



**Grado en Psicología**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Curso 2020/2021**

**Convocatoria Junio**



**Modalidad:** Revisión bibliográfica

**Título:** Eficacia de las intervenciones familiares en personas con un primer episodio de psicosis

**Autor:** Manuel Girón Martínez

**Tutora:** M.<sup>a</sup> Del Carmen Neipp Lopez

Alicante a 4 de mayo de 2021

## Índice

Resumen	3
1. Marco teórico	4
2. Método	6
3. Resultados	9
3.1. Recaídas y hospitalizaciones	10
3.2. Síntomas psicóticos	13
3.3. Funcionamiento social	16
3.4. Actitudes familiares	18
3.5. Carga familiar	20
3.6. Otros resultados	22
3.7. Resultados y marco geográfico-cultural	23
4 Discusión y conclusiones	25
5. Referencias	28
Anexo 1: características de los estudios	
Anexo 2: objetivos y fundamentación de los estudios	

## Resumen

El clima actitudinal en los familiares es un factor relacionado con las recaídas clínicas en la esquizofrenia. El principal objetivo de las intervenciones familiares (IF) en las psicosis ha sido prevenir las recaídas ya que su prevención se relaciona con un mejor funcionamiento clínico y social. El objetivo principal es realizar una revisión bibliográfica para ver la eficacia de las IF en la prevención de recaídas y en la mejora del funcionamiento clínico y social en personas con un primer episodio de psicosis. En segundo lugar se estudia su efecto en la modificación de actitudes de riesgo y en la disminución de la carga familiar. Se identificaron 17 estudios en donde se puede estudiar el efecto independiente de una IF. Los estudios analizados muestran una alta heterogeneidad en objetivos y métodos. Esta heterogeneidad ha dificultado poder dar una visión global y unificada de los resultados. De forma global, el 62,2% de los efectos positivos investigados pudieron ser atribuidos a una IF, un porcentaje que varía según el marco geográfico-cultural. Mejoras en el diseño y en los métodos de evaluación son necesarias en el estudio de la eficacia y efectividad de las IF en primeros episodios.

Attitudinal climate in family members is a factor related to clinical relapse in schizophrenia. The main objective of family interventions (FI) in psychosis has been to prevent relapses since their prevention is related to better clinical and social functioning. The main objective is to conduct a literature review to see the efficacy of FI in relapse prevention and in the improvement of clinical and social functioning in people with a first episode of psychosis. Secondly, its effect in modifying risk attitudes and reducing family burden is studied. 17 studies were identified in which the independent effect of an FI can be studied. The studies analyzed show a high degree of heterogeneity in objectives and methods. This heterogeneity has made it difficult to provide a global and unified view of the results. Overall, 62.2% of the positive effects investigated could be attributed to an FI, a percentage that varies according to the geographic-cultural setting. Improvements in the design and evaluation methods are necessary in the study of the efficacy and effectiveness of FI in first episodes.

## 1. Marco teórico

La psicosis, y entre ellas la esquizofrenia, son enfermedades que tienen consecuencias graves para las personas que la padecen y para la sociedad (World Health Organisation, 2001).

Un primer episodio de psicosis ocurre frecuentemente en la adolescencia o en la madurez temprana (Mueser, McGurk, 2004), y la actuación ante un primer episodio tiene una importancia preventiva, ya que nuevos episodios pueden asociarse con una peor evolución de la enfermedad. Es decir, cada nuevo episodio aumenta significativamente el riesgo de una evolución continuada de los síntomas o de la disfunción en el funcionamiento social (Wiersma et al., 1998)

Alvarez-Jimenez et al. (2012) han documentado a partir de un meta-análisis que en el primer año tras un primer episodio la frecuencia de recaída es del 28%, entre el año y medio y el segundo fue del 43% y en el tercero del 54%. Otros autores han mostrado que hasta el 80% de las personas que padecen un primer episodio, pueden recaer en los 5 primeros años (Wiersma et al. 1998; Robinson et al. 1999).

Es bien conocido que en la esquizofrenia las actitudes familiares son determinantes importantes de la evolución del trastorno. Sin embargo, en un primer episodio de psicosis el valor de las actitudes familiares y de la interacción entre las personas que lo padecen y sus familiares puede ser diferente. Por otra parte, el impacto de un primer episodio puede diferir de los que se esperan en un trastorno con algunos años de evolución. Un primer episodio puede conllevar un estigma no solo para el paciente si no también para sus familiares, así como carga y sentimientos de culpa, frustración o rabia, debido a que se enfrentan a situaciones inusuales, comportamientos imprevisibles o de riesgo, y dificultades nuevas que no son fáciles de encarar de forma adecuada (Onwumere, 2018). Por otro lado, un afrontamiento inadecuado de las dificultades podría asociarse con malos resultados en cuanto a la recuperación de la persona que padece una psicosis (Camacho-Gomez, Castellvi, 2019).

En lo referente a las actitudes familiares, Brown et al (1959) observaron diferencias en el clima familiar entre los pacientes que una vez deshospitalizados volvían a ser rehospitalizados con respecto a aquellos que podían permanecer en sus hogares. Identificaron el clima familiar en el hogar como un factor de riesgo o de protección de

una nueva hospitalización. A un conjunto de actitudes le dieron el nombre de expresividad emocional (EE) familiar. Una alta expresividad emocional fue caracterizada por la presencia de frecuentes comentarios críticos, hostiles o una conducta de implicación emocional exagerada. Esta alta EE fue identificada como un factor de riesgo de recaída clínica en estudios prospectivos (Bebbington, Kuipers 1994). También en personas que padecen un primer episodio de psicosis no afectiva, Alvarez-Jimenez et al. (2012) han documentado en un meta-análisis de factores de riesgo de recaída que los comentarios críticos de los familiares se asocian con un mayor riesgo padecer un segundo episodio. Junto a este factor actitudinal otros 3 factores también se asociaron con mayor riesgo: la falta de adherencia al tratamiento, el uso persistente de sustancias y un bajo nivel de ajuste pre-mórbido. De estos factores, la adherencia al tratamiento, el uso de sustancias y las actitudes familiares son potencialmente modificables.

Para modificar la alta EE y disminuir el riesgo de recaída clínica en la esquizofrenia se diseñaron procedimientos de trabajo con las familias (Leff, Vaughn, 1985; Falloon, 1985) y un meta-análisis de ensayos clínicos ha mostrado su eficacia preventiva (Pharoah et al., 2003).

El diseño y la evaluación de intervenciones de trabajo con las familias en la prevención de recaídas en pacientes con un primer episodio de psicosis, o incluso en personas que pueden tener un "alto riesgo" de padecer un problema de psicosis, es un tema de interés preventivo, para mejorar el funcionamiento clínico y el funcionamiento social. Específicamente podrían servir para prevenir recaídas en nuevos episodios de la enfermedad, los cuales pueden dar lugar a un empeoramiento de la evolución de la enfermedad (Pitschel-Waltz et al., 2004, Pharoah et al; 2006, 2010). En segundo lugar, también podrían servir para mejorar el funcionamiento de la familia, su capacidad para afrontar los retos derivados de la enfermedad y disminuir la experiencia de carga (Berglund et al., 2003; Lobban et al., 2013), especialmente si el trastorno tiene una evolución complicada o con síntomas persistentes en el tiempo (Onwumere et al., 2011).

En una primera revisión de la literatura he podido comprobar que es un tema no muy estudiado, y mi intención es hacer una revisión de lo que se conoce en torno a la eficacia de las Intervenciones familiares (IF) en los primeros episodios de psicosis.

El objetivo principal es realizar una revisión bibliográfica, a través de la evidencia en estudios comparativos, sobre la eficacia de las IF para reducir el riesgo de recaída o

de rehospitalización, disminuir los síntomas psicóticos, mejorar el funcionamiento social y otros resultados en las personas con primeros episodios de psicosis.

En segundo lugar, se estudiará el efecto de estas intervenciones sobre las actitudes familiares de riesgo y la carga familiar.

## 2. Método

Se han buscado artículos en 3 bases de datos: PsycINFO, Embase y PubMed. Para la búsqueda se han usado los siguientes términos (booleanos) en las 3 bases: ("*early onset*" or "*first episode*") and (*psychosis* or *schizophrenia*) and ("*family intervention*" or "*family work*" or "*family approach*"). La búsqueda se realizó en el abstract y en los títulos de los artículos. En el caso de PubMed en los términos de búsqueda no se incluyeron los paréntesis, ya que su uso redujo mucho la identificación de artículos potencialmente valiosos. Además, la búsqueda se amplió con las referencias incluidas en los artículos de investigación y en los artículos de revisión de la literatura.

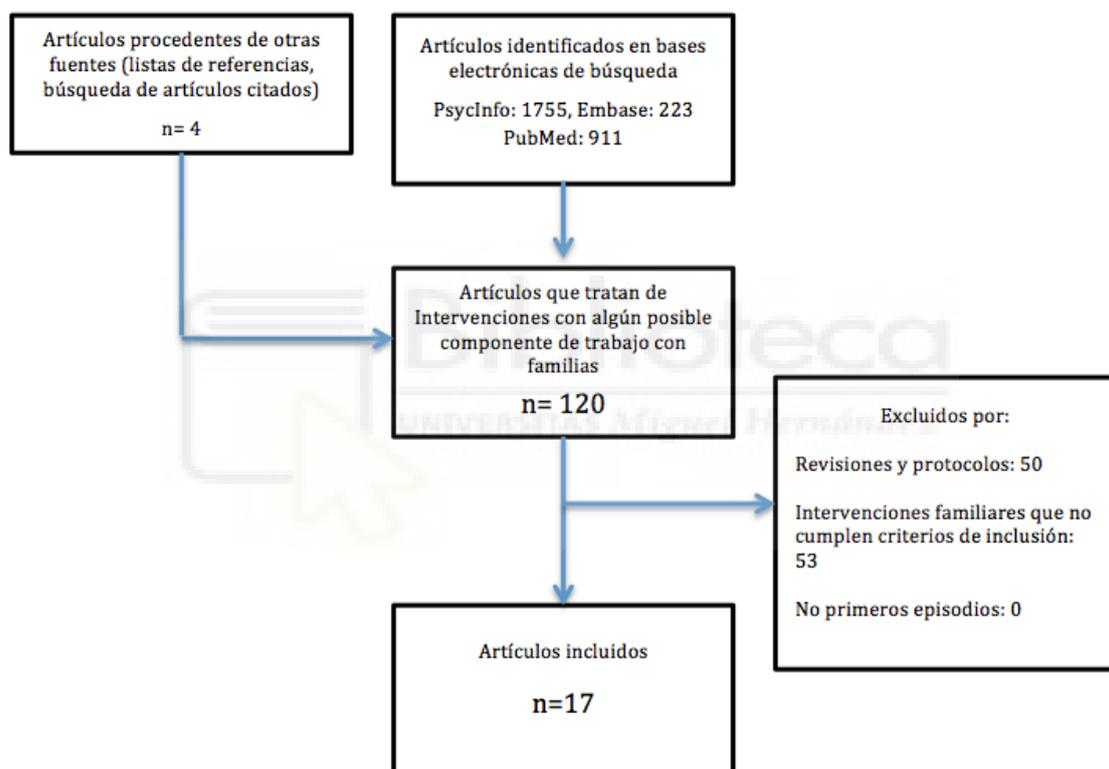
Los artículos incluidos en la revisión debían cumplir los criterios siguientes:

- 1) tener un diseño que permite una aproximación a la evaluación de la eficacia específica del trabajo con las familias sobre los resultados, incluyendo un grupo de comparación. Se excluyen, por tanto, estudios pre-post sin grupo de comparación así como estudios en donde se comparan dos IFs entre sí o donde el grupo experimental incluye la IF junto con otras intervenciones que no se incluyen en el grupo de control.
- 2) llevarse a cabo en personas con un primer episodios de psicosis no afectiva (se incluyen diagnósticos como psicosis, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, psicosis breve, trastorno esquizoafectivo). Se considera una evolución del primer episodio dentro del periodo de 5 años.
- 3) estudiar el efecto sobre recaídas clínica o rehospitalizaciones (se considera recaída un nuevo agravamiento clínico tras una mejoría de los síntomas psicóticos; en la selección de artículos se emplea la definición usada por los autores o por la presencia de una nueva hospitalización), funcionamiento social (referido al desempeño de roles que permiten mantener relaciones sociales o la ocupación en el trabajo o los estudios), carga familiar y actitudes familiares de riesgo (referido a la expresividad emocional).

Los resultados de la búsqueda se muestran en la figura 1. Se incluyeron los artículos en los que se podía valorar el efecto de una intervención familiar (IF) en comparación

con un tratamiento habitual en pacientes con un primer episodio de psicosis no afectiva. 17 artículos cumplieron los criterios de inclusión. 13 fueron ensayos con asignación aleatoria y en 4 se utilizó un grupo de comparación en un estudio sin asignación aleatoria (Bergstrom, Rosberg, Rund) o con un diseño cuasiexperimental (Oksuz). Tres estudios (Lenior 2001, Lenior 2002, Nugter 1997) tuvieron su origen en el de Liszen 1996. En dos investigaciones se estudiaron dos tipos de intervención familiar (Chien 2020, Chien 2018).

Figura 1. Resultado de la selección de artículos para la inclusión en la revisión



La revisión se hace desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo. La revisión cualitativa de los resultados en los que hay notas pre-intervención y post-intervención se centra, en la medida en que los datos son accesibles, en la comparación de la evolución de las puntuaciones en los grupos de intervención familiar y de comparación. El análisis cuantitativo busca obtener una tasa de efecto que permita la comparación entre estudios. Para ello se usa un porcentaje de cambio relativo con respecto a una cantidad de referencia ("basal") dentro de cada estudio. Dado que hay dos tipos de resultados en cuanto a su formato, el análisis se realiza de dos formas: a) En los resultados en los que la valoración es de presencia o ausencia durante el seguimiento (recaídas u hospitalización) se obtiene un porcentaje de cambio del grupo de

intervención familiar sobre el grupo de comparación (% de recaída en el grupo de IF menos % de recaída en el grupo de comparación, dividido entre el % de recaída en el grupo de comparación, y el resultado multiplicado por 100). Un valor negativo indica una mejor resultado en el grupo de intervención familiar. b) En los resultados en los que hay una puntuación pre y una post (por ejemplo, en los síntomas) se obtiene el porcentaje de cambio en las puntuaciones medias en el pre y en el post para el grupo de intervención familiar y para el grupo de comparación de la forma siguiente: (puntuación media basal menos puntuación media final, dividido entre la puntuación media basal, y el resultado multiplicado por 100). Por el sentido de las puntuaciones de los instrumentos de medida, un valor negativo indica una mejor evolución en el caso de funcionamiento social, y un valor positivo indica una mejor evolución en síntomas, actitudes y carga.

Una diferencia entre grupos se consideró estadísticamente significativa (e.s.) cuando en la prueba de asociación o de contraste se obtuvo un nivel de  $p < .05$



### 3. Resultados

La Tabla 1 muestra la distribución de los estudios en función del área geográfico-cultural y del tipo de intervención. 6 de los estudios fueron desarrollados en Asia, 10 en Europa y 1 en Australia. Los tipos de IF se agruparon en: 1) psicoeducación breve (como autoformación supervisada en los casos de Chien 2018 y McCann 2013, y como formación administrada por profesionales en Chien 2020, Kapse 2018, Chien 2016), 2) intervenciones grupales (Oksuz 2017, Chien 2018 con grupos de apoyo mutuo, y Rossberg con grupos multifamiliares), y 3) intervenciones psicosociales individuales (Grawe 2006, Garety 2008, Leavey 2004, Linszen 1996, Nugter 1997, Lenior 2001, Lenior 2002, Bergstrom 2008). En los estudios de Zhang 1994 y Rund 1994 se combinaron intervenciones individuales y grupales. Las características y los objetivos y fundamentación de los estudios se presentan en los Anexos 1 y 2 respectivamente.

**Tabla 1.**

*Distribución de los artículos incluidos en función de su origen geográfico y del tipo de intervención familiar estudiada.*

	Psicoeducación breve	Grupales	Intervenciones psicosociales individuales	Intervenciones psicosociales individuales y grupales
Asia	Chien 2020*, Chien 2018*, Chien 2016, Kapse 2018,	Chien 2018, Oksuz 2017		Zhang 1994
Europa		Rosberg 2010	Bergstrom 2018, Lenior 2001, Lenior 2002, Nugter 1996, Garety 2008, Grawe 2006, Leavey 2004, Linszen 1996	Rund 1994
Australia	McCann 2013			

Nota: \*Artículos en los que se estudian dos tipos de intervención familiar.

6 estudios siguieron el modelo de intervención familiar de Falloon (Linszen 1996, Lenior 2001, 2002, Nugter 1997, Grawe 2006, Leavey 2004), 1 el de Kuipers (Garety 2008), Rund usa los modelos de Falloon, Leff y Anderson, 3 intervenciones grupales siguieron el modelo de MacFarlane (Rosberg 2010, Oksuz 2017, Chien 2018), los 3 estudios de autoaprendizaje siguieron el modelo de McCann (McCann 2013, Chien 2016, Chien 2020) y el estudio de Bergstrom 2018 analiza el modelo Dialogo Abierto.

De los 17 artículos, 10 (Chien 2018, 2016, McCann 2013, Rossberg 2010, Garety 2008, Leavey 2004, Lenior 2001, 2002, Nugter 1997, Linszen 1996) fueron estudios en los cuales la intervención familiar contó con un manual y con una supervisión en la aplicación de la intervención. En 11 estudios el tratamiento habitual aplicado fue un programa de atención integral complejo diseñado para primeros episodios (Chien 2020, Chien 2018, Chien 2016, McCann 2013, Rossberg 2010, Grawe 2006, Linszen 1996, Nugter 1997, Lenior 2001, Lenior 2002, Rund 1994). Dos estudios no proporcionaron información sobre la complejidad del tratamiento estándar (Garety 2008, Bergstrom 2018).

El total de pacientes asignados a los grupos de intervención familiar fue de 964 y de 2485 en los grupos de comparación. El total de pacientes incluidos en los análisis postintervención fue de 889 y de 2286 respectivamente. La mayoría de las personas con un primer episodio tuvieron entre 15 y 26 años de edad, con un tiempo de evolución de la enfermedad entre 2 y 5 años.

Los grupos de intervención familiar y los grupos de control fueron de un tamaño, en general reducido, con una media de 48,8 (entre 12 y 115) pacientes en los grupos de IF y de 32,7 (entre 12 y 68) en los grupos de control. En estas medias se ha excluido el estudio de Bergstrom 2018 que contó con muestras más amplias (108 en el grupo de IF y 1763 en el grupo control) al contar con información extraída de registros del conjunto de Finlandia. Con tamaños de muestra reducidos el proceso de aleatorización pueda ser relativamente ineficaz para montar grupos comparables en variables importantes para el pronóstico de la evolución de los pacientes. Así, en los estudios de Bergstrom 2018, Rossberg 2010, Rund 1994 y Grawe 2006 el grupo de IF estuvo caracterizado por factores que en la evaluación basal indican un mejor pronóstico para las variables en estudio (menor edad, un mejor funcionamiento ocupacional y en las relaciones social en el de Rossberg 2010, una menor edad y menor tasa de ingresos involuntarios en el de Bergstrom, y una mejor puntuación en el GAS/GAF en los otros dos estudios).

### **3.1. Recaídas y hospitalizaciones.**

En 13 investigaciones se estudió el efecto sobre recaídas u hospitalizaciones. De estas, en 2 investigaciones se estudiaron solo recaídas o episodios psicóticos y en 6 solo las hospitalizaciones.

Las IF basadas en una psicoeducación de corta duración tuvieron un efecto en la disminución de los días de rehospitalización. El estudio de Chien 2016 documentó que

los pacientes del grupo de IF basado en biblioterapia disminuyeron los días de rehospitalización entre el basal y los 6 y 12 meses de seguimiento mientras que los días de rehospitalización aumentaron en el grupo de tratamiento habitual, una diferencia e.s. En Chien 2020, tanto en el grupo de autoaprendizaje como en el de psicoeducación se redujeron los días de rehospitalización en la evaluación post-intervención mientras que en el grupo de tratamiento habitual aumentaron. A los 6 meses de seguimiento solo el grupo de IF de autoaprendizaje siguió disminuyendo los días de hospitalización, mientras que aumentaron en el grupo control. Unas diferencias e.s.

El efecto de las intervenciones familiares grupales tuvieron un efecto dispar en la disminución de los días de rehospitalización. El estudio de Chien 2018 documentó una disminución de los días de hospitalización durante el periodo de tratamiento en relación con el periodo basal tanto en la IF en grupos de ayuda mutua como en la IF basada en psicoeducación, mientras que aumentaron en el grupo de tratamiento habitual. Estas diferencias se perdieron en el seguimiento de 24 y 48 meses ya que los días de hospitalización volvieron a aumentar en los dos grupos de IF. En el estudio de Rossberg 2010 los participantes en el programa de IF presentaron mayores tasas de recaída y duración de los episodios psicóticos que aquellos que rechazaron participar en los grupos multifamiliares.

Las intervenciones psicosociales familiares individuales no han podido documentar con claridad un efecto en la prevención de recaídas o rehospitalizaciones. En el estudio de Bergstrom 2018 el efecto de la técnica de Dialogo Abierto se estudió en un seguimiento de 19 años. Durante este periodo, las personas en el grupo de dialogo abierto tuvieron menos días de hospitalización (63,1 días vs 340,4 días de media,  $p < 0.001$ ) que en el grupo control durante el periodo. Sin embargo, los grupos tuvieron puntos de partida distintos y en ambos la media de días de hospitalización por cada periodo de 5 años fue en disminución (de 27,4, 36,9, 11,0 y 6,1 días durante el periodo de 0-5, 6-10, 11-15 y 16-20 años en el grupo de DA, y de 202,1, 69,2, 48,0 y 33,7 en el grupo de comparación). El estudio de Garety 2008 no pudo documentar un efecto de la IF en la disminución de los días de hospitalización ni de las recaídas en comparación con el grupo de tratamiento habitual a los 12 o a los 24 meses. El 70,4% de los pacientes en el grupo de IF y el 71,4% de aquellos en el grupo de tratamiento habitual tuvieron un "buen resultado" (con una remisión parcial o completa sin recaídas). En el estudio de Grawe 2006 la IF no disminuyó las hospitalizaciones ni las recaídas (graves y graves o leves). El 53% de los pacientes de grupo de IF en contraste con el 25% de los pacientes del grupo control, una diferencia e.s.,

presentaron un índice global de recuperación clínica excelente (compuesto por la ausencia de síntomas psicóticos persistentes, recaídas clínicas, suicidios o intentos, ingresos o baja adherencia). En el estudio de Leavey 2004 se rehospitalizaron el 7% de los pacientes del grupo de IF y el 12% de los del grupo control y no se encontraron diferencias e.s. en cuanto al número de días de hospitalización ( $p=0.18$ ). En el estudio de Linszen 1996, no se observaron diferencias en recaídas entre el grupo de IF (16,2%) y el grupo control (15,38%). En el estudio de Nugter 1997 recayeron el 17,4% (4/23) de los pacientes del grupo de IF y el 24,0% (6/25) del grupo control ( $p=.573$ ). En Lenior 2001 la IF no tuvo efecto sobre la disminución del tiempo en instituciones psiquiátricas, y en Lenior 2002 tampoco sobre los episodios psicóticos.

Rund 1994 y Zhang 1994 emplearon intervenciones psicosociales familiares que combinaron los abordajes individual y grupal. En el estudio de Rund 1994 los grupos de IF y control no difirieron en la tasa de recaídas que requirieron hospitalización ( $p=.219$ ). El autor comenta que el criterio de 2 recaídas (rehospitalizaciones) o más lo cumplieron 1 paciente del grupo de IF (8%) y 8 del grupo control (67%),  $p=.003$ . En el estudio de Zhang 1994 se observó que los pacientes sin IF tenían 3,5 veces más probabilidades de reingresar en el periodo de estudio que los pacientes que la recibieron. Por otra parte, se observó un efecto aditivo entre la IF y el uso regular de la medicación. El riesgo de rehospitalización de los pacientes que no recibieron la IF y que no usaron de forma regular la medicación en relación con los que si la recibieron y cumplieron con la medicación fue de 7,9 (95%CI 2,6-23,9). Por otro lado, en los 21 pacientes rehospitalizados del grupo control el período sin hospitalización fue de 130 días en comparación con los 245 días de los 6 pacientes del grupo experimental hospitalizados ( $p<.01$ ).

En la Tabla 2 se muestran los porcentajes de cambio relativo del grupo de IF con respecto al grupo de comparación en recaída o días de hospitalización en los 13 estudios. En 8 de estos también se informó del resultado durante un periodo de seguimiento tras finalizar la intervención. La evolución durante la intervención tendió a ser mejor en los grupos de IF, pero esta mejora se perdió durante el periodo de seguimiento.

**Tabla 2.**

*Porcentajes de cambio medio relativo del grupo de IF con respecto al grupo de comparación en presencia de recaída o días de hospitalización durante el periodo de intervención y durante el periodo de seguimiento.*

	Durante la intervención	Seguimiento
Chien 2020	-21,4	-39,4
Chien 2020	-14,7	-12,9
Chien 2018	-26,1	0,0
Chien 2018	-22,1	6,4
Chien 2016	-21,1	-33,3
Rossberg 2010	31,8	39,1
Garety 2008	-16,7	118,5
Grawe 2006	-5,7	
Leavey 2004	-42,6	-13,9
Linszen 1996	5,3	
Nugter 1997	-27,5	
Rund 1994	-23,2	
Zhang 1994	-46,3	
Media (DS)	-17,70 (20,03)	8,06 (50,87)

### **3.2. Síntomas psicóticos.**

En 8 investigaciones se estudió el efecto de las IF sobre los síntomas.

Las IF basadas en una psicoeducación de corta duración tuvieron un efecto en la disminución de la gravedad de los síntomas. En Chien 2020 tanto en el grupo de autoaprendizaje como en el de psicoeducación se redujeron la gravedad de los síntomas de los pacientes (PANSS) en la evaluación post-intervención mientras que

en el grupo de tratamiento habitual aumentaron. A los 6 meses post intervención en el grupo de IF continuaron disminuyendo, mientras que en el grupo de psicoeducación y control aumentaron. El estudio de Chien 2016 documentó que en los pacientes del grupo de IF disminuyó la gravedad de los síntomas psicóticos mientras que en el grupo de tratamiento habitual aumentó. Dichas tendencias a la mejora en el grupo de IF y al empeoramiento en el grupo control continuaron durante el seguimiento a 6 y 12 meses una vez finalizada la intervención.

El efecto de las intervenciones familiares grupales tuvieron un efecto dispar en la disminución de los síntomas. El estudio de Chien 2018 documentó que tanto en la IF en grupos de ayuda mutua como en la IF basada en psicoeducación la gravedad de los síntomas se redujo tanto en los negativos como en los positivos durante el periodo de tratamiento mientras que la gravedad aumentó en el grupo control. La tendencia a la disminución en la puntuación total de la PANSS así como en la de los síntomas positivos continuó solo en el grupo de IF en grupos de ayuda mutua durante el seguimiento post intervención a los 12, 24 y 48 meses, mientras que en el grupo de psicoeducación la mejoría observada se mantuvo sin apenas variación a los 12, 24 y 48 meses post intervención, al igual que en el grupo control en los niveles de la evaluación inmediata a la finalización de las intervenciones. Los síntomas negativos, durante el seguimiento post intervención a los 12, 24 y 48 meses, no tuvieron variación en ninguno de los grupos. En la evaluación de la puntuación total de los síntomas y en los síntomas positivos las diferencias con el grupo de tratamiento habitual fueron e.s., y con los síntomas negativos hubo una tendencia a la significación estadística ( $p=0.09$ ). En el estudio naturalista de Rossberg 2010 los síntomas positivos (PANSS) durante los dos años de intervención mejoraron tanto en el grupo experimental como en el de control (aquellos que rechazaron participar en los grupos multifamiliares). Durante el seguimiento de 3 años tras la finalización de la IF los síntomas experimentaron cierta mejoría en el grupo control pero no en el de IF.

Las intervenciones psicosociales familiares individuales no han podido documentar con claridad un efecto en la reducción de la gravedad de los síntomas. En el estudio de Grawe 2006 los síntomas positivos estuvieron ausentes o en niveles mínimos para la mayoría de los pacientes al inicio, con lo que el tratamiento debía buscar el mantenimiento de esta mejoría. El conjunto de la cohorte mejoró en la puntuación del GAF (que evalúa el funcionamiento social y clínico) sin diferencias entre los grupos de IF y control. Los pacientes del grupo de IF comenzaron con niveles inferiores de síntomas positivos y negativos con respecto al grupo control, y estos síntomas tendieron a mejorar en ambos grupos. Los autores señalaron que la evolución de las

puntuaciones de síntomas psicóticos en el grupo control mostraron más fluctuaciones que en el grupo de IF ( $p=.01$ ). El 27% de los pacientes del grupo de IF y el 25% del grupo control padecieron síntomas positivos persistentes. Los síntomas negativos siguieron la misma tendencia ya que mejoraron en ambos grupos, pero en la evaluación final las diferencias favorecieron al grupo de IF. Dado que en la evaluación basal el grupo de IF tuvo menos síntomas negativos, un análisis que incluyó la puntuación basal como covariable no modificó este resultado. Tampoco lo modificó la inclusión como covariable en el análisis de la naturaleza de los medicamentos antipsicóticos (otro factor que favoreció al grupo experimental, en donde se usó especialmente la clozapina). En el estudio de Garety 2008, se midió con la PANSS tanto los síntomas negativos como positivos al inicio, a los 12 (post-intervención) y a los 24 meses (seguimiento). Estos síntomas tendieron a mejorar tanto en el grupo de IF como en el de tratamiento habitual sin diferencias e.s. Los delirios y las alucinaciones se midieron específicamente (PSYRAT). Alucinaciones y delirios siguieron una tendencia de mejora en ambos grupos sin diferencias e.s. entre estos.

El estudio de Zhang 1994, empleó una intervención psicosocial familiar que combinó un abordaje individual y grupal. Al final del periodo de estudio los pacientes de la IF que no fueron rehospitalizados tuvieron síntomas psicóticos menos graves que los pacientes que no fueron rehospitalizados del grupo control. Los resultados medidos con la BRPS fueron mejores en este grupo de forma e.s.

En la Tabla 3 se muestran los porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias para los grupos de intervención familiar y de comparación. La evolución de los porcentajes de cambio relativo de las puntuaciones medias post-intervención de síntomas con respecto a la puntuación basal indicó una mejoría tanto en los 10 grupos de IF estudiados como en 4 de los 8 grupos de comparación.

**Tabla 3.**

*Porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias de síntomas para los grupos de intervención familiar y de comparación.*

	Grupo de IF	Grupo de comparación
Chien 2020	13,75	-6,85
Chien 2020	6,91	
Chien 2018	15,22	-1,79
Chien 2018	11,65	
Chien 2016	6,59	-6,22
Rossberg 2010	36,97	41,29
Garety 2008	21,75	12,59
Grawe 2006	9,3	4,31
Rund 1994	11,54	10,39
Zhang 1994	6,25	-15,04
Media de los porcentajes (DS)	13,99 (9,36)	4,84 (17,39)

### **3.3. Funcionamiento social**

En 6 investigaciones se estudió el efecto sobre el funcionamiento social. En 2 estudios se informó de la evolución del funcionamiento global, clínico y social, medido por la GAS/GAF.

Las IF basadas en una psicoeducación de corta duración tuvieron un efecto positivo sobre el funcionamiento social. El estudio de Chien 2016 documentó una mejora en el funcionamiento social (SLOF) durante el periodo de tratamiento, mientras que no hubo cambios en el grupo de tratamiento habitual. Dicha mejora aumentó en el grupo de IF durante el seguimiento a 6 y 12 meses una vez finalizada la intervención, mientras que no hubieron cambios en el grupo control. Las diferencias entre ambos grupos fueron

e.s. El estudio de Chien 2018 documentó que la IF basada en psicoeducación obtuvo mejoras tras la intervención en el funcionamiento social de los pacientes mientras que la puntuación de los pacientes del grupo control empeoraron. Dicha mejora en el grupo de IF se mantuvo a los 12, 24 y 48 meses de seguimiento tras finalizar la intervención mientras que en el grupo control la puntuación se mantuvo relativamente en el mismo nivel.

El efecto sobre el funcionamiento social de las intervenciones grupales solo se investigó en un estudio, con un resultado positivo. El estudio de Chien 2018 documentó que los pacientes del grupo IF basado en grupos de ayuda mutua mejoraron en su funcionamiento social tras la intervención mientras que la puntuación de los pacientes del grupo control empeoraron. La mejora del funcionamiento social prosiguió en las evaluaciones de los meses 12, 24 y 48 mientras que en el grupo control la puntuación se mantuvo relativamente en el mismo nivel ( $p=.005$ ). En esta investigación se estudiaron 2 IF en comparación con un grupo de tratamiento habitual. Partiendo de una situación basal similar, la IF basada en grupos de ayuda mutua se asoció con una mejora mayor que la observada en el grupo de psicoeducación.

Las intervenciones psicosociales familiares individuales no han podido documentar con claridad un efecto en la mejora del funcionamiento social. El estudio de Lenior 2001 informó que la IF no tuvo efecto sobre el tiempo de actividad ocupacional. En el estudio de Garety 2008, el funcionamiento social se midió mediante dos instrumentos: la escala SOFAS y una entrevista que evaluó el tiempo invertido en actividades sociales. Respecto al tiempo invertido, la media de días dedicados a actividades sociales aumentó tanto en el grupo de IF como en el de tratamiento habitual, sin diferencias e.s. entre estos. Lo mismo se observó en la puntuación de la escala SOFAS. En el estudio de Grawe 2006 se empleó la escala GAF de funcionamiento global (que incluye una valoración de síntomas y del funcionamiento social). Las puntuaciones del GAF mejoraron en el grupo de IF y en el grupo control de forma e.s. sin que hubieran diferencias entre los mismos.

En los dos estudios en los que la intervención psicosocial familiar combinó un abordaje individual y grupal se empleó la escala GAS de funcionamiento global (síntomas y funcionamiento social). Como en el caso de Grawe 2006, se citan en esta sección los resultados aunque la escala no valora exclusivamente el funcionamiento social. Los resultados son dispares o poco concluyentes. Al finalizar los 18 meses del estudio de Zhang 1994, el análisis basado en los pacientes que no fueron rehospitalizados documentó que la puntuación de la escala GAS mejoró en el grupo de IF y empeoró

en el grupo control, con una diferencia final entre los grupos que fue e.s. El estudio de Rund 1994 documentó que la puntuación de la GAS mejoró tanto en los pacientes en el grupo de IF como en los del grupo de control. A los 24 meses la nota del GAS del grupo de IF indicó un mejor funcionamiento global e.s., pero estos pacientes partieron con una nota basal que también fue e.s más alta.

En la Tabla 4 se muestran los porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias para los grupos de intervención familiar y de comparación. La evolución de los porcentajes de cambio relativo de las puntuaciones medias post-intervención de funcionamiento social con respecto a la puntuación basal indicó una mejoría tanto en 4 de los 5 grupos de IF estudiados como en 1 de los 4 de comparación.

**Tabla 4.**

*Porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias de funcionamiento social para los grupos de intervención familiar y de comparación.*

	Intervención Familiar	Grupo de comparación
Chien 2018	-4,15	
Chien 2018	-12,05	3,55
Bergström 2018	6,67	24,24
Chien2016	-4,86	0,62
Garety 2008	-21,75	-4,33
Media de los porcentajes (DS)	-7,23 (10,52)	6,02 (12,57)

Nota: no se incluyen los estudios en los que se usaron las escalas GAF/GAS.

### 3.4. Actitudes familiares

En 6 investigaciones se estudió el efecto sobre las actitudes familiares de riesgo de recaída. En 3 se usaron cuestionarios autoadministrados (Kapse 2018, Oksuz 2017, McCann 2013).

Las IF basadas en una psicoeducación de corta duración tuvieron un efecto positivo en la mejora de las actitudes familiares. El estudio de Kapse 2018, documentó que, tras la intervención, en el grupo de IF hubo una reducción e.s. en los 4 tipos de

actitudes negativas evaluadas a partir de un cuestionario autoadministrado: comentarios críticos, insatisfacción, sobreimplicación y hostilidad. En cambio en los familiares del grupo control mejoraron en Insatisfacción y no se modificaron las otras 3 actitudes. El estudio de Oksuz 2017 también usó un cuestionario autoadministrado. Tras finalizar la IF los notas de crítica/hostilidad y sobreimplicación de los familiares había disminuido de forma e.s en el grupo de IF. Por el contrario, en los familiares del grupo control aumentaron de forma e.s. En el estudio de McCann 2013 se usó un cuestionario de 20 items autoadministrado (Family Questionnaire). Tras 6 semanas de intervención, los comentarios críticos disminuyeron con respecto al nivel basal en el grupo de IF, pero esta reducción no se mantuvo en el tiempo y volvió a aumentar a las 16 semanas, aunque a un nivel algo inferior al del estado basal. En el grupo control no hubo una reducción significativa de los comentarios críticos en las evaluaciones realizadas a las 6 y a las 16 semanas. Los grupos de IF y de control difirieron de forma e.s. en la media de cambio relativo (la diferencia entre basal y final) a las 6 semanas ( $p=.031$ ), pero no en la evaluación de seguimiento a las 16 semanas (cambio relativo entre la nota basal y la de las 16 semanas,  $p=.547$ ). En cuanto a la sobreimplicación emocional, esta disminuyó de forma discreta en el grupo de IF a las 6 y 16 semanas tras la intervención mientras que en el grupo control esta disminución con respecto al nivel basal se observó solo a las 16 semanas. Las diferencias entre los grupos en cambio relativo no fueron e.s. a las 6 semanas ( $p=.096$ ) ni en el seguimiento ( $p=.645$ ).

En las intervenciones grupales no hubo estudios que estudiaran el efecto sobre las actitudes familiares.

Las intervenciones psicosociales familiares individuales no han podido documentar con claridad un efecto en las actitudes familiares. En el estudio de Lenior 2002, no se encontró ningún efecto de la intervención familiar sobre los niveles de EE a lo largo del seguimiento. En el estudio de Nugter 1997, la IF no afectó al nivel de EE evaluado con la Five-Minute Speech Sample.

El estudio de Rund 1994, empleó una intervención psicosocial familiar que combinó los abordajes individual y grupal. Las actitudes familiares se evaluaron con la Camberwell Family Interview, aunque en el grupo control esta evaluación se realizó de forma retrospectiva. Todos los familiares eran de Alta EE en la evaluación inicial. Al finalizar la IF, 7 de los 12 familiares del grupo de IF habían pasado a tener una Baja EE, mientras que todos los familiares del grupo control seguían teniendo una Alta EE ( $p=.002$ ).

En la Tabla 5 se muestran los porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias para los grupos de intervención familiar y de comparación. La evolución de los porcentajes de cambio relativo de las puntuaciones medias post-intervención de actitudes con respecto a la puntuación basal indicó una mejoría tanto en los 6 grupos de IF estudiados como en 2 de los 6 de comparación.

**Tabla 5.**

*Porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias de actitudes familiares para los grupos de intervención familiar y de comparación.*

	Intervención Familiar	Grupo de comparación
Kapse 2018	28,11	-2,34
Oksüz 2017	39,29	-13,96
McCann 2013	8,44	-0,91
Lenior 2002	14,29	6,12
Nugter 1997	14,36	1,14
Rund 1994	50,0	0
Media (DS)	25,75 (16,36)	-1,66 (6,68)

### 3.5. Carga familiar

En 4 investigaciones se estudió el efecto de la IF sobre la carga familiar.

Las IF basadas en una psicoeducación de corta duración tuvieron un efecto positivo sobre la carga familiar. El estudio de Chien 2020, tanto en el grupo de autoaprendizaje como en el de psicoeducación se redujo la carga familiar al acabar la IF y a los 6 meses de seguimiento. En el grupo control la carga familiar aumentó en la evaluación post-intervención y a los 6 meses de seguimiento. Las diferencias entre los grupos de IF y el control fueron e.s. Por otra parte, la carga en el grupo de autoaprendizaje disminuyó a los 6 meses de seguimiento más que en el grupo de psicoeducación, una diferencia e.s. El estudio de Kapse 2018 documentó que tanto los participantes del grupo de IF como los del control experimentaron altos niveles de carga antes de la

intervención. Tras la intervención, la carga mejoró de forma e.s. tanto en el grupo de IF como en el grupo de control, sin embargo, la mejoría fue mayor en el grupo de IF (los autores no informaron de la significación estadística de las diferencias entre grupos). En el estudio de Chien 2016 se observó que en el grupo de biblioterapia la carga familiar se redujo tras la intervención y en las evaluaciones de meses 6 y 12 de seguimiento, la carga empeoró en las 3 evaluaciones en el grupo control. Los grupos difirieron de forma e.s.

En las intervenciones grupales, el estudio de Chien 2018 documentó que en el grupo de apoyo mutuo la carga familiar (FBIS) disminuyó tras la IF y continuó disminuyendo en las evaluaciones de seguimiento a los 12, 24 y 48 meses. En el grupo control, la carga familiar se mantuvo al nivel de la evaluación basal en todas las evaluaciones. Los grupos difirieron de forma e.s.

En las intervenciones psicosociales individuales no hubo estudios que estudiaran el efecto de la IF sobre la carga.

En la Tabla 6 se muestran los porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias para los grupos de intervención familiar y de comparación. La evolución de los porcentajes de cambio relativo de las puntuaciones medias post-intervención de carga familiar con respecto a la puntuación basal indicó una mejoría tanto en los 6 grupos de IF estudiados como en 2 de los 4 de comparación.

**Tabla 6.**

*Porcentajes de cambio relativo en las puntuaciones medias de carga familiar para los grupos de intervención familiar y de comparación.*

	Intervención Familiar	Grupo de comparación
Chien 2020	12,98	0,64
Chien 2020	9,63	
Chien 2018	9,6	4,96
Chien 2018	9,23	
Kapse 2018	85,92	16,34
Chien 2016	10,96	-2,61
Media (DS)	23,05 (30,83)	4,83 (8,27)

### 3.6. Otros resultados

Bergstrom 2018 es el único estudio que ha investigado la mortalidad a largo plazo. En los 19 años de seguimiento murieron el 10,2% de los pacientes del grupo de Diálogo Abierto (DA) y el 16,8% de los pacientes del grupo de comparación, una diferencia que mostró una tendencia a la significación estadística ( $p=.07$ ). Los grupos no tuvieron diferencias e.s. en mortalidad por suicidio ( $p=.023$ ) pero la mortalidad por causas naturales fue mayor en el grupo de comparación ( $p=.02$ ). Sin embargo, los grupos difirieron significativamente en la edad, y la comparación de las tasas de mortalidad ajustadas por edad no produjo diferencias e.s.

El estudio de Bergstrom 2018 investigó el uso de medicación antipsicótica. durante los 19 años de seguimiento un número menor de personas en el grupo de Diálogo Abierto usó medicación antipsicótica: al final del seguimiento un 36% vs un 81% en el grupo de comparación ( $p<.001$ ).

Los costes económicos han sido estudiados por Bergstrom 2018 y por Rund 1994. El primero estudió el coste para el estado derivado de las prestaciones por discapacidad, y el segundo recogió el coste de cada intervención. En Bergstrom 2018, durante los 19 años de seguimiento, el 41,7% de las personas tratadas en Diálogo Abierto tuvo

prestaciones por discapacidad vs el 78,8% del grupo de comparación ( $P < 0.001$ ). Sin embargo, el grupo de comparación partió con unos niveles iniciales más altos de uso de prestaciones por discapacidad y la evolución de las prestaciones fue disminuyendo a lo largo del tiempo en ambos grupos. El estudio de Rund 1994 concluyó que el coste total del grupo control fue superior al del grupo de IF (8.172,7 dólares por paciente y mes en el grupo experimental y 10.681,5 en el control).

Algunas investigaciones estudiaron otros efectos sobre los familiares o la vida familiar. El efecto sobre la experiencia de cuidado de los familiares fue investigado en 2 estudios usando el Experience of Caregiving Inventory, un cuestionario autoadministrado que valora aspectos positivos y negativos del cuidado. El estudio de Chien 2016 documentó que el grupo experimental de biblioterapia mejoró de forma e.s. la experiencia de cuidado de los familiares (ECI) en las evaluaciones tras la intervención y en los meses 6 y 12 de seguimiento en comparación con el tratamiento habitual. En Chien 2020, en el grupo experimental de autoaprendizaje la experiencia de cuidado (ECI), mejoró con respecto a la puntuación basal a la semana de haber acabado la IF y a los 6 meses de seguimiento, mientras que las puntuaciones empeoraron en el grupo de tratamiento habitual. En el grupo de psicoeducación la experiencia de cuidado también mejoró tras la intervención, y esta mejoría se mantuvo a los 6 meses de seguimiento. Las diferencias entre los grupos de IF y el de control fueron e.s. El funcionamiento familiar fue estudiado en Chien 2018. En el grupo de apoyo mutuo el funcionamiento familiar mejoró frente al tratamiento habitual en la evaluación post intervención y en las de seguimiento a los 24 y 48 meses. Por último, en el estudio de Leavey 2004, los participantes en el grupo de IF no mostraron diferencias e.s con el grupo control en cuanto a la satisfacción con el servicio ( $p = .14$ ).

### **3.7. Resultados y marco geográfico-cultural**

La Tabla 7 muestra un resumen de los efectos de las IF en relación con su origen geográfico. De forma global, en los 17 estudios, el 62,2% (28/45) de los efectos investigados (algunos de forma parcial o posible) pudieron ser atribuidos a la IF. Esta atribución de los efectos varía con el marco geográfico-cultural. El 100% de los 21 efectos investigados en estudios realizados en Asia pudieron ser atribuidos al efecto de la IF, mientras que esto ocurrió solo en el 29,2% (7/24) de los estudios realizados en Europa y Australia ( $\chi^2 = 23,9$ ,  $gI = 1$ ,  $p < .001$ ).

**Tabla 7.**

*Resumen de los efectos de las IF y su relación con el origen geográfico de los estudios.*

		Hospitalizaciones y Recaidas	Sintomas	Funcionami ento Social	Otros	Carga	Actitudes
	Zhang 1994	+	+	+	+		
	Chien 2020,	+	+		+	+	
	Chien 2016,	+	+	+	+	+	
Asia	Chien 2018	+	+	+	+	+	
	Kapse 2018					+	+
	Oksuz 2017						+
Australia	McCann 2013						-
	lenior 2001	+		-			
	lenior 2002	-					-
	Nugter 1997	-					-
	Garety 2008	-					
	Leavey 2004	-			-		
Europa	Bergstrom 2018	+			+		
	Rund 1994	±	-	-	+		+
	Grawe 2006	-	±	-	+		
	Rosberg 2010	-	-				
	Linszen 1996	-					

Nota: +: efecto positivo de la IF en comparación con el grupo control, ±: posible efecto positivo (usando criterios establecidos a posteriori) o efecto parcial (sobre objetivos secundarios) de la IF en comparación con el grupo control, -: sin diferencias e.s. entre los grupos experimental y control.

#### 4. Discusión y conclusiones

En esta revisión de estudios se ha evaluado la efectividad de las intervenciones familiares en comparación a un tratamiento habitual en primeros episodios de psicosis. De forma global, casi 2/3 de los efectos investigados pudieron ser atribuidos a la IF (algunos de forma parcial o posible).

El principal objetivo de las IF en las psicosis es la prevención de las recaídas clínicas (Schooler 2005; Robinson 1999), ya que la prevención de recaídas está relacionada con un mejor funcionamiento clínico y social de los pacientes, así como con una disminución de los niveles de carga familiar. Por otra parte, la necesidad de las IF se basa en que las actitudes familiares críticas y de sobreimplicación emocional se asocian con una mayor tasa de recaídas, por lo que las IF buscan la modificación de dichas actitudes familiares de riesgo.

En relación con la prevención de recaídas u hospitalizaciones 7 estudios han documentado resultados positivos (el de Rund 1994 usando criterios establecidos a posteriori) mientras que en otros 6 los resultados no apoyaron este efecto preventivo. La explicación de los resultados negativos ha sido diversa. La explicación más inquietante y útil para el diseño de nuevos estudios es la de Linszen 1996, cuyos autores señalan que la intervención sobre familiares de baja EE pudo haber tenido efectos negativos, empeorando sus capacidades de manejo y comunicación. El resto de explicaciones son de tipo metodológico. Los autores del estudio de Garety 2008 comentaron que al ensayo clínico le faltó potencia para establecer la significación estadística de los efectos de la IF (lo consideraron como un estudio exploratorio), que en los grupos en comparación la tasa de recaídas fue, inesperadamente, muy baja (disminuyendo la posibilidad de encontrar diferencias) y que no conocían si los familiares participantes fueron predominantemente de baja EE. Grawe 2006 indicó que la falta de diferencias entre el grupo de IF y el grupo control pudo ser debida a que la atención psicoeducativa dada a los pacientes del grupo control fue de muy buena calidad, lo que pudo haber dificultado evoluciones clínicas negativas en ambos grupos. Rossberg 2010 señala que las diferencias entre los grupos de IF y de comparación en su estudio pudieron influir en la falta de identificación de la eficacia de la intervención familiar. Los participantes en los grupos multifamiliares fueron significativamente más jóvenes y con un inicio más insidioso de la enfermedad que los del grupo de comparación. En segundo lugar, señala que hubo una pérdida diferencial de pacientes. Los pacientes con la enfermedad más grave tendieron a permanecer en la IF mientras

que este tipo de pacientes tendió a abandonar el grupo de comparación. En el estudio de Leavey 2004, un número considerable de familiares del grupo de intervención que inicialmente aceptaron participar, se retiraron después de algunas sesiones, lo que afectó a la validez interna del estudio ("nuestra intervención pudo mostrarse ineficaz simplemente debido a una pérdida de potencia" para encontrar diferencias e.s.).

En relación con la modificación de las actitudes familiares de riesgo de recaída 3 estudios han documentado resultados positivos de la IF, mientras que en otros 3 los resultados no apoyaron este efecto terapéutico. En estos últimos, los autores ha señalado que la falta de efecto pudo ser debida a factores metodológicos diversos. McCann 2013, para explicar que no llegara a alcanzarse una diferencia e.s. (el nivel de p fue de .08) entre los grupos experimental y control en la disminución de comentarios críticos señaló que el estudio pudo carecer de potencia para poder mostrar diferencias e.s. Lenior 2002 señaló que la EE fue una característica inestable en los familiares de pacientes con un primer episodio, y que por ello pudo haber recibido otras influencias, así como que las intervenciones psicoeducativas realizadas durante el periodo de hospitalización previo a la entrada en el estudio pudieron haber tendido a disminuir la posibilidad de encontrar diferencias entre los grupos. Por otra parte, también señalaron que las intervenciones podrían necesitar ser más duraderas para conseguir efectos o los seguimientos más prolongados para poder identificarlas. Nugter 1997 también señaló que la posible inestabilidad de la EE en pacientes con primer episodio y la escasa presencia de síntomas en los pacientes, un factor que puede influirla, pudo explicar la falta de efecto observable en la IF. En segundo lugar, los resultados positivos tienen limitaciones en cuanto a su fiabilidad, En dos de los estudios con resultados positivos sobre las actitudes la evaluación de estas se llevo a cabo con cuestionarios autoadministrados. La contestación en estos instrumentos pudo recibir la influencia de lo que podrían ser respuestas socialmente deseables tras haber seguido una formación sobre las actitudes que previenen recaídas. En un tercer estudio la evaluación basal del grupo control se llevó a cabo de forma retrospectiva, lo cual supone obtener datos de forma poco fiables, tal como señalaron los autores (Rund et al 1994).

Esta revisión ha mostrado la evaluación de la eficacia de intervenciones familiares de nuevo tipo, diferentes a la psicoeducación habitual o a las intervenciones psicosociales familiares usadas en la esquizofrenia ya establecida. Entre estos procedimientos destacan las intervenciones que se basan en el autoaprendizaje y en la ayuda mutua, y la técnica de Diálogo Abierto. Los procesos de autoformación se han fundamentado en que los programas de autoayuda proporcionan un abordaje flexible e

individualizado (Chien 2016) que es posible emplear por su menor coste y ante la dificultad de implementar IF especializadas (McCann 2013, Chien 2016). Chien 2018 ha señalado que los grupos de ayuda mutua dirigidos por iguales facilitan las capacidades de autoayuda y el empoderamiento de los participantes, lo que facilita formas flexibles de afrontar la carga familiar y aprender por modelado formas eficaces de cuidado. Bergstrom 2018 ha estudiado los efectos del Diálogo Abierto, una técnica que es diferente al resto en el sentido, por ejemplo, en que desanima el uso de medicamentos antipsicóticos. La evaluación llevada a cabo ha mostrado ventajas en cuanto a su efectividad pero diversas limitaciones del estudio (como las diferencias iniciales entre los grupos en comparación) hace que estos hallazgos tengan que confirmarse por medio de ensayos clínicos aleatorizados.

Un hallazgo inesperado de esta revisión es la diferencia en la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo en Asia y en las culturas occidentales más desarrolladas. Esta diferencia puede deberse a diversos factores, entre estos aquellos de tipo cultural y actitudinal. Zhang 1994 ha señalado que en China, a diferencia de Occidente, las expectativas sociales y legales son que los familiares cuiden de las personas con discapacidad de forma indefinida, y Chien 2016 señaló que las familias chinas, a diferencia de las de origen occidental, son más tolerantes e involucradas en el cuidado de los pacientes y evitan recurrir a profesionales para evitar la estigmatización. El efecto de las intervenciones puede estar en interacción con estas características culturales y actitudinales. En Europa las IF en primeros episodios se ha estudiado en países nórdicos y anglosajones. El estudio de las IF en primeros episodios en países mediterráneos podría añadir variabilidad para ayudar a identificar la influencia de la cultura en la eficacia de las IF.

Por último hay que señalar que los estudios analizados han investigado efectos muy diversos y, además, con criterios y procedimientos muy diferentes. Por ejemplo, unos usan como criterio de resultado la presencia de recaídas clínicas (usando criterios diferentes), otros hospitalizaciones (usando criterios diferentes), y otros la duración de estos. Esto hace que la heterogeneidad sea muy alta y, por tanto, que la combinación de los estudios para dar una visión global unificada no sea obvia a primera vista ni concluyente. Mejoras en el diseño y en los instrumentos de evaluación son necesarias en el estudio de la eficacia y efectividad de las IF en primeros episodios de psicosis.

## 5. Referencias

- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S.E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A.G., Gleeson, J.F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139, (1-3), 116-28.
- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24(3), 707–718.
- Berglund, N., Vahlne, J. O., & Edman, Å. (2003). Family intervention in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38: 116–121.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J.J.,... Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175
- Brown, G.W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 37, 105-131.
- Camacho-Gomez, M., & Castellvi, P. (2019). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 98–109.
- Chien, W.T., Bressington, D., Lubman, D. I., & Karatzias, T. (2020). A Randomised Controlled Trial of a Caregiver-Facilitated Problem-Solving Based Self-Learning Program for Family Carers of People with Early Psychosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9343.
- Chien, W.T., Bressington, D., & Chan, S. W. C. (2018). A Randomized Controlled Trial on Mutual Support Group Intervention for Families of People With Recent-Onset Psychosis: A Four-Year Follow-Up. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 710.
- Chien, W.T., Thompson, D.R., Lubman, D. I., & McCann, T. V. (2016). A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(6), 1457–1466.
- Falloon, I.R.H. (1985) Behavioral Family Therapy. A Problem-Solving Approach to Family Coping. C. Vaughn, J. Leff (Eds). *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness* (pp 150-165). New York: Guilford Press.
- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 192 (6): 412-423.
- Grawe, R. W., Falloon, I. R. H., Widen, J. H., & Skogvoll, E. (2006). Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 328–336.
- Kapse, P.P & Kiran, M (2018). Brief psycho-education for caregivers of persons with first episode psychosis. *Indian Journal of Positive Psychology*, 9(1), 44-48

Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopoulos, C., Johnson-Sabine, E., Blizard, B., & King, M. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological Medicine*, 34(3), 423–431.

Lenior, M. E., Dingemans, P. M. A. J., Linszen, D. H., De Haan, L., & Schene, A. H. (2001). Social Functioning and the Course of Early-Onset Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 179(1), 53–58.

Lenior, M. E., Dingemans, P. M., Schene, A. H., Hart, A. A., & Linszen, D. H. (2002). The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 57(2–3), 183–190.

Linszen, D., Dingemans, P., Van Der Does, J. W., Nugter, A., Scholte, P., Lenior, R.,... Goldstein, M. J. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, 26(2), 333–342.

Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., Pinfold, V., Wainwright, L., Dunn, G.,...Haddock, G. (2013). A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 372–382.

McCann, T.V., Lubman, D.I, Cotton, S.M., Kingsley, B.M., Catani, C.L,.... Gleeson, J.F.M. (2013). A Randomized Controlled Trial of Bibliotherapy for Carers of Young People With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 39 (6): 1307–1317.

Mueser, K., & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *Lancet* 363, 2063–2072.

Nugter, A., Dingemans, P., Van der Does, J. W., Linszen, D., & Gersons, B. (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 72(1), 23–31.

Öksüz, E., Karaca, S., Özaltın, G., & Ateş, M.A. (2017). The Effects of Psychoeducation on the Expressed Emotion and Family Functioning of the Family Members in First-Episode Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 53(4), 464–473

Onwumere, J., Bebbington, P., & Kuipers, E. (2011). Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(2), 113–119.

Onwumere, J., Sirykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., Afsharadegan, R., Khan, S., Harvey, R., Souray, J.,...Raune, D. (2018). Understanding the experience of “burnout” in first-episode psychosis carers. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 19–24.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 4:CD000088.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database System. Rev.* 12:CD000088.

Pitschel-Waltz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R.R. (2004). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Focus* 2, 78–94.

Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S.,... Lieberman, J. A. (1999). Predictors of Relapse Following Response From a First

Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247

Rossberg, J. I., Johannessen, J. O., Klungsoyr, O., Opjordsmoen, S., Evensen, J., Fjell,...McGlashan, T. (2010). Are multi family groups appropriate for patients with first episode psychosis? A 5-year naturalistic follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 384–394.

Rund, B., Moe, L., Sollien, T., Fjell, A., Borchgrevink, T., Hallert, M., & Næss, P. (1994). The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 211–218.

Schooler, N., Rabinowitz, J., Davidson, M., Emsley, R., Harvey, P. D., Kopala, L.,...De Smedt, G. (2005). Risperidone and Haloperidol in First-Episode Psychosis: A Long-Term Randomized Trial. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 947–953.

Vaughn, C., Leff, J., (1985). *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. New York: Guilford Press.

Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch Incidence Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 75–85.

World Health Organisation (2001). *World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: Author.

Zhang, M., Wang, M., Li, J., & Phillips, M. R. (1994). Randomised-Control Trial of Family Intervention for 78 First-Episode Male Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 165(S24), 96–102.

## Anexos

### Anexo 1: Características de los estudios

	Diseño  IF: Intervención Familiar; TH: Tratamiento Habitual; ECA: Ensayo clínico aleatorizado	Número de participantes de cada grupo (inicial/incluidos en el análisis final)  E: experimental, C: control o comparación	características de los pacientes y familiares	Descripción de la intervención en el grupo experimental	duración y frecuencia del tratamiento experimental	Descripción de la intervención en el grupo control	Cumplimiento del tratamiento
Chien 2020	ECA  IF+TH vs TH  Se comparan 2 programas de trabajo con familias (E1, E2) con el tratamiento habitual (C).  Las variables de resultado se evaluaron antes del inicio, al mes y a los 6 meses después de la intervención	E1: 38/36  E2: 38/35  C: 38/35	Pacientes con psicosis de inicio reciente ( $\leq 5$ años), capaces de entender y comunicarse en cantonés/mandarín.	- E1: El <b>PBSP</b> es un programa de autoaprendizaje de los familiares en solución de problemas, basado en la lectura de materiales y realización de ejercicios prácticos con ayuda profesional.  - E2: El <b>FPGP</b> es un programa de formación en habilidades de cuidado en la psicosis y gestión del estrés, en forma de talleres impartidos por una enfermera psiquiátrica	PBSP y FPGP: 5 meses de duración.	(a) consulta médica, tratamiento y derivación a la atención sanitaria y social por parte de un psiquiatra; (b) educación breve sobre la psicosis, la medicación y los tratamientos/servicios por parte de una enfermera psiquiátrica; (c) consulta para el bienestar social y asistencia por parte de un trabajador social médico; y (d) asesoramiento familiar por parte de un profesional de psicología, según fuera necesario/remitido.	cerca del 95% de los participantes completaron al menos 3 de los 5 módulos de autoaprendizaje (PBSP) y al menos 2 de las 4 sesiones de grupo (FPGP).

Chien 2018	<p>ECA</p> <p>IF1+TH vs IF2+TH vs TH</p> <p>Se comparan 2 programas de trabajo con familias (E1-family-led mutual support group, E2-psychoeducation groups) con el tratamiento habitual (C).</p> <p>Los resultados se evaluaron al inicio, en la primera semana tras la intervención, y con un seguimiento a los 12, 24 y 48 meses. Durante los 4 años de seguimiento, los participantes no recibieron ninguna otra intervención familiar</p>	<p>E1: 70/69</p> <p>E2: 70/68</p> <p>C: 70/68</p>	<p>- Pacientes con psicosis de inicio reciente (<math>\leq 5</math> años)</p> <p>- Familiares que viven con y cuidan del paciente</p> <p>- los participantes debían tener más de 17 años y entender mandarín o cantonés.</p>	<p>- E1: <b>Grupo de apoyo mutuo dirigido por familiares (FMSG)</b> consistió en: (a) 16 sesiones quincenales de 2 horas codirigidas por dos cuidadores familiares pares,</p> <p>(b) tres días completos de taller sobre psicoeducación y habilidades de apoyo.</p> <p>Las sesiones hicieron hincapié en el intercambio de información y apoyo, la resolución de problemas y las prácticas de cuidado durante y después de las sesiones.</p> <p>- E2: El programa de <b>psicoeducación (PE)</b> consistió en: 16 sesiones de grupo quincenales de 2h (14-16 miembros por grupo de educación), basado en el formato de McFarlane et al. y un contenido basado en los criterios PORT de Lehman et al.</p>	FMSG y PE: 9 meses	<p>-TH: la atención ambulatoria psiquiátrica habitual consistió en: consultas psiquiátricas, educación y asesoramiento por personal de enfermería, visitas domiciliarias y evaluaciones familiares, y asistencia social y asesoramiento familiar/individual por parte trabajadores sociales sanitarios.</p>	<p>FMSG: entre el 78,3 y el 84,1% (81,2% de media)</p> <p>PE: entre el 91,5 y el 96,2% (94,5% de media).</p>
------------	---	---	--	---	--------------------	---	--

Kapse 2018	Diseño cuasi experimental  IF+TH vs TH	E:30 C:30	-Se incluyeron en el estudio los pacientes con un primer episodio de psicosis  -Se han incluido en el estudio los cuidadores de estos pacientes que son mayores de 18 años y que residen con los pacientes desde hace 2 años o más.	La psicoeducación breve incluía la educación sobre los signos, los síntomas, las opciones de tratamiento, la adherencia a los medicamentos, el manejo de situaciones difíciles, la carga de los cuidados, las estrategias de afrontamiento saludables, etc.	Breve	La atención rutinaria incluía la atención de seguimiento en las consultas externas, incluyendo los medicamentos y la información necesaria.	100%
Bergstrom 2018	estudio comparativo de 2 cohortes basado en registros estatales de Finlandia  19 años de seguimiento  IF vs TH	E:116/108 C:1763	<b>-El grupo experimental (Dialogo Abierto):</b>  A) diagnóstico de psicosis no afectiva ocurrió durante los tres períodos de inclusión (1992-1993, 1994-1997, 2003-2005), dentro de los cuales se informó que los principios de OD se habían aplicado en el tratamiento, como parte de los estudios de intervención originales.  -B) Los individuos no habían recibido ningún tratamiento de salud mental antes del periodo de	El programa de dialogo abierto tiene como objetivo tratar a los pacientes psicóticos en sus hogares. El tratamiento implica a la red social del paciente y se inicia en las 24 horas siguientes al contacto. El objetivo general es generar un diálogo con la familia para construir palabras para las experiencias que se producen cuando existen síntomas psicóticos.  Se trata de evitar el uso de antipsicóticos.	2 años de duración	Sin información  El grupo de control de este estudio representa simplemente a nivel general cómo se inició el tratamiento fuera de la zona de reclutamiento de Laponia Occidental. Los pacientes con problemas graves de salud mental, incluida la psicosis, suelen ser guiados desde la atención primaria a un sistema de atención secundaria más especializado. Con  neurolépticos como la piedra angular del tratamiento tanto en el tratamiento agudo como	-

			<p>inclusión en cuestión.</p> <p>-C) Los individuos tenían entre 16 y 50 años en el momento del inicio de la psicosis.</p> <p><b>-Grupo de comparación:</b></p> <p>-A) diagnóstico de psicosis no afectiva se produjo entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1996.</p> <p>-B) Las personas no habían recibido ningún tratamiento médico y sanitario especializado en psiquiatría ni subsidio de invalidez por un trastorno de salud mental antes de 1995.</p> <p>C) El tratamiento se inició y se llevó a cabo fuera del área del distrito sanitario de Western Lapland</p> <p>D) Los individuos tenían entre 16 y 50 años en el momento del inicio.</p>			<p>en el de mantenimiento.</p>	
--	--	--	---	--	--	--------------------------------	--

Oksüz 2017	Diseño cuasi-experimental con grupo de control  IF + TH vs TH	E:33/30 C:30	Miembro de la familia de un paciente diagnosticado de esquizofrenia y que está siendo tratado como paciente externo por un primer episodio de psicosis,  - 18 años o más.  - Al menos con graduado de la escuela primaria,  - Sin problemas de lenguaje,  - Sin retraso mental,  - Permanece en el mismo hogar con el paciente,  - Consentimiento para ser incluido en el estudio de grupo,	El programa esta basado en la psicoeducación para cubrir las necesidades de educación sanitaria de las familias de pacientes con esquizofrenia y consta de nueve sesiones:  1. Sesión de preparación  2. Experiencias de la familia  3. Información general sobre la enfermedad  4. Información sobre los medicamentos antipsicóticos  5. Efectos secundarios de los medicamentos  6. Conocimiento de los síntomas precoces.  7. Se explica el concepto de síntomas persistentes y su importancia.  8. Comunicación con el paciente  9. Se comprueba si se han alcanzado los objetivos.	El grupo experimental recibió 9 semanas de psicoeducación, una vez a la semana	Sin información	90,9%  Los miembros de 3 familias no asistieron al programa de psicoeducación por diversos motivos
Chien 2016	ECA  IF+TH VS TH	E: 56 C: 56	- primer episodio  -menos de 6 meses desde el inicio  -la media de edad de	CSPSB: Se usa el manual de biblioterapia desarrollado por McCann et al.  El manual adopta el	Cada cuidador trabajó de forma independiente en 5 módulos de CSPSB durante 20 semanas (1	<b>Usual Outpatient and Family Services.(grupo control):</b> consultas psiquiátricas y tratamiento a los pacientes por parte de un psiquiatra (cada 4-8	98,2%

	Evaluaciones a la semana, a los 6 y 12 meses después de la intervención		25 años	enfoque de resolución de problemas para el cuidado de personas con un primer episodio, e implica el aprendizaje y guiado para los cuidadores permitiéndoles resolver los problemas paso a paso.	módulo al mes).  Sesiones de revisión (de 1,5 horas en las semanas 6, 12 y 20).  Un asistente de investigación capacitado también telefoneó a los cuidadores quincenalmente (8-10 llamadas telefónicas durante 20 semanas)	semanas), sesiones educativas breves (mensuales/bimensuales)  Ayuda financiera por parte de un trabajador social, y formación en habilidades sociales/interpersonales para pacientes y cuidadores por parte de un terapeuta ocupacional (mensual). Asesoramiento a pacientes y familias	
McCann 2013	ECA  IF+TH VS TH  Evaluaciones al inicio, a las 6 y a las 16 semanas.	E: 61/56  C: 63/58  Un total de 124 cuidadores fueron asignados al azar a la intervención de biblioterapia de resolución de problemas	Los participantes eran cuidadores por primera vez (la persona clave responsable de ayudar en las actividades de la vida diaria y de apoyar y defender al joven con FEP)  - Los centros atienden a jóvenes de entre 15 y 25 años, diagnosticados con	<b>-Problem-Solving Bibliotherapy Intervention (PSBI):</b> basado en el manual elaborado por los autores, centrado en la terapia de resolución de problemas. La biblioterapia basada en la resolución de problemas para los cuidadores. La PSBI consta de 5 módulos. Los cuidadores trabajaron de forma independiente en los módulos durante 5 semanas	4 meses	El TH consistía en un apoyo especializado, coordinado por un gestor de casos y un psiquiatra. incluía la participación de la familia y su integración en el plan de tratamiento individual del paciente, con información básica impresa sobre la psicosis y apoyo adicional ofrecido en función de la evaluación de la necesidad y la fase de la enfermedad.	100%

		(PSBI) o al TH	FEP (con una duración de 2-3 años de tratamiento)				
Rossberg 2010	IF+TH vs TH  Seguimiento a los 5 años	E:147/115  C:153/43	<p>-con un primer episodio con diagnóstico de psicosis (DSM IV criterios de psicosis no orgánica y no afectiva)</p> <p>-edades entre 15-65 años</p> <p>-sin tratamiento previo</p> <p>-con síntomas psicóticos en actividad</p> <p>que no tuvieran contraindicaciones para los medicamentos antipsicóticos, que hablaran una de las lenguas escandinavas, que tuvieran un coeficiente intelectual superior a 70 y que estuvieran dispuestos y fueran capaces de dar su consentimiento informado</p>	<p>Grupos Multifamiliares (MFG) con psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales (modelo de McFarlane et al) junto al tratamiento habitual.</p> <p>Los principales focos de atención de las reuniones de grupo fueron la resolución de problemas y el entrenamiento en comunicación. El porcentaje medio de sesiones con estrategias de resolución de problemas fue del 62% (DS = 18). El programa se organizó en tres etapas: i) sesiones separadas para involucrar a las familias y a los pacientes, ii) talleres educativos separados para los pacientes y los familiares, y iii) reuniones del MFG cada dos semanas durante 2 años.</p>	<p>cada dos semanas durante dos años</p> <p>todos los responsables de grupo fueron supervisados regularmente (mensualmente)</p>	<p>El proyecto Treatment and Intervention in</p> <p>psicosis (TIPS) para la detección temprana y el tratamiento de pacientes con psicosis de primer episodio</p> <p>Todos los pacientes recibieron un protocolo de tratamiento estándar. El protocolo de tratamiento también incluía medicación antipsicótica (para la mayoría de los pacientes, dosis bajas de antipsicóticos de segunda generación) y una vez a la semana psicoterapia individual de acercamiento.</p>	<p>55%</p> <p>Un total de 66 pacientes participaron en menos del 50% de las reuniones del grupo, 27 participaron en el 50-74% y 38 participaron en el 75%. Cuarenta y dos familiares participaron en &lt;50% de las reuniones de grupo, 40 en 50-74% y 65 en 75%.</p>

<p>Garety 2008</p>	<p>ECA IF+TH vs CBT+TH vs TH</p> <p>Evaluaciones antes del inicio, a los 12 y 24 meses.</p>	<p>E:28/24 C:28/23</p> <p>Los datos del resultado primario estuvieron disponibles en el 96% de la muestra total</p> <p>Los datos de resultados secundarios estuvieron disponibles en el 82% de la muestra total a los 12 meses y en el 80% a los 24 meses.</p>	<p>-diagnóstico clínico actual de psicosis no afectiva</p> <p>-18 a 65 años</p> <p>-un segundo o posterior episodio psicótico iniciado no más de 3 meses antes de que aceptaran participar en el ensayo</p> <p>-una calificación de al menos 4 (gravedad moderada) para al menos un síntoma positivo en la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS).</p>	<p>La IF siguió el manual de Kuipers et al, con énfasis en la mejora de la comunicación, la discusión de información actualizada sobre la psicosis, la resolución de problemas, la reducción de las críticas y los conflictos, la mejora de la actividad y el procesamiento emocional del dolor, la pérdida y la ira.</p>	<p>Entre 12 y 20 sesiones durante 9 meses.</p>	<p>El tratamiento habitual consistió en una buena atención estándar prestada según los protocolos y directrices de los servicios nacionales y locales, incluida la prescripción de medicación antipsicótica.</p> <p>El tratamiento habitual no excluía la realización de intervenciones psicológicas, aunque en la práctica esto fue relativamente raro</p>	<p>-</p>
--------------------	---	--	--	---	--	---	----------

Grawe 2006	ECA  IF+TH+rehabilitación vs TH+rehabilitación  cada caso fue seguido cada 2 meses durante 2 años	E: 30/27 C: 20/16	-edad de 18-35 años  - diagnosticados de trastornos esquizofrénicos  - que hayan experimentado los primeros síntomas psicóticos en los dos últimos años o menos	La farmacoterapia y la gestión de los casos fue similar a la del TH. Además, el grupo experimental recibió una psicoeducación familiar estructurada, un entrenamiento cognitivo-conductual de comunicación familiar y de resolución de problemas, una gestión intensiva de crisis proporcionada en el hogar y estrategias cognitivo-conductuales individuales para los síntomas residuales y la discapacidad	2 años	los pacientes del grupo control recibieron una gestión clínica regular con medicamentos antipsicóticos, alojamiento de apoyo y atención diurna, tratamiento de crisis en uno de los dos hospitales psiquiátricos, rehabilitación que promovía la vida independiente y la actividad laboral, psicoeducación breve y psicoterapia de apoyo	90%
Leavey 2004	ECA  IF+ TH vs TH	E:57 C:49	-primer episodio  -menos de 6 meses desde el inicio	La IF incorporó ideas del manual de Falloon (1984) y se basaba en un enfoque psicoeducativo junto con estrategias de afrontamiento y resolución de problemas  La IF comenzó en los seis meses siguientes al primer contacto.	Intervención de 9 meses con seguimiento a los 4 y 9 meses.  7 sesiones de una duración aproximada de una hora.  Sesiones interactivas	Tratamiento habitual del servicio psiquiátrico. Los cuidadores reciben apoyo de los equipos de salud mental de la comunidad como parte de sus servicios a los pacientes.	42% lo completaron entero y el 57,9% solo parcialmente
Lenior 2002  (Linszen et al 1996)	ECA  IF + TH vs TH  Los pacientes y sus familias fueron estratificados en	C(IPI): 39/25 E(IPFI): 37/25  Desde el primer día de la fase de	Los pacientes podían participar en el estudio si:  1) tenían un diagnóstico DSM-III-R de esquizofrenia o trastorno similar a la	ver Linszen 1996	12 meses.	ver Liszen 1996	

	<p>alta y baja EE y asignados aleatoriamente a las 2 condiciones de tratamiento.</p> <p>Seguimiento de 5 años de la muestra de Linszen 1996</p> <p>T1: Al inicio del ensayo clínico</p> <p>T2: Al final de la intervención</p> <p>T3: 17 – 55 meses después del alta</p> <p>T4: fuera del periodo de los 5 años (6 – 10 años después del alta)</p>	<p>tratamiento ambulatorio, los pacientes (y la mitad de sus familias) fueron asignados al azar a dos condiciones de intervención, el IPI o el IPFI.</p>	<p>esquizofrenia;</p> <p>2) necesitaban medicación antipsicótica continua;</p> <p>3) tenían una edad entre 15 y 26 años;</p> <p>4) vivían, o estaban en contacto estrecho, con sus padres u otros familiares.</p>				
<p>Lenior 2001</p> <p>(Linszen et al 1996)</p>	<p>ECA</p> <p>TH VS IF+TH</p> <p>Seguimiento a 5 años de la muestra de</p>	<p>C (PIP): 39/31</p> <p>E (IF): 37/42</p>	<p>-pacientes con esquizofrenia</p> <p>-rango de edad de los pacientes: 16-26 años.</p>	<p>ver Linszen 1996</p> <p>La IF consistió en apoyo a los padres, psicoeducación, formación en habilidades de comunicación y en técnicas de resolución de problemas.</p>	12 meses	ver Linszen 1996	100%

	Linszen 1996						
Nugter 1997  (Linszen et al 1996)	ECA  TH VS IF +TH	E: 23  C:25	- Pacientes con primer episodio de esquizofrenia o trastornos relacionados  - necesidad de medicación antipsicótica continua  - edad entre 15 y 26 años  - vivir con los padres u otros familiares	ver Linszen 1996  El tratamiento familiar se basó en el enfoque conductual desarrollado por Falloon et al. Los elementos principales eran la educación, la comunicación y las técnicas de resolución de problemas. El tratamiento se basó en la clínica, y participaron tanto el paciente como los padres.	El tratamiento familiar comenzó tras el alta hospitalaria. 18 sesiones durante un período de 12 meses.	ver Linszen 1996	61,9%
Linszen 1996	ECA  IF+PIP+TH VS PIP+TH  Tras un periodo de tratamiento estructurado en régimen de hospitalización (que incluyó psicoeducación para todos los familiares) los pacientes fueron	C: 39  E: 37	-Inicio reciente de esquizofrenia  - edades de 15-26 años	IF de orientación comportamental basado en el enfoque de Falloon et al. (1984).  El programa de IF se llevó a cabo en la clínica. Los pacientes y la familia fueron atendidos juntos. 18 sesiones de IF durante un periodo de 12 meses, de forma flexible, como en el caso de los contactos individuales con los pacientes.. La frecuencia	IF de 12 meses con un seguimiento de 5 años.	PIP de 12 meses con un seguimiento de 5 años  18 sesiones  durante la fase ambulatoria. Los contactos individuales  quincenales durante los primeros 5 meses y  mensuales durante los 7 meses restantes de	100%

	<p>aleatorizados a un Programa de Intervención Psicosocial (PIP) y tratamiento farmacológico de mantenimiento o al mismo programa combinado con un Programa de Intervención Familiar (PIF).</p> <p>La asignación a los 2 grupos fue estratificada en función del nivel de EE (alta/baja).</p>			<p>de las sesiones de IF fue idéntica a la del PIP (la intervención familiar se realizaba el mismo día y normalmente después del PIP).</p>		<p>atención comunitaria.</p> <p>Los pacientes recibieron información sobre su enfermedad incluyendo los síntomas psicóticos, negativos, afectivos y residuales y los signos prodrómicos. Cada paciente hizo un inventario de síntomas y signos de su propia enfermedad para prevenir recaídas. El psiquiatra prescribió la medicación; los pacientes recibieron una formación sobre la medicación en dos sesiones impartidas por el mismo psiquiatra y la enfermera. En tres sesiones de formación, se enseñó a los pacientes a registrar los efectos de los fármacos antipsicóticos y los efectos secundarios y a evaluar estos con el psiquiatra y la enfermera posteriormente durante el tratamiento ambulatorio. Los efectos secundarios se etiquetaron como un problema conjunto del</p>	
--	---	--	--	--	--	---	--

					<p>paciente y el psiquiatra y se limitaron en la medida de lo posible.</p> <p>Otro objetivo en el PIP fue la confección de una lista de fuentes de estrés externas e internas con cada paciente. Estas fuentes se denominaron factores de riesgo para la recaída o la exacerbación de los síntomas psicóticos.</p> <p>Siempre que se podían anticipar eventos estresantes se utilizaron técnicas de resolución de problemas para hacer frente a estos acontecimientos y experiencias.</p> <p>También se animó a los pacientes a reconocer sus</p> <p>síntomas psicóticos, negativos, afectivos y prodrómicos como señales de alarma. Se les estimuló para hacer frente a estos síntomas de la forma más activa posible poniéndose en contacto con el psiquiatra y la enfermera. En algunos casos, se realizaron visitas a domicilio para para animarles a</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						<p>continuar el tratamiento.</p> <p>También se apoyó a los pacientes en la búsqueda de empleo, educación y apoyo financiero. Esta búsqueda se consideró potencialmente estresante, y se planificó para llevarse a cabo con cuidado.</p> <p>Se estableció un régimen óptimo de medicación antipsicótica con minimización de los efectos secundarios. Los pacientes recibieron educación en grupo sobre la naturaleza y el tratamiento de la enfermedad</p>	
Zhang 1994	ECA  IF+TH vs TH	E:39 C:39	<p>-primera hospitalización por esquizofrenia</p> <p>-la duración media de de la enfermedad 2,8 años</p> <p>-solo hombres</p> <p>-la edad media fue de</p>	<p>Sesiones familiares individuales, las cuales no suelen incluir al paciente y sesiones grupales que involucra a unas 15 familias. Las sesiones se centraron en educación sobre la gestión del tratamiento y en la discusión sobre los problemas a los que se enfrentan las familias y la importancia de la adherencia a la medicación.</p>	<p>18 meses</p> <p>Las sesiones grupales y familiares se realizaron una vez cada 1-3 meses. El contacto mínimo con las familias fue de una vez por semana</p>	<p>Servicios estándares disponibles a través del departamento de consultas externas del hospital</p>	100%

			24 años				
Rund 1994	<p>Estudio comparativo de dos cohortes</p> <p>IF+TH vs TH</p> <p>El programa de tratamiento tiene 3 fases:</p> <p>Un periodo de hospitalización que dura desde algunos meses hasta 1 año, o más si el estado del adolescente lo justificaba.</p> <p>Un período de rehabilitación intensiva que comienza cuando el paciente recibe el alta de la sala.</p> <p>Un periodo de seguimiento que dura el resto de los 2 años.</p>	E:12 C:12	<p>-Adolescentes hospitalizados con un inicio reciente de psicosis</p> <p>-media de edad 13-18 años</p>	<p>El programa de IF se basa en un enfoque psicoeducativo compuesto por elementos de modelos de IF usados en Estados Unidos y Gran Bretaña durante los últimos 10-15 años. Los elementos centrales del programa de tratamiento son los seminarios para padres, las sesiones de resolución de problemas, la terapia de entorno y las redes</p>	<p>2 años</p> <p>En la segunda fase del programa, las sesiones de IF tienen lugar cada dos semanas. Las sesiones de resolución de problemas tienen lugar una vez al mes en el domicilio del paciente.</p> <p>La tercera fase contiene muchos de los elementos de la fase de rehabilitación intensiva, pero la frecuencia de las sesiones de IF se reduce a una cada dos meses. Durante las 2 últimas fases, los profesionales están en contacto telefónico regular con los padres.</p>	<p>psicoterapia individual, medicación neuroléptica y terapia de entorno (milieu therapy).</p>	100%

## Anexo 2: Objetivos y fundamentación de los estudios

Autores	Objetivo	Fundamentación
Chien 2020	<p>Evaluar los efectos de un programa de autoformación de los familiares, con respaldo profesional, centrado en la solución de problemas (PAFSP), añadido al tratamiento habitual con el objetivo de capacitar y apoyar a los cuidadores familiares para que puedan hacer frente al cuidado de personas con enfermedades mentales graves y mejorar su capacidad para resolver problemas.</p> <p>El objetivo principal es la disminución de la carga familiar autopercibida. Otros objetivos incluyen la mejora de los familiares en su experiencia como cuidador y su capacidad para solventar problemas, así como la recuperación, disminuir la gravedad clínica y la necesidad de hospitalización de los pacientes.</p>	<p>El interés del PAFSP se basa en 5 supuestos:</p> <p>a) que un entorno interpersonal estresante en el medio familiar puede exacerbar síntomas y desencadenar recaídas.</p> <p>b) que la convivencia de un familiar con una persona con psicosis puede asociarse con altos niveles de carga y conflicto, lo cual afecta negativamente al nivel de bienestar de los familiares</p> <p>c) que puede haber una relación entre el nivel de carga y el nivel de estrés interpersonal: <i>"los cuidadores familiares con alto nivel de carga derivada del cuidado, en ausencia de estrategias efectivas y de recursos de afrontamiento pueden manifestar una alta emoción expresada (EE) hacia el paciente, lo cual, a su vez, aumenta su riesgo de recaída"</i></p> <p>d) que las intervenciones familiares (IF) con elementos educativos y de apoyo pueden ser importantes para mejorar el nivel de salud de los familiares así como su funcionamiento en el rol de cuidador.</p> <p>e) que los programas de autoayuda pueden evitar efectos adversos como la estigmatización, las dificultades de acceso a la atención, la baja flexibilidad de la atención proporcionada por los servicios habituales a las necesidades individuales o su aceptabilidad, y la dependencia excesiva. Por otra parte, sustituir los recursos profesionales puede disminuir los costes de la atención.</p>
Chien 2018	<p>Evaluar los efectos a largo plazo en un grupo de ayuda mutua dirigido dirigido por iguales de los familiares de personas con esquizofrenia (FMSG), en comparación con la psicoeducación y la atención psiquiátrica habitual. Se busca comprobar si la intervención a través de un grupo de apoyo mutuo mejora significativamente el funcionamiento de los cuidadores y su nivel de carga, las tasas de rehospitalización, los síntomas psicóticos y el funcionamiento de los pacientes, así como mejorar su utilización de los servicios de salud mental.</p>	<p>El interés de la FMSG se basa en 3 supuestos:</p> <p>a) que un entorno interpersonal estresante en el medio familiar puede exacerbar síntomas y desencadenar recaídas.</p> <p>b) que las incertidumbres asociadas con la enfermedad y el ajuste a los nuevos roles pueden desencadenar altos niveles de ansiedad, tensión y estrés, contribuyendo a al nivel de carga.</p>

		<p>c) que los grupos de ayuda mútua facilitan las capacidades de autoayuda y el empoderamiento de sus miembros, lo que facilita formas flexibles de afrontar la carga familiar y de aprender formas eficaces de cuidado por modelado.</p>
Kapse 2018	<p>Evaluar los efectos de la psicoeducación breve sobre la carga de los cuidadores y la emoción expresada.</p>	<p>El interés de la psicoeducación se basa en 5 supuestos:</p> <p>a) el rol de cuidador de una persona con psicosis con frecuencia es una fuente de un estrés y malestar duradero que afecta la salud, el bienestar y el nivel percibido de carga</p> <p>b) el cuidado de un primer episodio de psicosis se da en un contexto de desconocimiento de la enfermedad y de los tratamientos</p> <p>c) la carga y la emoción expresada pueden estar en relación</p> <p>d) la alta emoción expresada es un determinante de recaídas clínicas</p> <p>e) el efecto de las IFs y de la psicoeducación breve en el contexto de un primer episodio no es bien conocido</p>
Bergstrom 2018	<p>Evaluar los resultados a largo plazo de la intervención familiar Diálogo Abierto (Open Dialogue) en la región occidental de la Laponia finlandesa en comparación con el tratamiento habitual en el resto de Finlandia usando los registros finlandeses.</p>	<p>El interés del Diálogo Abierto se basa en 4 supuestos:</p> <p>a) que muchos estados psicóticos pueden ser interpretados como reacciones a las dificultades de la vida y/o a situaciones traumáticas más que como síntomas derivados de problemas biológicos</p> <p>b) que el DA "rompe con la tradicional jerarquía de los técnicos" para construir una relación igualitaria que enfatice el control y el conocimiento experto de los pacientes, permitiendo una aproximación psicoterapéutica (basada en la interacción, el respeto y la empatía) al entendimiento y tratamiento individualizado de la psicosis. En el DA la realidad se co-construye y los problemas se reformulan a partir de la interacción dialógica que se produce en cada conversación, creando un entendimiento compartido</p> <p>c) que el DA promueve la confianza mutua y la seguridad entre el paciente y su entorno las cuales son factores que permiten disminuir la sintomatología psicótica del paciente</p>

		<p>d) que, por otra parte, esta aproximación psicoterapéutica permite disminuir, posponer o evitar la necesidad de usar fármacos antipsicóticos que pueden bloquear funciones biológicas útiles para la recuperación</p> <p>e) que el DA facilita la accesibilidad temprana al tratamiento</p> <p>Cómo puede funcionar el DA es revisado en Pavlovic, R.Y., Pavlovic, A., Donaldson, S., 2016. Open Dialogue for psychosis or severe mental illness (Protocol). Cochrane Database Syst. Rev. 10.</p>
Oksüz 2017	<p>Evaluar los efectos de la psicoeducación recibida por los familiares de los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia sobre la emoción expresada (EE) y el funcionamiento familiar.</p>	<p>El interés de la psicoeducación se basa en 4 supuestos:</p> <p>a) las interacciones conflictivas entre el paciente y la familia, conceptuada en parte como EE, influyen sobre la gravedad y la evolución de los síntomas psicóticos, sobre los resultados clínicos y las hospitalizaciones</p> <p>b) la alta EE es frecuente entre los familiares de personas con un primer episodio</p> <p>c) la comunicación entre los miembros de la familia pueden proteger al paciente o dificultar sus problemas clínicos</p> <p>d) la psicoeducación en fases tempranas de una enfermedad crónica como la esquizofrenia puede causar una mejora en el funcionamiento de la familia y disminuir su probabilidad de iniciar un alto nivel de EE en sus miembros.</p>
Chien 2016	<p>Evaluar los efectos de una auto-formación basada en una biblioterapia orientada a mejorar la resolución de problemas con apoyo profesional, en la mejora de la carga familiar, la experiencia de proporcionar cuidados y la capacidad de resolución de problemas de los familiares, así como en la disminución de los síntomas psicóticos y las rehospitalizaciones, y la mejora del funcionamiento de los pacientes</p>	<p>El interés de la biblioterapia se basa en 5 supuestos:</p> <p>a) que el padecimiento de un primer episodio de psicosis por parte de un miembro de la familia supone una carga para el resto así como efectos adversos sobre su nivel de salud y de bienestar.</p> <p>b) que las IF producen mejores resultados en los pacientes cuando se</p>

		<p>mejoran las capacidades de afrontamiento y el funcionamiento de los familiares</p> <p>c) que las IF son difícilmente accesibles en la práctica clínica</p> <p>d) que en la cultura china las familias con frecuencia son muy tolerantes e involucradas en el cuidado de los pacientes, y evitan el recurrir a los profesionales para evitar ser estigmatizadas, por lo que aceptan bien la auto-formación para evitar la estigmatización y la necesidad de recurrir a los profesionales</p> <p>e) que los programas de autoayuda para los familiares proporcionan un abordaje flexible, individualizado, para mejorar las capacidades de afrontamiento, de bajo coste.</p>
McCann 2013	<p>Evaluar el efecto de una intervención de biblioterapia enfocada en la resolución de problemas (PSBI) sobre la experiencia de cuidado, el malestar psicológico, la emoción expresada, y la salud general en comparación con el tratamiento especializado estándar.</p>	<p>El interés de la biblioterapia se basa en 3 supuestos:</p> <p>a) que "iniciarse en el cuidado de una persona con un primer episodio de psicosis es un proceso difícil, exigente y, frecuentemente, prolongado en el tiempo, lo cual supone tensiones somáticas, emocionales y económicas en el cuidador. Esto, a su vez, puede impactar de forma adversa sobre la experiencia de cuidado, el malestar psicológico, el nivel de bienestar general y la emoción expresada, y este último factor estar asociado con altas tasas de recaída y problemas en la recuperación de los jóvenes con un primer episodio de psicosis"</p> <p>b) que el modelo cognitivo del cuidador predice que las atribuciones negativas "internas" realizadas por los cuidadores en relación con los comportamientos de un familiar diagnosticado de psicosis conduce con mayor probabilidad a criticismo (EE), el cual es predictor de recaída. Por tanto, la psicoeducación es una estrategia para aumentar la flexibilidad en las atribuciones del familiar, y la biblioterapia podría disminuir la EE en los cuidadores.</p> <p>c) Aunque una intervención familiar especializada es bien aceptada por los cuidadores y efectiva, es de alto coste. La biblioterapia puede ser una alternativa coste-efectiva que podría disminuir la EE.</p>
Rosberg 2010	<p>Evaluar la eficacia del los grupos multifamiliares psicoeducativos (GMF), añadidos al tratamiento habitual, en la mejoría de los síntomas y las</p>	<p>La terapia con grupos multifamiliares se basó en:</p>

	hospitalizaciones en los pacientes con primeros episodios de psicosis que aceptaron participar en el estudio en comparación con aquellos que rechazaron esta intervención o con aquellos a quienes no les fue ofrecida.	<p>a) que las IF en general son eficaces para mejorar la evolución clínica y social de los pacientes con enfermedades mentales graves, su adherencia al tratamiento y disminuir la EE en la familia, pero menos es conocido sobre su efecto en primeros episodios y aun menos en un formato de GMF</p> <p>b) que los GMF pueden ser potencialmente eficaces ya que se ha informado que i) alivian la ansiedad y la exasperación/irritabilidad; ii) reemplazan la confusión con el conocimiento, la orientación directa, la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento; iii) revierten el retraimiento social y el rechazo mediante la participación en un MFG que contrarresta el estigma y la desmoralización; y iv) reducen la ira al proporcionar una explicación más científica y socialmente aceptable de los síntomas y la discapacidad funcional.</p>
Garety 2008	Probar la eficacia de la IF en la reducción de la recaída, en la mejora de los síntomas y el funcionamiento en pacientes con un episodio reciente de psicosis no afectiva.	<p>El interés de la IF se basa en:</p> <p>a) que la IF mejora los resultados clínicos, especialmente hay evidencia sólida de una disminución del 20% en recaídas clínicas</p>
Grawe 2006	Evaluar los efectos de añadir un programa de intervención psicosocial familiar al tratamiento habitual sobre la evolución de la esquizofrenia de inicio reciente (recaídas, hospitalizaciones, síntomas, funcionamiento global).	<p>El interés de la IF se basa en:</p> <p>a) que añadir una formación en el manejo del estrés al TH, incluyendo a los familiares disminuye el riesgo de recaída.</p>
Leavey 2004	Evaluar el efecto de una intervención breve de apoyo educativo y de asesoramiento en los cuidadores de pacientes con un primer episodio de psicosis	<p>El interés de la IF se basa en:</p> <p>a) que un adecuado clima emocional en el entorno familiar de los pacientes mejora la evolución clínica y social de su enfermedad, y ello fundamenta la introducción de IF</p> <p>b) que las IF en la esquizofrenia han demostrado ser eficaces para reducir las recaídas y los ingresos hospitalarios. También mejoran la adherencia a los tratamientos y el funcionamiento social.</p> <p>c) que la prestación de servicios a los pacientes lo antes posible tras el inicio de la enfermedad tiene un importante efecto beneficioso en los resultados clínicos y sociales del paciente.</p> <p>d) que los cuidadores que reciben un paquete de intervención breve de educación, asesoramiento para la resolución de problemas y apoyo en el</p>

		<p>momento del primer contacto de su familiar con los servicios psiquiátricos estarían más satisfechos con</p> <p>los servicios psiquiátricos prestados a este, al tiempo que serviría para mejorar los resultados clínicos.</p>
<p>Lenior 2002 (Linszen 1996)</p>	<p>Evaluar el efecto de una IF sobre la estabilidad de la expresividad emocional (EE) de los familiares durante los 12 meses de intervención y a los 8 años después de su finalización.</p>	<p>El interés de la IF se basa en:</p> <p>a) que las actitudes familiares (EE) predicen el curso de los trastornos esquizofrénicos. Un entorno de alta EE se relaciona con una mayor tasa de recaídas.</p> <p>b) que las IF se desarrollaron para disminuir la alta EE y prevenir las recaídas</p>
<p>Lenior 2001 (Linszen 1996)</p>	<p>Evaluar el efecto de una IF sobre el funcionamiento social y clínico de los pacientes tras 5 años de dicha intervención. Estudiar la relación entre el funcionamiento social y la gravedad de la enfermedad.</p>	<p>El estudio del efecto de la IF sobre el funcionamiento social se basa en:</p> <p>a) que la esquizofrenia supone graves limitaciones psicosociales y que estas son una de sus consecuencias más importantes</p> <p>b) que los familiares tienen un papel importante en el apoyo de sus hijas en relación con su funcionamiento en actividades cotidianas</p>
<p>Nugter 1997 (Linszen 1996)</p>	<p>Evaluar el efecto de una IF sobre la EE de los familiares y analizar la relación entre los cambios en la EE y las tasas de recaída clínica.</p>	<p>El interés de la IF se basa en:</p> <p>a) que las actitudes familiares (EE) predicen el curso de los trastornos esquizofrénicos. Un entorno de alta EE se relaciona con una mayor tasa de recaídas.</p> <p>b) que las IF se han mostrado eficaces en la mejora de la evolución clínica de las personas con esquizofrenia que conviven con familiares de alta EE, y que podrían mejorar el nivel de EE</p> <p>c) que la mejoría en EE puede relacionarse con la mejoría en la evolución clínica</p>
<p>Linszen 1996</p>	<p>Evaluar el efecto de una IF añadida a una intervención psicosocial sobre la evolución clínica en pacientes con trastornos esquizofrénicos de inicio reciente. Se predice que el efecto de la IF será mayor en los pacientes que conviven con</p>	<p>El interés de la IF se basa en:</p> <p>a) que la alta EE en el entorno familiar se relaciona con una mayor</p>

	familiares de alta EE.	propensión a la recaída clínica en personas con esquizofrenia. b) que las IF, especialmente cuando se dirige a familiares de alta EE, previenen dichas recaídas
Zhang et al 1994	Evaluar el efecto de una IF en el entorno cultural de China sobre el estado clínico y funcionamiento de hombres con un primer episodio de esquizofrenia.	El interés de la IF se basa en: a) que que el clima emocional en el entorno familiar de los pacientes se relaciona con su tratamiento y evolución clínica
Rund 1994	Evaluar el efecto de una una IF sobre la evolución clínica de personas con un primer episodio de psicosis, el cambio en la EE de sus familiares así como su coste.	El interés de la IF se basa en: a) que que el clima emocional en el entorno familiar de los pacientes se relaciona con su tratamiento y evolución clínica b) que las IF en esquizofrenia se han mostrado eficaces en la mejora de la evolución clínica, pero no se conoce su efecto en procesos en su inicio temprano c) que no se conoce su coste