





Artículo original

Estrategia de intervención psicoeducativa para familiares de pacientes con
trastornos esquizofrénicos

Psycho-educational Intervention Strategy for Relatives of Patients with
Schizophrenic Disorders

Fernando Rodríguez Vinent¹  

Delmis Castillo Torres¹ 

Rosa María Leyva Ortiz¹

Merlín Del Río Palay¹ 

Aliuska Herrera Columbié¹ 

¹Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín”. Santiago de Cuba, Cuba.

Recibido: 29/10/2020
Aceptado: 13/12/2020

RESUMEN

Introducción: Los trastornos esquizofrénicos tienen una repercusión importante en el ámbito laboral, personal, familiar y social. Su reinserción a la sociedad y el mejoramiento de la calidad de vida de estos se han visto afectados por diferentes causas.

Objetivo: Aplicar una estrategia de intervención socioeducativa a familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos.

Métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental sin grupo control a 30 familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos en el Hospital Psiquiátrico Provincial “Comandante Gustavo Machín”, en el periodo abril - diciembre del 2018. Se aplicó un



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

cuestionario y se creó una base de datos con el programa estadístico SPSS. Se empleó la frecuencia observada y el porcentaje, así como el Test de McNemar.

Resultados: El nivel de conocimiento de los familiares sobre el trastorno esquizofrénico antes de la intervención educativa era inadecuado en el 97 %, después de la intervención resultó adecuado en 89,6 %. Antes de la intervención educativa el 90 % tenía su expresión emocional alta, después de la intervención se logró que el 44,8 % bajara su expresión emocional. La adherencia antes de la intervención educativa fue del 13,7 % y, después fue del 48,2 %. Tras la intervención educativa fueron reinsertados a la sociedad 17 pacientes (58,6 %).

Conclusiones: La intervención socioeducativa efectuada a los cuidadores de pacientes con trastornos esquizofrénicos mejoró su nivel de conocimientos, así como la reinserción social de los enfermos, por lo que puede considerarse como una alternativa más en el tratamiento de los trastornos mentales.

Palabras clave: rehabilitación; esquizofrenia; reinserción; intervención socioeducativa.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenic disorders have a significant impact on social, family, personal and work spheres. Patients' reintegration into society and the improvement of their quality of life have been affected by different causes.

Objective: Apply a socio-educational intervention strategy to relatives of patients with schizophrenic disorders.

Methods: A quasi-experimental study without control group was carried on 30 relatives of patients with schizophrenic disorders at Comandante Gustavo Machín Provincial Psychiatric Hospital, from April to December 2018. A questionnaire was applied, and a database was created with the SPSS statistical program. The observed frequency and percentage were used, as well as the McNemar Test.

Results: Relatives' level of knowledge about schizophrenic disorder before the educational intervention was inadequate in 97%. After the intervention it was adequate in 89, 2%. Before the educational intervention 90% of them had high emotional expression, and after it, 44, 8% lowered their emotional expression. Adherence before the intervention was 13,7%, and after it was 48,2%. After the educational intervention, 17 patients (58,6%) were reintegrated into society.

Conclusions: The socio-educational intervention carried out on the caregivers of patients with schizophrenic disorders improved their level of knowledge, as well as patients' social reintegration, so it can be considered as one more alternative in the treatment of mental disorders.

Keywords: rehabilitation; schizophrenia; reintegration; socio-educational intervention.



Introducción

La esquizofrenia, la más frecuente de las psicosis crónicas, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un trastorno grave, que aparece típicamente en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta. Se caracteriza por una distorsión profunda de las percepciones, el pensamiento, lenguaje y el sentido de la identidad, con potencial deterioro del funcionamiento hasta el punto de causar la pérdida de aptitudes adquiridas.⁽¹⁾

En la últimas décadas este trastorno ha sido motivo de numerosas investigaciones con diversas temáticas, que abarcan desde los factores psicosociales involucrados en su etiopatogenia, hasta el desarrollo de métodos para su tratamiento, siendo de consenso general que existen múltiples factores en la etiología de este trastorno. En esta diversidad causal la psicofarmacología y las terapias psicológicas abarcan una parte de los problemas relacionados con la enfermedad, siendo pocos los programas de intervenciones integradas o multimodales desarrollados hasta la actualidad.^(2,3,4)

En este sentido, la psiquiatría es un escenario fundamental para desarrollar el abordaje integral de los enfermos psiquiátricos, por lo que su implementación práctica debe constituir una meta en la psiquiatría actual y su objetivo fundamental es el de prevenir y tratar los trastornos mentales a partir de sus recursos asistenciales, así como las acciones de rehabilitación e incorporación de los pacientes a la comunidad, acciones que se desarrollan sobre bases conceptuales, metodológicas de la psiquiatría social y otras ciencias sociales, con lo cual se logra un estado de satisfacción en pacientes y familiares. Su factibilidad se relaciona con los avances científicos-técnicos evidenciados en la psiquiatría, creando bases para la reinserción de los enfermos mentales a la sociedad, especialmente los pacientes con trastornos esquizofrénicos. Para este fin habría que superar estigmas que asocian a estos pacientes como la violencia y la enajenación social. Esta situación, unida al polimorfismo sintomatológico, la impredecibilidad de la conducta y los insuficientes conocimientos para el manejo integral de una persona esquizofrénica, constituyen factores que pueden interferir desfavorablemente en el desarrollo adecuado de la dinámica familiar en hogares donde conviven estos pacientes.

La familia constituye la célula fundamental de la sociedad, en su seno se toman decisiones y se afrontan problemas con distintos grados de cohesión entre sus miembros; el hogar es el lugar idóneo donde residen sus redes fundamentales de integración e interacción social, que facilita la socialización del enfermo mental crónico.

Los cuidados que brindan las familias se incluyen como informales y abarcan: los asumidos por personas que proceden del círculo familiar (en más del 80 % de los casos), por amistades y vecinos, o los que de una o más personas no autónomas que viven alrededor del paciente y no perciben remuneración alguna por realizar estas tareas.

Existen varias técnicas utilizadas en el trabajo con los cuidadores; dentro de ellas tenemos las intervenciones clásicas en grupo, donde se implementan estrategias educativas diseñadas para proporcionar información y tienen como objetivo aumentar



la comprensión por parte de los familiares de los problemas de su enfermo, además de enseñarles a cuidar de él.

El modelo más difundido para desarrollar de estas técnicas es el de *Anderson* y otros.⁽⁵⁾ Este modelo plantea disminuir la vulnerabilidad de paciente y la ansiedad de la familia, al mismo tiempo que propone lograr aumentar la comprensión de los familiares y la confianza en la capacidad del cuidador.

Existen estrategias muy sencillas que permiten alcanzar objetivos a corto plazo; otras, por el contrario, requieren un despliegue sostenido de acciones más complejas para alcanzar resultados que son solo a largo plazo.

Las estrategias de aprendizaje comprenden todo el conjunto de procesos, acciones y actividades que los aprendices pueden desarrollar para apoyar y mejorar su aprendizaje.^(6,7,8) De forma general, podemos decir que la estrategia educativa es un proceso dinámico, planificado, orientado y dirigido a un grupo de personas con el propósito de proporcionarles conocimientos y habilidades necesarias para enfrentar una situación de su vida.

Cada día es mayor el número de personas que padecen de trastornos esquizofrénicos. Las severas manifestaciones psicopatológicas que conducen al deterioro físico y psíquico con significativa repercusión en el ámbito laboral, familiar y social, favorecen que alrededor del paciente esquizofrénico se estructuren estigmas negativos y percepciones de amenazantes que derivan en una conducta rechazante hacia este, cuestión por la que consideramos imprescindible la realización de esta investigación, para elevar la calidad de vida de estos enfermos y lograr su adecuada reinserción a la sociedad.

Por lo que nos proponemos como objetivo aplicar una estrategia de intervención socioeducativa en el Hospital Psiquiátrico Provincial “Comandante Gustavo Machín” a familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos.

Métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental, sin grupo de control, para valorar el nivel de conocimientos acerca del trastorno esquizofrénico que tenían los familiares de pacientes con dicha enfermedad, a quienes se les aplicó una estrategia de intervención socioeducativa para facilitar la reinserción social en el Hospital Psiquiátrico Provincial “Comandante Gustavo Machín” y mejorar la calidad de vida de los enfermos. La investigación se desarrolló durante el periodo abril - diciembre del 2018.

El universo estuvo constituido por los familiares de los 60 pacientes con trastornos esquizofrénicos internados en el servicio de larga estadía de la institución, siguiendo los criterios de inclusión elaborados por un grupo de expertos en la materia. La muestra



fue constituida por 30 familiares. Los datos se registraron en el Departamento de Servicio Social del Hospital Psiquiátrico Provincial “Comandante Gustavo Machín”.

Se consideraron como criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes con el diagnóstico de trastornos esquizofrénicos (F20-F25) DSM IV, hospitalizados en el servicio de larga estada por un periodo mayor a noventa días.
- Familiares de pacientes pertenecientes a la ciudad de Santiago de Cuba.
- Pacientes con un familiar responsable o cuidador

Se consideró como criterio de exclusión no cumplir con los criterios anteriores y como criterios de salida: abandono de la intervención; traslado de domicilio fuera de la ciudad de Santiago de Cuba y fallecimiento del paciente.

Una vez confeccionada la encuesta y seleccionada la muestra, se coordinó con los administrativos de las áreas de salud implicadas en el estudio, a fin de obtener su apoyo y seguridad del local para realizar las diferentes actividades programadas. Luego de aplicarse los protocolos de bioética médica, los familiares fueron citados a las áreas de salud a las que pertenecían (policlínicos Ramón López Pena, Carlos J. Finlay y José Martí), donde se garantizaron las condiciones adecuadas para la aplicación de las técnicas de intervención.

Se aplicó un cuestionario anónimo, dirigido a cuidadores de pacientes esquizofrénicos con criterio de alta médica mejorado, con el objetivo de caracterizar y precisar el nivel de conocimientos del cuidador acerca del trastorno. Asimismo, también se realizó una encuesta a los pacientes para recoger algunas variables sociodemográficas de interés para el estudio.

Las principales variables en el estudio fueron, edad, sexo, nivel de conocimiento, expresión emocional, adherencia al tratamiento y reinserción social.

Con la información cuantitativa obtenida mediante el cuestionario, se creó una base de datos con el programa estadístico SPSS versión 11.5.1. Como medida de resumen se empleó la frecuencia observada y el porcentaje, así como el test de McNemar para todos los datos reflejados en cuadros y gráficos.

Para la revisión bibliográfica que sustentó la fundamentación teórica del tema de la investigación se empleó el método análisis -síntesis. A su vez, para sistematizar y realizar deducciones generalizadas que permitieron elaborar criterios y comparaciones, sobre la base del análisis de la teoría utilizando procedimientos tales como el análisis, la síntesis, la inducción, la deducción, se empleó el método hipotético -deductivo.



Aspectos éticos de la investigación

Toda investigación, por su repercusión desde el punto de vista humano y social, exige un comportamiento ético estricto, principio primordial de las investigaciones científicas y la salud pública socialista, siendo de vital importancia la voluntariedad que las rige, lo cual evita que se cometan errores que puedan provocar noxas al paciente y familiares. Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, el Consejo Científico y el Comité de Ética de las Investigaciones del Hospital Psiquiátrico Provincial “Comandante Gustavo Machín” de Santiago de Cuba, aprobó realizar esta investigación.

Para el estudio se solicitó el consentimiento informado a todos y cada uno de los familiares de los pacientes antes de empezar la intervención psicoeducativa, elemento necesario para lograr los objetivos propuestos, explicando luego a los posibles participantes la importancia de la investigación, los objetivos, métodos a emplear, inconvenientes, beneficios y posibles resultados.

Resultados y discusión

Del total de familias a participar en el estudio, solo participaron 29, ya que falleció un paciente, siendo este un criterio de salida (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos, según edad y sexo. Santiago de Cuba, 2019

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
20-29	2	6,8	-	-	2	6,8
30-39	1	3,4	3	10,3	4	13,7
40-49	3	10,3	-	-	3	10,3
50-59	5	17,2	4	13,7	9	31,0
60 y más	5	17,2	6	20,6	11	37,9
Total	16	55,1	13	44,8	29	100

$p=0,2025$.

En el análisis de los familiares según edad y sexo, se encontró que la mayor cantidad de cuidadores poseen edades de 60 y más años (37,9 %), siendo el sexo masculino el más representativo (55,1 %). Sin embargo, no existe una asociación estadísticamente significativa en estas variables ($p = 0,2025$)

Estos resultados coinciden en relación a la edad con otros estudios realizados como el de *Montero* y otros,⁽⁹⁾ *Fernández*⁽¹⁰⁾ y *Espina* y otros,⁽¹¹⁾ en los cuales la edad promedio de la muestra de familiares fue de 60 años. Esto no ocurrió en los resultados publicados



por *Caqueo* y otros,⁽¹²⁾ para quienes la media de edad fue de 49,16 años, ni en los de *Jiménez*,⁽¹³⁾ en cuya tesis doctoral la edad promedio de los cuidadores fue de 56 años o en los de *Espina* y otros,⁽¹¹⁾ (58,53 % media de edad).

Respecto al sexo, en el estudio se obtuvieron resultados contrarios a la literatura internacional revisada, por ejemplo, el EURO CARE 17 (estudio que incluyó 14 países europeos en el que las mujeres constituyeron el 71 % de los cuidadores), citado por *Montero* y otros.⁽⁹⁾ Resultados similares a los nuestros se encontraron en varios estudios.^(9,10,12,13) El rol de género como mujer es una costumbre, prácticamente universal, la concepción de ser ella quien juegue el papel protagónico en los quehaceres hogareños sigue siendo un tabú difícil de eliminar en nuestros días, a pesar de los múltiples intentos y logros obtenidos, no coincidiendo estos resultados con los de las investigaciones revisadas referidas a este perfil.

Esto denota que, como resultado de los avances en nuestra sociedad, con la emancipación de la mujer los hombres están compartiendo este tipo de rol. La mujer está, entonces, menos responsabilizada en la actualidad con la carga total del hogar, de ahí, quizás, nuestros resultados.

Cuando analizamos el nivel de conocimiento de los familiares sobre el trastorno esquizofrénico (Tabla 2), hallamos que antes de la intervención educativa era adecuado solamente en el 3 % de los familiares, mientras que después de la intervención resultó adecuado en 89,6 %.

Tabla 2 - Nivel de conocimiento de los familiares sobre el trastorno esquizofrénico

Antes	Después				Total	
	Adecuados		Inadecuados		No.	%
	No.	%	No.	%		
Adecuados	1	3,4	-	-	1	3
Inadecuados	26	89,6	2	7	28	97
Total	27	93	2	7	29	100

$p = 0,000.$

Al inicio, el nivel de conocimientos de partida de los cuidadores principales fue bajo y tras la intervención ascendió significativamente. Estos resultados coinciden con *Montero* y otros,⁽⁹⁾ quienes constataron que los cuidadores no tienen conocimientos sobre los cuidados a brindar al paciente con esquizofrenia. Resultados equivalentes también los obtuvieron al explorar esta variable en los cuidadores de pacientes con otros padecimientos. Otro estudio señala la necesidad de conocimientos que tienen las familias,⁽¹⁴⁾ y evidencia que este tipo de intervenciones no solo incrementan su conocimiento acerca de la enfermedad de la esquizofrenia, sino que hay una actitud positiva de los familiares frente a la enfermedad mental.⁽¹³⁾

Las intervenciones familiares están orientadas a instruir a los familiares sobre las enfermedades mentales y sobre la necesidad de que se adhieran al tratamiento



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

farmacológico como condición para evitar la recaída, porque la enfermedad es incurable. La familia es un elemento clave en el proceso de recuperación, por cuanto es la proveedora de información útil para la recuperación de la persona y proporciona apoyo y continuidad en todo el proceso.⁽¹⁴⁾ La familia también proporciona seguridad, confianza y cariño, ya que es el entorno social más próximo, influye en el desarrollo de cada individuo y favorece, de esta forma, su inclusión social. Es importante que la familia esté debidamente informada sobre el problema de salud mental, las limitaciones que supone y sobre posibles estrategias para poder enfrentar las diferentes situaciones que se puedan presentar a lo largo de todo el proceso, y así poder ayudar a desarrollar el buen desempeño ocupacional de su familiar.⁽¹⁵⁾

Según *Mayoral* y otros,⁽¹⁶⁾ las intervenciones psicoeducativas con familiares incrementan su nivel de conocimientos, reducen sus necesidades de información y les ayudan a manejar mejor los problemas de su familiar.

Diversos autores ponen de manifiesto que la necesidad de obtener información se erige entre las más destacadas de los familiares, sobre todo la necesidad de adquirir conocimientos generales sobre el trastorno, así como de información y formación para saber cómo tratar y cuidar a su familiar.^(17,18,19)

La psicoeducación suele ser referida como un aspecto positivo, puesto que se ha demostrado que una descripción clara del problema clínico y una explicación igualmente clara y concisa de la enfermedad, tienen un buen pronóstico en cuanto a los resultados de las intervenciones en los trastornos psiquiátricos: proporcionar una explicación adecuada del trastorno y presentar una justificación precisa para el proceso de intervención, así como la viabilidad de dicho proceso, tiene un efecto positivo en su tratamiento.⁽²⁰⁾

Estos resultados no solo apoyan la utilización de la intervención familiar en los trastornos mentales, sino que sugiere también la necesidad de modificar estos programas para retener a más familias en el tratamiento, con el fin de proporcionarles la información y las habilidades que necesitan para superar los efectos del trastorno, y generalizar las intervenciones en otros ámbitos y contextos sociales y culturales.

Antes de la intervención educativa, la mayoría (90 %) de los familiares implicados en el proceso tenía su expresión emocional alta; después de la intervención, el 44,8 % la presentó baja (Tabla 3).

Tabla 3 - Expresión emocional de los familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos

Antes	Después				Total	
	Baja		Alta		No.	%
	No.	%	No.	%		
Baja	3	10	-	-	3	10
Alta	10	34,4	16	55,1	26	90
Total	13	44,8	16	55,1	29	100

$p = 0,0117.$



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Respecto a la disminución de la expresión emocional, se observó que el 34,4 % de las familias alcanzó este objetivo. Diez de las familias pasaron de alta expresión emocional a baja, resultados similares Leff J et al. ⁽²¹⁾, María et al. ⁽⁹⁾ que demostraron que existe una asociación entre recaída y un ambiente familiar caracterizado por la emoción expresada negativa, incluyendo la sobreimplicación emocional, las interacciones negativas de la familia, la crítica y la insatisfacción, todo lo cual aumenta el estrés y la carga de los cuidadores. Rund B et al. ⁽²²⁾, precieron una reducción en los niveles de expresión emocional (EE) familiar.

El término expresión emocional (EE) hace referencia a una serie de actitudes de la familia hacia el paciente (hostilidad, críticas y sobreprotección) que se relacionan con la tasa de recaídas.

Los trabajos realizados sobre la expresión de emociones Brown G et al. ⁽²³⁾, Leff J et al. ⁽²¹⁾, Vaughn C et al. ⁽²⁴⁾, habían establecido que las recaídas eran más probables cuando los pacientes esquizofrénicos vivían con familiares excesivamente críticos o que mostraban una implicación emocional excesiva. Leff et al. ⁽²¹⁾

Los estudios, Vaughn C et al. ⁽²⁴⁾, proponen que los esquizofrénicos son vulnerables a dos tipos de estrés: el agudo y el crónico. Dentro del estrés crónico, se incluye la expresión emocional familiar (EE), el mejor predictor de recaída en esquizofrenia que se conoce.

Por tanto, el índice de emoción expresada tras la réplica de Vaughn C et al., e determina a partir de las siguientes escalas:

1. *Criticismo* (CC): comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente.
2. *Hostilidad* (H): comentario crítico más generalizado, que implica un rechazo manifiesto del paciente como persona y no solo de su conducta.
3. *Sobreimplicación* (SIE): respuesta emocional exagerada del familiar, que puede implicar sobreprotección o intentos de control excesivo.

Estos resultados llevan a los autores a concluir afirmativamente acerca de la efectividad demostrada de la intervención aplicada y el papel causal de la expresión emocional en las recaídas.

De los pacientes estudiados, tenían adherencia al tratamiento antes de la intervención educativa un 13,7 % y después de la intervención tuvieron adherencia el 48,2 % (Tabla 4). Estos resultados coinciden con otros estudios que muestran que alrededor de la mitad de los pacientes que sufren de esquizofrenia no adhieren adecuadamente a las intervenciones farmacológicas, y que la implementación de terapias de adherencia, que incluyen elementos de la terapia cognitivo - conductual, de entrevista motivacional y



de psicoeducación, podrían mejorar las tasas de adherencia.^(25,26) Esto es contrario a lo planteado por Newton E et al. ⁽¹⁹⁾, quien propone que un punto a ser considerado en las intervenciones psicoterapéuticas es la alta tasa de abandono del tratamiento y que los factores a ser considerados son muchos: síntomas presentes, dificultades cognitivas, resistencia a usar servicios de salud mental y desorganización conductual general.⁽²⁷⁾

Tabla 4 - Adherencia al tratamiento de los pacientes

Antes	Después				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	3	10,3	1	3,4	4	13,7
No	11	37,9	14	48,2	25	86,2
Total	14	48,2	15	51,7	29	100

$p = 0,0063.$

La adherencia al tratamiento es un problema real en los pacientes esquizofrénicos, el cual dificulta su inserción en la sociedad y puede ocasionarles graves repercusiones médicas. La falta de adherencia a la medicación es causa importante de mala respuesta, lo que crea dificultad para el manejo de los síntomas y recaídas.⁽²⁰⁾

Se ha descrito en algunos estudios que la no adherencia es más frecuente en edades jóvenes y es más común en hombres que en mujeres.^(21,22,23,24) El nivel sociocultural bajo o socioeconómico bajo también influye negativamente, junto con el abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas...)⁽²⁵⁾. Los propios síntomas positivos y negativos pueden comprometer la toma de medicación, así como la percepción de tener la enfermedad.

La buena adherencia al tratamiento contribuye a mantener buenos resultados clínicos, a disminuir el riesgo de recaídas y de rehospitalizaciones y, por tanto, a disminuir los costos asociados.

Después de la intervención educativa fueron reinsertados a la sociedad un número de 17 (58,6 %) pacientes, valor estadísticamente significativo ($p < 00,5$) (Tabla 5).

Tabla 5 - Reinserción social de los pacientes

Antes	Después				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	-	-	-	-	0	0
No	17	58,6	12	41,3	29	100
Total	17	58,6	12	41,3	29	100

$p < 0,05$ | Después: $p = 0,586$; IC 95 % = 58,6 % [38,9; 78,2].



Se debe considerar que una correcta coordinación entre la institución, el paciente y la familia es medular para el proceso de reinserción social, por eso se le atribuye gran importancia *Florit Robles*.⁽³⁴⁾.

Gabbard Glen⁽³⁵⁾ plantea que la familia como sistema, cumple un papel protagonista sobre el individuo en todas las etapas de su vida. A su vez, *Kaplan* y otros⁽³⁶⁾ menciona que, además, constituye un factor de suma importancia en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. Al respecto *Gabbard Glen*, asegura que, de las intervenciones psicosociales en la enfermedad, la de la familia es la que más eficacia tiene; si es efectuada de forma prolongada en el tiempo resulta sumamente efectiva para disminuir el porcentaje de recaídas.

Caqueo Urizar y otros⁽¹²⁾ hacen referencia al “funcionamiento familiar” como el “resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar”.

Se han desarrollado en el mundo estrategias y programas específicos para el apoyo del empleo en estos pacientes, los que han mostrado resultados positivos, en términos de lograr empleo^(37,38) y se ha encontrado que el poseer un trabajo también se ha asociado positivamente a mejoras en la autoestima, severidad de los síntomas, hospitalización y mejora en la calidad de vida en personas con esquizofrenia.^(39,40) Pese a esto, el apoyo en el empleo sigue siendo un desafío en nuestro país, en especial en términos de políticas intersectoriales articuladas con salud que lo permitan.

La intervención psicoeducativa efectuada en el Hospital Psiquiátrico Provincial “Comandante Gustavo Machín” a los cuidadores de pacientes con trastornos esquizofrénicos mejoró su nivel de conocimientos, así como la reinserción social de los enfermos, por lo que puede considerarse como una alternativa más en el tratamiento de los trastornos mentales.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Los trastornos mentales y neurológicos. Informe sobre salud en el mundo. Comunicado de prensa; 2003.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015. La Habana: MINSAP; 2010.
3. Rodríguez Cárdenas O, Martínez Hernández O, González Ledesma Y, Rodríguez Hernández LA, Zamora Lombardía E, Sierra Muñiz M. Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. Rev. Méd Electrón. 2015 [acceso: 22/12/2019]; 37(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2832/1419>



4. Chang Paredes N, Ribot Reyes V de la C, Pérez Fernández V. Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018 [acceso: 22/12/2019]; 17(5). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7000638>
5. González DMER. Ocho trastornos genéticamente distintos. Rev Cub Med Mil. 2015;33(2).
6. Martínez Hernández R, Lozan Rodríguez CM, López Leal P, *et al.* Reinserción social para un paciente con esquizofrenia. Murcia. Mayo 2016. Disponible en: <https://www.amazon.com/Reinserción-social-paciente-esquizofrenia-Spanish/dp/8468696803>
7. Loubat O M, Lobos R, Carrasco N. Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. Universidad de Tarapacá Arica, Chile. Límite. 2017 [acceso: 22/12/2019]; 12(39):15-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83652501002>
8. Gutiérrez MIM, Vidal DAF, Mesa NVF, Cerero MIR. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana. 2010;7(3).
9. Montero Gutiérrez MI, Faure Vidal A, Fleites Mesa NV, Rodríguez Cerero I, Crespo Guzmán A, González Barroso M, *et al.* Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana. 2010;7(3).
10. Fernández CP. Estudio de la eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. [Tesis doctorado]. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología; 2016.
11. Espina A, González P. Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. Salud Mental (País Vasco). 2003;26(1).
12. Caqueo Urizar A, Lemos Giráldez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Universidad de Tarapacá (Chile) y Universidad de Oviedo. Psicothema. 2008;20(4):577-82.
13. Jiménez FJ. Efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en la mejora de conocimientos, afrontamiento familiar y sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes diagnosticados de psicosis temprana. [Tesis de doctorado]. Universidad de Málaga: Publicaciones y Divulgación Científica; 2016.
14. Callejas Roldán I. Estudio de la influencia de las intervenciones familiares sobre la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. [Trabajo de fin de grado]; 2016. Madrid: Universidad Miguel Hernández; 2016. Disponible en:



<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2989/1/CALLEJAS%20ROLD%c3%81N%2c%20INMACULADA.pdf>

15. García Alén L, Talavera Valverde MA, Díaz Polo K. La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. TOG (A Coruña). 2013 [acceso: 16/11/2015]; 10(8):86-91. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num8/familia.pdf>
16. Mayoral F, Berrozpe A, de la Higuera J, Martínez-Jambrinad JJ, Luna JD, Torres-Gonzalez F. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. Rev. Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2015;8(2):83-91. DOI: [10.1016/j.rpsm.2013.11.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.11.001)
17. Cañamares J, Florit A, Castejón M et al. Esquizofrenia. Madrid: Síntesis; 2007.
18. Liberman R. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca;1993.
19. Spaniol L, Zipple A, Lockwood D. The Role of the Family in Psychiatric Rehabilitation. Schizophrenia Bulletin. 1992;18(3):341-8. DOI: [10.1093/schbul/18.3.341](https://doi.org/10.1093/schbul/18.3.341)
20. Edward W, Wilcoxon L. The Role of Psychotherapy in Treating Psychiatric Disorders. Medical Clinics of North America. 2001;85:617-29.
21. Leff J, Berkowitz R, Eberlein Vries R, Sturgeon D. Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Nueva York: Springer Verlag; 1986. p. 153-70.
22. Rund B, Moe I, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallen M, Nacss P. The Psychosis Project: Outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994;89:211-8.
23. Brown G, Birley J, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. The British Journal of Psychiatry. 1972;121(562):241-58.
24. Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal of Psychiatry. 1976;129:125-37.
25. Caqueo-Urizar A, Urzúa-M, Miranda-Castillo AC, Irrarázaval M. Adherencia a la medicación antipsicótica en pacientes indígenas con esquizofrenia. Salud Mental. 2016; 39(6). Disponible en: [10.17711/SM.0185-3325.2016.035](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.035)
26. De las Cuevas C, Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud.



2016 [acceso: 22/12/2019]; 7(1):25-30. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>

27. Newton E, Coates E. Cognitive behavioural interventions in early intervention services. In: French P, Smith J, Shiers D, Reed M, Rayne M. (Eds.). Promoting recovery in early psychosis. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010. p 53-65.
28. Gray R, Bressington D, Ivanecka A *et al.* ¿Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and metaanalysis: BMC Psychiatry; 2016.16-90 p.
29. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. World J Psychiatry. 2012;2(5):74-82. PMID: [PMC3782179](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25466227/)
30. Tharani AJ, Farooq S, Saleem F, Naveed A. Compliance to antipsychotic medication: a challenge for client, family and health care providers. J Pak Med Assoc. 2013 [Citado 15 mayo 2015]; 63(4):516-8. Disponible en: http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=4125
31. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ *et al.* Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of no adherence, a systematic literature review. The Adv Psychopharmacology. 2013;3(4):200-18.
32. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum. Disorders. Psychiatry Re. 2015;225(1-2):14-30. PMID: [25466227](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25466227/)
33. Czobor P, Van Dorn RA, Citrome L *et al.* Treatment adherence in schizophrenia: a patient-level meta-analysis of combined CATIE and EUFEST studies. Eur Neuropsychopharmacol. 2015;25(8):1158-66.
34. Florit Robles A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica: Universidad de Sevilla. Madrid. 2006;24(1-3):223-44.
35. Gabbard Glen O. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. 3° Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
36. Kaplan H, Sadock B. Compendio de Psiquiatría. 2° Ed. Barcelona: Salvat; 1987.
37. Waghorn G, Dias S, Gladman B *et al.* A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. Aust Occup the J. 2014;61(6):424-36.
38. Killackey E, Waghorn G. The challenge of integrating employment services with public mental health services in Australia: progress at the first demonstration site. Psychiatry Rehabil J. 2008;32(1):63-6.



39. Luciano A, Bond GR, Drake RE. Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenic Res.* 2014;159(2-3):312-21.
40. Twamley EW, Vella L, Burton CZ et al. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophrenic Res.* 2012;135(1-3):100-4.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Fernando Rodríguez Vinent: revisión bibliográfica, conceptualización, diseño metodológico, procesamiento estadístico.

Delmis Castillo Torres: Participo en la aplicación de la encuesta.

Rosa María Leyva Ortiz: Participo en la aplicación de la encuesta.

Merlín Del Río Palay: Participo en la aplicación de la encuesta.

Aliuska Herrera Columbié: Participo en la aplicación de la encuesta.

