



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Zapata Ospina, Juan Pablo; Rangel Martínez-Villalba, Andrés Mauricio; García Valencia,

Jenny

Psicoeducación en esquizofrenia

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 44, núm. 3, 2015, pp. 143-149

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Bogotá, D.C., Colombia

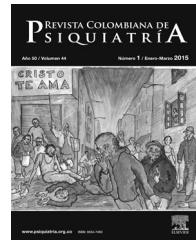
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643082004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Artículo original

Psicoeducación en esquizofrenia



Juan Pablo Zapata Ospina^a, Andrés Mauricio Rangel Martínez-Villalba^{b,c}
y Jenny García Valencia^{a,c,*}

^a Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

^b Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

^c Samein S.A.S., Medellín, Antioquia, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2014

Aceptado el 21 de marzo de 2015

On-line el 8 de mayo de 2015

Palabras clave:

Psicoeducación

Esquizofrenia

Educación

Tratamiento

Impacto psicosocial

RESUMEN

Introducción: El tratamiento de la esquizofrenia incluye el uso de psicofármacos, psicoterapia e intervenciones psicosociales, entre las que se encuentra la psicoeducación. Esta estrategia ha sido definida como la entrega sistemática de información estructurada acerca del trastorno y su tratamiento.

Objetivo: Revisar la literatura sobre eficacia de la psicoeducación en esquizofrenia.

Métodos: Se hizo una búsqueda en PubMed, SciELO, EMBASE y PsycINFO con los términos en inglés "psychoeducation", "schizophrenia" y "psychosocial intervention". Se revisaron artículos en inglés y español.

Resultados: La psicoeducación puede aplicarse a los pacientes y/o a los familiares y en forma grupal o individual; el número de sesiones puede variar. Se han realizado múltiples estudios que buscan determinar la eficacia de la psicoeducación en el curso clínico del trastorno, la dinámica familiar y el estigma, con resultados que favorecen su implementación, pero hasta ahora no ha sido posible determinar con exactitud la mejor forma de aplicación, principalmente por la gran variabilidad de diseños.

Conclusiones: Los estudios existentes sobre psicoeducación han mostrado que es una intervención eficaz, aunque esto puede suponer una sobreestimación, porque hay alto riesgo de sesgos. Por lo tanto, no se puede afirmar que exista suficiente evidencia al respecto. Por ahora, es razonable complementar la farmacoterapia con la psicoeducación.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Psychoeducation in schizophrenia

ABSTRACT

Keywords:

Psychoeducation

Schizophrenia

Education

Background: The treatment of schizophrenia includes the use of psychotropic drugs, psychotherapy, and psychosocial interventions that include psychoeducation. This strategy has been defined as the delivery of information about the disorder and its treatment in a systematic and structured way.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jenny.garcia@udea.edu.co (J. García Valencia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.03.005>

0034-7450/© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Treatment
Psychosocial impact

Objective: To review the literature on the efficacy of psychoeducation in schizophrenia.
Methods: A search in PubMed, SciELO, EMBASE and PsycINFO was made with the terms "psychoeducation", "schizophrenia" and "psychosocial intervention". Articles in Spanish and English language were reviewed.

Results: Psychoeducation can be applied to patients, family or both, and individually or in groups. The number of sessions can vary. There have been many studies that seek to determine the efficacy of psychoeducation in the clinical course, family dynamics and stigma, with results that favor its implementation, but so far it has not been possible to determine exactly how best to apply psychoeducation, mainly because of the great variability of designs.

Conclusions: The studies on psychoeducation have shown efficacy. However, this might be an overestimation, as there is a high risk of bias. Consequently, there is not enough evidence. At least for now, it is reasonable to complement pharmacotherapy with psychoeducation.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La esquizofrenia es un síndrome que se caracteriza por síntomas positivos, cognitivos y negativos¹. Su prevalencia a lo largo de la vida se ha calculado en alrededor del 1%, con una incidencia que varía entre 7,7 y 43/100.000 habitantes, sin diferencias geográficas significativas². A pesar de que su incidencia no es alta, es una de las primeras diez causas generadoras de discapacidad³. Esto se explica por su inicio temprano, su curso crónico en el que predominan síntomas negativos y recaídas psicóticas, y el estigma asociado con padecer el trastorno⁴.

Por definición, la esquizofrenia representa una alteración en el funcionamiento social, familiar y laboral de los pacientes que la padecen; con respecto a la población sana, tienen menor probabilidad de casarse y tener empleo, con las consecuencias que esto tiene para los mismos pacientes, sus familias y la sociedad⁵. No obstante, la relación es bidireccional; las alteraciones en la esfera familiar, por ejemplo, influyen directamente en el pronóstico de la enfermedad. Existen estudios que demuestran que el ambiente familiar puede influir favorable o desfavorablemente en el pronóstico, lo que hace de la intervención familiar una necesidad en estos escenarios⁶. Con respecto a la pérdida de la productividad en la vida adulta, son evidentes los altos costos económicos y sociales que implica la esquizofrenia⁷. Todas estas razones resaltan la importancia de brindar a los pacientes con esquizofrenia un tratamiento integral en el que se incluyan intervenciones psicosociales⁸. Estas buscan brindar mayor apoyo individual, familiar y social a los pacientes con esquizofrenia con el fin de mejorar la adherencia a la medicación, disminuir los síntomas, prevenir las recaídas y hospitalizaciones y mejorar la funcionalidad⁹. Entre estas intervenciones se encuentra la psicoeducación, que ha sido definida como la entrega sistemática de información estructurada acerca de la enfermedad y su tratamiento y que responde a las necesidades de los pacientes¹⁰. El objetivo de este artículo es revisar la literatura existente acerca de la psicoeducación y su eficacia en esquizofrenia.

Métodos

Esta es una revisión narrativa de la literatura. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, SciELO, EMBASE y PsycINFO con los términos en inglés "psychoeducation", "schizophrenia, psychosocial intervention" y se realizaron combinaciones de términos. Los resultados se restringieron a artículos en inglés y español, sin límite en la fecha de publicación. Igualmente se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos encontrados. Posteriormente, se evaluaron los resúmenes para excluir los artículos que no estuvieran relacionados con el tema de investigación. Los estudios incluidos sobre eficacia son reportes de ensayos clínicos de asignación aleatoria y revisiones sistemáticas de la literatura.

Desarrollo del tema

Definición de psicoeducación

El término psicoeducación comenzó a utilizarse en la literatura médica en las décadas de los setenta y los ochenta. Uno de los primeros grupos científicos que lo empleó fue el liderado por Anderson¹¹, para referirse a una variedad de técnicas educativas que buscan brindar de manera sistemática conocimientos a los pacientes y sus familias con el objetivo de evitar las recaídas, mejorar la adherencia a los medicamentos y disminuir la disfuncionalidad. Esta forma de tratamiento surgió de la necesidad de complementar la farmacoterapia y controlar los factores psicosociales y ambientales asociados con el curso clínico de la esquizofrenia¹². En sus inicios, la psicoeducación se aplicó únicamente a familiares de pacientes que presentaban altas emociones expresadas, es decir, actitudes como hostilidad, crítica y sobreimplicación¹¹; sin embargo, posteriormente se vio la necesidad de incluir a pacientes para mejorar la eficacia de la intervención¹².

Formas de aplicación de la psicoeducación

Existen múltiples formas de aplicación según las necesidades de cada población. Puede aplicarse a los sujetos con esquizofrenia, sus familiares o todos ellos simultáneamente; pueden participar individualmente o formando grupos de pacientes, miembros de una misma familia o varias familias (multifamiliares)¹³. El número de sesiones puede variar desde un curso breve (menos de 10 sesiones) o largo (más de 10 sesiones)¹⁴. Generalmente imparten las charlas psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros u otro personal de la salud, aunque se ha ensayado la participación de sujetos con esquizofrenia o sus familiares, lo que se ha conocido como modalidad "por pares"¹⁵. Las sesiones pueden iniciarse durante las hospitalizaciones o en el seguimiento ambulatorio de los pacientes, y se ha evaluado la posibilidad de entregar la información a través de tecnologías de la comunicación, pero hasta ahora, su eficacia no se ha comprobado y, por lo tanto, se sigue viendo como una estrategia novedosa que requiere más investigación¹⁶.

Los temas principales de la psicoeducación son los aspectos clínicos fundamentales de la esquizofrenia (definición, causas, epidemiología, diagnóstico, recaídas y pronóstico), su tratamiento (beneficios y riesgos de los psicofármacos, adherencia al tratamiento e implementación de medidas no farmacológicas), rol de la familia en la enfermedad (emociones expresadas, habilidades comunicativas y solución de conflictos) y la influencia de la comunidad (servicios y centros de apoyo, estigma y habilidades para la vida social)¹⁵. Además, algunos autores incluyen temas como el uso de sustancias psicoactivas, vida de pareja y sexualidad, rehabilitación cognitiva y vocacional, técnicas de relajación y aspectos legales, entre otras^{17,18}.

Se han reconocido limitaciones en la aplicación de la psicoeducación cuando se usa en individuos con exacerbaciones psicóticas¹⁹. Por lo general se recomienda aplicarla a sujetos sin graves trastornos formales del pensamiento, exaltación afectiva, alucinaciones auditivas de mando o alto riesgo suicida, en tanto se logra una estabilización que asegure su capacidad para participar de las actividades²⁰.

Estudios sobre la eficacia de la psicoeducación

Las diferencias en las formas de psicoeducación se reflejan en los estudios realizados para medir su eficacia. Los investigadores han hecho uso de diferentes modalidades de psicoeducación, las cuales comparan con variadas formas de tratamiento ambulatorio usual (TAU) y con otros tipos de psicoeducación o psicoterapia. A continuación se resumen los hallazgos más relevantes en función de los desenlaces empleados en los estudios, que son principalmente: síntomas, recaídas, hospitalización, adherencia al tratamiento farmacológico, introspección y conocimientos acerca de la enfermedad.

Síntomas positivos y negativos

Los ensayos disponibles han mostrado principalmente un beneficio de la psicoeducación para el control de síntomas positivos y negativos; esto se encuentra tras la aplicación de escalas como la Scale for the Assessment of Negative

Symptoms (SANS), la Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) o la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), que muestran una disminución significativa en la cantidad de síntomas reportados durante un seguimiento que oscila entre 6 meses y 2 años^{21,22}. Por ejemplo, un estudio comparó un programa de psicoeducación breve aplicado únicamente a pacientes ($n = 135$) y encontró que, con respecto al grupo de TAU, el grupo de intervención alcanzó una reducción significativa a los 12 meses en las escalas BPRS (10,82 frente a 16,54; $p < 0,05$), SAPS (15,7 vs 6,75, $p < 0,001$) y SANS (9,9 vs 0,66, $p < 0,05$). Sin embargo, la evaluación de los desenlaces no fue enmascarada con respecto a la intervención, lo que puede sesgar los resultados a favor de la psicoeducación²¹. Otro estudio en el que se evaluó a 66 individuos, demostró que, al compararla con TAU, la psicoeducación de grupos de múltiples familias logra una mejoría significativa en la escala SANS, principalmente en el ítem de abulia. Sin embargo, algunas investigaciones han tenido resultados negativos; por ejemplo, en una muestra de 101 sujetos no se evidenciaron cambios en la escala BPRS en los asignados a TAU y un programa de psicoeducación largo mixto; aunque el seguimiento fue de 7 años, tuvieron grandes pérdidas, pues solo 48 sujetos lo completaron²³. En las revisiones sistemáticas que se han realizado, se ha observado que quienes recibieron psicoeducación obtuvieron mayor cambio que con el TAU en las puntuaciones de las escalas de síntomas psicóticos como la BPRS (diferencia de medias = -4,73; intervalo de confianza del 95% [IC95%], -5,55 a -3,91) y la PANSS (diferencia de medias = -2,52; IC95%, -5,01 a -0,04). Sin embargo, hubo gran heterogeneidad entre los estudios, con I^2 del 79 y el 63% respectivamente.

Recaídas y rehospitalizaciones

Diversos estudios muestran una reducción significativa en el número de recaídas sintomáticas y las rehospitalizaciones de los sujetos con esquizofrenia. El tipo de psicoeducación utilizado con mayor frecuencia fue el breve y participaban familias y pacientes. El seguimiento en promedio fue de 24 meses, pero hay estudios con resultados a 12 meses y 7 años^{21,23-26}. En una revisión sistemática, al comparar la psicoeducación con TAU para prevención de recaídas, en el seguimiento a menos de 12 meses el riesgo relativo (RR) fue de 0,70 (IC95%, 0,61-0,81) a favor de la psicoeducación, pero hubo alta heterogeneidad ($I^2 = 59\%$), y en el seguimiento a más de 1 año, RR = 0,73 (IC95%, 0,62-0,85), con una heterogeneidad moderada ($I^2 = 31\%$)¹⁴.

Con respecto a la tasa de rehospitalizaciones, el riesgo es menor para quienes reciben cualquier tipo de psicoeducación en el seguimiento a más de 1 año (RR = 0,71; IC95%, 0,56-0,89) según un metanálisis publicado por Xia en 2011, pero la heterogeneidad entre estudios fue alta ($I^2 = 68\%$)¹⁴. En el estudio con el mayor seguimiento reportado, la tasa de rehospitalizaciones observada a los 7 años de terminada la psicoeducación fue del 54% en el grupo de intervención, en comparación con el 88% del grupo de TAU; los autores encontraron además que la duración de todas las rehospitalizaciones fue menor en el grupo de intervención (75 frente a 225 días)²³.

Se ha comparado algunas estrategias psicoeducativas entre sí y con formas de psicoterapia. Por ejemplo, un estudio multicéntrico, comparó la eficacia de un programa de psicoeducación multifamiliar con uno de una sola familia, y

encontraron que a los 4 años las tasas de recaída fueron menores en el primer grupo (el 50 frente al 77,8%)²⁷. En los programas de solo pacientes, no se han encontrado diferencias entre sesiones individuales y grupales²⁸. Otros autores compararon un programa de psicoeducación breve dirigido a grupos de pacientes, con sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC), y no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala PANSS ni en las tasa de rehospitalizaciones; sin embargo, los participantes estaban en un periodo de agudización sintomática, lo que pudo haber influido en los resultados²⁹.

Adherencia al tratamiento

La evidencia disponible respalda la idea de que la psicoeducación mejora la adherencia al tratamiento farmacológico en los sujetos con esquizofrenia. En el metanálisis realizado por Xia¹⁴, se observó que la incidencia de incumplimiento con el tratamiento farmacológico fue menor entre quienes estuvieron en programas de psicoeducación en comparación con el TAU. Esto se evidenció en el seguimiento a menos de 12 semanas (RR = 0,52; IC95%, 0,40-0,67), menos de 12 meses (RR = 0,36; IC95%, 0,27-0,49) y más de 1 año (RR = 0,48; IC95%, 0,31-0,75).

Algunos autores han señalado que, por sí sola, la psicoeducación no tiene el efecto descrito o por lo menos no se mantiene en el tiempo³⁰. Esto se observó en un estudio con 73 participantes en el que evaluaron la adherencia al tratamiento por medio de la escala de medición del cumplimiento terapéutico (*Rating of Medication Influences [ROMI]*); observaron una mejoría estadísticamente significativa en el grupo de intervención en comparación con el grupo de TAU mientras se llevaba a cabo el programa y a los 6 meses, pero en la medición final, a los 12 meses de terminada la intervención, no había diferencias entre los grupos³¹.

Adherencia al seguimiento ambulatorio

Un ensayo clínico demostró que un programa de psicoeducación breve de grupos de pacientes mejoraba la adherencia a las citas ambulatorias tras un seguimiento de 9 meses. Aunque los resultados fueron estadísticamente significativos, cabe resaltar que el método de asignación no fue aleatorio y la mayoría de los pacientes (72%) del grupo de intervención cursaban con un primer episodio psicótico, en comparación con el 52% del grupo de TAU, lo que podría explicar en parte los hallazgos³².

Introspección

Corresponde a un constructo multidimensional definido como la conciencia de tener un trastorno mental y de atribuirle síntomas específicos y el reconocimiento de la necesidad de tratamiento³³. Un estudio que empleó el *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ)* mostró un mejora significativa de las puntuaciones, que se mantenía durante el año de seguimiento, con una media de $14,74 \pm 6,76$ en el grupo de intervención y $9,81 \pm 7,71$ en el de TAU³¹. Además, otro estudio que empleó la misma escala tuvo resultados similares, pero la mejora se mantenía a los 18 meses de seguimiento, con una media de $20,1 \pm 3,0$ entre los que tuvieron psicoeducación y $14,3 \pm 2,8$ en el grupo de TAU³⁴.

Estigma

Se refiere a atribuir a los sujetos con esquizofrenia características indeseables que los muestran como culturalmente inaceptables o inferiores y los predisponen a aislamiento social, limitaciones en oportunidades en la vida y retrasos en la búsqueda de ayuda³⁵. La reducción del estigma ha sido tema de la mayoría de los programas de psicoeducación, pero los estudios que han evaluado su eficacia en este aspecto son pocos y sus resultados han sido positivos³⁶. Sin embargo, en un estudio de psicoeducación breve de solo pacientes realizado en población carcelaria, debió retirarse la evaluación del estigma a los 3 meses de seguimiento porque los autores notaron sentimientos negativos en los participantes de la intervención, que afirmaron que no había ningún cambio en ese aspecto³⁷.

Conocimientos acerca de la enfermedad

Los estudios disponibles han demostrado que la psicoeducación aumenta el conocimiento de los sujetos con esquizofrenia sobre su trastorno a través del aumento en las puntuaciones de escalas de conocimientos como el *Knowledge About Schizophrenia Questionnaire (KASQ)* y el *Knowledge of Illness and Drugs Inventory (KIDI)*, y otros cuestionarios específicamente diseñados para cada investigación. Si bien los seguimientos no han sido a largo plazo, se ha demostrado que la mejora en el conocimiento permanece hasta 3 meses después de finalizada la intervención^{36,38}.

Emociones expresadas

Se puede definirlas como las actitudes manifestadas por los miembros de una familia al sujeto con esquizofrenia e incluyen: la crítica, la hostilidad, la sobreimplicación emocional, la calidez y los comentarios positivos³⁹. Desde el surgimiento del concepto, se comprobó la relación que existe entre los altos niveles de emociones expresadas y la tasa de recaídas de las personas con esquizofrenia⁴⁰. Estudios más recientes también han comprobado este hallazgo usando escalas de medición como la *Five Minute Speech Sample (FMSS)* y entrevistas estructuradas, como la de Camberwell^{40,41}. En un estudio, se compararon tres formas de psicoeducación grupal de familiares, que variaban en el número de sesiones (dos, cinco y nueve) y la cantidad de integrantes (2-3 y 10-20); el desenlace principal fue el conocimiento acerca de la enfermedad, el cual aumentó en los tres grupos de manera similar; sin embargo, cuando se añadió la variable de emociones expresadas, se comprobó que el mayor aumento en el conocimiento se produjo en las familias catalogadas como con bajos niveles, lo que resaltó la posible influencia de las reacciones emocionales en la adquisición de conocimiento⁴². Otro estudio evidenció una disminución en los niveles de emociones expresadas a los 12 meses de un programa de psicoeducación largo dirigido únicamente a familiares; no obstante, al completar 24 meses de seguimiento, los niveles retornaron a los vistos antes de la intervención⁴³.

Sobrecarga del cuidador

Generalmente se define como el efecto que tiene en el cuidador la convivencia con un sujeto con esquizofrenia, que le afecta en sus dimensiones física, psicológica, social y económica. Para facilitar su estudio se ha separado en sobrecarga

objetiva, que corresponde a cualquier alteración verificable por un observador, y sobrecarga subjetiva, que es la sensación de fatiga y opresión que puede ser narrada por el cuidador⁴⁴. Cabe resaltar que no siempre el cuidado de los pacientes genera efectos negativos; algunas personas pueden encontrar gratificante y satisfactoria esta situación, por lo que se ha propuesto utilizar el término “experiencia del cuidado”⁴⁵. Los programas de psicoeducación han buscado disminuir la sobrecarga de los cuidadores en sus aspectos objetivo y subjetivo evaluados en los estudios por medio de escalas específicas, como la *Family Burden Interview Schedule* (FBIS), la *Zarit Caregiver Burden Scale* (ZCBS) y la *Burden Scale*. Estos efectos positivos se han observado tras periodos de entre 1 y 24 meses y los participantes han sido con mayor frecuencia grupos de familiares^{17,24,43}. Un estudio en Chile, de un programa de psicoeducación dirigido únicamente a cuidadores de sujetos con esquizofrenia, encontró una reducción significativa en la escala ZCBS (promedio al inicio, 85,06; promedio al final, 52,44; $p < 0,001$), sin que se haya evidenciado variación en el grupo de TAU⁴⁶. Otro estudio comparó un programa de psicoeducación “por pares”, en el que una familia lideraba las sesiones de otras familias con un grupo control en lista de espera, y observaron que en el grupo de intervención la sobrecarga subjetiva disminuyó significativamente en un periodo de seguimiento de 6 meses, pero en la sobrecarga objetiva no se observaron diferencias⁴⁷.

Satisfacción con los servicios de salud

La percepción que tienen los sujetos con esquizofrenia y sus familiares sobre los servicios ha recibido especial interés en los estudios sobre psicoeducación, pues se ha considerado que la satisfacción con el servicio predice la adherencia al tratamiento y de búsqueda oportuna de atención⁴⁸. Los estudios disponibles han demostrado que, tras la culminación de los programas de psicoeducación, los sujetos con esquizofrenia y sus familiares han quedado satisfechos con los servicios prestados^{25,49}.

Desarrollo de habilidades

La psicoeducación ha mostrado en varios estudios que puede favorecer el desarrollo de ciertas competencias, como habilidades de afrontamiento, empoderamiento y autoeficacia. Esto redunda teóricamente en un mejor cuidado y, por ende, en el pronóstico de la esquizofrenia. La mayoría de los programas son breves y mixtos o van dirigidos a familiares^{47,50}. Por ejemplo, un estudio evaluó un programa de psicoeducación breve de solo familiares que habían aceptado una convocatoria pública; los participantes fueron asignados a tres grupos: uno recibió consulta familiar individual corta, el segundo recibió psicoeducación grupal y el tercero consistía en una lista de espera de 9 meses, con un pago de 10 dólares por las entrevistas; terminado el programa, se midieron varios desenlaces, pero únicamente se encontraron diferencias significativas en la escala de Scherer de autoeficacia. No obstante, estos resultados tienen alto riesgo de sesgo, ya que desde la forma de convocar a los pacientes se puede favorecer la participación de familiares con mayor interés, lo que amplificaría los resultados, aunado al hecho de que el grupo control recibiera incentivo económico, lo cual puede alterar los datos⁵¹.

Efectos adversos de la psicoeducación

Como todas las intervenciones, la psicoeducación produce efectos adversos en los sujetos con esquizofrenia. Algunos autores han propuesto que, tras la mejoría en la construcción de la introspección, se presentan síntomas depresivos, desmoralización e incluso ideación suicida^{52,53}. Sin embargo, esto se ha discutido en contextos diferentes de la psicoeducación⁵⁴. En una revisión sistemática, se encontró que la psicoeducación no se asoció con un aumento en la mortalidad de los sujetos con esquizofrenia¹⁴.

En un artículo donde se narra la experiencia de un hospital de día que implementó un programa de psicoeducación de dos sesiones en 2 años, se propone que la psicoeducación aumenta la suspicacia, compromete la alianza terapéutica y aumenta el aislamiento de los pacientes⁵⁵. Esta información contrasta con los resultados de un ensayo clínico con asignación aleatoria, en el que se evidenció que con la intervención psicoformativa era posible establecer una mejor alianza terapéutica y que con ella se redujo el número de recaídas¹⁹.

Discusión

La psicoeducación se ha implementado de múltiples formas, y la gran mayoría de los estudios que han evaluado su eficacia muestran resultados a favor de la intervención, que impacta positivamente en la vida de los sujetos con esquizofrenia y sus familiares. Sin embargo, dos factores importantes podrían estar influyendo en este resultado. El primero es que la mayoría de los estudios tienen diferencias en el diseño que los hacen no comparables entre sí, tales como las características de la intervención control, que puede ser TAU, consejería o servicios de rehabilitación, o la medición de los desenlaces. El segundo corresponde a las fallas metodológicas presentes en varias investigaciones, principalmente, en los métodos empleados para la asignación aleatoria y su enmascaramiento, la valoración no enmascarada de los desenlaces, pues conocer de antemano la ubicación del participante puede hacer que se sobreestime el efecto benéfico de la psicoeducación; igualmente, cuando se pretendía evaluar los resultados a largo plazo (4 o 7 años), el porcentaje de pérdidas fue alto, lo que afecta a la validez de los resultados. Además, es posible que los pacientes que aceptaron ingresar al estudio y completaron el seguimiento tuvieran mejor pronóstico que los que no, porque tenían mejor introspección, menos síntomas o vivían en un hogar con bajos niveles de emociones expresadas. Así pues, se debe procurar la realización de nuevas investigaciones que planteen estrictamente una metodología con adecuada validez interna, que comparen una forma de psicoeducación con una forma de control clara, con una asignación aleatoria que se genere por métodos fiables y esté enmascarada en todo momento, también a los investigadores que miden los desenlaces, y en el que no se escatimen esfuerzos para evitar las pérdidas.

Con la evidencia disponible hasta ahora, no es posible decir cuál forma de psicoeducación es más efectiva. Idealmente se debería aplicar desde los primeros brotes psicóticos, pues se ha demostrado que la duración total del trastorno influye en la respuesta a la intervención^{23,56}. Igualmente, debe responder a las necesidades específicas de los sujetos con esquizofrenia

y sus familias, por lo que se deberá tener en cuenta sus opiniones y sus sugerencias para poder mejorar la participación.

Conclusiones

En general, los estudios existentes sobre psicoeducación han mostrado beneficios en la disminución de síntomas, recaídas, hospitalizaciones, sobrecarga del familiar y estigma, y el aumento de la satisfacción de los pacientes con los servicios. No obstante, dichos estudios han tenido riesgo alto de sesgos que pueden hacer que se sobreestime su eficacia, por lo que no se puede afirmar que haya suficiente evidencia al respecto. Por ahora es razonable complementar la farmacoterapia con la psicoeducación mientras se publican los resultados de nuevas investigaciones.

Financiación

Este artículo fue financiado por la Estrategia de Sostenibilidad 2013-2014 de la Universidad de Antioquia dada al Grupo Académico en Epidemiología Clínica (GRAEPIC) y parcialmente por Samein S.A.S.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes

Conflictos de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses con el tema del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, just the facts 4 Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res.* 2009;110:1-23.
2. Stilo SA, Murray RM. The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12:305-15.
3. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380:2129-43.
4. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76.
5. Thara R, Srinivasan TN. Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32:416-20.
6. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian J Psychol Med.* 2012;34:12-20.
7. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ.* 2007;10:23-41.
8. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia 1; just the facts 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. *Schizophr Res.* 2010;122:1-23.
9. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008;100:108-19.
10. Prasko J, Vrbova K, Latalova K, Mainarová B. Psychoeducation for psychotic patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2011;155:385-95.
11. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull.* 1980;6:490-505.
12. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:465-97.
13. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther.* 2003;29:223-45.
14. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6). CD002831.
15. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21:168-72.
16. Valimaki M, Hatonen H, Lahti M, Kuosmanen L, Adams CE. Information and communication technology in patient education and support for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(10). CD980071.
17. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry.* 2012;12:48.
18. Zhang M, He Y, Gittelman M, Wong Z, Yan H. Group psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: two-year experiences. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998; 52 Suppl:S344-7.
19. Smerud PE, Rosenfarb IS. The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: an exploratory prospective change process study. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76:505-10.
20. Bauml J, Frobose T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull.* 2006;32 Suppl 1:S1-9.
21. Aguglia E, Pascolo-Fabrici E, Bertossi F, Bassi M. Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clin Pract Epidemiol Mental Health.* 2007;3:7.
22. Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv.* 2002;53:1125-31.
23. Bauml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:854-61.
24. Chien WT, Wong KF. A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatr Serv.* 2007;58:1003-6.

25. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:443-52.
26. Vickar GM, North CS, Downs D, Marshall DL. A randomized controlled trial of a private-sector inpatient-initiated psychoeducation program for schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2009;60:117-20.
27. McFarlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process*. 1995;34:127-44.
28. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:277-83.
29. Bechdolf A, Knost B, Nelson B, Schneider N, Veith V, Yung AR, et al. Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44:144-50.
30. Zygmunt A, Olsson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1653-64.
31. Chan SW, Yip B, Tso S, Cheng BS, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns*. 2009;75:67-76.
32. Agara AJ, Onibi OE. Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with scheduled clinic appointments in a neuro-psychiatric hospital in southwest Nigeria: a randomised control trial (RCT). *Ann Acad Med Singapore*. 2007;36:272-5.
33. Ouzir M, Azorin JM, Adida M, Boussaoud D, Battas O. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66:167-79.
34. Chien WT, Lee IY. The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2013;64:376-9.
35. Harrison J, Gill A. The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17:242-50.
36. Uchino T, Maeda M, Uchimura N. Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Med J*. 2012;59:25-31.
37. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Ryynanen OP, Miettinen R, Raty H. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health*. 2011;21:163-76.
38. Degmecic D, Pozgain I, Filakovic P. Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Coll Antropol*. 2007;31:1111-5.
39. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 1972;121:241-58.
40. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. 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. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:633-42.
41. Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, Kojima T. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60:590-7.
42. Sota S, Shimodera S, Kii M, Okamura K, Suto K, Suwaki M, et al. Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:379-85.
43. Carra G, Montomoli C, Clerici M, Cazzullo CL. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:23-30.
44. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25:339-49.
45. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008;26:149-62.
46. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. 2007;16:739-47.
47. Dixon L, Lucksted A, Stewart B, Burland J, Brown CH, Postrado L, et al. Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109:207-15.
48. Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Cano N, Zendjidjian X, Belzeaux R, Limousin S, et al. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments. *Eur Psychiatry*. 2009;24:540-9.
49. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:472-83.
50. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De RC, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1784-91.
51. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophr Bull*. 1996;22:41-50.
52. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 1999;14:264-9.
53. White RG, McCleery M, Gumley AI, Mulholland C. Hopelessness in schizophrenia: the impact of symptoms and beliefs about illness. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:968-75.
54. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1185-8.
55. Abbadi S. [Psychoeducation and schizophrenia: failure of education]. *Vertex*. 2005;16:85-8.
56. Feldmann R, Hornung WP, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;252:115-9.