

**EFFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
DE INTERVENCION CON FAMILIARES CON PACIENTES MENTALES
ESQUIZOFRENICOS**

Mary K. Vidal O'Rourke, M.S., Psy. D.
José J. Cabiya Morales, Ph.D.

Hospital de Psiquiatría de Río Piedras, Puerto Rico
y el Centro Caribeño de Estudios Post-Graduados

The purpose of this study was to determine the effectiveness of a psychoeducational program of family intervention in the reduction of readmission rates to psychiatric care both at the inpatient and outpatient level. The sample consisted of twelve patients and families of the Psychiatric Hospital of Río Piedras, Puerto Rico. Analysis of variance with the scores obtained in the anxiety, hostility and depression scales of the Multiple Affective Adjective Check List (MAACL) were performed. It was found that relatives of the female patients in the experimental group scored higher in the hostility scale of the MAACL. The results showed a significant reduction in the rate of readmission to the hospital of the experimental group during the first three months. Yet there was no significant difference between the experimental group and the control group after six months.

Los desórdenes mentales tienen un efecto devastador, tanto en el paciente como en la familia. A través de los años, diferentes teorizantes han estudiado la relación entre la enfermedad mental y la dinámica familiar, pero ésta es relegada a un último lugar por la mayor parte de los profesionales de la salud. Y aún cuando se interviene con la familia, es esencialmente para obtener un historial del paciente, lo cual obvia por completo las necesidades de esa familia en ese momento. Además, muchos profesionales que trabajan con pacientes mentales buscan efectos causales entre la condición del paciente y la conducta familiar. Esto crea sentimientos de culpabilidad en los familiares lo que puede propiciar que éstos se tornen defensivos, resistentes o que se retiren del

proceso terapéutico. Por otra parte, con el cambio en la política pública de reintegrar los pacientes a la sociedad lo más rápido posible, la responsabilidad de cuidado primario ha caído sobre los familiares. Lamb, Hoffman y Oliphant (1976) exponen que en la mayoría de los casos los familiares se encuentran desprovistos de las destrezas necesarias para manejar efectivamente la condición que presenta el paciente. A finales de los '70 y principios de los '80, se comienza a ver la importancia de integrar a la familia del paciente en el tratamiento de éste. Se ve un movimiento hacia un modelo psicoeducativo donde se educa a la familia sobre la condición mental y el tratamiento del paciente. Boyd, McGill y Falloon (1981), Goldstein (1984),

McFarlane (1983) y Anderson (1983), utilizaron modelos psicoeducativos en terapia familiar donde entrenan a los familiares y pacientes en las destrezas necesarias para el manejo del paciente en el hogar.

El programa de Anderson, Reiss y Hogarty (1986) va dirigido a reducir las probabilidades de readmisión del paciente esquizofrénico. Las metas del programa son aumentar el conocimiento de la condición mental y del tratamiento a llevarse a cabo, aumentar la estabilidad del ambiente familiar, reducir la ansiedad de los miembros de la familia y aumentar la habilidad de reaccionar de manera constructiva al paciente. Además, se espera que reduzcan las demandas que la familia ejerce sobre el paciente y se reduzca la posibilidad de sobre-estimulación producida por comunicaciones emocionalmente cargadas. A los familiares se les enseñan destrezas para el manejo de los síntomas de la condición del paciente. Se busca, también, crear una alianza terapéutica que promueve una relación de trabajo con el paciente y la familia. El modelo psicoeducativo intenta disminuir la vulnerabilidad, mejorar el funcionamiento cognitivo, aumentar la motivación del paciente al uso de farmacoterapia y reducir la ansiedad de la familia sobre la condición mental del paciente.

El presente estudio fue dirigido a evaluar la efectividad del programa diseñado por Anderson y sus colaboradores con pacientes esquizofrénicos puertorriqueños. El programa fue adaptado al nivel sociocultural de la población que utiliza los servicios de Salud Mental del gobierno de Puerto Rico. Se utilizó un lenguaje sencillo en la presentación de la información. Se ofrecieron sesiones psicoeducativas previas a familiares no participantes para evaluar la comprensión del material a través de una hoja evaluativa. Además se estableció un ambiente de aceptación, apoyo y cordialidad. Por otra parte, se les permitió expresar sus sentimientos sobre la condición del paciente e intercambiar experien-

cias con los otros familiares.

Método

Sujetos: Se seleccionaron 12 pacientes del Hospital de Psiquiatría de Río Piedras y sus familiares para la investigación. Al seleccionar el tamaño de la muestra, se tomó en consideración el factor de elementos prácticos de disponibilidad. Esto es, la cantidad de participantes que cualificaban para el estudio a base de los criterios establecidos. Se utilizó el método de muestreo por cuota Sellitz (1965). Este método requiere que, de antemano, se establezcan las características deseadas y el tamaño de la muestra. Luego, los sujetos que cualifican se asignan por orden de llegada a los dos grupos establecidos hasta llenar la cuota.

Criterios de selección: Los participantes cumplieron los siguientes criterios para participar en el estudio.

- a) El paciente deberá estar de acuerdo en participar en la investigación.
- b) El diagnóstico de esquizofrenia deberá estar de acuerdo a los criterios del DSM-III. Dicho diagnóstico deberá ser consistente con el historial de tratamiento del paciente.
- c) Ausencia de retardación mental, abuso de sustancias controladas, alcoholismo y daño cerebral orgánico.
- d) No haber sido hospitalizado más de seis veces en un hospital psiquiátrico.
- e) Consentimiento de los familiares del paciente en participar en los talleres y en las sesiones familiares que se ofreciera.
- f) Ser referidos por el psiquiatra de la Sala.

Grupos experimentales: El grupo clínico estuvo formado por los pacientes y sus familiares. El grupo control, a su vez, consistió de seis pacientes y sus familiares. Cada grupo estuvo

balanceado en cuanto a sexo. Los pacientes y sus familiares fueron asignados a los grupos en la medida que fueron admitidos a la Sala de Emergencia y cumplían con los criterios de selección.

Instrumento para medir las variables dependientes: Se utilizó el Listado de Cotejos de Adjetivos de Afectos Múltiples que es una traducción del "Multiple Affect Adjective Check List" (MAACL) desarrollado por Marvin Zuckerman y Bernard Lubin (1965). El MAACL fue diseñado con el propósito de promover una prueba auto administrable que pudiera proveer medidas válidas de tres efectos negativos que son clínicamente relevantes. El instrumento contiene tres escalas que miden tres efectos negativos que son: la ansiedad, la depresión y la hostilidad. Estas escalas fueron administradas por el investigador a los familiares antes de comenzar el programa y al ser dado de alta del hospital. Además, se usó el reingreso del paciente en estado de crisis a un hospital o Centro de Salud Mental dentro de un período de tres y seis meses luego de haberse dado de alta para evaluar la efectividad del programa. Se definió estado de crisis en términos de: agresividad, alucinaciones, delirios marcados que le impidan funcionar en la comunidad, intentos suicidas u homicidas y conducta psicótica.

Tratamiento: El tratamiento que se implementó consistió en un programa psicoeducativo de intervención familiar. El programa consistió de dos talleres que fueron dirigidos a ofrecer información sobre la condición mental del paciente. Véase Tabla I. Luego de los talleres se ofrecieron intervenciones a los familiares y pacientes en conjunto. En las intervenciones en conjunto se coordinaron rutinas diarias, tareas y responsabilidades asignadas al paciente. Además se utilizaron estrategias de la terapia de familia de Minuchin (1974). Se utilizó este modelo ya que éste puede complementarse al modelo psicoeducativo de Anderson. Minuchin (1974) visualiza la familia como un grupo natural que a través del

tiempo ha desarrollado unos patrones transaccionales. Estos patrones forman la estructura de la familia, gobiernan el funcionamiento de la misma, facilitan su interacción y delinear su conducta. Este modelo entonces nos permite evaluar la estructura familiar, las fronteras, los subsistemas y transacciones que ocurren en una familia. Las técnicas utilizadas fueron: reactivación de patrones transaccionales; recrear canales de comunicación; delinear fronteras; y asignación de tareas. Por otra parte, el modelo Anderson propone establecer una alianza con la familia; brindar sostén a la familia, evaluación de la crisis, evaluación de la reacción de la familia a la condición del paciente y al tratamiento, y evaluación de la familia y sus necesidades.

Estas sesiones se ofrecieron dos veces por semana durante la hospitalización del paciente. Una vez el paciente fue dado de alta las sesiones se ofrecieron bisemanalmente por espacio de dos meses. Tanto el grupo experimental o clínico como el grupo control recibieron farmacoterapia durante el transcurso de la investigación. Ambos grupos fueron referidos al Centro de Salud Mental que les correspondía al ser dados de alta del hospital.

Procedimiento para recolección de datos de readmisión: Se diseñó una planilla para anotar el reingreso del paciente a un Hospital Psiquiátrico o Centro de Salud Mental. En esta planilla se anotó la naturaleza de la crisis y el tratamiento ofrecido.

Diseño de Investigación: En la presente investigación se utilizaron dos grupos independientes: un grupo experimental y un grupo control. Los pacientes fueron asignados al azar a uno de los grupos según fueron admitidos al hospital. El diseño experimental fue el de pre-prueba y post-prueba, grupo control (Campbell y Stanley, 1963). La variable independiente se definió operacionalmente como el programa psicoedu-

Tabla 1
Esquema del Taller

Primera Sesión

1. Introducción y explicación del propósito del taller
2. La enfermedad mental y su significado para la familia
3. Enfermedad Mental: ¿Qué es?
 - a. Esquizofrenia
 - b. Desórdenes Afectivos
 - c. Historia y Epidemiología
4. Tratamiento de las enfermedades mentales
 - a. Medicación
 - b. Terapia Electroconvulsiva
 - c. Psicoterapias
 - d. Otras terapias

Segunda Sesión

1. La familia y la enfermedad mental
 - a. Necesidades del paciente
 - b. Necesidades de la familia
 - c. Reacción de la familia a la enfermedad
 2. Problemas comunes que enfrenta el paciente y la familia
 3. Qué puede hacer la familia para ayudar
 - a. Crear un ambiente familiar de bajo nivel de estrés
 - b. Revisar expectativas
 - c. Crear barreras a la sobreestimulación
 - d. Poner límites
 - e. Ignorar conductas selectivamente
 - f. Mantener comunicación simple
 - g. Apoyar programa de medicación
 - h. Normalizar rutina familiar
 - i. Reconocer signos de necesidad de ayuda
 4. Manejo de conducta del paciente
-

cativo de intervención familiar. La variable dependiente se definió operacionalmente como el reingreso del paciente a un hospital o Centro de Salud Mental y las puntuaciones obtenidas en el MAACL.

Resultados

Se realizó una Prueba Fisher con el número de readmisiones luego de tres meses de terminado el tratamiento. La prueba demostró que hubo una tendencia significativa a que el número de readmisiones en el grupo experimental reflejara un número menor de readmisiones que el grupo control, $\phi = .77$, $p > .10$. Específicamente, el número de readmisiones en el grupo experimental luego de tres meses fue de cero mientras que en el grupo control fue de tres.

Más aún, el número de crisis psiquiátricas reportadas por los familiares fue de cero en el grupo experimental y dos en el grupo control.

La Tabla 2 presenta el número de readmisiones y crisis al cabo de seis meses luego del alta. La prueba de Fisher no demostró diferencias significativas entre el número de recaídas del grupo control y del grupo experimental.

Los análisis de varianza realizados con las puntuaciones en las escalas de ansiedad, depresión y hostilidad para los dos grupos antes y después del tratamiento no fueron significativas. No obstante, se realizaron análisis de varianza post-hoc con las puntuaciones de cada una de las escalas del MAACL y tomando las variables de sexo (masculino y femenino) y grupo (control y experimental) como variables independientes. El único análisis de varianza post-hoc significativo que se encontró fue el que contrastaba las puntuaciones en la escala de hostilidad del MAACL.

Tabla 2

Pacientes readmitidos al hospital y pacientes en crisis en Centro de Salud Mental luego de tres meses de haberse dado de alta

Grupo	Readmisión	Crisis
Control	3	2
Experimental	0	0

Tabla 3

Pacientes readmitidos al hospital y pacientes en crisis en Centro de Salud Mental luego de seis meses de haberse dado de alta

Grupo	Readmisión	Crisis
Control	3	2
Experimental	0	3

El análisis de varianza con las puntuaciones en la escala de hostilidad reflejó efectos principales significativos para la variable sexo $F(1, 12) = 5.813, p > .05$. Véase Tabla 4.

Discusión

Los resultados de esta investigación demuestran una tendencia significativa a una reducción en la tasa de readmisión durante los primeros tres meses como resultado del programa psicoeducativo. El efecto del programa psicoeducativo de intervención familiar en la reducción de la tasa de readmisiones podría atribuirse a la orientación recibida por los familiares. Boyd, McGill y Falloon (1981) postulan que las sesiones educativas sobre la naturaleza de la enfermedad y de la farmacoterapia son intervenciones efectivas por sí solas. Ellos entienden que el aumento en conocimiento produce un aumento en el uso de farmacoterapia.

No obstante, dado que estas variables no fueron controladas de forma experimental es necesario que estudios futuros investiguen más directamente el efecto de estas variables en la tasa de readmisión.

Por otra parte, la orientación del programa psicoeducativo fue dirigida al manejo del paciente, la reducción del nivel de estrés en el ambiente familiar y aumentar la capacidad para discriminar las señales de peligro que indiquen posible deterioro en la conducta del paciente. Estos resultados, además, son consistentes con estudios anteriores que han demostrado la reducción de tasas de readmisiones cuando se combinan la farmacoterapia con la intervención familiar (Goldstein, Rodnic, Evans, May y Steinberg, 1978; Hogarty y colaboradores, 1979; Hogarty y colaboradores, 1986; Vaughn y Leff, 1976).

Los resultados de este estudio señalaron que

Tabla 4
Puntuaciones obtenidas en la Escala de Hostilidad del MAACL

Participantes	Pre-prueba	Post-Prueba
Grupo Control		
Masculino		
1	9	4
2	4	3
3	2	3
Femenino		
4	3	5
5	16	15
6	3	8
Grupo Experimental		
Masculino		
1	6	2
2	9	6
3	11	5
Femenino		
4	6	4
5	16	23
6	10	14

Tabla 5

Análisis de Varianza de los efectos de las variables sexo y grupo sobre la hostilidad de los familiares reflejado en los resultados del MAACL.

Fuente de Variación	**SC	ql	***MSC	F
SC Total	448.667	11	40.778	
SC eg	206.000	3	68.667	2.64
SC A	176.333	1	176.333	5.813*
SC B	21.333	1	21.333	.703
SC AB	8.333	1	8.333	.275
SC ig	242.667	8	30.333	

Nota:

* $p > .05$

**SC = Suma de Cuadrados

***MSC = Promedio de Suma de Cuadrados

en el grupo experimental no se informó ninguna crisis en los Centros de Salud Mental al cabo de tres meses. Sin embargo, en el grupo control se informaron dos crisis. Aunque estadísticamente la diferencia no fue significativa, esta podría considerarse clínicamente notable.

Por otro lado, los análisis no demostraron diferencias significativas entre los grupos experimental y control al cabo de seis meses. Entendemos que esto se pudo deber a que, al no continuar la intervención familiar con los familiares del grupo experimental, las ganancias obtenidas originalmente se hayan perdido al cabo de seis meses. Por tanto, estos resultados sugieren que los efectos del programa de intervención familiar podrían ser limitados y que probablemente sea necesario extender el número de sesiones familiares para mantener y solidificar las ganancias que obtengan los participantes del mismo.

El único análisis post-hoc significativo de los que se realizaron reflejó una diferencia entre las

puntuaciones de la escala de hostilidad de los familiares de pacientes masculinos y las puntuaciones de familiares de pacientes femeninos. Se observó que las puntuaciones de los familiares de pacientes femeninos eran más altas que las puntuaciones de familiares de pacientes masculinos. Estos hallazgos parecen ser consistentes con los resultados del estudio de Rogler y Hollingshead (1965) donde señalan que hay una relación entre el rol del sexo de la persona que se enferma y la solidaridad, armonía y estabilidad de la familia.

Los resultados de esta investigación deben interpretarse con cuidado debido a que la muestra utilizada fue pequeña. Sospechamos que una muestra tan limitada en tamaño podría afectar los resultados del estudio considerablemente. Sería interesante efectuar esta investigación con una muestra más amplia para definir con más claridad la efectividad de un modelo de intervención psicoeducativa.

Se recomienda que se hagan otros estudios donde se controlen variables como dosis y tipos de medicamentos utilizados por los pacientes. En esta investigación los pacientes tenían diferentes medicamentos, lo que pudo haber influenciado los resultados.

Por otra parte, en esta investigación no fue posible determinar si factores no específicos (Kazdin, 1986) como el factor "atención" prestada a los pacientes y familiares del grupo experimental afectó los resultados obtenidos. Estos factores no específicos se refieren a las características de la psicoterapia tales como: que el paciente asista a sesiones en un ambiente terapéutico; proveerle un resumen del problema y cómo este tratamiento puede disminuir su problemática; envolviendo al paciente en actividades con fines terapéuticos (Kazdin, 1986). En esta investigación el diseño que se utilizó no proveyó para controlar la cantidad de atención prestada a los familiares y a los pacientes del grupo experimental. Sin embargo, es de suma importancia utilizar un diseño que provea para el control de los factores no específicos ya que éstos pueden influenciar los resultados obtenidos.

Asimismo, se considera que se debe utilizar un instrumento que sea más efectivo en medir las emociones de los familiares en relación a la condición del paciente. Recomendamos esto ya que el MAACL tiende a medir los estados emocionales de la persona en el momento en que se administre la escala. Por lo que pensamos que otros factores pueden estar afectando los resultados obtenidos en la escala de ansiedad, hostilidad y depresión.

También, debemos mencionar que se intentó modificar el modelo de intervención psicoeducativo de Anderson (1986) para que se ajustara a la preparación académica de los familiares participantes. No obstante, no se constató empíricamente si el material correspondía a su nivel educativo, lo que representa una limitación

de este estudio. Del mismo modo no se constató empíricamente si el MAACL estuvo al nivel educativo de los participantes.

Se recomienda se hagan estudios relacionados al nivel de expresión emocional de los familiares hacia los pacientes esquizofrénicos. Se deben estudiar factores culturales que puedan ser relevantes a la expresión emocional. Además, sería importante auscultar la efectividad del índice de la expresión emocional de los familiares en predecir la recaída del paciente. Por otra parte, se debe explorar la posibilidad de que el indicador de expresión emocional es en realidad un indicador efectivo de las relaciones familiares. Finalmente se deben estudiar factores culturales que puedan ser relevantes a un programa psicoeducativo de intervención familiar en Puerto Rico.

Referencias

- Anderson, C.M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with Schizophrenia. En W. McFarlane (Ed.). Family therapy in Schizophrenia (pp. 99-116). New York: The Guilford Press.
- Anderson, C.M., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). Schizophrenia and the family. New York: The Guilford Press.
- Boyd, J., McGill, C., & Falloon, I.R. (1981). Family participation in the community rehabilitation of schizophrenics. Hospital and Community Psychiatry, 32(9), 629-632.
- Campbell, D.T., & Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago: Rand McNally College Publishing Co.
- Goldstein, M.J. (1984). Family intervention programs. En A.S. Bellack (Ed.). Schizophrenia: Treatment, management and reha-

- bilitation. Orlando, Florida: Grune & Stratton.
- Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P.R., & Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 35(10), 1169-1177.
- Hogarty, G.E., Schooler, N.R., Ulrich, R.F., Mussare, F., Herron, E., & Ferro, P. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients: Relapse analysis of a two year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. Archives of General Psychiatry, 36, 1238-1294.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Javne, C.D., & Madonia, M.J. (1986). Family psychoeducation social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of Schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 43, 633-642.
- Kazdin, A.E. (1986). The evaluation of Psychotherapy: Research design and methodology. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Ed.) Handbook of Psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp. 23-68). New York: Wiley.
- Lamb, H.R., Hoffman, F., & Oliphant, E. (1976). No place for schizophrenics: The unwelcome consumer speaks out. Psychiatric Annals, 6(12), 688-692.
- Leff, J.P., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenics patients: Two-year follow-up. British Journal of Psychiatry, 146, 594-600.
- McFarlane, W.R. (Ed.). (1983). Family Therapy in Schizophrenia. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge: Harvard Press.
- Rogler, L.H., & Hollingshead, A.B. (1965). Trapped: Families and Schizophrenia. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sellitz, C. (1965). Método de investigación en las relaciones sociales. Madrid: Ediciones Rialp, S.A.
- Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factor on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal of Social and Clinical Psychology, 129, 125-137.
- Vidal, M.K. (1988). Un enfoque psicoeducativo en la intervención con familiares de pacientes esquizofrénicos. Unpublished doctoral dissertation.
- Zuckerman, M., & Lubin, B. (1965). Manual for the Multiple Affect Adjective List. San Diego: Educational & Industrial Testing Service.