

G. Hurtado Ruiz¹
M. Roger Canals²
Ò. Alcoverro Fortuny¹
N. López Patón¹

Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia

¹ CAEML
Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona)
² CSM Badalona I
Badalona (Barcelona)

Se expone la experiencia de la aplicación de los grupos multifamiliares de McFarlane a siete pacientes y sus ocho cuidadores en una unidad de media estancia para mejorar el conocimiento sobre la esquizofrenia, la carga y el apoyo social de los cuidadores y para optimizar el funcionamiento de los pacientes. Se realiza una evaluación basal y otra post-intervención, observándose una mejoría del conocimiento de la enfermedad y de la carga de los familiares. El apoyo social familiar y el funcionamiento general del paciente no se modifica tras la intervención familiar.

Palabras clave:
Esquizofrenia. Grupos multifamiliares. Unidad de media estancia. Carga familiar

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(2):120-122

An experience with multi-family groups in patients with schizophrenia

The experience of the application of McFarlane's multiple family group intervention in seven schizophrenic patients and their eighth caregivers in a middle-stay unit in order to improve burden and social support for the caregivers and to improve patient functioning is reported. A baseline evaluation and another post-intervention evaluation were made. Improvement in the knowledge about the disease and in the family burden was observed. Social support for the family and general functioning of the patient was not changed after family intervention.

Key words:
Schizophrenia. Multiple family group. Long stay unit. Family burden.

En el contexto de una unidad de media estancia de un hospital psiquiátrico de la provincia de Barcelona se aplicó la intervención multifamiliar de McFarlane¹ a un grupo de

siete pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y a sus cuidadores principales (n=8).

Se realizó una evaluación de la intervención comparando los resultados del grupo que recibió la intervención frente a otro grupo, de características clínicas y sociodemográficas similares, que recibió el tratamiento convencional. Se evaluaron dos momentos: basal y postintervención. A los familiares se les administraron las escalas *Caregiver Burden Interview* (CBI)² y *General Health Questionnaire-28 items* (CGHQ-28)³ para evaluar carga familiar, *Knowledge About Schizophrenia Inventory* (KASI)⁴ para evaluar conocimiento de la enfermedad, *Duke-UNK Functional Social Support questionnaire* (DUFSS)⁵ para valorar el apoyo social percibido, y a los pacientes, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)⁶ para medir su funcionamiento global, la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)⁷ para valorar estado mental y la DUFFS de apoyo social percibido.

Con el paquete estadístico SPSS-10 para Windows se realizó el análisis descriptivo de la muestra (medianas y desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas) y la comparación de los grupos intervención-control (U de Mann-Whitney, la prueba de Fisher y la χ^2).

Los pacientes de ambos grupos tenían una evolución de la enfermedad superior a 5 años, eran mayores de 18 años y tenían contacto con la familia al menos una vez cada 15 días. El nivel de funcionamiento basal era bajo (EEAG 40 ± 7). No presentaban recaída actualmente. Tomaban medicación antipsicótica con buen cumplimiento y seguían un programa de rehabilitación psicosocial: grupos psicoeducativos y de entrenamiento en habilidades sociales, terapia ocupacional, entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria, entrevistas individuales y de apoyo a las familias. Los cuidadores y los pacientes no presentaban retraso mental, enfermedad neurológica o somática ni trastorno mental grave con recaída actual que interfiriera con el aprovechamiento de las intervenciones.

La intervención se basó en el modelo de intervención multifamiliar de McFarlane¹. El grupo fue liderado por dos terapeutas. El protocolo de tratamiento se inició con tres sesiones semanales con cada familia y paciente por separa-

Correspondencia:
Gemma Hurtado Ruiz
CAEML
Av. Prat de la Riba, 171
08921 Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona)
Correo electrónico: hurtadorg@diba.es

do, seguido de tres sesiones de psicoeducación multifamiliar sin los pacientes. Un mes después todas las familias y los pacientes se reunieron para iniciar la fase de entrenamiento en solución de problemas y en estrategias de afrontamiento con sesiones bimensuales. La duración total del tratamiento fue de 1 año.

La tabla 1 muestra los resultados del grupo que recibió la intervención y del grupo control.

Al inicio del tratamiento los cuidadores mostraban una importante sobrecarga, percibían un escaso apoyo social y presentaban un bajo nivel de conocimientos sobre la esquizofrenia. La intervención multifamiliar mejoró el conocimiento sobre la esquizofrenia y redujo la carga de los familiares, pero no varió su percepción de apoyo social. Respecto a los pacientes, no fue más efectiva en la mejora del funcionamiento psicosocial.

DISCUSIÓN

En el caso de pacientes crónicos la carga familiar aparece en relación a los síntomas negativos, disruptivos y hospitali-

zaciones psiquiátricas frecuentes y a los escasos conocimientos y recursos de afrontamiento por parte de los familiares⁸. En ellos es habitual encontrar resignación, resentimiento sobre previos contactos con profesionales, miedo a que los cambios puedan empeorar las cosas y falta de motivación⁹.

La situación familiar repercute en la evolución del paciente, pues tienen más recaídas aquellos pacientes con familias de alta emoción expresada¹⁰.

Los grupos multifamiliares pueden tener un efecto positivo sobre la carga familiar porque se han diseñado para reducir algunos de los factores de riesgo dependientes del paciente y teóricamente incrementan los recursos de manejo del familiar⁸. El modelo de McFarlane incluye cuatro componentes básicos: desarrollo de colaboración con la familia, información sobre la enfermedad mental y recursos disponibles, enseñar a la familia a cubrir sus propias necesidades y a utilizar los recursos y servicios disponibles en la comunidad y mejorar las habilidades de comunicación y la solución de problemas¹.

No existen estudios publicados en nuestro entorno sobre este modelo, aunque cabría esperar resultados diferentes dadas las diferencias en la emoción expresada de las familias¹¹.

Tras la aplicación de la intervención observamos una reducción de la carga familiar, aunque otros estudios presentan hallazgos dispares^{8,10-14}.

Tres pacientes no asistieron regularmente a las sesiones. Es posible que los grupos multifamiliares estén indicados para algún subtipo de pacientes y familiares, las características de los cuales queda aún por definir¹².

La percepción del apoyo social en los familiares no mejoró tras la intervención al igual que en otros estudios^{10,14}. Esto pudo deberse a la duración del tratamiento (1 año), inferior a la propuesta por McFarlane¹.

El nivel de funcionamiento basal de nuestros pacientes era bajo y no mejoró con la intervención familiar, a diferencia de lo hallado en la revisión sistemática de Pharoah¹⁰. Estos resultados podrían relacionarse con la cronicidad de dichos pacientes.

Al inicio de la intervención el conocimiento de la esquizofrenia por los familiares es escaso a pesar de la duración de la enfermedad de los pacientes. En consonancia con estudios previos, la intervención familiar ha mejorado el conocimiento de la esquizofrenia en los cuidadores^{8,10,15}. Esto puede traducirse a su vez en la reducción de los síntomas de estrés y la carga percibida de los familiares¹⁵ y en un mejor cumplimiento del tratamiento.

Las intervenciones familiares pueden tener beneficios significativos, incluso para familiares con pacientes esquizo-

Tabla 1		Resultados intervención multifamiliar			
Pacientes (n = 7)	Grupo	Basal ¹	Postintervención ¹	p	
BPRS	GI	36 ± 7,1	33,5 ± 6,6	0,097	
	GC	32 ± 3,6	29 ± 4,7		
EEAG	GI	40 ± 7,0	50 ± 9,5	0,303	
	GC	50 ± 8,3	55 ± 9,2		
DUFSS	GI	42,5 ± 10,8	41,5 ± 6,4	0,401	
	GC	37 ± 7,3	40,5 ± 2,9		
Cuidadores (n = 7)	Grupo	Basal*	Postintervención*	p	
KASI	GI	14 ± 2,8	19 ± 2,9	0,006	
	GC	15,5 ± 1,7	14,5 ± 2,7		
CBI	GI	57,5 ± 11,1	50 ± 13,0	0,247	
	GC	47 ± 18,6	48,5 ± 13,7		
GHQ-28	GI	8,5 ± 8,3	3 ± 9,2	0,043	
	GC	3 ± 6,0	3 ± 8,9		
DUFSS	GI	34,5 ± 8,2	36,5 ± 14,2	0,792	
	GC	42 ± 12,6	35 ± 9,6		

GI: grupo intervención (pacientes n = 7; cuidadores n = 8); GC: grupo control (pacientes n = 7; cuidadores n = 8); BPRS: *Brief Psychiatric Rating Scale*; EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global; DUFSS: *Duke-UNK Functional Social Support questionnaire*; KASI: *Knowledge About Schizophrenia Inventory*; CBI: *Caregiver Burden Interview*; GHQ-28: *General Health Questionnaire-28 items*; *Mediana ± desviación estándar.

frénicos de larga evolución, aunque lo ideal sería proporcionarlas lo más pronto posible desde el inicio de la enfermedad. La experiencia realizada en nuestro centro nos anima a considerar que la intervención sistematizada y estructurada de McFarlane puede ser un instrumento efectivo, pero se deberían realizar ensayos clínicos bien diseñados para valorar su eficacia en nuestro entorno.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración a los doctores I. Carrión Martínez, L. Ferrer Tirado, J. Ariza Gutiérrez, G. Pahílez Vin-dual y A. Rodríguez Urrutia.

BIBLIOGRAFÍA

1. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52: 679-87.
2. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6:338-46.
3. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986;16:135-40.
4. Barrowclough C, Tarrier N, Watts S, Vaughn C, Bamrah JS, Freeman HL. Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *Br J Psychiatry* 1987; 151:1-8.
5. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18:153-63.
6. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: APA, 1987.
7. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.
8. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Proc* 2003;42:91-103.
9. Kuipers E, Leff J, Lam D. Engaging the family. En: *Family work for schizophrenia. A practical guide*, 2.^a ed. Glasgow: Gaskell, 2002; p. 13-7.
10. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family Intervention for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews, 2003. Oxford: update software.
11. Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001;27:661-70.
12. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32:763-82.
13. Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J, et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 1994;165:239-47.
14. Hazel NA, McDonell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML, et al. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv* 2004;55:35-41.
15. Smith JV, Birchwood MJ. Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with a schizophrenic relative. *Br J Psychiatry* 1987;150:645-52.