

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## PSICOEDUCACIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS) LA PAZ – BOLIVIA

### FAMILY PSYCHOEDUCATION AND INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS PSYCHIATRY HOSPITAL CNS

Dra. Denisse Claudia Jaen Varas\*, Dra. Libertad Pacheco Barrancos\*

Recibido: 02/02/2011

Aceptado: 08/03/2011

#### RESUMEN

**Objetivo:** Enseñar a las familias sobre la naturaleza de la enfermedad, síntomas, tratamiento o formas de actuación frente a ella.

**Material y métodos:** Participaron en este estudio 8 familias de pacientes esquizofrénicos del Hospital de Psiquiatría CNS. El programa consta de cuatro fases: de evaluación, psicoeducativa, de intervención individualizada y de seguimiento.

**Resultados:** El total de las familias participantes fueron ocho, que hacían un total de 12 personas, entre ellos los padres y algún hermano. El 75% de los participantes no se encontraban informados sobre el tema. Durante las entrevistas que se tenían con los familiares, en dónde se observaba y registraba tanto el lenguaje verbal como el no verbal; se obtuvo que un 90% de los familiares presentaban alta Expresión emocional.

**Conclusiones:** Las emociones que sobresalen son el autosacrificio, emotividad intensa, o pena por el enfermo. Con la Psicoeducación, se debe obtener la disminución del estrés y carga familiar y aumento de los conocimientos sobre la enfermedad.

**Palabras clave:** esquizofrenia, emoción expresada, psicoeducación.

#### ABSTRACT

*Objective: To teach to the families about the nature of the Schizophrenia Disorder, symptoms, treatment, or forms of action against it.*

---

\* Médicos psiquiatras. Hospital de Psiquiatría. Caja Nacional de Salud. La Paz Bolivia  
Responsable: Dra. Denisse Claudia Jaen Varas. E- mail: deni\_clau@hotmail.com

*Material and methods: Participated in this study 8 families of schizophrenic patients of Psychiatric Hospital CNS. The program consists of four phases: assessment, psychoeducation, individualized intervention and monitoring.*

*Results: A total of participating families were eight, which made a total of 12 people, including parents and some brother. 75% of participants were not informed about the matter. During the interviews were with the relatives, observed and recorded both the verbal language as the non-verbal one, and it was obtained a 90 percent of the relatives showed high Emotional Expressed.*

*Conclusions: The emotions that stand out are the self-sacrifice, intense emotion or sadness for the patient. With the Psychoeducational approach must be obtained reducing stress, family burden and increased the knowledge about the Schizophrenia Disorder.*

*Key words: schizophrenia, expressed emotion, psychoeducation.*

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia debiera ser una prioridad sanitaria de primer orden debido a su alta frecuencia en relación otras enfermedades mentales.<sup>(1)</sup> Es una enfermedad multifactorial que merece también un tratamiento multifactorial (Obiols y Obiols, 1989), haciéndose necesario el uso combinado de fármacos y terapia psicosocial (Falloon, Hahlweg y Tarrier, 1990; Goldstein, 1989; Test y Stein, 1980).<sup>(2)</sup> La medicación neuroléptica es necesaria para controlar los síntomas positivos y, en parte, los negativos de la enfermedad, mientras que la intervención psicosocial aparece como indispensable para modificar los factores familiares desfavorables y contribuir en la prevención de recaídas (Hahlweg, Feinstein, Ursula y Dose, 1989).<sup>(2)</sup>

Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la Psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La Psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor

informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes.<sup>(2)</sup>

Entre los antecedentes de trabajos similares tenemos: El Estudio de Andalucía (Muela y Godoy, 2001) es un programa multicomponente para la prevención de recaídas en la esquizofrenia diseñado incluyendo en su estructura los principales componentes que la literatura informaba de alta eficacia en la prevención de recaídas (psicoeducación, grupos de autoapoyo, modificación del clima emocional familiar, entrenamiento en habilidades complejas, especialmente las de afrontamiento del estrés, y control de la adhesión al tratamiento farmacológico) y controlando en su aplicación las estrategias más eficaces. Es precisamente este programa que tomamos en cuenta en su gran mayoría para la realización del presente Trabajo de Investigación.<sup>(3)</sup>

La Emoción Expresada (EE) es un concepto que refleja la atmosfera emocional del ambiente en casa, conociéndose la comunicación de los familiares del enfermo esquizofrénico con este, y que podría caracterizarse por alguna (o todas) de los siguientes componentes: Criticismo, Hostilidad, Sobreimplicación emocional y Comentarios positivos.<sup>(4,5)</sup>

Por tal motivo nos planteamos la siguiente pregunta en el presente trabajo de investigación:

“¿La psicoeducación y la información sobre la enfermedad a los familiares de un paciente esquizofrénico es de gran ayuda como para entender, comprender y aceptar este trastorno y de esta manera disminuir la Emoción Expresada?”

## MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo es un Estudio Analítico. Realizado en el Hospital de Psiquiatría “Dr. José María Alvarado” CNS, en un tiempo de 6 meses en la gestión 2009. La población fue pacientes del Hospital de Psiquiatría y la muestra: Pacientes diagnosticados con Esquizofrenia y sus respectivas familias.

Participaron en este estudio 8 familias de pacientes que tiene esquizofrenia, siendo los requisitos de admisión que el enfermo tenga una evolución de mas de 5 años, que se medicara regularmente, que hubiese tenido al menos una recaída en los dos últimos años, que hubiese tenido un ingreso en los últimos tres meses anteriores a las entrevistas de selección, el convivir con el enfermo y que al menos uno de los familiares mostrara alta Emoción Expresada en la Entrevista Familiar.

Las medidas utilizadas en este estudio fueron:

- a. Una Entrevista Familiar semiestructurada administrada a los familiares del enfermo, que tenía una duración de hora a hora y media, aproximadamente, y contemplaba aspectos familiares, la historia de la enfermedad, la sintomatología o el tratamiento, así como las reacciones del familiar y sus sentimientos ante la esquizofrenia. Los familiares fueron evaluados en el número de comentarios críticos, el grado de hostilidad mostrada y el nivel de sobreimplicación emocional para con el paciente.<sup>(6)</sup>
- b. Cuestionario de Conocimientos sobre la Enfermedad. El cuestionario fue realizado para esta investigación, para valorar los conocimientos sobre la

enfermedad. (Autor: José Antonio Muela Martínez Programa de Intervención Familiar en Esquizofrenia, España, 1998).<sup>(3)</sup>

Además se tomaron otros instrumentos: Historia Clínica del Paciente e informes de los familiares.

El programa consta de cuatro fases:

### FASE O (DE EVALUACIÓN):

Se inició esta fase invitando a las familias a participar de una “primera reunión de orientación”, donde se explicaban los objetivos del programa, las exigencias del mismo, así como los resultados esperables (aunque no garantizados) y se pedían participantes voluntarios.

Se realizaron las entrevistas en la sala de reuniones, que es un lugar tranquilo (solos la entrevistadora con los entrevistados). Una vez seleccionadas las familias de alta Emoción Expresada (EE), se las citaba para la siguiente fase (Fase I).

### FASE I (PSICOEDUCATIVA)

En ella se dio información a las familias sobre los aspectos más relevantes de la enfermedad, así como del papel que desempeña la familia en el curso de la enfermedad (recaídas). Estuvo constituida por dos sesiones semanales de una a dos horas y media de duración cada una. Participaron en esta fase los familiares de los enfermos. En cada sesión se explicaba y debatía los temas.

En cada sesión se desarrollaba el tema correspondiente, suscitando la participación de los asistentes por medio de preguntas o incitándoles a contar su experiencia directa en esa materia. Después, eran los familiares los que intervenían planteando dudas o comentando cualquier aspecto sobre el tema de discusión.

### FASE II (DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA)

Las familias fueron citadas individualmente. En la primera sesión se requirió la asistencia de todos y cada

uno de los miembros de la familia (que conviven directamente con el paciente).

Durante estas sesiones se explicó brevemente el objetivo y los contenidos de esta fase (se inició el contacto explicando que tanto la familia, incluido el enfermo, como la investigadora, formaban un equipo cuyo objetivo es ayudar al enfermo reduciendo el estrés familiar, apoyando la medicación, mejorando el clima familiar, y que en este equipo cada parte aportaría los conocimientos que mejor domina: los terapeutas, cómo es la enfermedad; las familias, cómo es el enfermo y se hizo un listado de aquellos conflictos familiares que entorpecían la convivencia de la familia y que eran fuente de estrés tanto para el paciente como para sus familiares.

En las siguientes sesiones se impuso una rutina de trabajo idéntica en su mecánica, pero distinta en sus contenidos, de tal forma que todos sabían qué se estaba haciendo en cada momento y qué seguía a continuación. Tras los saludos y la conversación distendida se pasa a la revisión de las tareas asignadas para la semana. Se evitan los comentarios críticos y se les recuerda a los familiares lo que aprendieron en la primera fase sobre este tema. Si las tareas no se hubiesen realizado, se preguntará el porqué sin que se demuestre desaprobación. Las causas pueden ser múltiples y no todas son punibles (excesiva dificultad, acontecimientos imprevistos...).

### FASE III (DE SEGUIMIENTO)

Es la fase en la cual nos encontramos, tendrá un año de duración en las que los familiares tendrán que informar sobre el estado general del enfermo, posibles reingresos o cambios en la medicación, así como la adherencia del enfermo a la medicación.

### RESULTADOS

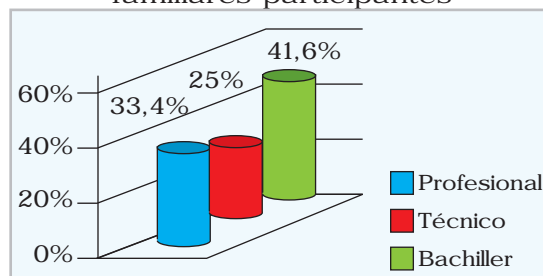
El total de las familias participantes fueron ocho familias, que hacían un total de 12 personas, entre ellos los padres

y algún hermano; entre ellos 7 mujeres y 5 hombres. Se debe recalcar que todos los pacientes que participaron en este estudio son crónicos.

La edad promedio de los participantes de esta investigación fueron de 45 a 60 años. Los participantes fueron en general el padre, la madre y algún hermano, se pudo evidenciar que los hermanos son los que menos se relacionan con sus familiares enfermos, ya que no asistieron a las clases de psicoeducación.

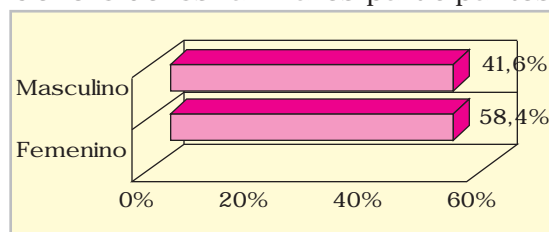
En relación a su nivel académico, de todos los participantes en este estudio, los resultados fueron que eran profesionales 4 personas que hacen un 33,4%. Nivel técnico 3 personas con un 25% y eran bachilleres 5 miembros con un 41,6%. Figura No. 1

Figura No. 1  
Nivel académico de los familiares participantes



Los resultados, según el género de los participantes de este estudio fue: de 7 mujeres que hacen un porcentaje de 58,4% y 5 hombres con 41,6%. Figura No. 2

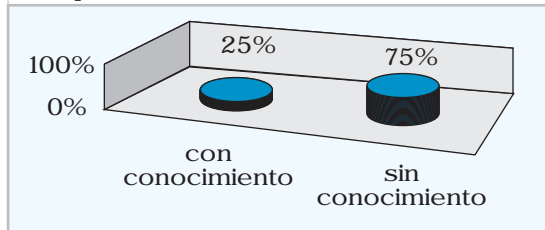
Figura No. 2  
Género de los familiares participantes



En relación al "nivel de conocimiento" se utilizó un cuestionario donde los familiares tendrían que completar las

preguntas básicas sobre la enfermedad, se obtuvo que el 25%, es decir 3 familiares conocían “algo”, por no decir muy poco sobre la enfermedad. El 75% (9 personas), no se encontraban informados sobre el tema. Figura No. 3

Figura No. 3  
Nivel de conocimientos previos sobre la enfermedad



Este dato es subjetivo, es decir se obtuvo de las entrevistas que se tenían con los familiares, en dónde se observaba y registraba tanto el lenguaje verbal como el no verbal, del mismo, y se obtuvo que un 90% (11 personas) de los familiares presentaban alta Expresión emocional. Figura No. 4

En relación a la sobre implicación emocional y sus componentes, los resultados fueron: el 75% (9 personas) presentaban sobre implicación emocional y el 25% (3 familiares) no lo presentaban. 62% (7 familiares) dijo autosacrificarse por su familiar enfermo y el 38% (5 familiares) no se autosacrifica. El 38% (5 familiares) dijo encontrarse desesperanzada en relación a la enfermedad de su familiar; mientras que el 62% (7 familiares) no manifestó desesperanza. En relación a la sobreprotección 50% (6 familiares) lo

Figura No. 4  
Familiares con alta expresión emocional

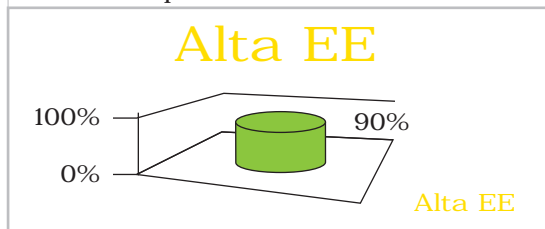
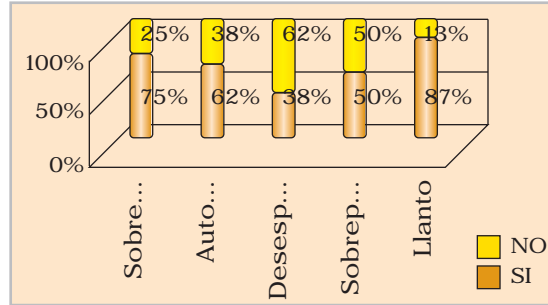


Figura No. 5  
Análisis de la sobre implicación emocional y sus componentes



son y el otro 50% (6 familiares) no lo son. En relación al llanto el 87% (11 personas) durante la entrevista o las entrevistas expresó sus sentimientos con llanto. Mientras que el 13% (una persona) no lo hizo. Figura No. 5

Las sesiones que se obtuvieron fue en promedio de 5, donde los familiares empezaron a faltar, llamando pidiendo postergación de las sesiones, algunas familias simplemente no acudieron más.

DISCUSIÓN

Las emociones que sobresalen son el autosacrificio, emotividad intensa o pena por el enfermo.<sup>(7)</sup>

Los enfermos con mayor nivel cultural tienen familiares que aprenden más; quizá el más alto nivel cultural del enfermo implique un correspondiente mayor nivel cultural de los padres y éste, a su vez, mayor facilidad para aprender, o puede que los padres que más se esfuerzan en aprender sean quienes más insisten en que sus hijos estudien.<sup>(8,9)</sup>

Con la Psicoeducación, se debe obtener la disminución del estrés y carga familiar y en el aumento de los conocimientos sobre la enfermedad disminución del estrés y carga familiar y en el aumento de los conocimientos sobre la enfermedad.<sup>(10)</sup>

Todavía existe en las familias de pacientes que tienen esquizofrenia, la falta de credibilidad (negación) que su

familiar tenga esta patología por lo tanto la consecuencia es el desinterés, de obtener información sobre la Esquizofrenia.

Para continuar este proceso de psicoeducación, un médico Residente de Psiquiatría, futuro terapeuta debe aspirar a lo siguiente:

- a. Las características del terapeuta (calidez, empatía, comprensión, comunicación, alianza...).
- b. El mayor conocimiento adquirido sobre la enfermedad.
- c. La sensación de apoyo.
- d. La alianza terapéutica.
- e. El ánimo hacia los pacientes para que aumenten su nivel de actividad.

f. El aumento de la tolerancia de los propios familiares ante los problemas de conducta.

g. La mejora en la comunicación entre los miembros de la familia.

Esperamos que este trabajo no quede solo impreso, invitamos a que tomen en cuenta la importancia de la psicoeducación y que empiecen o continúen con este tipo de ayuda a las familias, que verdaderamente lo necesitan.

#### AGRADECIMIENTOS

Se agradece a los familiares de los pacientes que participaron en este estudio con el único fin de mejorar su calidad de vida junto con los pacientes.

#### REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Araújo L, y Silva E. *The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006; 41: 347-356.*
3. Godoy J, Muela J, Sánchez-Barrera M, Sánchez-Huete J, Pérez M, Martínez J, Anguiano I, Lorite A y Mari-Beffa P. *Marcadores de vulnerabilidad/factores de protección en la prevención de la esquizofrenia. Psicología Conductual, 1995; 3: 35-46.*
4. Koyama A, Akiyama T, Miyake Y, y Kurita H. *Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2004; 58: 495-500.*
5. Marsh D. (1992). *Families and mental illness: New directions in professional practice*. New York: Praeger.
6. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, y Hell D. *Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2004; 39: 686-694.*
7. Dulz B y Hand I. (1986). *Short term relapse in young schizophrenics: Can it be predicted and affected by family (CFI), patient, and treatment variables?. An experimental study. En Goldstein, M., Hand, I. y Hahlweg, K. (Eds.). Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention. Nueva York: Springer.*
8. Kaplan H, Sadock B y Grebb J. (1994). *Sinopsis of psychiatry*. Nueva York: Williams & Wilkins.
9. Test M. y Stein L. *Alternatives to mental hospital treatment. Archives of General Psychiatry, 1980; 37: 409-412.*
10. Saunders J. *Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing, 199; 20: 95-113.*