

I. Montero<sup>1,2</sup>  
M. J. Masanet<sup>1</sup>  
M. Lacruz<sup>1</sup>  
F. Bellver<sup>1</sup>  
A. Asencio<sup>1</sup>  
E. García<sup>2</sup>

# Intervención familiar en la esquizofrenia: efecto a largo plazo en los cuidadores principales

<sup>1</sup> Grupo de Intervención Familiar en la Esquizofrenia  
Departamento de Medicina  
Unidad de Psiquiatría  
Universidad de Valencia  
<sup>2</sup> Red de Investigación en Salud y Género

**Introducción.** El grueso de la investigación sobre intervenciones familiares se centra en la evaluación de su eficacia para reducir las recaídas psicóticas, siendo muy escasos los trabajos donde se analiza su capacidad para reducir la morbilidad del cuidador principal a lo largo del tiempo.

**Método.** Estudio de seguimiento a 5 años de una cohorte de cuidadores informales de personas diagnosticadas de esquizofrenia que en su día participaron en un ensayo empírico con asignación aleatoria a dos abordajes terapéuticos.

**Resultados.** El 87,7 % de los cuidadores principales son mujeres y tienden a hacerse cargo de pacientes más crónicos e inactivos que los hombres ( $p < 0,041$ ). Más del 55 % de los cuidadores principales obtuvieron puntuaciones elevadas en el Cuestionario General de Salud (GHQ), siendo las mujeres las que presentaron una mayor repercusión emocional en comparación con los hombres. La reducción de la morbilidad fue progresiva a lo largo del tiempo (medias en el GHQ: 8,1 antes de la intervención, 6,9 al finalizar la misma y 4,6 a los 5 años), aunque sólo llegó a alcanzar significación estadística al considerar todo el período, es decir desde el inicio hasta el final del seguimiento.

**Conclusiones.** Una intervención familiar de duración limitada seguida de un grupo de apoyo reduce la morbilidad del cuidador de forma progresiva, llegando a ser significativa a los 5 años, sin que esta reducción esté asociada al tipo de encuadre o a la presencia o ausencia del paciente. Se discuten las implicaciones clínicas, así como la necesidad de un reparto más equitativo de la carga y de los riesgos.

**Palabras clave:**  
Cuidador informal. Estrés. Género. Intervención familiar. Esquizofrenia.

*Actas Esp Psiquiatr* 2005;34(3):169-174

Correspondencia:  
Isabel Montero  
Unidad de Psiquiatría  
Departamento de Medicina  
Av. Blasco Ibáñez, 15  
46010 Valencia  
Correo electrónico: Isabel.Montero@uv.es

## Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers

**Introduction.** The bulk of research on family interventions concentrates on assessing its efficacy in reducing psychotic relapses, there being very little research into its ability to reduce the morbidity of the main caregiver over the course of time.

**Method.** Follow-up study at five years of a cohort of informal caregivers of persons with schizophrenia who had taken part in an empirical trial with two therapeutic approaches assigned at random.

**Results.** 87.7 % of main caregivers are women and they tend to care for more chronic and inactive patients than men ( $p < 0.041$ ). More than 55% of main caregivers had high General Health Questionnaire (GHQ) scores, with women suffering more emotional repercussions than men. Morbidity gradually declines over time (GHQ scores: 8.1 before intervention, 6.9 at the end of intervention and 4.6 five years later) although statistical significance was only achieved when taking the entire period into account, i.e., from beginning to the end of follow-up.

**Conclusions.** Family intervention over a limited period followed by a support group gradually reduces morbidity of the caregiver to a significant level at five years, although this reduction is not associated with the type of setting or the absence or presence of the patient. Clinical implications are discussed and likewise the need for a more equitable distribution of responsibilities and risk.

**Key words:**  
Informal carer. Stress. Gender. Family intervention. Schizophrenia.

## INTRODUCCIÓN

Cuidar a un familiar con un trastorno mental grave, sea de larga evolución o de inicio más reciente, supone un incremento de la presión para la familia, dando lugar a no pocos conflictos y ambivalencias. Las familias tienen dificultades para entender y manejar la conducta y los síntomas, deben enfrentarse a sus propias creencias sobre la enfermedad, la evolución y el desenlace, así como a la eficacia del

tratamiento. Y a los problemas comunes de otros cuidadores de pacientes crónicos y dependientes se les suman otros más específicos como la culpa, el duelo, la estigmatización o el aislamiento<sup>1</sup>.

Las familias se muestran, a su vez, insatisfechas respecto a la calidad de la atención que se presta en los servicios: falta de recursos comunitarios, dificultad de acceso a los profesionales, falta de información y de participación al no sentirse involucradas en la planificación del tratamiento son algunas de las quejas<sup>2</sup>.

Está bien establecido que prestar cuidados a personas con un trastorno mental tiene un impacto en la salud del cuidador, en sus relaciones sociales y en la economía familiar<sup>3</sup>, por lo que identificar familias que presentan un mayor riesgo continúa siendo una parte integral de la investigación de los servicios psiquiátricos comunitarios<sup>4</sup>.

Hacia la década de 1980 aparecen como resultado del confluir la teoría y la necesidad, una serie de estudios sobre la eficacia de intervenciones terapéuticas dirigidas a reducir el estrés ambiental y a la adquisición de habilidades necesarias para afrontar de manera más efectiva las situaciones estresantes que conlleva la convivencia con una persona diagnosticada de esquizofrenia. Los resultados son consistentes, pudiéndose afirmar su capacidad para reducir tanto las recaídas psicóticas como la utilización de recursos hospitalarios<sup>5,6</sup>. En cambio está menos establecido si este tipo de intervenciones reducen, y en qué medida, la carga y la morbilidad de aquellos familiares responsabilizados de su cuidado<sup>7</sup>. Asimismo, se dispone de escasa información sobre sus efectos a más largo plazo, siendo la duración de las mismas un aspecto fundamental a la hora de planificar los servicios y de asignar recursos.

Un estudio de intervención previo llevado a cabo por nuestro grupo nos ofrece la oportunidad de poder valorar si la reducción del impacto emocional de la familia detectado tras la intervención terapéutica se mantiene o se pierde con el tiempo, así como determinar si el encuadre y la presencia o ausencia del paciente contribuyen a una respuesta diferenciada a largo plazo.

## MÉTODO

Estudio de seguimiento a 5 años de una cohorte de familiares de pacientes esquizofrénicos que en su día participaron en un ensayo empírico con asignación aleatoria a dos grupos de intervención.

## Sujetos a estudio

La muestra está constituida por los cuidadores principales de 87 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (DSM III-R) que participaron en el estudio previo de intervención<sup>8</sup>. Se

identificó como cuidador principal aquel familiar que pasaba más tiempo con el paciente y se responsabilizaba de la mayoría de los cuidados. Los casos fueron remitidos al programa a criterio del psiquiatra responsable de su tratamiento, tras dar su consentimiento informado, sin excluir del mismo ningún caso en función de la gravedad clínica, grado de disfunción, nivel de expresividad emocional familiar o presencia de comorbilidad, a excepción de pacientes que presentaban dependencia física de sustancias en el momento de la evaluación inicial.

La muestra inicial es semejante a la descrita en la mayoría de estudios de intervención familiar: se trata de pacientes con una edad media en torno a los 27 años y con más de 5 años de evolución, con un predominio de hombres, solteros, inactivos laboralmente, donde el 52,9 % vivían en un entorno familiar compuesto por más de tres miembros, que presentan síntomas activos, que globalmente cumplen con la medicación prescrita presentando dos terceras partes (69,5 %) importantes déficit y desajustes sociales.

El perfil del cuidador principal correspondía también al de la mayoría de cuidadores principales de pacientes afectados de otras patologías, siendo mujeres en su mayoría (87,8 %), madres de los pacientes (82 %), con una media de edad de 56 años ( $\pm 11,7$ ) y más de la mitad sin trabajo remunerado (66,7 %). El nivel de expresividad emocional fue valorado como crítico, hostil o con excesiva sobreimplicación emocional en el 59,6 % de los casos, siendo el contacto directo cara a cara entre el paciente y el cuidador muy elevado para más de la mitad de ellos (66,7 %).

## Asignación

Tras haber completado la evaluación inicial, fueron asignados, siguiendo la tabla de números aleatorios, a los grupos de: *a*) intervención familiar conductual, o *b*) grupo de familiares. La diferencia entre ambos abordajes estribó en que en el grupo asignado al primer formato el paciente participó de forma activa en todas las sesiones, desarrollándose éstas en su domicilio, mientras que en el formato grupal éstas se llevaron a cabo en el ámbito clínico y en ausencia del paciente. Hasta la fecha no hay constancia de una mayor eficacia en términos de reducción de recaídas psicóticas, en función de si estas estrategias son aplicadas en un formato grupal o centradas en la unidad familiar<sup>9</sup>.

El análisis comparativo de las características de los pacientes y de sus familias no halló diferencias significativas, siendo, por tanto, los grupos muy similares.

## Intervención terapéutica

El programa se ofertó dentro de la asistencia pública y a nivel ambulatorio, fue impartido por un equipo interdisciplinar previamente entrenado y con supervisiones regladas. Las es-

trategias aplicadas a lo largo de 12 meses incluyeron tratamiento psicofarmacológico con entrenamiento en el desarrollo de estrategias que incrementen el cumplimiento y la adherencia al régimen de mantenimiento, la prevención y minimización de efectos secundarios, información y educación sobre la esquizofrenia, entrenamiento del paciente y de los cuidadores informales en el manejo de situaciones estresantes y la detección precoz e intervención en crisis, facilitando que éstas se resolvieran de la manera más rápida y eficaz posible<sup>10</sup>.

Tras finalizar el período de intervención estructurada se invitó a todos los familiares a participar en un grupo de apoyo.

## Seguimiento

Se estableció realizar una valoración idéntica a las dos anteriores a los 87 casos asignados con independencia del número de sesiones a las que hubieran asistido. Dado que la entrada en el programa terapéutico se produjo a lo largo de 5 años y con el fin de homogeneizar el período de seguimiento, la evaluación se llevó de forma sucesiva a lo largo de un período similar.

Uno o dos evaluadores independientes del equipo terapéutico fueron entrenados hasta alcanzar un adecuado nivel de fiabilidad (ICC > 0,90) en el manejo y evaluación de una batería de medidas e instrumentos.

La morbilidad del cuidador se ha medido a través del Cuestionario General de Salud (GHQ-28)<sup>11</sup>. Para este estudio se ha considerado la puntuación total, tomada como variable continua y respecto a un punto de corte, como variable dicotómica, considerándose positivo si obtiene una puntuación por encima de 5. La medida de los conocimientos que tiene el familiar clave sobre distintos aspectos de la esquizofrenia se ha estimado a partir de las respuestas recogidas en la versión española de la entrevista *Knowledge About Schizophrenia Inventory* (KASI)<sup>12</sup> y por último las familias han sido clasificadas en alta o baja expresividad emocional tras la valoración de la Entrevista Familiar de Camberwell siguiendo los criterios clásicos de clasificación<sup>13</sup>.

Se han considerado pérdidas los casos que rechazaron la nueva evaluación, aquellos otros que tras tres intentos no pudieron ser localizados, así como aquellos casos donde el cuidador principal había fallecido o no reunía las condiciones físicas o psíquicas necesarias para poder participar en la evaluación.

## Análisis de datos

El análisis descriptivo se ha llevado a cabo mediante resúmenes numéricos (medias y desviaciones típicas para las variables continuas y tablas de frecuencias para las variables cuantitativas).

Los cambios en la morbilidad del cuidador principal, nivel de conocimientos adquiridos en torno a la enfermedad y su manejo y clima emocional familiar entre el final de la intervención y el seguimiento (o entre el inicio de ésta y el seguimiento) se analizaron mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en las variables categóricas, la prueba de McNemar en las variables dicotómicas y la prueba de *t* de Student para datos apareados en las variables continuas.

La comparación entre los dos abordajes terapéuticos en el seguimiento se analizó empleando las pruebas de chi cuadrado, U de Mann-Whitney y *t* para muestras independientes, según las características de las variables.

## RESULTADOS

De los 87 casos inicialmente asignados se perdieron 16 en el período de seguimiento, es decir, un 18,4%, siendo su porcentaje comparable a los otros tres estudios de seguimiento a largo plazo de cohortes intervenidas<sup>14-16</sup>. Al comparar el perfil de los familiares que se pierden con aquellos de los que se dispone de datos completos sólo se detectan diferencias significativas respecto a la proporción de casos que en su día habían abandonado la intervención: el 81,2% de las pérdidas corresponden a casos de abandono frente al 31% entre los que completaron hasta el final ( $p < 0,0001$ ).

La cohorte seguida se caracteriza por ser los cuidadores principales de pacientes de más de 11 años de evolución de enfermedad, con un predominio de hombres, solteros, inactivos laboralmente, con poca presencia de sintomatología psicótica activa y sin graves desajustes sociales, donde más de la mitad de ellos tienen una buena adherencia al tratamiento farmacológico, que conviven con su familia de origen rodeados de un clima emocional poco adverso.

Las características de los cuidadores no varían de forma significativa a lo largo del tiempo, es decir, continúan siendo las mujeres y madres de los pacientes las que siguen encargándose de forma mayoritaria de su cuidado a pesar del transcurso del tiempo. Las mujeres tienden a hacerse cargo de pacientes más crónicos e inactivos que los hombres ( $p < 0,041$ ), independientemente del grado de parentesco con el paciente, mientras que los hombres tienden a prestar cuidados a pacientes más adaptados y cuando se trata de sus parejas ( $p < 0,043$ ).

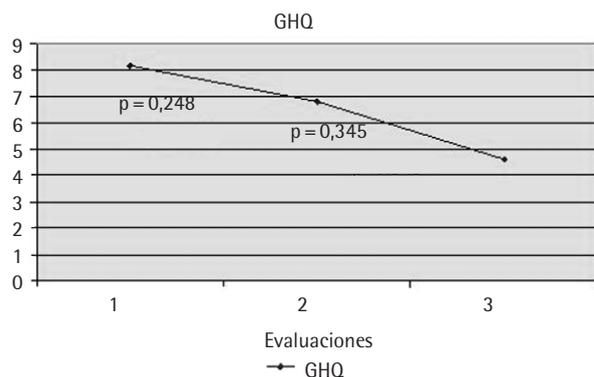
Los cuidadores en su conjunto presentaban unas puntuaciones elevadas en el GHQ, situándose la media en 8,1 (desviación estándar: 6,1), es decir, por encima del punto de corte establecido, detectándose diferencias en los porcentajes de morbilidad psiquiátrica en función del género del cuidador (mujeres, 59%, frente a hombres, 33%;  $p < 0,095$ ) sin que esta diferencia alcanzara significación estadística, probablemente debido a la pequeña proporción de cuidadores hombres en nuestra muestra.

La forma de abordar los problemas parece ser diferente entre hombres y mujeres cuidadores. Las mujeres se involucran emocional y afectivamente más con los problemas cotidianos, mientras que los hombres lo hacen de forma más instrumental, lo que puede generarles menor tensión o malestar<sup>17</sup>. Por otra parte, no podemos descartar que el hecho de que las mujeres tiendan a hacerse cargo de pacientes más dependientes e inactivos puede explicar la diferencia en la sobrecarga, como ha venido detectándose en otros estudios<sup>18</sup>.

El hecho de ser madre o padre del paciente se asocia de forma significativa a mayor morbilidad psiquiátrica ( $p < 0,043$ ), y en contra de lo esperado, un mayor número de familiares conviviendo en la misma casa se asocia también a mayor morbilidad ( $p < 0,020$ ). Tal vez esta situación provoque que las mujeres se sientan más sobrecargadas al tener que asumir un mayor número de roles en vez dar lugar a un reparto más equitativo de la carga. Otras tres variables se asocian a la morbilidad del cuidador, sin llegar a alcanzar significación estadística: altas puntuaciones en expresividad emocional (EE) ( $p < 0,060$ ), elevadas expectativas ( $p < 0,082$ ) y el hecho de no reconocer los síntomas negativos como parte de la enfermedad ( $p < 0,061$ ). De acuerdo con Barrowclough<sup>19</sup> la representación cognitiva de la enfermedad tiene importantes implicaciones no sólo en la evolución de la esquizofrenia, sino también en la morbilidad de los cuidadores.

La repercusión que el hecho de prestar cuidados a un familiar con esquizofrenia tiene sobre el estado de salud psíquica del familiar, disminuye con el tiempo (medias en el GHQ en las tres mediciones: 8,1, 6,9 y 4,6), aunque el cambio sólo es significativo cuando se toma todo el período, desde el inicio de la intervención. Se trata, por tanto, de un proceso lento. Con el tiempo se ha elaborado el duelo, se conoce mejor la enfermedad y los recursos para manejarla, que no parece responder al estado clínico del paciente, al número de recaídas ni de reingresos (fig. 1).

A pesar de que la intervención parece asociada a los cambios en la EE, la mayoría de estudios no son concluyen-



Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon;  $p = 0,005$ .

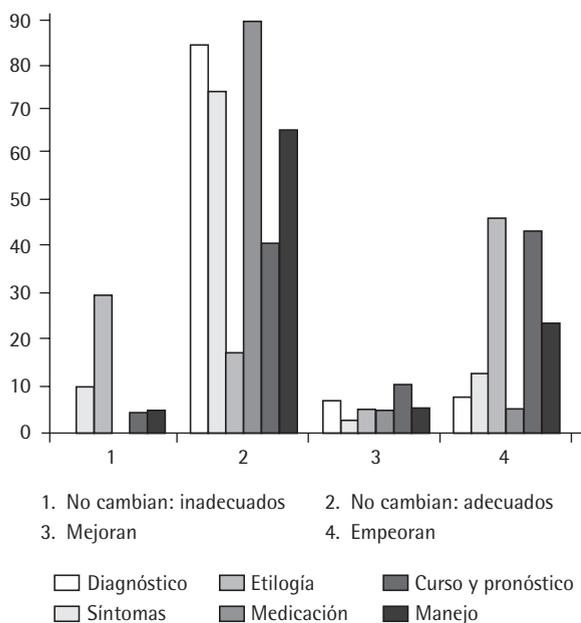
**Figura 1** Puntuaciones en el GHQ en los tres momentos de evaluación (1: inicio; 2: final de la intervención; 3: transcurridos 5 años de finalización).

tes al respecto al no poderse descartar si la reducción del nivel de la EE disminuye con el tiempo por un acostumbramiento o aceptación de la situación<sup>20</sup>, permaneciendo estable en familias no intervenidas<sup>21,22</sup>. En nuestro estudio el cambio en el nivel de la EE familiar sólo es significativo en los casos que fueron intervenidos, manteniendo el mismo nivel que tenían al finalizar la intervención (alta EE familiar: 56,3 % al inicio, 25 % tras la intervención y 26,3 % en el seguimiento). En aquellos que abandonaron la intervención sólo en un caso se produjo un cambio (de alta EE a baja EE), lo que orienta a pensar que la intervención tiene un papel en el cambio y no sólo el mero transcurso del tiempo. La hostilidad aparece como el componente más estable, destacando la pérdida de afecto a lo largo del tiempo en la mayoría de los familiares ( $p < 0,015$ ). El tiempo de contacto cara a cara entre el paciente y su familia se mantiene alto en un porcentaje elevado de casos, no detectándose cambios significativos.

Una de las hipótesis que han venido formulándose en torno a la eficacia de las intervenciones psicológicas de base familiar hace referencia a su capacidad para incrementar la adherencia al tratamiento antipsicótico al fomentar los conocimientos en torno a la enfermedad y su manejo y promover modificaciones en el clima emocional de la familia de forma tal que las capacitaría para un manejo más eficaz de conductas encaminadas a reforzar el cumplimiento, al evitar la confrontación y el excesivo control sobre el paciente<sup>23</sup>.

El hecho de mantenerse o incluso haberse incrementado el nivel de conocimientos de la familia a lo largo del período en torno a la importancia de la «medicación» no ha sido suficiente para controlar el incremento de los no cumplidores, que pasan del 14 % al finalizar la intervención al 37 % en el seguimiento ( $p < 0,000$ ), lo que indica que el que la familia tenga conocimientos sobre la importancia de la medicación de mantenimiento no implica necesariamente que pueda asegurar la adherencia del paciente a la misma (fig. 2). Una vez aceptada la dependencia de la medicación y su importancia no parece que el paso del tiempo modifique lo aprendido, sino más bien la experiencia de nuevas recaídas relacionadas con cambios y abandonos de medicación refuerzan estos conocimientos<sup>24,25</sup>.

Se puede afirmar que ambas estrategias terapéuticas tienen un impacto similar a largo plazo, aunque en el análisis detallado de cambio según la estrategia específica de intervención llevada a cabo el grupo de cuidadores asignados al formato grupal tienden a obtener los resultados más favorables a lo largo del tiempo (tabla 1). Esta misma tendencia fue ya observada en un estudio previo<sup>26</sup>. Pero no podemos descartar la posible contribución del grupo de apoyo ofrecido tras finalizar la intervención, donde el número de participantes procedentes del grupo de familiares ha sido tres veces superior al de los procedentes de la intervención centrada en la unidad familiar.



**Figura 2** Cambios en los niveles de conocimientos sobre la enfermedad y su manejo tras finalizar la intervención y el seguimiento.

Podemos concluir que los datos de nuestro trabajo, en su conjunto, orientan a que una intervención familiar de 12 meses de duración seguida de un grupo de apoyo dirigida a reducir el estrés derivado de prestar cuidados a una persona con un trastorno mental grave reduce la morbilidad del cuidador de forma progresiva, llegando a ser significativa a los 5 años, sin que esta reducción esté asociada al tipo de encuadre o a la presencia o ausencia del paciente.

	Unifamiliar	Grupo de familiares	p
EE (n = 49) baja EE	18 (69,2%)	17 (73,9%)	0,717
Repercusión salud (n = 33)	4,9	4,1	0,530*
Conocimientos deficitarios (n = 48)			
Diagnóstico	4 (14,8%)	1 (4,8%)	0,369
Síntomas	7 (25,9%)	4 (19%)	0,733
Etiología	23 (85,2%)	15 (71,4%)	0,297
Medicación	2 (7,4%)	1 (4,8%)	1,000
Curso/pronóstico	13 (48,1%)	14 (66,7%)	0,199
Manejo	7 (28%)	8 (38,1%)	0,467

Prueba de chi cuadrado. \*U de Mann-Whitney.

### LIMITACIONES

No obstante, diferentes factores pueden haber influido en los resultados obtenidos. El no haber sido diseñado el estudio para evaluar de forma específica el impacto en la salud psíquica del cuidador principal ha dejado fuera del análisis variables implicadas en el proceso, como el apoyo social y el estilo de afrontamiento. De otro lado, el haber llevado a cabo el análisis según intención de tratamiento y, por tanto, haberse incluido familiares que no recibieron la intervención completa ha podido dar lugar a resultados más pobres en algunos resultados. Como contrapartida, este método asegura una mayor validez interna, así como nos acerca más a la realidad clínica.

A pesar de no haberse detectado diferencias significativas entre los casos perdidos y la muestra final, el hecho de que la mayoría de pérdidas correspondan a casos que en su día abandonaron la intervención terapéutica no nos permite conocer si familiares de mayor o menor riesgo han quedado fuera del estudio.

Con respecto a la generalización de los resultados, hay que tener presente que nuestros hallazgos proveen información sobre los efectos a largo plazo de una intervención familiar en aquellos que fueron remitidos en su día al programa y aceptaron participar. A pesar de los esfuerzos realizados para poder contar con una cohorte representativa de pacientes diagnosticados de esquizofrenia que viven con su familia y que son atendidos en los servicios de salud mental, no es posible descartar sesgos asociados a criterios de derivación de los clínicos responsables de estos pacientes; en concreto, casos que mostraban una rápida recuperación tras un episodio de descompensación psicótica y primeros episodios han estado poco representados. Tal vez los cambios observados a lo largo del tiempo hubieran podido diferir respecto a los detectados en este estudio de haber estado mejor representados los cuidadores principales de pacientes con un perfil más favorable.

Es necesario, por tanto, diseñar nuevos estudios de seguimiento a largo plazo con muestras amplias y medidas repetidas a intervalos regulares que superen estas limitaciones metodológicas y permitan validar los resultados del presente estudio.

### IMPLICACIONES CLÍNICAS

El hecho de haber detectado que el impacto emocional se reduce de forma progresiva sugiere la necesidad de iniciar las intervenciones en las primeras fases de la enfermedad y extenderlas en el tiempo, así como de fomentar los grupos de apoyo, sobre todo para aquellos cuidadores que tienen a su cargo a pacientes con mayor tiempo de evolución.

Si la morbilidad psíquica derivada de prestar cuidados a personas con un trastorno mental grave se asocia a una valoración cognitiva negativa y a un estilo de afrontamiento

poco eficaz, los abordajes terapéuticos deberán abandonar los enfoques didácticos con contenido estándar y pasar a abordajes interactivos donde se explore el significado y en su caso ayudar a una reconstrucción cognitiva, así como analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas, reforzando aquellas que hayan resultado más útiles y no instruyendo.

Los efectos derivados del hecho de cuidar a otros es un aspecto de gran interés para las mujeres, haciéndose necesaria una fuerte decisión institucional que permita la implantación de estrategias e intervenciones eficaces en la reducción del riesgo de morbilidad psiquiátrica, así como la búsqueda de nuevas alternativas y de un reparto más equitativo de la carga y de los riesgos entre hombres y mujeres.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Veltman A, Cameron J, Stewart DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:108-14.
- Shene AH, van Wijngaarden B. A survey of an organization for families of patients with severe mental illness in The Netherlands. *Psychiatr Serv* 1995;48:807-13.
- Jungbauer J, Bischkopf J, Angermeyer MC. Stress of family caregivers of psychiatric patients. Developmental trends, concepts and results of research. *Psychiatr Prax* 2001;28:105-14.
- Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küster B, Reneses B, Usall J, et al. (Seep) Género y salud mental en un mundo cambiante. En: *Género y salud. Informe SESPAS. Gac Sanit* 2004;18(Suppl. 1):175-81.
- Pharoah FM, Mari JJ, Steiner D. Family interventions for schizophrenia (Cochrane systematic reviews). En: *Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update, software, 2003.*
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Enger R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia. A meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27:73-92.
- McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003;42:91-103.
- Montero I, Asencio A, Hernández I. Two family strategies for family intervention in schizophrenia: a randomised trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001;27:607-17.
- Dixon LB, Adams C, Lucksted A. An update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:5-20.
- Falloon IHR, Montero I, Economou M. An international evidence-based approach to the optimal treatment of schizophrenic disorders. Presented at the World Congress of Psychosocial Rehabilitation. Hamburg, Germany, 1998.
- Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Arta J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986;16:135-40.
- Barrowclough C, Tarrier N, Watts S, Vaughn C, Bamrah JS, Freeman HL. Assessing the functional value of relatives knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *Br J Psychiatry* 1997; 151:1-8.
- Montero I, Ruiz I. La entrevista familiar Camberwell (CFI): Camberwell family interview schedule. *Rev Asoc Esp Neuropsi* 1992; 12:199-202
- Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Fitzpatrick E. The Salford Family Intervention Project: Relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Br J Psychiatry* 1994;165: 829-32.
- Hornung WP, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G, Reker T. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons. Results of a five-year follow-up. *Europ Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:162-7.
- Lenoir ME, Dingemans PM, Schene AH, Hart AA Linzen DH. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophr Res* 2002;57:183-9.
- Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman H. Informal caregiving: differential experience by gender. *Medical Care* 2000;40:1249-9.
- Samele C, Manning N. Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *Eur Psychiatry* 2000; 15:196-204.
- Barrowclough C, Lobban F, Hatton C, Quinn J. An investigation of models of illness in carers of schizophrenic patients using the Illness Perception Questionnaire. *Br J Clin Psychol* 2001;40: 371-85.
- Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion, burden and coping in relatives of those suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168:580-7.
- McCreadi RG, Robertson LJ, Hall DJ, Berry I. The nithsdale schizophrenia surveys: XI. Relatives expressed emotion. Stability over five years and its relation to relapse. *Br J Psychiatry* 1993; 162:393-7.
- King S. Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophr Res* 2000;45: 65-78.
- Moore A, Sellwood W, Stirling J. Reactance and treatment compliance in schizophrenia. *Br J Clin Psychology* 2000;39: 287-95.
- Goldstein MJ. Psychoeducation and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Internat Clin Psychopharmacol* 1996;11:77-83.
- Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and the compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives knowledge and expressed emotion. *Psychological Med* 2003;33:91-6.
- Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Bellver F, La-cruz M. Do all people with schizophrenia receive the same benefit from different family intervention programs? *Psychiatry Res* [en prensa].