

PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Ma. de Jesús Edith Mendoza Flores
meidgi5@yahoo.com.mx

Oralia Rocío Hernández Loeza
orla_her@hotmail.com

Facultad de Psicología- Xalapa
Universidad Veracruzana

RESUMEN.

El objetivo de la investigación fue implementar un programa de psicoeducación para lograr en pacientes diagnosticados con esquizofrenia el desarrollo de habilidades para mejorar su desempeño personal y social en el medio dentro del cual se desenvuelven, generando en ellos la aceptación y conciencia de la enfermedad, un mayor apego al tratamiento y un buen desempeño en sus actividades personales y sociales. La participación dentro de este grupo, requirió de pacientes que estuvieran estables en su sintomatología para un mejor desempeño dentro del mismo. Se estudiaron a 3 pacientes con edades entre los 23 y 56 años, que provenían de los servicios de consulta externa del "Hospital de Salud Mental" en la ciudad de Xalapa, Ver. Los resultados revelan que si bien es cierto que este tipo de programas produce cambios en los niveles de funcionamiento personal y social de los pacientes, es necesario enfatizar en programas de seguimiento con una duración mayor a la que se obtuvo en este.

Palabras Clave: Psicoeducación, Esquizofrenia, Desempeño Personal y Social

I. INTRODUCCIÓN.

Destinar una intervención para personas con diagnóstico de esquizofrenia, nos lleva directamente a centrar nuestro interés en el área de la salud mental, es allí donde observamos que su estudio e investigación requieren de un sistema de atención escalonado y dinámico, donde las necesidades de los enfermos sean cubiertas de manera eficaz y eficiente, a su vez, dicha atención se debe dirigir al desarrollo de estrategias de intervención (como la psicoeducación), para prevenir el deterioro del paciente.

Por otro lado, después de estudiar las estadísticas que se tienen de las enfermedades mentales se ha llegado a la conclusión de que la esquizofrenia es una de las afecciones principales, en las cuales el personal de salud mental debe enfocar su atención al ser una de las principales causas de internamiento en hospitales psiquiátricos, afectando según estimaciones internacionales al 1% de la población adulta mundial, por lo que se calcula que existen unos 45 millones de pacientes con este diagnóstico; de ellos el 50%

no recibe tratamiento adecuado o nunca lo han recibido. Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia (2001).

En México, según la OMS (1996), la prevalencia de la esquizofrenia afecta al 0.7% de la población mayor de 15 años, que en el 2000 ascendía a 71 millones y medio, por lo que se estima que aproximadamente 600'000 mexicanos viven actualmente con esta enfermedad.

De acuerdo al Programa específico de esquizofrenia, Garnica (2005), se calcula la aparición de un caso nuevo por cada 1,000 habitantes y de seguir esta tendencia, dentro de 10 años se podría duplicar el número de pacientes esquizofrénicos en México. El padecimiento afecta en igual proporción a hombres y mujeres, sin embargo, tiene algunas diferencias genéricas: los hombres la inician entre las edades que van de los 15 a los 25 años, mientras que las mujeres entre las edades de 20 a los 35 años; los primeros tienen una evolución severa.

Según la American Psychiatric Association (2000), del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados y el 40-60% restante, lleva una vida perturbada por el trastorno.

Es así que en la última década, se ha resaltado la importancia que tiene la implementación de diversos tipos de programas basados en la búsqueda de una mayor rehabilitación del paciente, surgiendo lo que en la actualidad se denomina psicoeducación en respuesta a las necesidades más integrales de abordaje de una de las enfermedades mentales más severas: la esquizofrenia

El Programa de actualización continua en Psiquiatría Díaz (2001), menciona que el término psicoeducación ha sido definido por Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty, de la Universidad de Pittsburg, como la serie de principios metodológicos emanados del trabajo previo de muchos autores y grupos. El punto de partida de dicho trabajo lo han constituido las necesidades de las familias de los enfermos de esquizofrenia.

De acuerdo con Hogarty (1986), la “psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente y al paciente mismo, información acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Esta debe redundar en primer término en beneficio del paciente y su objetivo consiste en mejorar su calidad de vida y la de su familia, creando ambientes bajos en estresores, disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar”.

En ese sentido, las intervenciones de Tarrier, Barrowclough y Vaughn (1988), proponen a los familiares como rehabilitadores esenciales del paciente, diseñando la intervención para enseñarles las habilidades de manejo precisas para reducir el estrés ambiental.

Cuando se ha decidido comenzar con el proceso psicoeducativo, es necesario que el terapeuta se adapte a las necesidades de la familia y del paciente e incluso de un grupo en particular.

Las modalidades en que se puede impartir la psicoeducación pueden ser:

Individual: Terapeuta-Paciente, Terapeuta-Familiar

Familiar: Terapeuta- Familia

Grupal: Terapeuta-Grupo de pacientes, Terapeuta- Grupo de Familias

Independientemente de la modalidad que se adopte, algunos de los objetivos específicos que se persiguen mediante la psicoeducación, se encuentran los siguientes:

- a) Incrementar los conocimientos y habilidades del paciente y la familia en cuanto al manejo de la enfermedad
- b) Facilitar un ambiente familiar adecuado que permita la readaptación y reintegración del paciente a su hogar y su comunidad.
- c) Disminuir la carga que el enfermo representa para su familia.
- d) Aumentar la adherencia terapéutica, decrementando la probabilidad de recaída del paciente. Díaz (2001).

En la actualidad, la psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares ha cobrado un papel muy importante (North 1998), ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental. Con ello se busca disminuir los índices de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente. Se sabe que los índices de recaídas son mayores en los pacientes que solo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico. Goldstein (1995)

Süllwold (1992), Lee (1993), Hogarty (1995), Atkinson (1996), Moller (1997) y Hogarty (1997) coinciden en que los sujetos que sufren esquizofrenia reconocen los síntomas prodromáticos y pueden utilizarlos para regular su propia enfermedad, emprender acciones personales de afrontamiento o solicitar ayuda para ello, tomando un papel más activo en su tratamiento. Estiman que ellos mismos pueden ser nuestros compañeros en una rehabilitación eficaz, obteniendo mejoras significativas en su calidad de vida y funcionamiento social aplicando estrategias de afrontamiento basadas en el manejo del estrés, las habilidades sociales y la resolución de problemas de la vida diaria en pacientes que asistieron a los grupos psicoeducativos.

En México, entre los autores reconocidos que se han centrado en el trabajo con pacientes de esquizofrenia, podemos encontrar a Marcelo Valencia (1996), Rogelio Apiquián y Ana Fresán (2001), investigadores que pertenecen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, mismos que remarcan la importancia de este tipo de tratamiento aunado al farmacológico para mejorar el desarrollo del paciente.

Valencia (1996), Marcelo Valencia (1997), Valencia y Cols. (1999), han realizado estudios sobre el manejo psicosocial del paciente esquizofrénico, demostrando una relación directa entre la presencia de un programa de intervención psicosocial y las mejorías en los pacientes en aspectos claramente identificados, como sintomatología, funcionamiento psicosocial, la estabilidad en el cuadro clínico y el desempeño cotidiano de los pacientes, así como un menor porcentaje de recaídas y hospitalizaciones.

Comprueban además que los pacientes que reciben medicamentos neurolépticos y terapia, funcionan a un nivel superior que los pacientes que son manejados exclusivamente con medicamentos.

En otros estudios reportados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, indican que la forma más conveniente de tratar al paciente esquizofrénico, tiene que ver con la combinación de medicamentos neurolépticos y el tratamiento psicosocial y se recomienda la implementación de este tipo de programas con el fin de mejorar el funcionamiento psicosocial. Salud Mental (1999).

El presente estudio se enfoca en la aproximación terapéutica mediante la cual se pretendió que un grupo de pacientes, obtuviera información acerca de su enfermedad y con ello se entrenaran en técnicas que les ayudaran a afrontar su problemática, tal como Hogarty (1995) lo menciona, a través del establecimiento de un programa de psicoeducación en el "Hospital de Salud Mental" en la ciudad de Xalapa, Ver.

II. METODOLOGÍA.

OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar en el paciente habilidades para mejorar su desempeño personal y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Generar en el paciente una mayor aceptación y conciencia de la enfermedad.

Generar en el paciente un mayor apego al tratamiento.

Generar en el paciente un mayor desempeño en sus actividades personales y sociales.

Analizar el impacto que produce en el desempeño personal y social del paciente con esquizofrenia un programa de psicoeducación.

Tipo de Estudio.

Pre-experimental Pre-prueba y Post-prueba con un solo grupo ya que se realizó una aplicación Pre de la escala de desempeño personal y social para medir los niveles de funcionamiento en las distintas áreas que comprende ésta, antes de la aplicación del programa y la aplicación Post, para observar si existió algún cambio en dichos niveles después de la implementación del programa. Sampieri (2007).

Participantes.

Se trabajó con un pequeño grupo de 3 pacientes (2 hombres y 1 mujer), procedentes de los servicios de consulta externa del Hospital de Salud Mental de la Ciudad de Xalapa, Ver. Cada uno de ellos con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, encontrándose estables en su sintomatología y cuyas edades oscilaron entre los 23 y 56 años, los tres con un nivel de escolaridad hasta la licenciatura sin ninguna ocupación actual.

Su estado civil solteros, vivían con su familia, además de recibir el tratamiento en consulta externa, son pacientes que ya habían atravesado por alguna hospitalización.

El paciente A, masculino, de 47 años de edad, cuya enfermedad tiene un curso de 20 años, se dedica a realizar labores en el hogar sin ocuparse de alguna actividad extra. Es dependiente económico de la familia, con carrera trunca de la licenciatura en

derecho, abandonando completamente las actividades a partir de su enfermedad. Recibe tratamiento hace 10 años mostrando una mayor estabilidad de la enfermedad en los últimos 2, de pronóstico reservado.

El paciente B, masculino de 23 años de edad, con carrera trunca en derecho hace 2 años cuando inicia su enfermedad, con un buen pronóstico por la respuesta y apego al tratamiento, contando solo con una hospitalización. Es dependiente económico de la familia.

Paciente C femenina, 56 años de edad, depende económicamente de una pensión recibida por el ISSTE, pues laboró durante muchos años para dicha institución como enfermera en la sala de pediatría, siendo hace 5 años cuando suspendió sus labores debido a la enfermedad.

Los 3 pacientes, con residencia en la ciudad de Xalapa del Estado de Veracruz.

Instrumentos.

Dentro de los instrumentos que sirvieron de apoyo para evaluar el desarrollo de la intervención se encuentran los siguientes:

1. *Ficha de identificación*: Esta fue utilizada con la finalidad de obtener algunos datos socio demográficos incluyendo: nombre, no. de expediente, edad, sexo, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, etc.
2. *Escala de Síndromes Positivo y Negativo para la Esquizofrenia (PANSS)*: Dicha escala sirve para evaluar los síntomas activos de la enfermedad y los síntomas de la fase residual, demostrando buenos índices de fiabilidad y validez Peralta y Cuesta, (1994). Consta de cuatro partes de evaluación, primera parte, donde se trata de establecer rapport; segunda parte, explora todo lo relativo acerca de su hospitalización, vida actual, síntomas etc.; tercera parte, incluye información sobre del estado de ánimo, ansiedad, orientación y capacidad para el pensamiento abstracto, la cuarta y última etapa confronta al paciente para probar límites y respuesta al estrés así como estimar el rango de psicopatología. Dicha escala fue aplicada durante la entrevista, ayudándonos a determinar si el paciente era o no un candidato para participar dentro de la investigación. Kay G, Opler L y Fiszbein A (1986).
3. *Escala de Desempeño Personal y Social (PSP)*: Esta escala, ha sido desarrollada específicamente para la valoración de enfermedades mentales severas, evaluando a través de ella el desempeño personal y social del paciente. Está validada y calificada por el Dr. Rogelio Apiquían del Instituto Nacional de Psiquiatría (2008), mide el funcionamiento personal y social en cuatro dominios del comportamiento: actividades socialmente útiles, incluyendo trabajo y estudio; relaciones personales y sociales; cuidado de sí mismo y comportamientos perturbadores y agresivos.

Procedimiento

Fase I: Convocatoria de programa a médicos y pacientes.

Durante esta fase se dio a conocer el estudio al personal médico que labora en el Hospital de Salud Mental con la finalidad de convocarlos a invitar a los pacientes de consulta externa a dicho programa, al mismo tiempo fue difundido mediante carteles y trípticos exponiendo la finalidad del programa.

Fase II: Recepción de pacientes.

Se recibieron a los pacientes interesados en participar en dicho programa, se les proporcionó la información pertinente sobre el mismo, explicándoles los beneficios que podían recibir, realizando la entrevista individual durante la cual se aplicó la escala PANSS para medir los síntomas positivos y negativos de la enfermedad y determinar si era candidato o no para el programa.

Fase III: Aplicación de escala de desempeño personal y social.

Una vez determinado lo anterior se procedió a la aplicación de la Escala de Desempeño Personal y Social de manera individual para posterior a ello dar inicio a las sesiones del programa.

Fase IV: Desarrollo del programa.

La modalidad en la que se basó el programa, es el de Terapeuta- Grupo de Pacientes, pues a nuestra consideración no sólo la familia necesita ser escuchada sino también el paciente, es por ello que debe integrarse a grupos a través de los cuales pueda conocer su enfermedad y obtener información que le ayude a integrarse de una manera más adecuada dentro de su contexto social.

El proceso de psicoeducación grupal abarcó dos etapas: la de información y orientación en cuanto a la enfermedad y la de entrenamiento en la solución de problemas concretos dentro y fuera del hogar, ambas se llevaron a cabo de manera simultánea.

El programa consistió en desarrollarse a través de una serie de sesiones durante las cuales se pretendía que el paciente conociera su enfermedad y obtuviera las habilidades para mejorar su desempeño personal y social.

Dichas sesiones fueron divididas impartándose semanalmente con una duración de dos horas, cuyos contenidos por sesión fueron los siguientes:

Primera.- Introducción al programa

Segunda.- ¿Cómo comprender la enfermedad?

Tercera.- ¿Cómo comprender los síntomas?

Cuarta.- ¿En qué consiste el tratamiento integral?

Quinta.- El tratamiento farmacológico

Sexta.- Previendo recaídas y situaciones de crisis

Séptima.- ¿Cómo recuperarse de una enfermedad mental?

Octava.- Conclusión del programa

El conocimiento de cada uno de estos temas, brindan la posibilidad de disminuir la incertidumbre en el paciente y lo ayudan a confrontar de una mejor forma, en que consiste su enfermedad y reconocer los recursos con los que cuenta para actuar dentro de su medio. Aunque cada uno de los temas vistos son indispensables para mejorar las habilidades en el paciente, las sesiones 6^a, 7^a y 8^a, fueron destinadas para centrar la atención el área de cuidado personal, las actividades socialmente útiles, las relaciones personales y sociales, así como los comportamientos perturbadores y agresivos.

Fase V: Aplicación de escala de desempeño personal y social (post)

Durante la semana siguiente a la conclusión del programa nuevamente se aplicó la escala de Desempeño Personal y Social, mediante entrevista individual, para poder observar los cambios que se produjeron.

III. RESULTADOS

Características del Desempeño Personal y Social

La Escala de Desempeño Personal (PSP) mide la actividad del paciente con esquizofrenia en 4 áreas las cuales se describen en la siguiente tabla. (Tabla 1)

Tabla 1.- Variables Psicométricas

VARIABLES	
A)	Cuidado Personal: Se refiere a todas aquellas actividades que el paciente realiza diariamente en su auto cuidado como lo son: bañarse, cepillarse los dientes, cambiarse de ropa, tomarse sus medicamentos, comer.
B)	Actividades Socialmente Útiles: Referidas a aquellas actividades en las que el paciente interviene de manera útil dentro de su contexto social, como lo son: trabajo o escuela, quehaceres domésticos, trabajo de voluntariado o en equipo.
C)	Relaciones Personales y Sociales: Se refiere a todas aquellas relaciones sociales que el paciente establece con las personas de su medio y fuera del mismo, las cuales se ven reflejadas dentro de grupos como la pareja, la familia, los amigos e incluso algunos sistemas de apoyo fuera del tratamiento establecido.
D)	Comportamientos Perturbadores y Agresivos: Son aquellos que ponen en riesgo la vida del paciente y/o de las personas que le rodean; se pueden ver reflejados en el hablar ruidosamente, maldecir, amenazar verbalmente, e inclusive amenazar con hacer daño así mismo o a otros.

En la aplicación PRE y POST de dicha escala se obtuvieron por cada área evaluada los siguientes resultados:

En la aplicación PRE, referente al área de Cuidado Personal, dos de los pacientes (A y B) tuvieron dificultades notables en aspectos tales como bañarse, lavarse el cabello, cepillarse los dientes; sin embargo el tercero (C) tuvo dificultades graves al no poder ocuparse de sus alimentos y medicamentos, además de las anteriores.

En la aplicación POST se obtuvo que los 3 pacientes (A, B y C) mostraron sólo dificultades leves, ya que fueron capaces de preocuparse más por su aspecto personal así como por la ingesta de sus medicamentos. (Tabla: 2)

Tabla 2.- Cuidado Personal.

VARIABLES/ ÁREAS	GRADOS DE GRAVEDAD	APLICACIÓN PRE No. de pacientes	APLICACIÓN POST No. de pacientes
Cuidado Personal	Leve		3 Pacientes A, B y C
	Notable	2 Pacientes A y B	
	Grave	1 Paciente C	

En el área de Actividades Socialmente Útiles (PRE), uno de los pacientes (B) tuvo dificultades notables al participar ocasionalmente en actividades dentro del hogar, los dos restantes (A y C) mostraron dificultades graves ya que generalmente no mantenían actividades útiles y se limitaban a permanecer poco activos durante la mayor parte del día.

En la POST el paciente (C) tuvo dificultades evidentes al integrarse más activamente dentro del hogar, los otros dos (A y B) refirieron dificultades leves estableciendo mayor comunicación con la familia y participando en mayor proporción en actividades tanto dentro como fuera del hogar (Tabla 3).

Tabla 3.- Actividades Socialmente Útiles.

VARIABLES/ ÁREAS	GRADOS DE GRAVEDAD	APLICACIÓN PRE No. de pacientes	APLICACIÓN POST No. de pacientes
Actividades Socialmente Útiles	Leve		2 Paciente A y B
	Evidente		1 Paciente C
	Notable	1 Paciente B	
	Grave	2 Paciente A y C	

En cuanto al área de Relaciones Personales y Sociales, en la aplicación PRE, uno de los pacientes (B) observó dificultades notables, estableciendo comunicación solo con los miembros de su familia, los otros dos (A y C) mostraron dificultades graves ya que no establecían mayor contacto ni con otras personas (pareja, familia, amigos) ni con la propia familia.

En la aplicación POST uno de ellos (B) mostró dificultades leves, ya que si bien el único grupo con el que se relacionan es la familia se han establecido mayores alianzas entre los miembros, respecto los dos restantes (A y C) muestran aún dificultades evidentes al relacionarse solo con la familia y continuar con limitada comunicación, pero aprendiendo a responder a necesidades dentro del grupo en el que se desenvuelve (Tabla 4).

Tabla 4.- Relaciones Personales y Sociales.

VARIABLES/ ÁREAS	GRADOS DE GRAVEDAD	APLICACIÓN PRE No. de pacientes	APLICACIÓN POST No. de pacientes
Relaciones Personales y Sociales	Leve		1 Paciente B
	Evidente		2 Paciente A y C
	Notable	1 Paciente B	
	Grave	2 Paciente A y C	

Finalmente, en cuanto al área de Comportamientos Perturbadores y Agresivos, en la aplicación PRE solo un paciente (C) mostró dificultades leves ya que presenta poco interés en actividades con tendencia a la depresión, sin que ello genere ideación suicida pero sí malestar en las actividades diarias. Los dos restantes (A y B) no muestran ninguna dificultad desde el inicio de su padecimiento sin que hasta la fecha se genere alguno.

En la aplicación POST pudo observarse una leve mejoría, mostrando los tres pacientes (A, B y C) ausencia de este tipo de comportamientos (Tabla 5).

Tabla 5.- Comportamientos Perturbadores y Agresivos.

VARIABLES/ ÁREAS	GRADOS DE GRAVEDAD	APLICACIÓN PRE No. de pacientes	APLICACIÓN POST No. de pacientes
Comportamientos Perturbadores y Agresivos	Ausente	2 Paciente A y B	3 Paciente A, B y C
	Leve	1 Paciente C	

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El estudio e investigación de la salud mental implica un gran reto para el psicólogo clínico, es por eso que las herramientas con las que se ha formado le brindan la posibilidad de comprender el comportamiento humano y con ello buscar nuevas alternativas en beneficio del paciente.

Los resultados obtenidos a través de este estudio demuestran que la implementación de programas psicoeducativos generan un cambio en el desempeño personal y social en el paciente.

Se pudo comprobar que existieron cambios de actitud hacia las actividades realizadas por los pacientes, mostrando mayor preocupación por su aspecto personal así como por la ingesta de sus medicamentos.

Aunque siguen detectándose dificultades en las actividades socialmente útiles, lograron establecer una mayor comunicación con la familia, participando aun más en actividades tanto dentro como fuera del hogar.

A pesar de las limitadas relaciones con las que cuentan los pacientes estudiados, generaron mayores alianzas con su familia, aprendiendo a responder a necesidades dentro del grupo en el que se desenvuelven.

Finalmente, pudieron descartarse riesgos sobre comportamientos perturbadores y/o agresivos lo cual disminuye la probabilidad de suicidio en este grupo de pacientes.

El planteamiento de esta nueva alternativa nos permitió demostrar que realmente ayuda en la recuperación y mantenimiento de los pacientes, así como también en el apoyo brindado a la familia, pues debido al conflicto que genera el hecho de padecer esquizofrenia, en muchas ocasiones la dinámica familiar resulta seriamente afectada por la cantidad de sentimientos y emociones que surgen al no saber cómo enfrentar esta enfermedad.

Cabe aclarar que si bien esta alternativa pretende ayudar al paciente en su re-integración a la vida cotidiana, no por ello suple al tratamiento farmacológico y que por el contrario es necesario trabajar en la adherencia al mismo, pues algo que pretende evitarse con este tipo de programas son las constantes recaídas y aunque no es posible identificar con exactitud cuáles son los motivos, en muchas ocasiones se debe a un mal apego al tratamiento farmacológico.

Sin embargo, también se ha comprobado que los ambientes altos en estresores predisponen a una recaída, entonces quizá lleguemos a preguntarnos ¿cómo podemos disminuir dicho ambiente?, lo importante para trabajar en este aspecto no es el ¿cómo? sino el ¿qué se puede hacer ante esto?. El procedimiento que utilizamos no pretende establecer “los pasos para enfrentar situaciones estresantes”, lo que se intenta es guiar al paciente y ayudarlo a enfrentarlas.

Para poder lograr esto, es importante orientar al paciente a reconocer todas sus capacidades, habilidades, aptitudes y sobre todo sus necesidades ya que poco se preocupa por cubrirlas. Debemos promover una rutina de actividades diarias en donde pueda invertir el tiempo de manera productiva y agradable.

Mediante una serie de actividades se busca ayudar al paciente a que acepte su enfermedad y sea consciente de la misma, a que tenga un mayor apego al tratamiento con toda intención de evitar situaciones de crisis o recaídas, a que se reconozca e identifique síntomas y a que se sienta útil en la vida y adquiera cierta independencia.

Todos esos aspectos redundan en mejorar el funcionamiento psicosocial y el desempeño personal del paciente.

Difícilmente podemos decir que estos cambios surgen de la noche a la mañana, pero es posible lograrlos estableciendo un fuerte compromiso y cierta cantidad de esfuerzo y

aunque en ocasiones resulte frustrante enfrentarse a ciertas dificultades, este obstáculo es un reto más para el psicólogo.

La psicoeducación grupal nos ayuda a economizar tiempo, abarcando una mayor cantidad de población pero a su vez se convierte en una experiencia muy valiosa para el paciente ya que le brinda la oportunidad de compartir sentimientos y emociones respecto a la enfermedad, haciéndolo sentir más comprendido y menos solo. Al unirse a un grupo se reduce la inseguridad y se confiere cierto reconocimiento y posición, lo cual genera sentimientos de valía al sentirse parte de este.

Las limitaciones pueden darse dentro del sistema de salud, muchas otras por parte del mismo psicólogo, es por eso que éste debe centrarse en investigar, estudiar y aprender nuevas técnicas para trabajar grupalmente ya que su labor reside no solo en escuchar y comprender sino también en buscar formas y soluciones para ayudar al paciente a vivir una mejor vida.

El psicólogo debe diversificar su apoyo al lado del psiquiatra, generando alianzas a través de las cuales el tratamiento del paciente pueda verse integrado sin tener que separar una ciencia de la otra puesto que ambas persiguen el mismo fin.

Con la realización de este estudio se pretendió no solo lograr un mejor desempeño del paciente, sino también dejar establecido que la psicoeducación es una alternativa más en el tratamiento del paciente con esquizofrenia en donde la intervención del psicólogo se ve mayormente reflejada dentro del campo de la salud mental.

REFERENCIAS

- Adams C. (2000) Psychosocial Intervention for schizophrenia. *Effective Health Care* 2000; 6(3):1-8
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. Ed. TR. Washington. P. 309.
- Anderson, C.M.; Reiss, D.J: y Hogarty, G.E. (1986) *Schizophrenia and the family*. Nueva York: Guilford
- Apiquián, R. (2008) *Escala de Desempeño Personal y Social*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Janssen Cilag. México
- Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of Education Groups for People with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 199-204.
- De la Fuente, ME., Torres, L., Blanco, P (2008) Nuevo medicamento para el tratamiento de la esquizofrenia. En: *Materiales de Prensa*. Paradigma-Pel Comunicación. 24º. Congreso Argentino de Psiquiatría.
- Díaz, J., González, E., Varela, C. (2001) Psicoeducación: Modelos para Esquizofrenia, Depresión, Trastornos por Déficit de Atención, Trastornos de Alimentación. *Programa de Actualización Continua en Psiquiatría*. Neurociencias. PAC-3 APM , Libro 6, p.p. 299-320
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., y Mc Guill, C.W. (1984) *Family care of Schizophrenics*. New York: Guilford.
- Garnica, R. (2005) *Programa Específico de Esquizofrenia.2ª*. Revisión. Secretaria de Salud: México
- Goldman CR, Quinn FL. Effects of a Patient Education Program in the Treatment of Schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39(3):282-6.
- Goldstein M Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology* 1995, Vol 9 No5 pp 59-69
- Guía Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia. Barcelona: *Ars Médica*; 2001.
- Hogarty G, Kornblith S, Greenwald D, DiBarry A, Cooley S, Flesher S, Reiss D, Carter M, Ulrich R. Personal Therapy: A Disorder-Relevant Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21(3):379-93.
- Hogarty G. Anderson C. Reiss D. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives General Psychiatry* 1986 Vol 43 pp 633-642
- Hogarty G., Greenwald D, Ulrich R, Kornblith S, DiBarry A, Cooley S, Carter M, and Flesher S. Three-Year Trials of Personal Therapy Among Schizophrenic Patients Living With or Independent of Family, II: Effects on Adjustment of Patients. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (11):1514-24.
- Hogarty GE, Kornblith S, Greenwald D, DiBarry A, Cooley S, Ulrich R, Carter M, and Flesher S. Three-Year Trials of Personal Therapy Among Schizophrenic Patients Living With or Independent of Family, I: Description of Study and Effects on Relapse Rates. *Am J Psychiatry* 1997; 154(11):1504-13. Jorgensen P. Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:436-40.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med* 1992;22 (suppl 20): 1-97.
- Jablensky A. Schizophrenia: Recent epidemiologic issues. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 10-20.

- Johnson M, K. (1990) *“Esquizofrenia: Como comprender su enfermedad” Programa de Equipo Asociado para el Tratamiento Neurocientífico*. Ed. Lilly: Carolina del Sur
- Kay G, Opler L y Fiszbein A. (1986) *Manual para la Calificación de la Escala para Síndromes Positivo y Negativo PANSS*. Traducida al español por: Herrera M y González G. 1990 División de Capacitación, enseñanza e investigación del Hospital Fray Bernardino Álvarez.
- Lee PWH, Lieh-Mak F, Yu KK, Spinks JA. Coping Strategies of Schizophrenic Patients and their Relationships to Outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 163:177-82.
- Leff, J. (1985) Family treatment of schizophrenia. En K. Grauville- Gossman (comp.), *Recent advances in clinical psychiatry*. Londres: Churchill Livingstone
- Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 372-377.
- Moller MD, Murphy MF. The Three Rs Rehabilitation Program: A Prevention Approach for the Management of relapse Symptoms Associated with Psychiatric Diagnoses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 20(3):42-8.
- North C. Pollio D. Sachar B. Hong B. Inserberg K. Bufe G. The family as a caregiver: a group psychoeducation model for schizophrenia. *America journal of Psychiatry* 1998 Vol 68, No1 pp 39-46
- Organización Mundial de la Salud (1996) Las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo (años de vida ajustados a discapacidad) en edades entre los 15 y los 44 años.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994) Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22, (4), 171-177.
- Ruschena, D., Mullen, PE., Burgess, P., Cordner, SM., Berry-Walsh, J. et all (1998) Sudden Death in Psychiatric Patients. *British Journal of Psychiatry*. 173. P. 331-336.
- Sampieri, H., R. y colab. (2007) *Metodología de la Investigación*. Mac Graw Hill. 4a. Edición. México.
- Süllwold L, Herrlich J. Providing Schizophrenic Patients with a Concept of Illness. An essential element of Therapy. *Br J Psychiatry* 1992; 161 (suppl. 18):129-32.
- Tarrier, N. et all (1988) The community management of schizophrenia. A controled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Treviño, C. E. (2004) *Actitud hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes con esquizofrenia y su relación con la severidad sintomática*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana
- Valencia, M., Rojas, E., González, C., Ramos, L., Villatoro, J. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial en Pacientes de un Centro de salud. *Rev. Salud Pública México*. 1989. Vol. 31 pp. 674-87.
- Valencia, M. Manejo Psicosocial del Paciente Esquizofrénico en Psiquiatría. *Salud Mental*. México. Septiembre- Diciembre de 1996. Vol. 12. No.3 pp. 72-84.
- Valencia, M. Funcionamiento Psicosocial en pacientes con esquizofrenia: treinta meses de seguimiento comunitario. *Salud Mental*. México. 1997. Vol. 20, No. 2. 28-37
- Valencia, M. Programa de Intervención Psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental, Número Especial*. 1999. P. 128-136
- Valencia, M. Tratamiento Psicosocial en pacientes Esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría.(1999) *Salud Mental*. México. Abril de 1999. Vol.22. No.2 pp.31-40.

- Valencia, M. El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En: Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas. Ortega H, Valencia M (eds.). *Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 399-454, México, 2001