

R. Inglott Domínguez, R. Touriño González, E. Baena Ruiz, J. Fernández Fernández

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA: SU DISEMINACIÓN EN UN ÁREA DE SALUD

FAMILY INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIA:
EXPANDING THE PROGRAMME IN A HEALTH AREA

■ RESUMEN

Se presenta el proceso de diseminación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia en un área de salud, integrado en la asistencia habitual de la red de salud mental. Se discuten las razones que han hecho posible su implantación.

Palabras clave: Intervención familiar, Psicoeducación, Esquizofrenia.

■ SUMMARY

It is here submitted the dissemination process of a family intervention program in schizophrenia in a health area, implemented in ordinary mental health settings. We discuss the reasons for its implantation.

Key words: Family intervention, Psychoeducation, Schizophrenia.

■ INTRODUCCIÓN

La capacidad para la diseminación de los programas psicosociales que han demostrado su eficacia supone actualmente un problema de primera magnitud, constituyendo un desafío para los sistemas asistenciales (1). Disponemos ya de un conocimiento importante sobre las prácticas «basadas en la evidencia», pero nos faltan conocimientos sobre cómo implantarlas y diseminarlas en los servicios de salud mental. Esta situación ha llevado a que algún autor proponga que es necesario desarrollar una «ciencia» de la implementación de las prácticas basadas en la evidencia (2).

Las intervenciones familiares se consideran actualmente imprescindibles dentro de una atención organizada y compleja a un problema también complejo: la esquizofrenia. Sin embargo, y aunque disponemos de modelos de intervención de probada eficacia, no se han incorporado a la práctica cotidiana de los servicios de salud mental. La mayoría de los modelos existentes ha surgido del ámbito de la investiga-

ción, en equipos muy especializados en la atención familiar. El reto actual es emplear las enseñanzas de los programas disponibles, para elaborar e implantar intervenciones que tengan continuidad en el tiempo y estén integradas y adaptadas a los servicios asistenciales existentes.

Las intervenciones familiares han demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en mejorar el clima familiar y el funcionamiento social (3,4). Actualmente la intervención familiar se recomienda en guías de tratamiento de la esquizofrenia y protocolos de consenso de expertos (5,6). Lehman y Steinwachs (7) en el estudio PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) recomiendan la intervención familiar durante un periodo de al menos 9 meses, incluyendo una combinación de educación sobre la enfermedad, apoyo, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis. Las intervenciones familiares van también demostrando ser eficaces cuando son utilizadas por clínicos en los servicios comunitarios (8, 9). A pesar de todas estas evidencias, las intervenciones familiares siguen sin tener una implantación suficiente en la atención habitual. La realidad es que sólo una minoría de las familias que tienen contacto con los pacientes esquizofrénicos ha recibido apoyo e información sobre la enfermedad.

Recientemente, algunos autores han precisado las dificultades para la implantación de las intervenciones familiares en la práctica habitual y han propuesto una serie de estrategias para superar las barreras a su implantación (8,10,11,12). Cuando un programa pretende pasar de la investigación a la práctica debe tener en cuenta las demandas de los gestores, los intereses de los clínicos y las necesidades y demandas de la población a la que se dirige.

Los gestores pueden suponer un obstáculo para la diseminación por su preferencia por los procesos más tecnológicos frente a los psicosociales, el interés por resultados a corto plazo y una desconfianza o desconocimiento de la eficacia de estos programas. Leff (8) considera que los principales problemas para la implantación derivan de una falta de entendimiento de los «gestores» de los servicios comunitarios de la necesidad de relevar a los profesionales que desarrollen estos programas de otras responsabilidades. En ésta misma línea McFarlane (13) aconseja trabajar simultáneamente con clínicos y gestores, y su programa de formación comienza con un día dedicado a los gestores y clínicos «senior».

Por parte de los clínicos la puesta en marcha de la intervención familiar puede suponer un cambio «ideológico» en aquellos que todavía sustentan teorías sobre la enfermedad mental que culpabilizan a la familia. Pueden simplemente dudar o desconocer su eficacia, o carecer de la formación necesaria para ponerla en práctica. Se recomienda una formación intensiva y de larga duración, con supervisión y apoyo tras realizarla. Los principios de la intervención familiar deben ser utilizados en el periodo formativo: buscar la alianza, mantener actitudes de baja emoción expresada (8). Otro problema importante es cómo integrar el nuevo programa en una actividad

asistencial habitualmente masificada. Los clínicos pueden considerar la intervención familiar como algo costoso y que requiere mucho tiempo, siendo difícil de integrar en la consulta diaria. La falta de apoyo o reconocimiento institucional tampoco anima a realizar el esfuerzo. En ocasiones la disponibilidad de las familias obliga a realizar estos programas fuera del horario laboral normal.

Aunque las familias, en principio, expresan sus necesidades de información y apoyo, no siempre están dispuestas o tienen la disponibilidad para asistir. Pueden vivir la intervención como una nueva carga por pensar que se les va a exigir más responsabilidades, o como una nueva «oportunidad» para que los clínicos les culpabilicen. La reticencia de las familias es más habitual en casos de evolución avanzada, en los que la desesperanza se mezcla con posibles malas experiencias en el pasado en su contacto con los clínicos. Muchos familiares son reacios a compartir su realidad con otros familiares por vergüenza, y ante el estigma que supone la enfermedad. Es necesario adaptar la intervención a la realidad sociocultural local y a las características de cada familia, tanto en el contenido del programa como en el horario y en el formato (unifamiliar o multifamiliar).

Mueser et al. (14) señalan la importancia de poder contar con una persona responsable de asegurar que los programas de intervención familiar se lleven a cabo. Entre las funciones de este profesional estarían las de preparar a los clínicos en el trabajo con familias y participar en actividades de formación continuada; también se responsabilizaría de la puesta en marcha y supervisión de los programas para familias. La existencia de un responsable del programa es necesaria para proporcionar un apoyo continuado al proyecto, que asegure que el entusiasmo original asociado con una nueva intervención no se pierda en cuanto se convierta en parte del tratamiento estándar (11).

En Gran Canaria, y partiendo de la experiencia en los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial, se lleva a cabo un programa de intervención familiar elaborado a partir de otros modelos existentes (15, 16, 17, 18). Este programa se ha generalizado en la red de salud mental, llevándose a cabo también actualmente en siete de las ocho unidades de salud mental comunitarias de la isla. Compartimos como filosofía de nuestra intervención los presupuestos básicos del modelo de Kuipers et al. (18):

1. La esquizofrenia se conceptualiza como un trastorno de base biológica. El modelo de estrés-vulnerabilidad se utiliza para explicar cómo, en una persona vulnerable, un acontecimiento estresante puede desencadenar la enfermedad o una recaída.
2. No se culpabiliza a los familiares, sino al contrario se les considera como agentes terapéuticos. Se reconoce la carga y el estrés que supone convivir con una persona con esquizofrenia.
3. Se enfatiza el trabajo en colaboración con la familia, estableciendo objetivos, prioridades y tareas. Se comparte la información acerca de la enfermedad.

4. Se considera a las familias con sus necesidades y sus capacidades. Se refuerzan sus potencialidades para abordar los problemas.
5. La intervención familiar se ofrece como parte de una estrategia global de tratamiento. No se pretende sustituir el procedimiento habitual por la intervención familiar.

El objetivo del presente artículo es describir el desarrollo y diseminación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia en el Área de Salud de la isla de Gran Canaria.

■ DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE DISEMINACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO Y COLABORACIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA (PACFE) EN LA ISLA DE GRAN CANARIA

1. Ámbito de la experiencia.

El Área de Salud de Gran Canaria comprende un ámbito territorial cuya demarcación es la propia isla de Gran Canaria, con una población de derecho cifrada en 789.908 habitantes a 1 de enero de 2003. La atención a la salud mental se organiza a partir de 8 unidades básicas de salud mental comunitaria (UUSSMM) dependientes de dos gerencias de atención especializada, de las que también dependen dos unidades sectoriales de hospitalización psiquiátrica de agudos o de «internamiento breve» (UUIBB), cada una en el correspondiente hospital general. Una de las UUSSMM se halla actualmente en proceso de desdoblamiento, por lo que el número total a corto plazo será de 9. En la Tabla 1 se recogen datos del contexto asistencial que concierne al contenido de este trabajo.

En la red de salud mental de Gran Canaria, la atención a la población con diagnóstico de esquizofrenia o cualquier otro tipo de psicosis constituye una prioridad, explícitamente recogida como tal en los documentos que regulan su funcionamiento. A medida que la red se desarrolla, la mencionada atención se sitúa de forma cada vez más nítida en una perspectiva rehabilitadora, cuyo marco es el Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). Esto ha sido posible por varias razones, entre las que destacaremos una: a diferencia del criterio adoptado en otras comunidades o áreas, en Gran Canaria la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales se planifica y dirige desde los servicios de salud, que son los que asumen la dirección del PIRP. Éste, no obstante, tiene un patrón de desarrollo horizontal, con participación de diversos sectores y niveles de la Administración que se coordinan a través del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (CIRPAC), presidido por el Director del Área de Salud.

Tabla 1

Ámbito territorial	Unidades de Salud Mental	Dependencia	Hospital de referencia	Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial
Sector Norte de Las Palmas + municipios del Centro de la isla (275.560 habitantes)	Puerto Ciudad Alta Ganolajes	Gerencia A	Doctor Negrín	Casa del Marino San Francisco I San Francisco II
Sector Sur de Las Palmas (148.224 hab.)	Triana Lasoo	Gerencia B	Insular	
Municipios del Norte y Oeste de la isla (99.521 hab.)	Beñadero	Gerencia A	Doctor Negrín	Gáldar
Municipios del Nordeste de la isla (102.223 hab.)	Telde	Gerencia B	Insular	Telde
Municipios del Sur de la isla (164.180 hab.)	Vecindario (en proceso de desdoblamiento)	Gerencia B	Insular	Vecindario Maspalomas

El PIRP de Gran Canaria apuesta por un modelo dinámico de articulación de la atención sociosanitaria en el ámbito de la salud mental. Por eso contempla la rehabilitación psicosocial como un proceso ordenado y multifactorial, cuyo desarrollo cabe representar en un par de coordenadas: una iría desde la cota más básica de atención hasta la más especializada; la otra, desde la más sanitaria hasta la menos sanitaria (podría también decirse «desde la más sanitaria hasta la más social», pero entender lo primero como ajeno a lo segundo nos parece falaz). Cada actuación del PIRP tiene un lugar en ese doble eje, de modo que el *punto cero* de la rehabilitación psicosocial coincide con el momento mismo del diagnóstico por los servicios de salud. Corresponde a la USM detectar las necesidades básicas de rehabilitación, registrarlas en la correspondiente ficha (vinculada al registro acumulativo de casos psiquiátricos) y elaborar un primer diseño individualizado de rehabilitación, así como decidir sobre la necesidad de intervenciones rehabilitadoras más específicas y/o menos sanitarias. Todo ello se ordena y articula según el esquema básico del PIRP, que es el siguiente:

a) Línea de seguimiento en la comunidad

Corresponde a los equipos de las UUSSMM desarrollar íntegramente los subprogramas de esta línea, bien sea por sus propios medios o a través de la coordinación con los servicios sociales de base, los centros de acogida y otros recursos de la comunidad. Una de las áreas de intervención en esta línea es la intervención familiar.

- b) Línea de dispositivos rehabilitadores específicos
Integrada por unidades funcionalmente independientes, cuyo objetivo es responder a necesidades de rehabilitación que la línea de seguimiento en la comunidad no alcanza a cubrir. Funcionan en estrecha coordinación con las UUSSMM, a las que proporcionan el correspondiente feed-back. Tales unidades son:
- *Centros de día de rehabilitación psicosocial (CCDDRRPP)*. Existen un total de 7 de carácter público en el Área de Gran Canaria, con 5 talleres prelaborales anexos, y su oferta actual es de 240 plazas. Entre las áreas de actividad de los CCDDRRPP se incluye la intervención familiar.
 - *Unidades de rehabilitación de área (UURRAA)*. Su modelo de funcionamiento es el de comunidades terapéuticas, con atención durante las 24 horas. En el Área de Gran Canaria existen 2, que habrán de redistribuirse en 3 a partir de 2005, con un total de 90 plazas.
- c) Línea de apoyo social y comunitario
Con los siguientes subprogramas:
- *Subprogramas de empleo*
 - Empleo protegido
 - Apoyo al empleo
 - *Subprogramas de alojamiento alternativo*
 - Pisos y pensiones tuteladas
 - Mini-residencias
 - *Subprogramas de apoyo coyuntural y tiempo libre*

La experiencia de intervención familiar que nos ocupa ha sido puesta en marcha desde dos enclaves concretos del PIRP, y su implantación ha tenido lugar en dos tiempos bien diferenciados. En un primer tramo, de carácter piloto, la experiencia se desarrolló exclusivamente en los centros de rehabilitación psicosocial, integrados como ya se ha dicho en la segunda línea del PIRP. En el siguiente tramo, de generalización o diseminación propiamente dicha, la experiencia se extendió a la primera línea o de seguimiento en la comunidad, con asiento en las unidades de salud mental.

2. *Objetivos*

A diferencia de lo que tiende a ser la norma en otras comunidades o áreas de salud, se ha perseguido un desarrollo plenamente integrado y homogéneo de la intervención familiar a todo lo ancho del área de salud, de modo que no quede circunscrita a las actividades de un equipo más o menos liberado -y menos aún concertado- para tales funciones. En lugar de considerar la intervención familiar como una práctica deseable pero aleatoria en el tratamiento de la esquizofrenia, el objetivo es que llegue a establecerse como:

- un componente insustituible de dicho tratamiento
- una prestación permanente, generalizada y con las siguientes garantías:
 - a) disponible por igual para todos los usuarios de la red de salud mental
 - b) integrada en los servicios de dicha red
 - c) a cargo de los mismos equipos que se ocupan del resto del tratamiento
 - d) suficiente para asegurar, en condiciones apropiadas, una alianza estable y de largo alcance entre familia y profesionales
 - e) indisoluble del conjunto de la rehabilitación psicosocial

De este modo se ha pretendido alcanzar, en su grado máximo, los objetivos de diseminación que se postulan para este tipo de programas.

3. Metodología

A. MODELO A IMPLANTAR

Describimos a continuación el PACFE tal y como se viene desarrollando desde el inicio de la experiencia, en la etapa de diseño desarrollada en los CCDDRRPP, señalando en su caso las escasas modificaciones introducidas con posterioridad.

A.1. Fase de preselección de familias

Se incluyen en el programa familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, siguiendo los criterios establecidos por Dixon et al., 2000 (19):

- grado de interés de la familia (basta con un miembro interesado, sin contar al propio paciente)
- extensión y calidad de su implicación (tras trabajo previo por parte del equipo)
- evidencia de objetivos que puedan ser compartidos por los clínicos, el paciente y algunos familiares
- certeza de que uno y otros eligen el PACFE frente a otras posibles alternativas

A.2. Fase de conexión-evaluación

Persigue los siguientes objetivos:

- Evaluar las dimensiones que conciernen al programa: magnitud de la disfunción, repercusión familiar, capacidad de contención y de evolución a largo plazo...
- Establecer la línea base para la evaluación del proceso.
- Transmitir la importancia de la colaboración familiar.
- Introducir el encuadre adecuado para la intervención.
- Neutralizar algunas representaciones inculporias.

Esta fase es de duración variable, y su implementación tiene lugar sobre la base de planificar adecuadamente y reorientar los contenidos de las agendas habituales de los servicios.



A.3. Fase de intervención propiamente dicha

Comprende intervenciones multifamiliares sistemáticas e intervenciones unifamiliares selectivas. Estas últimas sólo tienen lugar excepcionalmente, tras la detección y delimitación de una dificultad muy concreta e imposible de abordar en el contexto multifamiliar.

En cuanto a la intervención multifamiliar, sus condiciones son:

- 5 a 8 familias por grupo, sin incluir al paciente.
- Grupos cerrados en cuanto a unidades familiares, aunque no en cuanto a los miembros de cada unidad.
- Entre 1,5 y 2 años de duración.
- Trabajo individual simultáneo con los pacientes.

El esquema de la intervención es en dos módulos sucesivos:

A.3.1. *Módulo psicoeducativo*

Objetivos:

- mejorar la información sobre la enfermedad
- ofrecer cauces adecuados para la elaboración emocional
- establecer las pautas generales de actuación para la resolución de problemas

Estructura general:

- 1 sesión semanal (2 horas) durante 6-8 semanas.
- mínimo de 2 profesionales por sesión (más el supervisor, si alguno de ellos está en formación). Una vez realizado el curso teórico-práctico, cada profesional cuenta con al menos un año de supervisión.
- evaluación conjunta de cada sesión (1/2 hora).

Medios y equipamiento:

Cada sesión del módulo psicoeducativo cuenta con el correspondiente apoyo de imágenes, pensadas para facilitar la participación activa de todos los asistentes. Los autores del artículo elaboraron un amplio material de apoyo, del que han ido seleccionando un total de 93 unidades, en soporte informático para presentación audiovisual. Este material aparece incluido en una publicación próxima a editarse (20).

La infraestructura que consideramos indispensable:

- Sala de reuniones con espacio suficiente para la disposición semicircular de entre 15 y 20 asistentes.
- Ordenador y cañón de proyecciones, o bien proyector de transparencias.
- Pizarra para anotaciones.

Estructura de las sesiones:

- 1º. Socialización previa
- 2º. Descripción de objetivos de la sesión y repaso de la sesión anterior
- 3º. Desarrollo de los contenidos de la sesión
- 4º. Socialización final

Contenido de las sesiones:

- 1ª Sesión: ¿Qué es la Esquizofrenia?
- 2ª Sesión: ¿Cuáles son las causas de la Esquizofrenia?
- 3ª Sesión: ¿Qué hacer frente a la Esquizofrenia?: Los recursos terapéuticos.
- 4ª Sesión: ¿Qué hacer frente a la Esquizofrenia?: La participación de la familia.
- 5ª Sesión: Lo que la familia puede hacer por ayudar al paciente.
- 6ª Sesión: Recapitulación. Perspectivas de futuro. Discusión final.

Alguna de las sesiones podría requerir, según las características del grupo, un desarrollo en dos jornadas.

A.3.2. *Módulo de ayuda a la recuperación y resolución de problemas*

Objetivos:

- ayuda a la resolución de problemas cotidianos
- mejora de la comunicación familiar (escuchar a los demás, respetar el turno de palabra, expresar ordenadamente las opiniones, clarificar los mensajes...)
- elaboración del duelo y aceptación de la enfermedad
- establecimiento y/o potenciación de las redes de apoyo

Estructura general:

Aunque la hemos variado ligeramente a lo largo del tiempo, su conformación actual es la siguiente:

- Primer año: una sesión mensual de 2 horas (10-12 al año).
- Segundo año: una sesión trimestral de 2 horas (4 al año).

Medios y equipamiento:

- Sala de reuniones con espacio suficiente para la disposición circular de entre 15 y 20 asistentes.
- Pizarra para anotaciones.
- Eventualmente pudiera hacerse necesario el repaso con proyector.

Estructura de las sesiones:

- 1º Socialización previa



- 2º Revisión sesión anterior
- 3º Ronda de problemas
- 4º Selección de un problema concreto
- 5º Ronda de propuestas
- 6º Selección de las propuestas más adecuadas para el problema elegido
- 7º Implementación de la propuesta seleccionada
- 8º Socialización final

Planificación y evaluación de sesiones:

- *Planificación previa:* Repaso del desarrollo y de los acuerdos de la última sesión. Análisis de conjunto y por familias. Discusión de los acontecimientos relevantes durante el intervalo.
- *Evaluación posterior:* Análisis de las anotaciones recogidas sobre las intervenciones *a)* de los profesionales y *b)* de los familiares. Valoración crítica de las primeras. Discusión sobre la marcha del grupo y de las distintas familias. (Durante la etapa de diseño del PACFE este análisis se hizo de forma muy minuciosa, con revisión de grabaciones y registro sistemático de una serie de parámetros).

En el curso de este módulo puede considerarse la posibilidad de una intervención unifamiliar. Esta debe ser discutida e incluso planificada en el contexto del grupo multifamiliar y, como ya se ha dicho, debe centrarse en la resolución de un problema bien definido y delimitado. Las intervenciones unifamiliares incluyen al paciente y se desarrollan según el esquema clásico de resolución de problemas, con sesiones semanales o quincenales de 1,5 horas. La metodología de trabajo de estas sesiones ha sido expuesta en otra parte (20).

B. CRONOLOGÍA DE LA DISEMINACIÓN

Contando con la ventaja del armazón proporcionado por el PIRP, en el que todos los equipos de la red están implicados, los autores de este artículo decidieron iniciar una experiencia de diseminación progresiva de la intervención familiar en la esquizofrenia, para desarrollar a partir de ahí un programa estable de ámbito insular. Las etapas de dicha experiencia habían de desarrollarse de forma imbricada (sin que ninguna se interrumpiese por el inicio de la siguiente), tal como se muestra en el Gráfico 1 y se describe a continuación.

GRÁFICO 1
 HITOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PACFE

ÁMBITO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>CCDDRRPP</i>		DISEÑO			DESARROLLO RESTRINGIDO		
<i>ÁREA DE SALUD</i>		INFORMACIÓN, CONSULTA Y SENSIBILIZACIÓN					
<i>RED DE SALUD MENTAL</i>					FORMACIÓN		
<i>UUSSMM</i>					DISEMINACIÓN 1ª FASE		

B.1. Diseño y desarrollo restringido del programa

En septiembre de 1998, tras la apertura de los primeros CCDDRRPP, los autores de este trabajo iniciaron en dichos centros los trabajos preliminares del PACFE, con la metodología que se describe arriba. Aunque se pretendía dar respuesta a una exigencia de la propia programación de los CCDDRRPP, el incipiente desarrollo del PIRP y la implicación en el mismo de los equipos básicos de salud mental permitieron concebir aquel trabajo como una experiencia piloto para la ulterior generalización del procedimiento a toda el área de salud. Con posterioridad, e independientemente de su diseminación a través de las UUSSMM, el PACFE se sigue desarrollando de forma simultánea, complementaria e integrada en los CCDDRRPP.

B.2. Información, consulta y sensibilización

A partir de enero de 1999, el proyecto de diseminación de la experiencia es expuesto de forma sistemática a los profesionales de la red, y de modo especial a jefes de servicio y coordinadores de las UUSSMM. El objetivo de estos contactos es distribuir información sobre los programas de intervención familiar, intercambiar criterios sobre la viabilidad del proyecto y acordar el desarrollo de las subsiguientes fases. De este modo se procede a elaborar conjuntamente un calendario de formación, con una oferta que posibilite la inclusión de profesionales pertenecientes a todos los equipos de salud mental. Esta fase se prolonga formalmente hasta dos años después de iniciada la siguiente, culminando con la presentación del programa en jornadas abiertas a todo el personal sanitario (Hospital Doctor Negrín, junio de 2001) y con una ponencia en las II Jornadas Internacionales de Actualización Psiquiátrica (Hospital Insular, noviembre de 2001). Con posterioridad a esa fecha, la implantación del modelo de intervención familiar ha sido objeto de numerosas reuniones de trabajo con los equipos de las UUSSMM.

B.3. Formación

- a) Los autores del artículo han desarrollado desde octubre de 1999 hasta la fecha una actividad formativa permanente sobre intervención familiar en la esquizofrenia, dirigida a profesionales de diferentes áreas de salud (psicólogos, psiquiatras, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales). En la isla de Gran Canaria se han impartido hasta ahora cuatro cursos teórico-prácticos, partiendo de un módulo común de 60 horas de duración. Como requisito previo a la implantación del programa se desarrollaron tres cursos:

- para enfermeros psiquiátricos, en el último trimestre de 1999;
- para trabajadores sociales, entre el primero y el segundo trimestre de 2000;
- para psiquiatras y psicólogos, entre el segundo y tercer trimestre de 2000.

Estos cursos, altamente interactivos, permitieron contar en principio con un número de 57 profesionales debidamente entrenados para iniciar el proceso de implantación en las UUSSMM. Sin embargo, tal como expusimos en la Introducción y se podrá constatar en el siguiente epígrafe, no es sólo el número y la motivación de los profesionales lo que garantiza la diseminación de estos programas.

La experiencia acumulada nos inclina hoy a obviar el sesgo uniprofesional en la orientación de los cursos. Por eso el cuarto, impartido a 30 profesionales en el último trimestre de 2002, incorporó enfermeros psiquiátricos, psicólogos, psiquiatras y profesionales en formación. El material didáctico del módulo formativo se ha pulido y perfilado con el tiempo, constituyendo la base de diversos cursos y talleres desarrollados en otras áreas y comunidades (a destacar los cursos desarrollados en distintas áreas de salud de la Comunidad Canaria, organizados por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, y el programado conjuntamente por la Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y el Centro Regional de Salud Pública de Castilla-La Mancha).

- b) La continuidad de la formación, que constituye a nuestro juicio un aspecto fundamental del programa, no se limita a introducir esta formación básica en las rutinas de los servicios. Todas las intervenciones uni o multifamiliares de las UUSSMM han sido supervisadas directa y sistemáticamente por uno de nosotros.

B.4. Diseminación

En marzo de 2001 se procede a la evaluación de las primeras familias en las unidades de salud mental. A partir de ahí, y con la supervisión aludida, se ha implantado paulatinamente el programa en 7 de las 8 unidades de salud mental: Canalejas, Ciudad Alta, Lasso, Puerto, Telde, Triana y Vecindario. En el momento de redactar este artículo se han terminado de obviar los impedimentos circunstanciales que impedían su desarrollo en una de dichas unidades, la de Bañaderos. Tales circunstancias

merecerían ser analizadas con más detenimiento en otro lugar. Aunque en principio cabe hablar de imponderables (coincidencia de bajas laborales prolongadas), se impone también otro tipo de evidencias, como es la del escaso impacto de este tipo de programas en la política de recursos humanos de las gerencias de atención especializada.

Sea como fuere, confiamos en que a finales de 2004 el PACFE se habrá implantado con carácter pleno en toda el área de salud, y que su desarrollo contará definitivamente con dos vertientes integradas y complementarias: la de los centros de día de rehabilitación psicosocial y la de las unidades de salud mental.

En años sucesivos pretendemos extender la práctica de la intervención familiar en la esquizofrenia a otros dispositivos de la red de salud mental de Gran Canaria: unidades de internamiento breve, unidades de estancias intermedias y unidades de rehabilitación de área. Sin embargo, la base de la diseminación ya se habrá establecido en esta primera fase, con 201 familias evaluadas para el programa de las que 170 se han incorporado al mismo y 152 lo han finalizado o están en vías de finalizarlo. Los datos correspondientes pueden consultarse en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2

EL PACFE EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL: INICIO DE LA DISEMINACIÓN	
FAMILIAS PRESELECCIONADAS	130
FAMILIAS QUE SUPERARON LA FASE DE CONEXIÓN-EVALUACIÓN	124
FAMILIAS QUE INICIARON EL MÓDULO PSICOEDUCATIVO	99
FAMILIAS QUE ABANDONARON DURANTE O DESPUÉS DEL MÓDULO PSICOEDUCATIVO	8
FAMILIAS QUE HAN CONTINUADO EN EL PROGRAMA	91
<i>QUE LO FINALIZARON</i>	42
<i>QUE ESTÁN POR FINALIZARLO</i>	49
MEDIA DE FAMILIAS POR GRUPO	5,9
MEDIA DE MIEMBROS QUE PARTICIPÓ POR FAMILIA	1,35
FAMILIAS PENDIENTES DE INICIAR EL PROGRAMA A CORTO PLAZO (2º semestre 2004)	19
FAMILIAS PENDIENTES DE INICIAR EL PROGRAMA A MEDIO PLAZO (1º semestre 2005)	25

Tabla 3

EL PACFE EN LOS CENTROS DE DÍA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	
FAMILIAS QUE INICIARON EL PROGRAMA	71
FAMILIAS QUE FINALIZARON EL PROGRAMA	61
FAMILIAS QUE ABANDONARON	10
NÚMERO DE GRUPOS	12
MEDIA DE FAMILIARES POR GRUPO	5,9

■ CONCLUSIONES

La diseminación e implantación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia en Gran Canaria ha sido el fruto de varios factores: en su inicio fue fundamental la firme convicción y el apoyo de la dirección del PIRP, junto con un grupo de profesionales interesados en llevarlo a cabo. Este grupo inicial adaptó a la realidad local otros modelos existentes y puso en práctica un programa de intervención, que fue modificándose según los resultados de la experiencia. Posteriormente se formó a otros profesionales en la aplicación de la intervención. En su diseminación por la red de salud mental también ha sido determinante el apoyo y supervisión por parte de uno de nosotros a los profesionales que iniciaban esta intervención.

Desde nuestra experiencia podemos resumir las condiciones para la implantación de programas de intervención familiar en las siguientes:

- Implicar a instancias directivas
- Constituir un grupo de profesionales motivados
- Desarrollar una formación extensa
- Apoyar y supervisar tras la formación
- Adaptar el programa a la realidad asistencial y cultural
- Responsabilizar a una persona del desarrollo del programa

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Chicharro, F., Uriarte, J.J., «*Gestión clínica y Rehabilitación Psicosocial. Los nuevos modelos de gestión y la asistencia a la enfermedad mental severa*», en Gisbert, C. (coordinadora), Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003, pp. 231-273.
2. Ganju, V., «Implementation of Evidence-Based Practices in State Mental Health Systems: Implications for Research and Effectiveness Studies». *Schizophr Bull*, 2003, 29 (1), pp. 125-131.
3. Mari, J.J. ; Streiner, D, *The effects of family intervention for those with schizophrenia, 1996*, Cochrane Database Syst Rev (3).
4. Penn L. D.; Mueser K.T., «Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia», *Am J Psychiatr*, 1996, 153, pp. 607- 617.
5. Frances, A.; Docherty, J.P.; Khan, D.A. «Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Schizophrenia», *Journal of Clinical Psychiatry*, 1996, 57 (suppl 12B), pp. 1- 58.
6. American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia*, Washington, DC, APA, 1997.
7. Lehman, A.F; Steinwachs, D.M., «At Issue: Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations», *Schizophr Bull*, 1998, 24 (1), pp.1-10.
8. Leff, J, «Family work for schizophrenia: practical application». *Acta Psychiatr Scand*, 2000, 102 (suppl. 407), pp. 78-82.

9. Selwood, W., «Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up», *Acta Psychiatr Scand*, 2001, 104, pp. 346-355.
10. Dixon, L., y otros, «Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities», *Psychiatr Serv*, 2001, 52, pp. 903-910.
11. Ameson, C.S.; Liberman, R.P, «Rehab Rounds: Dissemination of Educational Classes for Families of Adults With Schizophrenia», *Psychiatr Serv*, 2001, 52, pp. 589-592.
12. McFarlane, W. R., y otros, «Predictors of Dissemination of Family Psychoeducation in Community Mental Health Centers in Maine and Illinois», *Psychiatr Serv*, 2001, 52, pp. 935-943.
13. McFarlane W.R., «From research to clinical practice: dissemination of New York State's family psychoeducation project». *Hosp Comm Psychiatry*, 1993, 44 (3): pp. 265- 270.
14. Mueser, K. T.; Fox, L., «Family-Friendly Services: A modest proposal», *Psychiatr Serv*, 2000, 51, pp.1452.
15. Anderson, C., Reiss, D.; Hogarty, G., *Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psicoeducación)*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988 .
16. McFarlane, W.R., y otros, «Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia», *Arch Gen Psychiatry*, 1995, 52, pp. 679-687.
17. McFarlane, W.R., *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*, New York, Guildford Press, 2002.
18. Kuipers, L., Leff, J. ; Lam, D., *Family work for schizophrenia; a practical guide*, London, Gaskell, 1992, 2002.
19. Dixon, L., y otros, «Update on family psychoeducation for schizophrenia», *Schizophr Bull*, 2000, 26 (1), pp. 5-20.
20. Touriño González, R.; Inglott Domínguez, R.; Baena Ruiz, E.; Fernández Fernández, J. *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia*. Barcelona, Glosa, 2004

Autores:

R. Inglott Domínguez. Psiquiatra

R. Touriño González. Psiquiatra

E. Baena Ruiz. Psicólogo

J. Fernández Fernández. Psicólogo

Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria

Correspondencia:

R. Inglott Domínguez. PIRP.

Hospital Juan Carlos I. Calle Real del Castillo 152. Las Palmas de Gran Canaria, 35014

ringdom@terra.es

ringdom@gobiernodecanarias.org