

Efectividad de la psicoducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. Estudio piloto

Dr. Víctor Octavio López Amaro,* Dr. Marcos Hernández Daza*

* Residente de la Especialidad y residencia en psiquiatría del Hospital Central Militar.

** Jefe de Sala Psiquiatría de Mujeres, del Hospital Central Militar. Departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar.

RESUMEN

Introducción. Los padecimientos psiquiátricos tienen un curso crónico, fluctuante e incapacitante, con deterioro funcional e incapacidad laboral. Los enfoques actuales en los tratamientos buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Evaluamos la efectividad en la calidad de vida de un programa de psicoeducación, integrando al paciente y a sus familiares en el tratamiento de la enfermedad mental, transformándolos en participantes activos, en el marco de la práctica clínica habitual, con pacientes ambulatorios.

Material y método. Se invitó a participar a 39 voluntarios, masculinos y femeninos, adultos menores de 60 años, todos con enfermedad mental, diagnosticados y tratados en la Unidad de Especialidades Médicas, en la Consulta Externa de Psiquiatría, sin considerar su diagnóstico, su tratamiento habitual o el curso de la enfermedad. Una vez que aceptaron ingresar al estudio, se aleatorizaron en dos grupos (A y B). Al grupo A se le agregó a su tratamiento habitual un programa de psicoeducación, según las guías correspondientes. El segundo grupo conservó su tratamiento habitual, sin recibir psicoeducación.

Resultados. Se aplicaron cuestionarios y clinimetría a los dos grupos para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo registro basal (inicio) y dos semanas después. Se analizan ambos registros y se compararon entre ambos grupos (*t* de Student para grupos dependientes).

Conclusión. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, concluyendo que la aplicación del programa de psicoeducación influye en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental.

Palabras clave: Calidad de vida, psicoeducación, enfermedad mental, emoción expresada.

Psychoeducation effectiveness of the quality of life in patients with mental illness. Pilot study

ABSTRACT

Introduction. Psychiatric disorders have a chronic course, fluctuating and disabling, with functional impairment and disability. The current treatment approaches aimed at improving the quality of life of patients and their families. Evaluate the effectiveness of the quality of life of a psychoeducation program, integrating the patient and family in the treatment of mental illness, transforming them into active participants, as part of routine clinical practice with outpatients.

Material and methods. We invited to participate to 39 volunteers, male and female adults under 60 years, all with mental illness, diagnosed and treated at the Unit of Medical Specialties in the Outpatient Psychiatry, regardless of their diagnosis, standard treatment or the course of the disease. Once accepted to study entry were randomized into two groups (A and B). Group A was added to the usual treatment psychoeducation program, according to the guides. The second group kept their usual treatment without receiving psychoeducation.

Results. Questionnaires were applied and clinimetría the two groups to evaluate the quality of life. Baseline recording was obtained (top) and two weeks later. Both records were analyzed and compared between groups (*t* test for dependent groups).

Conclusion. We found statistically significant difference between groups, concluding that the application of psychoeducation program affects the quality of life of patients with mental illness.

Key words: Quality of life, psychoeducation, mental illness, expressed emotion.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental es un proceso discapacitante frecuente, que genera costes elevados, tanto en su atención, seguimiento, hospitalización, y en su rehabilitación. A pesar del esfuerzo, las recaídas son frecuentes.

Los tres factores más importantes por su frecuencia, que precipitan las recaídas son los siguientes:¹

- Mal apego al tratamiento: inasistencia a citas de seguimiento, no respetar las indicaciones médicas, no tomar los fármacos como están indicados, etc.
- Consumo de sustancias (ilícitas o lícitas, que generen principalmente alteraciones neuroconductuales o que afecten vías metabólicas).
- Factores estresantes dentro de su entorno familiar/social (emoción expresada).

Los psicofármacos han sido una herramienta básica en el tratamiento,¹ pero también se ha visto la importancia del trabajo psicoterapéutico, el cual aumenta la eficacia del manejo psiquiátrico.^{2,3} Actualmente no basta con contener los síntomas del paciente, es necesario mejorar la calidad de vida del paciente con enfermedad mental, reintegrarlo a su entorno familiar, social y laboral, y tratar de prevenir las recaídas, o por lo menos disminuirlas en frecuencia. La Psicoeducación surge como una respuesta a la necesidad de un abordaje integral en la enfermedad mental,⁴ convirtiendo a paciente y familiares en colaboradores activos en el tratamiento de la enfermedad,^{5,6} para tratar de mejorar el apego terapéutico, crear ambientes bajos en estresores, y disminuir la probabilidad de recaídas. La educación y la salud se han unido en beneficio de los pacientes. Cuando se educa, se desarrollan en los individuos conductas sanas para evitar daños a la salud, propia y de la comunidad. La prevención primaria no es la única modalidad de la educación; abarca desde las medidas para evitar la aparición de enfermedad, la prevención secundaria que limita los daños y la prevención terciaria que rehabilita las capacidades y funciones comprometidas por dichos daños. La labor de la educación en salud puede extenderse a las actividades curativas y a las de rehabilitación, y por lo tanto, al campo de la medicina especializada.⁷ El nuevo modelo de cuidados para la salud es conocer de la enfermedad, comprenderla y participar en su atención.⁸ En este rubro, la educación para la salud resulta un producto ostensible y punto de partida de una

aproximación metodológica desarrollada durante los últimos 30 años y que hasta hoy conocemos como «psicoeducación»,⁹ surgida del trabajo con familias de pacientes afectados por esquizofrenia,^{7,8} y que se ha extendido su uso a otras patologías mentales.

El mecanismo patogénico de las enfermedades mentales es poco comprendido por los pacientes y su familia, pero al conocerlos, pueden ser mejores colaboradores en el tratamiento de la enfermedad. Conocer de la enfermedad, comprenderla y participar en su atención parecen ser los pilares básicos del nuevo modelo de cuidado de la salud; y es en éste punto donde la psicoeducación resulta de gran utilidad en el tratamiento de la enfermedad mental.

El paciente con enfermedad mental cuenta con una pobre visión de su propia enfermedad, quizás sea el menos indicado para tomar decisiones sobre su propia salud, a pesar que la medicina actual gira en torno a los derechos del paciente, sus decisiones y en su autocuidado. Hace varios años, el objetivo del manejo de la enfermedad mental era la contención (hospitalizaciones prolongadas, contención farmacológica, granjas de cuidados a pacientes crónicos, manicomios, etc.), ahora se busca la funcionalidad, la independencia del paciente, y una mejora en su calidad de vida, en su productividad y en sus relaciones interpersonales. Se define como calidad de vida¹⁰ al grado con el que se experimenta placer y satisfacción, en diversas áreas de la vida, tales como estado de salud física, estado de ánimo, área laboral o escolar, actividades del tiempo libre, relaciones sociales y familiares, y actitud general. Dentro de las estrategias para mejorar la calidad de vida se intenta reintegrar al paciente a su entorno familiar, social y laboral, prevenir las recaídas, y mejorar el apego al tratamiento. Cada vez se busca más hacer partícipe a los familiares del paciente sobre la enfermedad, para apoyar en el tratamiento y con la toma de decisiones. Se difunde más información sobre la enfermedad mental, para que paciente y familiar, tomen conciencia del problema, y se cumplan en forma satisfactorias los objetivos de los tratamientos. Como parte de este esfuerzo, se ha creado la psicoeducación, la cual trata de integrar a los familiares a la solución de los problemas del paciente con enfermedad mental. Actualmente se cuenta con guías de psicoeducación, aplicadas en diversos escenarios y en diversas enfermedades. Si fuera posible la aplicación de estas guías en nuestro entorno de atención, como parte del tratamiento psiquiátrico integral (junto con los psi-

cofármacos, y las psicoterapias individuales), probablemente mejoraría la calidad de vida de nuestros pacientes; con esto, los pacientes tendrían un mayor apego al tratamiento, disminuiría la frecuencia de las recaídas y habría más control sobre la enfermedad, traduciendo en una disminución de costes por motivo de hospitalizaciones y manejo de los eventos agudos.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo del trabajo fue evaluar la calidad de vida en pacientes que reciben psicoeducación, y compararla con pacientes que no la reciben. Se determinó llevar a cabo un ensayo clínico, analítico aleatorizado prospectivo transversal, comparando dos grupos (estudio y control), y determinar si existe diferencia entre ambos tras aplicar el programa de psicoeducación.

La población fue constituida por pacientes masculinos y femeninos, entre 18 y 60 años de edad, que presenten enfermedad mental, que acudan a la Consulta Externa de Psiquiatría en forma habitual, acompañados por su familia, que en forma voluntaria acepten participar en el diseño experimental.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos, masculinos y femeninos, entre 18 a 60 años, que presenten una enfermedad mental, según la definición del DSM IV-TR, que en forma regular asistan a sus citas de control y seguimiento en la Consulta Externa de la Unidad de Especialidades Médicas, Consulta Externa de siquiatría, y que acepten participar en el protocolo de investigación acompañados por su familiar (se indica que sea un familiar cercano, y que tenga participación en el seguimiento del paciente).
- Que cuenten con familiar cercano, y que éste esté al tanto del padecimiento y acepte acompañar al paciente a las sesiones de psicoeducación.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes que no acepten ingresar al protocolo.
- Pacientes que no cuenten con familiares que le acompañen en sus citas y en el programa de psicoeducación.
- Pacientes que no cuenten con familiares que conozcan sobre la enfermedad del paciente, o que no tengas la capacidad de apoyo hacia el paciente (por enfermedad o incapacidad).

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten una recaída durante la aplicación del programa de psicoeducación, que le impida completar las sesiones.
- Pacientes que durante el desarrollo del programa presenten una enfermedad médica que requiera manejo hospitalario, el cual genere imposibilidad de completar el programa de psicoeducación.
- Pacientes que no asistan a las sesiones, por causas particulares, sea la causa que sea.
- Familiares poco cooperadores al protocolo, o que durante el desarrollo del proyecto presenten una enfermedad mental, deterioro neurológico o enfermedad médica que impida el desarrollo del programa de psicoeducación.
- Pacientes que no realicen sus encuestas completas, omitan datos al entrevistador, o que los datos sean falsos y sea imposible el seguimiento del caso.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que retiren su consentimiento informado.
- Pacientes que fallezcan durante el estudio, por causa ajena al protocolo.

Se determinó el tamaño de la muestra, empleando la fórmula para comparación de dos medias, aceptando un riesgo de 0.05 y un poder estadístico de 90% para detectar diferencias si es que existen, determinándose 18 por grupo.

Se realizó una invitación general a pacientes que acuden a la Consulta Externa de Psiquiatría y que cuentan con los criterios de entrada y salida para el proyecto de investigación. A los participantes voluntarios, se les mostró la hoja de autorización y un bosquejo sobre el contenido del trabajo, la importancia del estudio y los criterios de entrada y salida. Una vez que cada participante (y familiares) aceptaron su ingreso al estudio, se les dio a firmar la hoja de autorización de procedimiento, e inmediatamente después se realizó la aleatorización (conforme una tabla preestablecida), ingresando al grupo A (intervención, caso o experimental) o al grupo B (no intervención o control), teniendo cada paciente la misma probabilidad de ingresar a cualquiera de los dos grupos. A todos por igual se les registraron sus datos personales y epidemiológicos, se aplicó la escala de calidad de vida Q-Les-Q, y la escala de aptitudes a la medicación. La siguiente encuesta se realizó vía telefónica, tanto los del grupo A como los del grupo B, empleando una

entrevistadora, capacitada para realizarla. La entrevistadora desconocía a que grupo pertenecía el encuestado (estudio ciego). Se hicieron coincidir los tiempos de aplicación en ambos grupos. Al grupo experimental, además del registro y aplicación de escalas, se incluyó en el programa de psicoeducación, el cual contó con las siguientes características y contenido:

1. Formato de la psicoeducación: familia-familia. Asiste el paciente acompañado de su familia. El programa está dirigido a ambos, pero los cambios se esperan en el paciente.
2. Horario y fechas: lunes del mes de octubre (semanalmente), una hora de sesión más el tiempo necesario para solucionar dudas y responder preguntas. Se realizaron dos sesiones con el material psicoformativo, requiriendo repetirla en dos ocasiones para completar la muestra requerida para el proyecto de investigación.
3. Se contó con un ponente para todas las sesiones, y el programa fue basado en las guías de psicoeducación.
4. Lugar: auditorio de la Unidad de especialidades médicas.
5. Material empleado: un aula de usos múltiples (auditorio de la unidad de especialidades médicas), con sillas y mesas propias del área; una computadora y cañón proyector, para mostrar las diapositivas del programa; y diapositivas del tema.
6. El contenido de las presentaciones se estructuró en cuatro etapas:

- a) Etapa de involucramiento familiar.
- b) Etapa de información y orientación en cuanto a la enfermedad.
- c) Etapa de entrenamiento en la solución de problemas concretos para el manejo en el hogar.
- d) Etapa de facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente.

7. Contenido de las presentaciones:

- a) Conceptos sobre la enfermedad mental, su etiología y su incidencia.
- b) Reconocimiento de la enfermedad mental.
- c) Reconocer que el ambiente familiar no está implicado en la etiología de la enfermedad (este punto es importante para manejo del sentimiento de culpa de los familiares y se enfoquen en el tratamiento y apoyo del paciente, esforzarse en las habilidades y competencias de los familiares, sin enfatizar las deficiencias).

- d) Emoción expresada y la importancia de un ambiente adecuado (familiar y social). Integración del paciente en los roles familiares y sociales.
- e) Identificación de los signos de recaída y recomendaciones de manejo. Conductas ante la recaída del paciente.
- f) Fármacos: su importancia en el manejo de la enfermedad mental, y la necesidad de llevar a cabo el tratamiento en forma rutinaria.
- g) Manejo de límites y la comunicación.

Al final de cada presentación se dio tiempo suficiente (aproximadamente una hora), para responder preguntas a los asistentes, en relación con situaciones particulares, problemas personales y familiares, y dudas que surgieran durante la presentación, con el objetivo principal de mejorar la relación médico paciente y generar confianza con el grupo de trabajo de salud mental.

Una vez transcurrido el periodo de psicoeducación, a este grupo (grupo A), se le realizó una entrevista vía telefónica, de las mismas características que al grupo B, en donde se les aplicó la escala Q-Les-Q y de aptitud a la medicación.

Se integraron los datos, se registraron en una hoja de archivo electrónico SPSS, versión 12.0.0 for Windows (11 nov 2003) con número de registro 56554. Y se realizó el análisis estadístico, con estadística descriptiva e inferencial.

Tipos de variables

- **Variable Independiente:** Aplicación de programa de psicoeducación.

Definición: Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica

Valores de referencia: se le aplica o no se le aplica psicoeducación.

- **Variable dependiente:** Calidad de vida.

Definición: reflejo del impacto de la enfermedad mental en la vida de las personas, en las necesidades individuales y en las expectativas de la sociedad.

Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Medida: se aplicará el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire,

Q-LES-Q) obteniéndose los valores basales y posterior a la aplicación de la psicoeducación.

Tipo de análisis: Se analizó mediante t de Student para grupos dependientes.

Ética

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17, este ensayo se considera Investigación con riesgo mínimo. Se consideraron los posibles riesgos a presentar, así como los procedimientos a realizar en caso de presentarse alguna complicación durante la realización del ensayo.

RESULTADOS

Se capturaron un total de 39 pacientes, 20 del grupo A (casos) y 19 del grupo B (controles). Se registraron en el grupo A cinco pacientes masculinos y 15 femeninos, y en grupo B, ocho masculinos y 11 femeninos. El grupo A registró 17 derechohabientes, mientras el grupo B sólo 15. El diagnóstico más común en ambos grupos fue el de depresión, con siete y cinco reportes, respectivamente, en grupo A y grupo B. Le sigue en frecuencia trastornos de ansiedad, con dos en el grupo A y cinco en el grupo B. Del grupo A, 30% desconocían su diagnóstico, y del grupo B 26.3% desconocían su diagnóstico. En estos rubros, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. En cuanto al estado civil, nivel de estudios terminados y médico tratante no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En cuanto a la edad, el grupo A presentó un promedio de 46.85 años, una mediana de 47.5 años, sin valor en la moda, una desviación estándar de 11.44 y una varianza de 131.08. En cuanto al grupo B, se encontró un promedio de 39.57, una mediana de 41, y tampoco se registró valor moda; presentó una desviación estándar de 16.07 y una varianza de 258.25.

Se compararon ambos grupos mediante t de Student para grupos dependientes, encontrando los siguientes resultados:

1. En el grupo A, con un intervalo de confianza de 95%, y 19 grados de libertad, se obtuvo una t de -2.436 ($P = 0.025$), encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre el registro basal y la segunda toma.
2. En el grupo B, con un intervalo de confianza de 95%, y 15 grados de libertad, se obtuvo una t de -1.686 ($P = 0.113$), no encontrando una di-

ferencia estadísticamente significativa entre el registro basal y la segunda.

3. Con un intervalo de confianza de 95%, en la comparación de medias entre el grupo A y B, se obtuvo un valor de $P = 0.03012$, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, rechazándose la hipótesis de nulidad.
4. Por otra parte, siendo un objetivo secundario, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la escala de aptitud a la medicación entre ambos grupos.
5. Por otra parte, se registró un alto índice de abandono del trabajo de investigación. Del grupo experimental fue necesario ingresar a 72 voluntarios para alcanzar la muestra requerida (se requerían 18, pero se lograron conservar 20 pacientes), registrando un abandono de 400%. Entre las causas más frecuentes de exclusión fueron las siguientes:
 - a) Inasistencia a las sesiones. Después de haber llenado la hoja de registro y firmar el consentimiento informado, un gran porcentaje no asistieron, siendo necesario aumentar las fechas de las sesiones de psicoeducación para completar la muestra. A los pacientes que registraron su número telefónico, se les preguntó la causa de la inasistencia, refiriendo la mayoría haberlo olvidado, otros tener compromisos sociales o problemas que requerían su presencia.
 - b) No acudieron con su familiar como estaba indicado en la hoja de registro.
 - c) Registro de datos incompletos, imposible de ingresar a la base de datos. Algunos datos fueron completados vía telefónica, aunque la mayoría también carecían del registro de algún teléfono o fueron números apócrifos.
 - d) Muchas encuestas no fueron registrables por su mal llenado. A pesar de ser una encuesta auto aplicable, de haber sido apoyados por sus familiares y otros por el suscripto, varias encuestas fueron regresadas en blanco o incompletas, requiriendo su invalidación.
 - e) Uno de los asistentes a las sesiones de psicoeducación, firmó en su hoja de autorización no aceptar el procedimiento. Acudió acompañado por familiar a ambas sesiones, incluso se mostró participativo, pero no aceptó ingresar al estudio (se le permitió asistir a las sesiones). Se entrevistó para volverle a plantear la opción de ingresarlo al estudio, pero justificó que no esta-

ba interesado, y que no le gustaba participar en proyectos de investigación. Incluso llenó en forma adecuada los cuestionarios de registro y el registro basal, pero no se le realizó la segunda entrevista (vía telefónica), por carecer de su autorización, excluyéndose del estudio.

- 6 En el grupo control se eliminaron nueve participantes. Tres por haber dejado en blanco la encuesta inicial, y los seis restantes por carecer de sus datos personales o haberlos ingresado en forma apócrifa, ya que no fue posible localizarlos vía telefónica al momento de la segunda entrevista. Por otra parte, se observó mucha desconfianza entre los pacientes que fueron invitados, y a pesar de mostrarse muy interesados en participar, no hubo la respuesta esperada al programa.

DISCUSIÓN

En el grupo experimental (A) observamos diferencias estadísticas entre la toma basal y el registro en la segunda semana, lo que comprueba que la psicoeducación tiene un efecto benéfico en la calidad de vida de los pacientes que la reciben. En el grupo control (B) encontramos diferencias entre la toma basal y el registro a las dos semanas, aunque estas no son estadísticamente significativas. En estos cambios pudo haber intervenido el tratamiento convencional. Al comparar las medias entre ambos grupos (A y B), con un nivel de confianza de 95% de que los cambios no fueron debidos al azar, observamos una diferencia estadísticamente significativa, encontrando que los pacientes que reciben psicoeducación mejoran su calidad de vida en comparación a los pacientes que únicamente reciben su tratamiento convencional.

Por otra parte, se registró un grupo numeroso constituido por los voluntarios que abandonaron el proyecto de investigación. Se observó poco interés en los programas de asistencia y apoyo al paciente. Existe mucha desconfianza, los pacientes se niegan a dar sus datos completos, y sus asistencias son muy irregulares. En la misma proporción en que los pacientes dejan de asistir a sus citas de seguimiento y control, dejaron de asistir al programa de apoyo, en donde finalmente el paciente y sus familiares se veían beneficiados.

El objetivo del proyecto fue evaluar la efectividad de la psicoeducación en la práctica clínica habitual, en el entorno normal de consulta y de trabajo con los pacientes. Cada día acuden pa-

cientes a la consulta por diversas patologías y de diversas partes del país. Por lo que el proyecto consideró un programa sencillo, aplicable a cualquier patología mental, y como único requisito asistir con sus familiares al programa. En la práctica clínica habitual, llevar a cabo un programa extenso, o prolongar el número de sesiones, repercutiría en el número de asistentes. Es necesario hacer un esfuerzo para fomentar la educación en la salud, en forma permanente.

La psicoeducación es un recurso económico y útil en el manejo habitual de los pacientes con enfermedad mental, y el estudio revela su efectividad en la calidad de vida de los pacientes (*Figura 1*).

CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos coinciden con los reportados en la literatura mundial.
- La psicoeducación es útil en el manejo integral del paciente con enfermedad mental, además de los beneficios conocidos, presenta una adecuada efectividad en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental.
- La aplicación de programas alternos favorece la salud de los pacientes.
- La aplicación de un programa de psicoeducación de tipo familia-familia, mejora la calidad

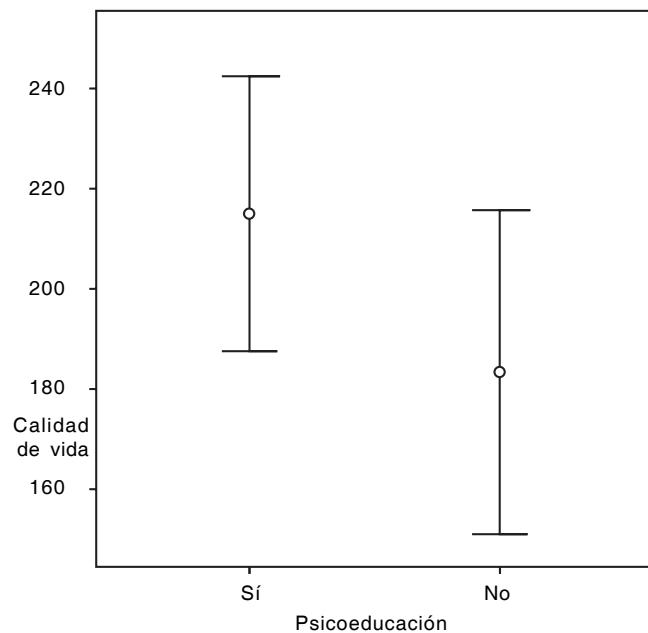


Figura 1. Barras de error de las medias de ambos grupos. El gráfico representa la media de los dos grupos: el que recibió la psicoeducación (casos) y el que no la recibió (controles). Las barras representan las medias de la variable calidad de vida. El grupo control resultó en posición inferior respecto al grupo de casos.

de vida del paciente con enfermedad mental, independientemente del tratamiento de base que se le esté proporcionando.

- Es necesaria la aplicación de abordajes multidisciplinarios en la atención en los pacientes con enfermedad psiquiátrica, en donde se incluyan, además de las recomendaciones habituales de consultorio, un programa estructurado, en donde se oriente a la familia y al propio paciente que conducta tomar ante la enfermedad mental.
- El conocer más sobre la enfermedad mental, nos permite una mejor toma de decisiones, participar activamente y procurar el beneficio del paciente.

PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES

El trabajo es concluyente sobre el papel de la psicoeducación en la enfermedad mental, en apoyo del tratamiento convencional o específico para cada paciente en forma individualizada. Es conveniente integrar en la consulta programada, un programa permanente y calendarizado de psicoeducación. Es necesario, además, fomentar la difusión de la información sobre las diversas enfermedades mentales. Programas sencillos y económicos que repercutan en la salud de los pacientes y en su calidad de vida.

Un seguimiento del presente trabajo es una investigación de farmacoeconomía, en donde se evalúe coste-beneficio de los programas asistenciales, la frecuencia de las recaídas y el impacto económico de estas intervenciones.

Además recomendamos nuevos estudios con mayor número de voluntarios y sobre padecimientos en particular.

REFERENCIAS

- American psychiatric association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Art médica 2008.
- Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de Psiquiatría. Lippincott Williams & Wilkins. 10a. Ed. 2008.
- Robert E. Hales MBA. DSM-IV, Tratado de psiquiatría; The American Psychiatric Press.
- Varela C. La influencia de la familia en el paciente esquizofrénico. Tesis para obtener el grado de maestro en psicología. Universidad de Sonora: 1999.
- Fallon R, Pederson J. A family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. N Engl J Med 1992; 306: 1437-40.
- Falloon R, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment. B J Psych 1985; 147: 156-63.
- McFarlane WR, Lukens E, Link B, Duschay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen B, Toran J. Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry 1995; 52: 679-87.
- Rascón ML, Díaz R, López J, Reyes C. La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Memoria del Cuarto Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. México: Universidad de Tlaxcala: 1997.
- Lega LI, Caballo VE, Ellis A. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. México: Ed. Siglo Veintiuno; 1997.
- Bishop SL, Walling DP, Dott SG, Folkes CC, Bucy J. Refining quality of life: validating a multidimensional factor measure in the severe mentally ill. Qual life Res 1999; 8: 151-60.
- Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. B J Prevent Psych 1972; 121: 241-58.
- Dixon S, Lehman L. Psychological interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1995; 21(4): 621-30.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javana CD, Madonia MJ. Personal and environmental indicators in the course of schizophrenia research group. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Archives of General Psychiatry 1986; 43: 633-42.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II Two year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. B J Psych 1991; 152: 432-8.
- Falloon R, Pederson J. A family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. N Engl J Med 1982; 306: 1437-40.
- Falloon R, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment. B J Psych 1985; 147: 156-63.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah J, Porceddu K, Watts S, Freeman H. Community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with families. B J Psych 1998; 153: 532-42.
- McFarlane WR, Lukens E, Link B, Duschay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, et al. Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry 1995; 52: 679-87.
- Joanne R. How are the Experiences and Needs of Families of Individuals with Mental Illness Reflected in Medical Education Guidelines? Academic Psychiatry 2008; 32: 119-26.
- Pollio DE. Content and Curriculum. In: Pollio DE (ed.). Psychoeducation Groups for Families of Persons With Severe Mental Illness. Psychiatric Services 1998; 49: 816-22.
- Dixon L. Pilot Study of the Effectiveness of the Family-to-Family Education Program. Psychiatric Services 2001; 52: 965-7.
- Sun-Kyung Shin. Effects of Psychoeducation for Korean Americans With Chronic Mental Illness. Psychiatric Services 2002; 53: 1125-31.
- Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull 1993; 29: 321-6.

Recibido: Julio 29, 2010.

Aceptado: Noviembre 4, 2010.