

Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial

RESUMEN: Se presentan los cambios en el nivel de conocimientos sobre la enfermedad mental, actitudes y expectativas hacia el paciente de familiares de enfermos mentales crónicos tras un programa de psicoeducación.

PALABRAS CLAVE: Psicoeducación, enfermedad mental crónica, intervención psicosocial, familia.

SUMMARY: It is here submitted the change in relatives' level of knowledge of the mental illness, attitudes and expectations towards the chronic mentally ill patient, after a psychoeducational program.

KEY WORDS: Psychoeducation, Chronic mental illness, Psychosocial intervention, family.

El fenómeno de la desinstitucionalización ha supuesto una ruptura epistemológica en el modo de entender la enfermedad mental y de abordar los problemas de salud mental (1), especialmente en el abordaje terapéutico de los enfermos mentales crónicos. El tratamiento comunitario y el movimiento de la desinstitucionalización ha hecho de los familiares agentes principales del cuidado de los pacientes, incorporándolos en el proceso terapéutico y rehabilitador de éstos, al haberse constatado el importante papel que tiene la familia en el curso de la enfermedad. Se considera en la actualidad que el tratamiento farmacológico es necesario pero, en sí, insuficiente para evitar el riesgo de recidivas, y que los mejores resultados pronósticos se obtienen cuando se combina el tratamiento farmacológico con algún tipo de intervención familiar.

Los estudios sobre *Emoción Expresada (EE)* han servido para determinar que ciertas actitudes emocionales del ambiente familiar del paciente diagnosticado de esquizofrenia pueden influir en su pronóstico a corto y medio plazo. La gran mayoría de los estudios que han replicado los hallazgos de Brown, Birley y Wing (2) y de Vaughn y Leff (3) han encontrado que aquellos pacientes esquizofrénicos que, tras ser dados de alta del hospital, vuelven a hogares donde al menos uno de los familiares es de alta EE, tienen dos o tres veces más posibilidades de recaer a los nueve meses o al año de seguimiento, que los que vuelven a hogares de baja EE. Hasta ahora, se ignora el mecanismo por el cual tales actitudes emocionales de los familiares influyen en el pronóstico del paciente, precipitando la recidiva. Se desconocen asimismo cuáles son las variables intervinientes en dicha relación, aunque la literatura publicada en los últimos años hace hincapié en la participación del propio paciente en la elicitación de las actitudes emocionales de sus familiares.

Para muchos autores la diferencia entre los familiares de alta EE y los de baja EE radica en el conocimiento que poseen acerca de la esquizofrenia. Así, Vaughn y Leff (4) sugirieron que los familiares de alta EE creen que el paciente tiene con-

rol sobre su sintomatología y poseen una visión de la enfermedad poco realista, mostrándose en consecuencia poco tolerantes con la conducta bizarra del paciente. Por el contrario, los familiares de baja EE considerarían que el paciente sufre una verdadera enfermedad y que no puede ejercer ningún control sobre ella, siendo mucho más respetuosos y tolerantes con las conductas problemáticas que presenta el paciente.

En consecuencia, se ha hipotetizado que si se proporcionase a los familiares información referente a la esquizofrenia, se podría reducir el criticismo y la hostilidad y disminuir el nivel de EE. Todo ello hace evidente la necesidad de ofrecer a las familias información, apoyo y estrategias que permitan manejar con éxito situaciones difíciles derivadas del hecho de convivir con este tipo de pacientes, a la vez que se facilita el mantenimiento de éstos en su comunidad de origen y se reduce la necesidad de hospitalización.

A lo largo de los años 80 han ido surgiendo diferentes programas de intervención psicosocial dirigido a los familiares que conviven con pacientes psicóticos, diseñados para modificar las actitudes emocionales y conductas señaladas anteriormente y para proporcionarles estrategias de afrontamiento, a fin de que la influencia del clima familiar sea lo más positiva posible y se reduzcan en último término las recidivas del paciente. Prácticamente todos los programas que se han puesto en práctica han logrado una disminución significativa de las recaídas, tanto a los 9 como a los 24 meses (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). Sin embargo, todavía se desconoce el mecanismo por el que se reduce el número de recaídas a corto plazo, o qué elemento de cada uno de los programas juega un importante papel en dicha reducción. Sí se ha observado que el impacto en la tasa de recaída de estos programas de intervención es mayor en aquellas familias en las que se ha conseguido disminuir la Emoción Expresada (13). Por otro lado, las intervenciones familiares también mejoran las habilidades sociales y los recursos del paciente, lo cual podría tener un efecto independiente sobre las recaídas y sobre el ambiente emocional familiar.

Todas las intervenciones psicosociales que incluyen a la familia enfatizan los aspectos positivos de ésta y su habilidad para cambiar, centrándose en las fuerzas y necesidades de la unidad familiar y enseñándoles mejores formas de hacer frente a los problemas. Todas ellas combinan la información o educación sobre la esquizofrenia (sintomatología, etiología, evolución, tratamiento farmacológico, importancia del estrés ambiental/familiar, etc.) con algún tipo de abordaje de resolución de problemas. Lo que varía de unos programas a otros es el enfoque y la forma de aplicarlos. No existe evidencia de que un determinado programa sea superior a otro.

Actualmente se considera que las sesiones educativas son un componente necesario, pero no suficiente, para provocar modificaciones en el clima familiar, o

para prevenir recaídas. Lam (15), en una revisión que hace de seis programas educativos, llega a la conclusión de que todos ellos consiguen un mayor conocimiento de la enfermedad, pero ninguno proporciona un beneficio importante ni consigue un impacto suficiente en la reducción de recaídas. Para Montero y cols. (16) el programa educativo por sí solo no consigue modificar las estrategias inadecuadas de manejo. Sanz Fuentenebro (17), en una revisión que hace sobre las intervenciones psicoeducativas, concluye que este elemento tomado aisladamente no es especialmente eficaz, fuera del aumento de conocimientos que los familiares adquieren sobre la esquizofrenia y de la satisfacción mostrada por éstos por el trato recibido en los Servicios de Salud Mental.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial de «Los Cármenes», creado en 1990, atiende a la población de enfermos mentales crónicos del área 11 y del distrito de Latina, correspondiente al área 7. Entre sus programas se incluye la denominada *Escuela de Familias*, programa psicoeducativo destinado a todas las familias de los usuarios que acuden al centro, que sirve de complemento al asesoramiento e intervención que se realiza con cada una de ellas de forma individual. La Escuela de Familias tiene un formato pedagógico, cuyos objetivos son los siguientes:

- dar a conocer a los familiares diversos aspectos tales como medicación, prevención en crisis, aspectos implicados en el desarrollo de la esquizofrenia y la cronicidad, etc.

- enseñar a los familiares a cómo relacionarse con los usuarios, a cómo enfrentar situaciones problemáticas derivadas de la convivencia con ellos, y a apoyar el proceso de rehabilitación en su vida diaria.

- promover la participación activa de los familiares, tanto en el centro como en su comunidad y en asociaciones que defiendan los derechos de estas personas.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de numerosos grupos de familiares que han pasado por un programa psicoeducativo realizado en el C.R.P.S. de «Los Cármenes» desde junio de 1992, dando cuenta de los cambios obtenidos en cuanto al conocimiento sobre la enfermedad de sus familiares y en cuanto a las actitudes y expectativas que tienen sobre éstos y sobre la enfermedad tras la finalización del mismo.

1. Metodología

Muestra

Desde junio del 92 han participado 79 familiares de 64 usuarios distribuidos en 7 grupos de psicoeducación. La muestra utilizada en nuestro estudio fue de 49 familiares, –todos aquellos que completaron la evaluación pre/post dentro de los

grupos-, siendo 9 el número medio de familias por grupo y 11 la media de familiares participantes en cada uno.

El perfil general del usuario derivado al C.R.P.S. es el de un varón entre 25 y 34 años de edad, soltero, con una media de 10 años de evolución de la enfermedad, con un diagnóstico de esquizofrenia, un nivel de estudios de E.G.B., Bachiller elemental o inferior, pensionista o parado sin subsidio, que convive con los padres y con un nivel socioeconómico familiar bajo o mediobajo.

Entre los familiares que asistieron más asiduamente al grupo, el 48% eran sólo madres, el 14% sólo padres e igualados en un 14% la asistencia de otros miembros de la familia como hermanos o pareja del usuario. En un 23% de los casos acudieron ambos padres.

En lo referente al diagnóstico del usuario cuyos familiares asistieron a los diferentes grupos de psicoeducación, el 89% fueron derivados desde los S.S.M con un diagnóstico de Esquizofrenia, perteneciendo el 11% restante a otros grupos diagnósticos (trastorno de la personalidad, trastorno esquizoafectivo, brote psicótico, etc.).

Procedimiento

La participación en estos grupos de psicoeducación familiar se propone al comienzo de la intervención en el C.R.P.S., tras una fase previa de evaluación. La propuesta de participación en estos grupos suele estar dirigida a los familiares con un contacto cercano con el usuario, siendo éstos generalmente los miembros de la familia que conviven con él. Excluimos, a veces, de la intervención grupal a aquellos casos cuyo familiar ha tenido un inicio reciente de la enfermedad.

Por otro lado pretendemos la máxima homogeneidad posible dentro del grupo en lo que se refiere a grado de deterioro del familiar enfermo, diagnóstico y nivel cultural de la familia. Igualmente el fomento de la participación activa de los familiares y el intercambio de experiencias entre ellos es fundamental a la hora de obtener resultados positivos a través de este tipo de intervención.

Metodología de la escuela de familias

El número medio de sesiones por grupo fue de 13, con una frecuencia de una sesión semanal, de hora y media de duración cada una, siendo de 3 meses la duración media de cada grupo. Estas sesiones son coordinadas por un psicólogo y en algunos casos participa la trabajadora social del Centro.

Podemos dividir el contenido de estos grupos de psicoeducación familiar en cuatro módulos diferenciados: información sobre la esquizofrenia, habilidades de comunicación, solución de problemas, necesidades y recursos de los familiares.

En la primera y última sesión de la Escuela de Familias los participantes han

ORIGINALES Y REVISIONES

de completar un cuestionario que abarca preguntas referentes a los conocimientos acerca de la enfermedad del usuario, la actitud y las expectativas hacia el familiar enfermo.

En el anexo 1 hacemos una breve descripción del contenido de cada sesión del programa de psicoeducación familiar que realizamos en el C.R.P.S. de «Los Cármenes».

Descripción del cuestionario utilizado

El cuestionario utilizado pretende medir los cambios producidos en cuanto a:

1) conocimientos acerca de la enfermedad; 2) actitud, en lo referente a tres áreas diferentes: hacia el usuario, hacia la enfermedad mental, actitud de la familia, es decir, la percepción que tiene el informante sobre la actitud familiar; 3) expectativas hacia el usuario.

El cuestionario se divide en tres partes diferenciadas: el área de «conocimientos sobre la enfermedad» se mide a través de 10 preguntas con respuesta dicotómica (SÍ/NO); los contenidos de éstas hacen referencia al tratamiento farmacológico, nombre de la enfermedad, relación entre la conducta del familiar y su enfermedad, control de síntomas por parte del paciente y de la familia, prevención de recaídas y comunicación con el familiar enfermo.

El área de «actitudes» se divide a su vez en: «la actitud sobre el familiar enfermo», definida en 5 ítems con tres alternativas de respuesta, dos polos extremos de un mismo concepto y uno intermedio (p. ej., recuperable- algo recuperable- irrecuperable); «la actitud sobre la enfermedad mental», definida de la misma manera en 3 ítems de 3 respuestas alternativas; y «la actitud de la familia ante la enfermedad mental» definida en 5 ítems.

El área de «expectativas» se mide mediante 11 preguntas con 3 alternativas de respuesta (SÍ/NO/YA LO HACE) en las que se hace referencia a las expectativas del familiar en lo referente a la consecución de autonomía del paciente en diferentes áreas (higiene personal, administración de la vivienda, gestiones, tratamiento), al aumento de la red social y a la realización de actividades de ocio, estudios o trabajo.

VARIABLES ANALIZADAS

Las variables dependientes utilizadas en nuestro estudio fueron la magnitud de los cambios obtenidos en conocimientos, en actitud general y en expectativas, una vez finalizado el programa psicoeducativo. Por otro lado analizamos la posible relación entre estos cambios y la muestra en lo referente a las características de los familiares participantes (nivel socioeconómico familiar, número de miembros en la unidad familiar, tipo de familiar: padre o madre), y en lo referente a las

características de los propios usuarios (diagnóstico, nivel premórbido, nivel de educación, años de evolución y números de ingresos antes del primer contacto con el C.R.P.S.).

Las tres variables dependientes se calculan restando al porcentaje de respuestas acertadas en el cuestionario tras la intervención, el porcentaje obtenido antes de la misma.

Las variables referentes a las características de la muestra se obtienen de los datos recogidos durante la evaluación realizada tanto al usuario como a su familia, cuando éste es derivado al C.R.P.S.

Resultados

La intervención psicoeducativa realizada con los grupos de familiares en el C.R.P.S. de «Los Cármenes» ha resultado efectiva en algunos de los aspectos estudiados. Dicha efectividad se refleja en un cambio en los conocimientos acerca de la enfermedad, así como en la actitud general, y en concreto en la actitud ante la enfermedad. También consideramos importante el aumento en las expectativas, relacionando su falta de significación estadística al tamaño reducido de la muestra ($n=28$).

Por otro lado no obtenemos resultados significativos a la hora de relacionar las características de la muestra con los cambios producidos en las tres variables dependientes.

El análisis de las variables cuantitativas se realizó mediante el *coeficiente de correlación de Pearson*, obteniendo los siguientes resultados:

- *Cambio en conocimientos* (Fig. 1): Todos los grupos experimentaron aumentos en el porcentaje de aciertos en el área de conocimientos del cuestionario tras la intervención, siendo este aumento significativo ($p < 0.01$). La media del incremento en esta variable fue de 16,06 puntos.
- *Cambio en actitud general* (Fig. 2): Tomando como referente a todos los familiares, se observó una mejora en la actitud general que resultó significativa ($p < 0.05$), siendo la media del incremento de 0,89 puntos.

Actitud hacia su familiar (Fig. 2.1): Aunque las actitudes de todos los grupos fueron de carácter positivo, tras la intervención se observó una mejora en la actitud hacia el usuario en tres grupos y un empeoramiento en cuatro, por lo que podemos concluir que los cambios no llegaron a ser significativos tomados globalmente.

Actitud hacia la enfermedad (Fig. 2.2): En seis de los siete grupos las actitudes hacia la enfermedad mental fueron más positivas tras la intervención. El cambio fue significativo con niveles de significación de 0.05 y 0.01.

Actitud de la familia (Fig. 2.3): Seis de los siete grupos mostraron actitudes más positivas tras la intervención. Considerando los resultados de todos los participantes, se apreció una mejora en las actitudes de la familia, aunque esta mejoría no pudo considerarse significativa estadísticamente.

- *Expectativas* (Fig. 3): Para evaluar esta variable sólo pudimos utilizar los últimos cinco grupos (n=28). En tres de los cinco grupos mejoraron las expectativas hacia el familiar. Observando el total de familiares, se produjo un aumento positivo en las expectativas en 1,82 puntos tras la intervención psicoeducacional, si bien no alcanzó significación estadística. Creemos que en este apartado el bajo número de sujetos puede dificultar la generalización de los resultados.

A la hora de analizar la relación entre el cambio de estas variables con las características de la muestra utilizamos un *Contraste de medias* para las variables dicotómicas, en este caso en referencia a la variable «Categoría familiar». De esta manera aunque hubo diferencias entre padre y madre en lo que se refiere al cambio en conocimientos y en expectativas hacia el familiar enfermo a favor de las madres, esta diferencia no fue significativa estadísticamente (Fig. 4, 5).

En el análisis de variables ordinales o nominales utilizamos un *Análisis de varianza (ANOVA)*, no existiendo diferencias significativas entre los distintos «niveles económicos», «diagnósticos», «nivel premórbido» y «niveles educativos» en cada una de las tres variables dependientes citadas anteriormente.

Finalmente, en referencia con las características de la muestra, los coeficientes de correlación pusieron de manifiesto la existencia de relaciones positivas, aunque no significativas, entre las variables estudiadas, de manera que la cuantía del incremento en conocimientos, actitud y expectativas fue mayor a medida que aumentaban las variables, «número de miembros en unidad familiar», «años de evolución» y «número de ingresos», a excepción de la correlación negativa entre «Cambio en conocimientos» y «n.º de ingresos» (Fig. 6, 7, 8). Sería necesario contrastar estos coeficientes con los calculados en investigaciones similares para poder pronunciarnos sobre la intensidad y significado de las relaciones halladas.

2. *Discusión*

El aumento significativo encontrado en nuestro estudio en cuanto a los conocimientos sobre la enfermedad adquiridos por los familiares tras haber finalizado la intervención psicoeducativa coincide con la mayoría de los resultados publicados hasta la fecha (16, 18, 19, 20, 21, 22). Sin embargo, la forma en que es suministrada la información parece ser una variable importante en cuanto a la magnitud

del cambio obtenido. Así, Smith y Birchwood (20) encontraron que aquellos familiares que acudieron a un grupo psicoeducativo adquirieron de forma significativa más información que los que recibieron la misma información, pero por correo.

Con respecto a la actitud general mostrada por los familiares, especialmente el cambio en la actitud mostrada por los familiares hacia la enfermedad, nuestros resultados concuerdan con los de otros estudios. McGill et al. (18) observaron que el aumento en el conocimiento adquirido conllevó una mayor comprensión y cuidados hacia la persona diagnosticada de esquizofrenia. Smith y Birchwood (20) encontraron que las creencias de los familiares con respecto a la efectividad del tratamiento, a la probabilidad de mejoría o al control que posee el paciente sobre sus síntomas no variaron a lo largo del tiempo. Sin embargo, observaron una disminución del temor experimentado hacia el paciente, así como de la preocupación y la sobrecarga que caracterizaban a los familiares. Cozolino et al. (23) encontraron un aumento de los sentimientos de apoyo del familiar por parte del equipo de tratamiento y una ligera reducción de la sensación de responsabilidad en el origen de la enfermedad. Los familiares informaron también de que el programa les había ayudado a comprender la importancia de la medicación y de su papel en el tratamiento. Sin embargo, la psicoeducación no tuvo un efecto significativo en la visión que tiene el familiar de los síntomas del paciente, ya que los familiares de alta EE mostraron un mayor rechazo hacia el paciente y atribuyeron más intenciones negativas a la conducta sintomática del paciente que los de baja EE aunque, no obstante, tales atribuciones negativas disminuyeron en el grupo experimental de forma no significativa con respecto al grupo control. Montero y colaboradores (16) concluyeron que las actitudes emocionales de los familiares que habían acudido a un programa psicoeducativo mejoraron significativamente a los nueve meses de ser dado de alta el paciente, siendo estadísticamente significativos los cambios observados en los ítems referentes a la interpretación de los trastornos de conducta del paciente como parte de su estado mental patológico y la capacidad para entender la conducta y el estado del paciente. En la literatura revisada, Abramowitz y Coursey (24) fueron los únicos que no detectaron cambios en la frecuencia de los sentimientos negativos hacia el paciente ni en su sentido de autoeficacia mostrados por los familiares que habían pasado por un programa psicoeducativo.

En cuanto al cambio en las expectativas de los familiares, aunque nuestros resultados no fueron estadísticamente significativos, parece ser un dato constatado por otros estudios. Así, Berkowitz et al. (19) observaron que los familiares de alta EE que acudieron a un programa de psicoeducación fueron menos pesimistas con respecto al futuro del paciente que los familiares de un grupo control, aumentando dicho optimismo a los nueve meses de haber finalizado la intervención. No obstante, los familiares de alta EE se mostraron más preocupados por el futuro del paciente que los de baja EE. En el estudio de Smith y Birchwood (20) hubo una

tendencia entre los familiares que asistieron al grupo psicoeducativo a ser más optimistas con respecto a su papel en el tratamiento, mientras que los familiares que recibieron el mismo tipo de información por correo no difirieron con respecto a las puntuaciones de la línea base. Sin embargo, este efecto desapareció a los seis meses de seguimiento.

Con respecto a las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, Canive y sus colaboradores (22) observaron un mayor aumento en las expectativas de recuperación del paciente en las madres que en los padres, aunque ambos grupos de familiares no difirieron en cuanto al cambio obtenido en los conocimientos adquiridos. En base a estos resultados, los autores concluyen que la intervención psicoeducativa parece afectar de forma diferente a los padres y a las madres. En nuestro estudio se observó un mayor aumento en cuanto a los conocimientos adquiridos y en las expectativas en el grupo de madres que en el de padres, aunque tales diferencias no alcanzaron significación estadística. Tales resultados parecen apoyar las conclusiones de los autores anteriores, esto es, las intervenciones psicoeducativas podrían tener diferentes efectos en los padres que en las madres, siendo estas últimas las que parecen obtener un mayor beneficio y aprovechamiento de este tipo de intervención.

Con respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, Barrowclough et al. (25) encontraron que los familiares de pacientes que habían iniciado recientemente su primer episodio esquizofrénico y que pasaron por un programa psicoeducativo mostraron puntuaciones más bajas en cuanto a los conocimientos adquiridos en el pre-test y más altas en el post-test que los familiares de pacientes más crónicos, aproximándose dicha diferencia a la significación estadística. En nuestro estudio observamos una correlación positiva, aunque muy baja, entre el cambio en los conocimientos sobre la enfermedad y los años de evolución de la misma, y una correlación negativa entre el cambio en los conocimientos adquiridos y el número de ingresos. Aunque algunos autores (16, 19, 25) sostienen que los familiares tienden a retener su propia versión sobre los factores etiológicos tras haber pasado por un programa psicoeducativo, los resultados obtenidos en nuestro estudio podrían indicar que quizás aquellos que no incorporan la nueva información adquirida sean aquellos familiares que conviven con pacientes con múltiples ingresos, independientemente de los años de evolución de la enfermedad. El aumento de esta última variable no parece dificultar la incorporación de nueva información general sobre la enfermedad.

Por último, en el estudio de Cañive y sus colaboradores (22) hubo una alta participación de hombres, lo cual podría estar relacionado según los autores o bien con las obligaciones otorgadas en el rol tradicional al marido y padre en España de protección y mantenimiento de la familia; o también porque muchos de los padres del estudio estaban desempleados o jubilados, por lo que tenían más tiempo de

acudir a las sesiones, o bien podría ser interpretado como un signo de respeto hacia el equipo médico. Sin embargo, en nuestro estudio el 65% de los participantes eran madres, frente al 35% de los padres, datos que nos inclinarían a descartar que el alta participación de padres del estudio de Cañive y sus colaboradores pudiera explicarse en base al rol tradicional otorgado al marido y padre en España. Nos inclinamos más bien a pensar que este resultado parece tener que ver con que muchos de los padres de la muestra utilizada por estos autores estaban desempleados o jubilados.

3. Conclusiones

La intervención psicoeducativa llevada a cabo en nuestro centro con diferentes grupos de familiares de enfermos mentales crónicos resultó efectiva en cuanto al cambio experimentado en los conocimientos adquiridos acerca de la enfermedad, así como en la actitud general, y en concreto en la actitud mostrada por el familiar hacia la enfermedad. Consideramos que el aumento en las expectativas es también importante, y probablemente alcanzaría significación estadística si dispusiéramos de una muestra de mayor tamaño.

Con respecto a las características de la muestra de familiares y usuarios estudiadas, no podemos afirmar que alguna de ellas sea relevante en cuanto a la modificación de los conocimientos, actitudes y expectativas. Es posible que las diferencias encontradas pudieran llegar a ser significativas si este estudio se realizara sobre una muestra de mayor tamaño. Otra posible explicación es que las variables que se han estudiado no tengan realmente demasiado peso en la modificación de los conocimientos, actitudes y expectativas de los grupos de familiares. Sería interesante entonces plantearse qué tipo de variables pueden facilitar o dificultar el cambio en aquéllas.

A la vista de los datos expuestos, podemos concluir que las variables más decisivas para el cambio, puesto que éste es real y se produce, habrían de localizarse en el formato psicoeducativo del grupo y en la actividad de los profesionales que lo llevan a cabo, sin descartar la existencia de variables inherentes al grupo, capaces de modular la cuantía de los cambios, tales como la exposición e intercambio de experiencias entre los familiares, aspecto que podría motivar el intento de utilizar nuevas estrategias con el propio familiar enfermo. Aunque los resultados de la mayoría de los estudios publicados hasta la fecha indican que la psicoeducación como único programa de intervención psicosocial no es efectiva a la hora de prevenir la recaída en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, sí parece serlo a la hora de enganchar a los familiares en programas más concretos que intenten modificar el clima emocional familiar. Asimismo, este tipo de inter-

ORIGINALES Y REVISIONES

vención incrementa el compromiso y la colaboración de la familia, y de forma indirecta mejora la implicación del usuario en su proceso de rehabilitación.

Como acciones aisladas consideramos este tipo de intervenciones grupales insuficientes para producir cambios importantes en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida del usuario y de la familia. En este sentido creemos necesario un apoyo y contacto terapéutico a más largo plazo para que se produzcan cambios. Asimismo creemos que las intervenciones psicoeducativas en ningún caso pueden sustituir el abordaje familiar con ninguna familia, teniendo en cuenta la historia y peculiaridades del contexto familiar.

Anexo 1
ESCUELA DE FAMILIAS

- Sesión 1: Papel activo en el cuidado de la salud.
Qué es la enfermedad mental. Esquizofrenia.
Ideas erróneas con respecto a la esquizofrenia.
Síntomas.
- Sesión 2: Etiología. No hay una causa única.
Modelo de vulnerabilidad.
- Sesión 3: Evolución de la enfermedad.
Curso y fases.
Prevención de recaídas. Pródromos.
- Sesión 4: Abordaje de la enfermedad:
• Fármacos: cómo actúan, tipos y efectos secundarios.
• Rehabilitación: prevención del deterioro y recuperación de habilidades.
- Sesión 5: Factores de riesgo:
• Dejar de tomar la medicación.
• Consumo de tóxicos.
• Estrés.
Factores de protección:
• Medicación.
• Clima familiar de apoyo. Red de apoyo.
• Exposición gradual a exigencias progresivas.
• Mejora de habilidades de afrontamiento.
- Sesión 6: Recursos: públicos y asociaciones.

Módulo de habilidades de Comunicación

- Sesión 7 y 8: Comunicación clara. No ocultar información, no espiar.
Escucha activa. Empatía. Fomentar la participación.
Evitar comentarios críticos y hostiles.
Reconocimiento de las acciones positivas. Expresión.

Realizar peticiones de modo positivo y claro.
En el caso de ambos padres, necesidad de congruencia en los mensajes.

Módulo de solución de problemas (cómo modificar comportamientos)

Sesión 9 y 10: Necesidad de establecer normas para mejorar la convivencia.
Necesidad de plantear exigencias y responsabilidades adecuadas a su nivel. Evitar la sobreprotección.
Necesidad de ir planteando cambios y exigencias de una forma progresiva.
Fomentar autoridad paterna. Necesidad de tener una postura unánime y conjunta.
Para modificar un comportamiento: retirar la atención, castigo y reforzar lo positivo.
Anticipar resistencias que pueden aparecer al poner una norma.

Módulo de necesidades y recursos de los familiares (estrategias que ayudan a estar mejor)

Sesión 11 y 12: Estrategias de autocontrol.
Darse uno derecho a pedir ayuda y a buscar apoyo en los demás.
Dificultades familiares. Abordaje en sesiones unifamiliares.

Figura 1. Cambio en conocimientos

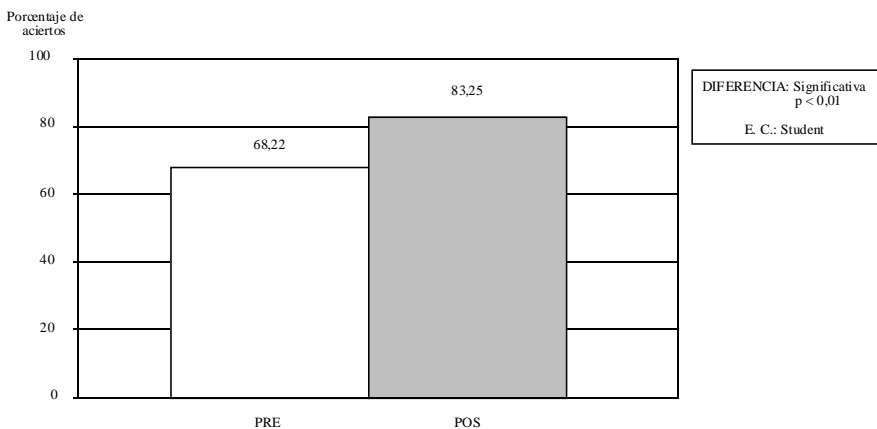


Figura 2. Cambio en actitud general

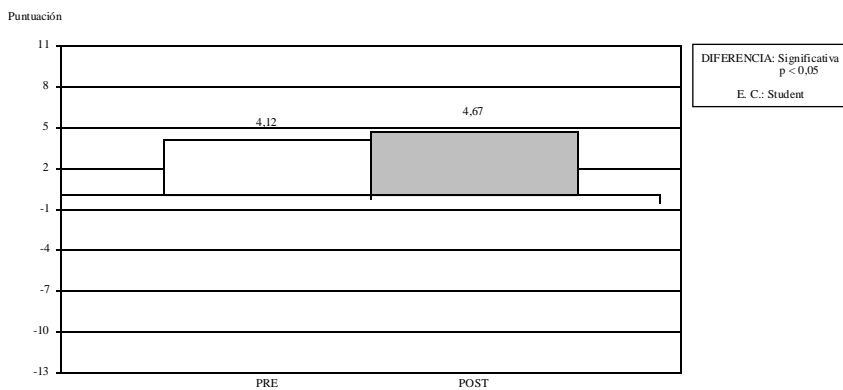


Figura 2.1. Actitud hacia el familiar enfermo

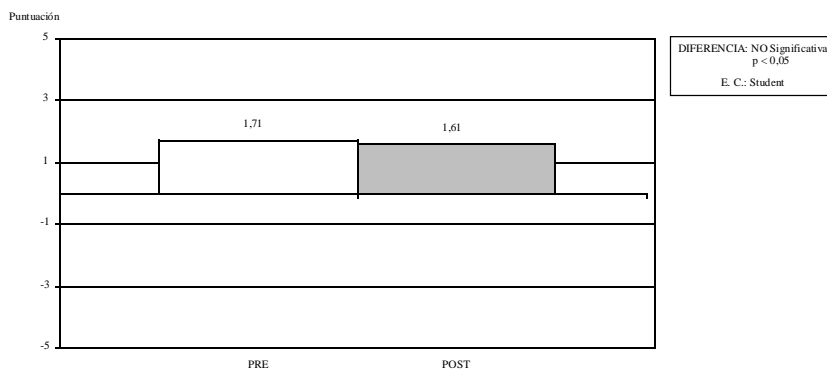


Figura 2.2. Actitud hacia la enfermedad

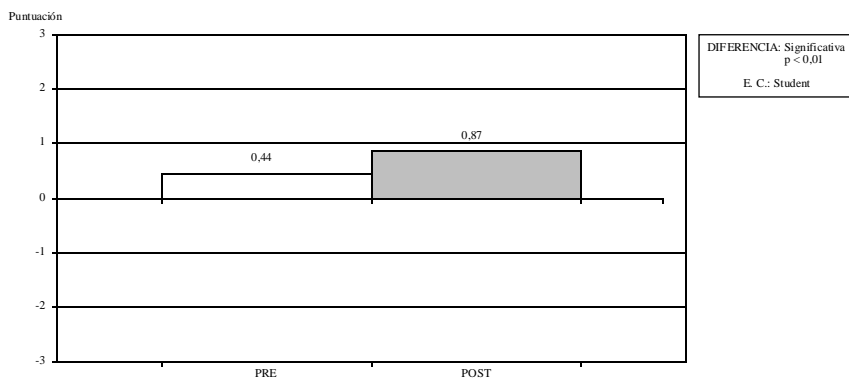


Figura 2.3. Actitud de la familia

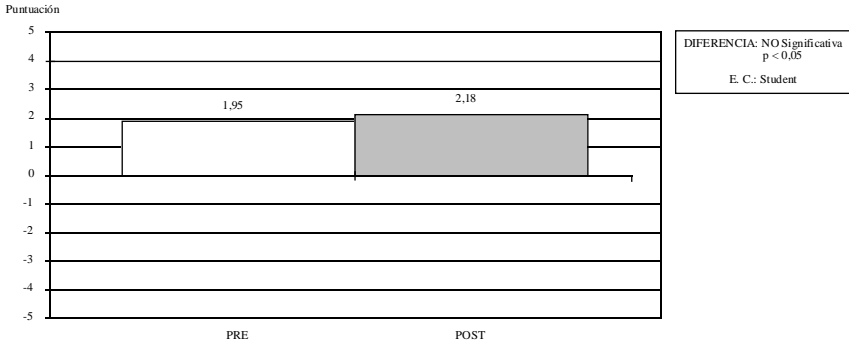


Figura 3. Expectativas

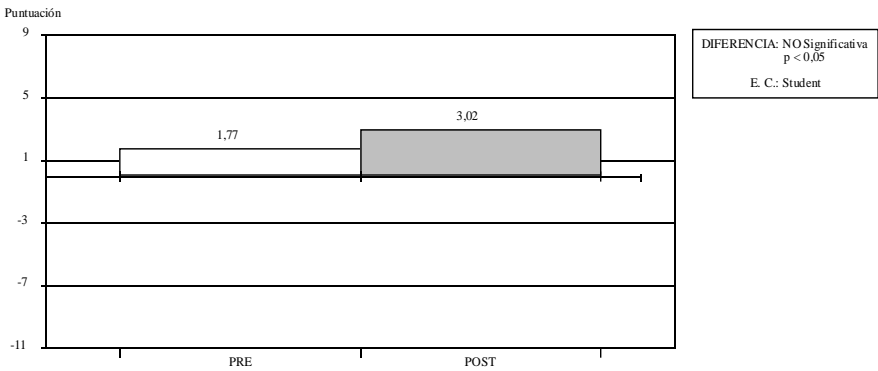


Figura 4

Incremento en conocimientos según categoría familiar. Las diferencias no son significativas a nivel estadístico

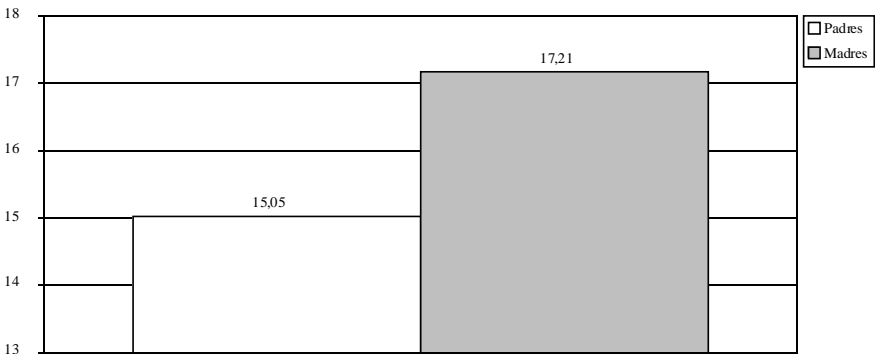


Figura 5
Incremento en expectativas según categoría familiar. Las diferencias no son significativas a nivel estadístico

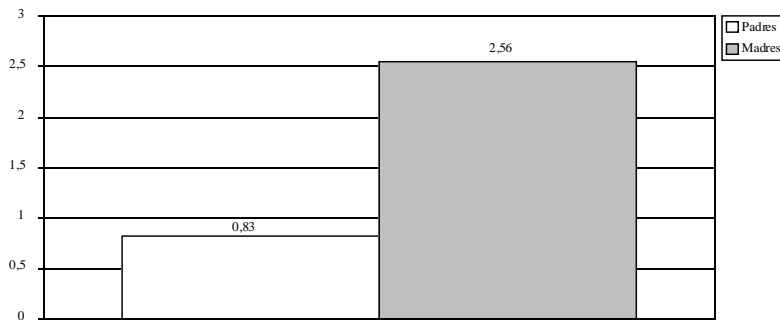


Figura 6
Coefficientes de correlación con «Cambios en conocimientos»

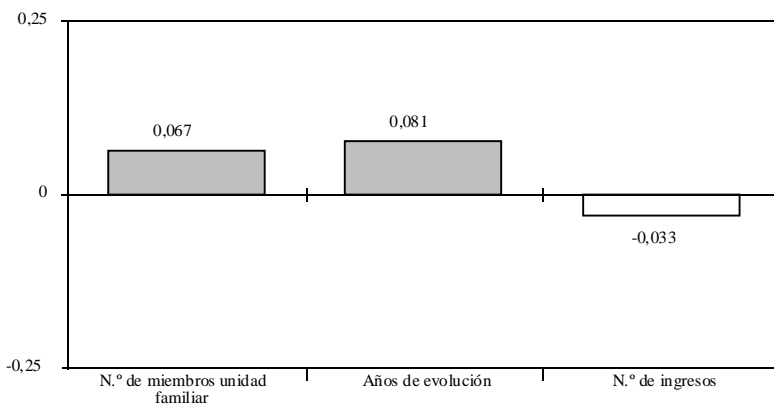


Figura 7
Coefficientes de correlación con «Cambios en actitud»

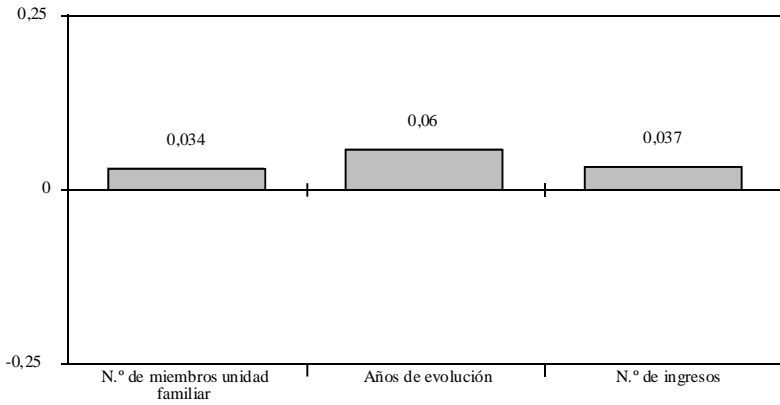
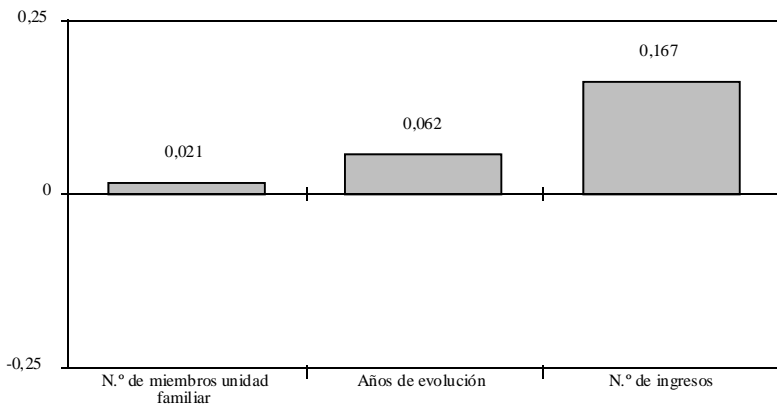


Figura 8.
Coefficiente de correlación con «Cambios en expectativas»



BIBLIOGRAFÍA

- (1) APARICIO, V.; SÁNCHEZ, A. E., «Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1989, X, 34, pp. 363-374.
- (2) BROWN, G. V.; BIRLEY, J. L.; WING, J. K., «Influence of Family Life on the Course of Schizophrenia Disorders: a Replication», *The British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, pp. 241-258.
- (3) VAUGHN, C. E.; LEFF, J. P., «The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness: A Comprison of Schizophrenic and Depresses Neurotic Patients», *The British Journal of Psychiatry*, 1976, 129, pp. 125-137.
- (4) VAUGHN, C. E.; LEFF, J. P., «Patterns of Emotional Response in Relatives of Schizophrenic Patients», *Schizophrenia Bulletin*, 1981, 7, pp. 43-44.
- (5) LEFF, J. P., y otros, «A Controlled Trail of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients», *The British Journal of Psychiatry*, 1982, 141, pp. 121-134.
- (6) LEFF, J. P., y otros, «A Controlled Trail of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients: Two-year Follow-up», *The British Journal of Psychiatry*, 1982, 146, pp. 594-600.
- (7) LEFF, J. P., «A Trial of Family Therapy versus a Relatives Group for Schizophrenia», *The British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, pp. 58-66.
- (8) FALLOON, I. R. H., y otros, «Family Management in the Prevention of Exacerbations of Schizophrenia», *The New England Journal of Medicine*, 1982, 306, 24, pp. 1.437-1.440.
- (9) FALLOON, I. R. H., y otros, «Family Management in the Prevention of Schizophrenia: Clinical Outcome of a Two-year Longitudinal Study», *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42, 9, pp. 887-896.
- (10) TARRIER, N., y otros, «The Community Management of Schizophrenia. A Controlled Trial of a Behavioural Intervention with Families to Reduce Relapse», *The British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, pp. 532-542.
- (11) TARRIER, N., y otros, «The Community Management of Schizophrenia. A Two-year Follow-up of a Behavioural Intervention with Families», *The British Journal of Psychiatry*, 1989, pp. 625-628.
- (12) TARRIER, N., y otros, «The Salford Famili Intervention Project: Relapse Rates of Schizophrenia at Five and Eight Years», *The British Journal of Psychiatry*, 1994, 165, pp. 829-832.
- (13) HOGARTY, G. E., y otros, «Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. I. One-year Effects of a Controlled Study on Relapse and Expresses Emotion», *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, 7, pp. 633-642.
- (14) HOGARTY, G. E., y otros, «Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. II. Two-year Effects of a Controlled Study on Relapse and Adjustment», *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48, 4, pp. 340-347.
- (15) LAM, D. H., «Psychosocial Family Intervention in Schizophrenia: A Review of Empirical Studies», *Psychological Medicine*, 1991, 21, pp. 423-441.
- (16) MONTERO, I, y otros, «Impacto de un programa psicoeducativo en familias de pacientes esquizofrénicos», *Psiquis*, 1990, XI, pp. 27-35.
- (17) SANZ FUENTENEbro, F. J., «Intervenciones 'psicoeducacionales' en esquizofrenia: una década optimista», *Psiquiatría Pública*, 1994, 6, 2, pp. 64-80.
- (18) MCGILL, C., y otros, «Family Educational Intervention in the Treatment of Schizophrenia», *Hospital and Community Psychiatry*, 1983, 34, pp. 934-938.
- (19) BERKOWITZ, R., y otros, «Educating Relatives about Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1984, 10, pp. 418-429.

(20) SMITH, J.; BIRCHWOOD, M. J., «Specific and non-Specific Effects of Educational Intervention with Families Living with Schizophrenic Relatives», *The British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, pp. 645-652.

(21) BERKOWITZ, R.; SHAVIT, R.; LEFF, J. P., «Educating Relatives of schizophrenic Patients», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1990, 25, pp. 216-220.

(22) CAÑIVE, J. M., y otros, «Psychoeducation in Spain», *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 4, 7, pp. 679-681.

(23) COLOZINO, L. J., y otros, «The Impact of Education about Schizophrenia on Relatives varying in Expresses Emotion», *Schizophrenia Bulletin*, 1988, 14, 4, pp. 675-687.

(24) ABRAMOWITZ, I. A.; COURSEY, R. D., «Impact of an Educational Support Group of Family Participants who Take Care of their Schizophrenia Relatives», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57, pp. 232-236.

(25) BARROWCLOUGH, C., y otros, «Assessing the Functional Value of Relative Knowledge about Schizophrenia: A Preliminary Report», *The British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, pp. 1-9.



* J. J. Belloso, psicólogo, S.S.M. de Aranjuez. B. García, psicóloga, Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes». E. de Grado, psicóloga, Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes».

Correspondencia: J. J. Belloso Roper. Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes». Glorieta de los Cármenes, 2, 28047 Madrid.

** Fecha de recepción: 29-III-1999.