fueron: 12% de recaídas en el grupo experimental frente al 53% del grupo control.
 - *Estudio de Birmingham*. (Mencionado en TARRIER y Birchwood, 1995) no se basa en la alta EE familiar para seleccionar a las familias sino en la carga subjetiva familiar. 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. No se presentan datos sobre la tasa de recaídas que, por otra parte, no son estadísticamente diferentes entre los grupos. Parece ser que la variable dependiente de este estudio es la percepción subjetiva de carga que, tras el programa, se reduce en el grupo experimental.
 - *Estudio de Andalucía* (Muela y Godoy, en prensa). Se basa en la reducción de la Emoción Expresada (EE) y del Estrés Familiar, así como en el aumento de los conocimientos sobre la enfermedad por parte de los familiares como medio para la disminución de la tasa de recaídas de los enfermos esquizofrénicos. Las técnicas utilizadas fueron la resolución de problemas, la relajación, la modificación de pensamientos irracionales, el desarrollo de las habilidades de comunicación, o el asesoramiento familiar entre otras. Después de un año de seguimiento, tras el inicio del programa, el estudio de Andalucía presentó unos resultados que mostraban una menor tasa de recaídas en el grupo experimental (20%) frente a la reflejada en el grupo control (63'3%).
- En seguimientos más largos, excepto el de Ventura (ver Goldstein y Kopeikin, 1981) y el de Birmingham (que no informa sobre ello), todos los estudios menciona-

dos obtuvieron significativamente menores tasas de recaídas en el grupo experimental que en el control (en el capítulo de discusión, se profundiza sobre este hecho). En el presente trabajo, se intenta comprobar la eficacia del estudio de Andalucía tras dos años de seguimiento de la muestra original.

Método

Sujetos y grupos

Participaron en esta investigación las familias que realizaron el estudio de Andalucía (todos ellos progenitores del enfermo, menos una esposa del paciente): las quince del grupo experimental y diez de las once del grupo control (fue imposible loca-

lizar a una familia del grupo control por un cambio de residencia). Sus características pueden observarse en la tabla 1.

Procedimiento

El estudio de Andalucía consta de cuatro fases:

Fase 0 (De evaluación): en ella se seleccionaron los sujetos que participaron en el programa. Los seleccionados del grupo experimental pasaron a la siguiente fase, los del grupo control a la Fase III (De seguimiento). Para evaluar a las familias se utilizó la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) en la versión española de Gutiérrez (1986) para evaluar el nivel de EE

Tabla 1. Características de los sujetos del estudio de Andalucía (tomado de Muela, 1999)*

VARIABLES	Grupo Experimental	Grupo Control
Número de familias	15	10
Sexo del paciente	10♂, 5♀	8♂, 2♀
Edad	30'73 años	31'03 años
Nivel de estudios ⁽¹⁾	a: 0% b: 13'33% c: 60% d: 26'66%	a: 18'19% b: 45'45% c: 36'36% d: 0%
Años desde 1 ^{er} diagnóstico	6'467	7'073
Meses desde el último ingreso	22'545	18'53
Número de ingresos	2'33	2'24
Curso en los últimos dos años	9 reingresos 6 cambios de medicación	8 reingresos 2 cambios de medicación
Tipo de esquizofrenia	11 paranoides 4 no paranoides	6 paranoides 4 no paranoides
Edad de inicio	24'267 años	24'55 años
Tamaño del hogar	2'867 miembros	3'55 miembros
Medicación (mg. clorpromacina)	295'386	401'091
Tipo de familia	15 parentales	9 parentales 1 marital

* Estos datos corresponden con los presentados al iniciarse el programa.

(1) a= sin estudios, b= E.G.B., c= bachillerato, d= universitario.

familiar, un cuestionario de conocimientos sobre la esquizofrenia elaborado para este estudio y la versión española de la Escala de Estrés Familiar de Álvarez y Gutiérrez (1989).

Fase I (Psicoeducativa). Los familiares del grupo experimental, en grupos de unas cinco familias recibieron información durante 15 sesiones semanales de 2'5 horas de duración sobre la enfermedad (síntomas, etiología, tratamiento, etc.), sobre lo que la familia puede hacer (papel del estrés en el curso de la esquizofrenia, cómo hacer frente a la enfermedad, etc.) y sobre procedimientos prácticos hacia la enfermedad (relajación, conducta asertiva, modificación de pensamientos irracionales y resolución de problemas).

Fase II (De intervención individualizada). Fueron 15 sesiones semanales de hora y media de duración con cada familia (incluido el enfermo) individualmente. Se trataba 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 (asesoramiento familiar, contrato conductual, etc.).

Fase III (De seguimiento). Comenzó al finalizar la anterior fase en el grupo experimental y tras la selección en el control y duró un año. Se realizó por medio de llamadas telefónicas cada 15 días en las que las familias informaban sobre el estado del enfermo, toma de medicación, así como sobre los ingresos y los cambios en la medicación. Además, las familias del grupo

experimental daban información sobre el empleo de las técnicas aprendidas. Tras el año de seguimiento, se realizó una nueva evaluación de las variables de control del estudio (Muela, 1999; Muela y Godoy, en prensa).

Al cumplirse un año de la evaluación tras el seguimiento de las familias del estudio de Andalucía y sin otro contacto intermedio con ninguno de sus miembros, se procedió a localizar a dichas familias para que informasen de lo ocurrido durante ese segundo año.

El contacto fue telefónico y por correo en todos los casos (algunas familias así lo solicitaron y con otras no fue posible un encuentro personal con los miembros del equipo por diversas razones). La mayoría de los familiares que informaron sobre lo sucedido durante este segundo año de seguimiento participaron activamente en el programa, aunque no todos fueron los que habían sido entrevistados al comienzo del mismo. Además, en cuatro casos (tres de ellos, en el grupo control) los familiares no habían tenido ningún contacto previo con el equipo investigador. Ante esta situación, se decidió no evaluar los componentes del programa (Emoción Expresada, Estrés Familiar y grado de Conocimientos sobre la enfermedad) que habían mostrado su cambio, tras el primer año de seguimiento, en el grupo experimental.

Por otra parte, dado que estos familiares solo pudieron aportar información sobre los reingresos (al no encontrar o desconocer informes sobre cambios en la medicación) se decidió adoptar como criterio de recaída el reingreso del paciente, que ya había mostrado correlacionar significativamente con la tasa de recaídas en el primer año de seguimiento.

Resultados

Durante el segundo año de seguimiento, no hubo ningún reingreso entre las quince familias del grupo experimental. Sin embargo, entre las diez familias del grupo control, se dieron cuatro reingresos (uno de esos cuatro sujetos fue rehospitalizado en tres ocasiones diferentes). Las diferencias son estadísticamente significativas según el Test exacto de Fisher ($p=0.017$). Estos resultados pueden observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Tasa de recaídas en el segundo año de seguimiento.

	Recaídas	
Grupo experimental	0/15	(0%)
Grupo control	4/10	(40%)

Discusión

El reingreso no es el índice más adecuado para medir la recaída, por lo que las conclusiones de este trabajo deben aceptarse con las lógicas precauciones. Si se decidió adoptarlo como definición de recaída fue por la imposibilidad de tener datos fiables sobre la otra parte de la definición de recaídas durante el primer año de seguimiento: el aumento en la medicación por exacerbación de síntomas. Durante el segundo año se perdió el contacto periódico con las familias y, si bien una hospitalización es fácilmente recordada, un cambio en la medicación puede ser olvidado si no ha estado precedido de importantes alteraciones conductuales en el paciente (además, los familiares suelen guardar los partes de ingresos mientras que los cambios en la medicación no acostumbran a reflejarse más que en los resguardos de las rece-

tas médicas que no siempre se conservan). Por esta razón se aceptó el ingreso como la mejor definición de recaída de las disponibles.

Frente a esta carencia, cabe recordar que en el seguimiento de un año de este mismo estudio, la correlación entre recaída y reingreso fue estadísticamente significativa, como también lo fuera, entre otros, en Brown, Birley y Wing (1972), hasta el punto que los resultados serían idénticos si, en lugar de la definición de recaída que adoptaron estos autores, se hubiesen realizado los cálculos utilizando el índice de reingresos. Además, en el seguimiento de dos años en el estudio de Salford (Tarrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watts y Freeman, 1989) se tomó como base de la definición de recaída el reingreso de los pacientes, al no poder repetir con los familiares la PSE («Present State Examination»), prueba con la que era definida la recaída durante el primer período de seguimiento.

Por otra parte, si se comparan las tasas de recaídas de los estudios que informan de seguimientos de dos años con las del estudio de Andalucía, se comprueba que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Así, el estudio de Camberwell (Leff, Kuipers, Berkowitz, y Sturgeon, 1985) encuentra tras dos años de seguimiento una tasa de recaídas en el grupo experimental y control del 14% y del 78% respectivamente. En el de California (Falloon, Boyd, McGill, Williamson, Razani, Moss, Gilderman y Simson, 1985) los porcentajes serían del 17% y del 83%. En el de Pittsburgh (Hogarty, Anderson y Reiss, 1987) del 32% y del 66% y por último, en el de Salford (Tarrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watts y Freeman, 1989) del 33% y del 59%. Todas

estas diferencias son estadísticamente significativas dentro de cada estudio.

Si se comparan los datos de todos los grupos experimentales (incluyendo el del estudio de Andalucía) se obtiene una *ji cuadrado* de 7.78 con cuatro grados de libertad para una $p=0.1$. Si la comparación es entre los grupos control, se obtiene una *ji cuadrado* de 6.604 con cuatro grados de libertad para una $p=0.158$. Es decir, no hay diferencias entre los grupos experimentales de todos los estudios, ni tampoco entre los grupos controles. Esto avala la elección del reingreso como criterio de recaída. Los datos comentados pueden observarse en la tabla 3.

Al no haber contacto con los familiares durante todo el segundo año de seguimiento, no se garantiza el criterio estricto del cumplimiento de la medicación por los pacientes que se adoptó en el primer año de seguimiento. No obstante, los familiares declararon que los pacientes no habían abandonado su medicación en ningún momento o, a lo sumo, si lo habían hecho, no superaron los diez días sin medicarse (según lo que ellos recordaban).

Hubiese sido interesante comprobar si las reducciones en Emoción Expresada y Estrés Familiar así como el aumento en los conocimientos por parte de los familiares sobre la enfermedad que se lograron al final del primer año de seguimiento se mantenían ahora, tras el segundo año. Desgraciadamente, con la mayoría de las familias del grupo experimental y con la totalidad de las del grupo control, solo fue posible el contacto telefónico y por correo por lo que se adoptó esta forma de contacto en todos los casos (incluso con tres familias del grupo control y una del experimental, el contacto fue con una persona que no había tenido relación directa con el equipo investigador durante el primer año de seguimiento).

Por otra parte, dado que el estudio de Andalucía separa claramente la intervención del seguimiento (cosa que ningún otro estudio hace ya que el período de seguimiento comienza no al terminar el tratamiento sino al iniciarse éste), podrían compararse la tasa de recaídas del grupo experimental del estudio de Andalucía durante 19 meses (los doce del seguimiento más

Tabla 3. Comparación de los grupos experimentales y controles de los estudios que informan de seguimientos de dos años.

Estudios	Recaídas por grupos		<i>p</i>
	G. Experimentales	G. Control	
Camberwell	1/7 (14%)	7/9 (78%)	0'02
California	3/18 (17%)	15/18 (83%)	<0'001
Pittsburgh	7/22 (32%)	23/35 (66%)	0'013
Salford	8/24 (33%)	17/29 (59%)	0'05
Andalucía	0/15 (0%)	4/10 (40%)	0'017
<i>p</i>	0'1	0'158	

los siete que duró el programa) con los grupos experimentales de los estudios que han realizado un seguimiento de dos años (desde el inicio de los respectivos programas). El grupo control del estudio de Andalucía tuvo un seguimiento de un año y al no realizar el programa no sería comparable con los 19 meses de seguimiento del grupo experimental del estudio de Andalucía ni con los dos años de seguimiento de los grupos controles de los demás estudios.

Así, en el estudio de Andalucía, el 27% de los pacientes del grupo experimental recaen en ese período (desde el inicio del programa hasta el final del seguimiento de un año), frente al 32% de los del estudio de Pittsburgh, el 33% de los del estudio de Salford, el 14% de los del estudio de Camberwell y el 17% de los del estudio de California. No aparecen diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los cinco grupos (una *ji cuadrado* de 2.309 con cuatro grados de libertad para una $p=0.679$).

Teniendo en cuenta las distintas formas de realizar el seguimiento en los diferentes estudios, se puede observar en la tabla 4 el porcentaje de recaídas (en diferentes momentos del seguimiento) de cada uno de los grupos experimentales de los estudios mencionados.

Esto indica que el programa de intervención utilizado en el estudio de Andalucía es efectivo a largo plazo en la misma medida en que lo son los demás estudios mencionados. Actualmente, la eficacia de la intervención familiar en esquizofrenia es incontestable. Teniendo en cuenta los resultados de los cinco estudios citados, puede afirmarse que los efectos de estos programas se mantienen durante, al menos, dos años.

Tabla 4. Porcentaje de recaídas de los grupos experimentales de distintos estudios con diferentes seguimientos (medidos desde el inicio del estudio en meses).

meses	9	12	19-24
CAMBERWELL	8%	-	14%
CALIFORNIA	6%	-	17%
PITTSBURGH	9%	19%	32%
SALFORD	12%	-	33%
ANDALUCÍA	-	20%	27%

Referencias

- Álvarez, L. y Gutiérrez, E. (1989). *Versión española de la Escala de Estrés Familiar (EEF) de Pasamamick y colaboradores de 1967*. Material no publicado.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrurtu.
- Barrowclough, C. y TARRIER, N. (1990). Social functioning in schizophrenic patients. I: The effects of expressed emotion and family intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 125-129.
- 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. y McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- 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 M. Goldstein (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics*. 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. y Kopeikin, H. (1981). Short and long term effects of combining drug and family therapy. En M. Goldstein (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.
- Gutiérrez, E. (1986). *Versión española de la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) de Vaughn y Leff de 1976*. Material no publicado.
- 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., Kornblith, 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.
- 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. (1985). Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patient. En M. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg (Eds.), *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention*. 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.
- Muela, J. (1999). *Programa de intervención familiar en esquizofrenia*. Jaén: Servicio de Publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Jaén.
- Muela, J. y Godoy, J. (en prensa). Program of familiar intervention in schizophrenia. Andalusia study.
- 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 behavioural 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 M. Birchwood y N. Tarrier (Coord.), *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- 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.