

**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

Autor

Zandie Julieth Romero Mercado, MD

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Departamento de Postgrados
Bogotá, D.C., Enero de 2013

**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Autor

Zandie Julieth Romero Mercado, MD

Tutor temático

Marco Aurelio Fierro Urresta, MD

Tutor metodológico

Lina Sofía Morón Duarte, Epidemióloga

Trabajo de grado para optar por el título de especialista en Psiquiatría

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Centro de Investigación en Ciencias de la Salud (CICS)
Bogotá, D.C., Enero de 2013

Nota de salvedad

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos

A mis padres por darme la vida, ser mi apoyo económico y emocional constante, además de creer siempre en mis capacidades y fortalezas para salir adelante; sin ustedes no hubiese sido posible la realización de mi residencia; con todo mi corazón, este triunfo lo comparto con ustedes.

A mi querida hermana **Zulemy Romero**, por su apoyo emocional constante.

A la Universidad del Rosario por acogerme en su alma mater

A mis queridos profesores quienes con su sabiduría y cálida entrega, me impulsaron a seguir adelante en mis proyectos

A mis tutores, el doctor **Marco fierro** y la doctora **Lina Morón**, porque sin su constancia, paciencia e importante ayuda no hubiese sido posible la realización de este trabajo

A todos mis compañeros de posgrado, y en especial a **Wolmar Tapasco, Angélica Pérez y Francisco Cavanzo**, por su grata compañía y por todos los buenos recuerdos que de ustedes me llevo. Más que colegas, amigos.

A **Magda Rodríguez y Rodolfo Rodríguez**, epidemiólogos de la Universidad Del Rosario, quienes me aportaron y contribuyeron con sus valiosos conocimientos a la realización de este trabajo.

Al doctor **Carlos Pedraza**, por aportarme ideas y por darme ánimos cuando me sentí desalentada por inconvenientes que se presentaron durante la realización del presente trabajo.

Finalmente a mis pacientes, quienes son mi fuente de inspiración para continuar investigando.

A todos ustedes mil gracias.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	10
2. Problema de estudio	12
3. Justificación.....	15
4. Objetivos.....	17
4.1. Objetivo general	17
4.2. Objetivos específicos.....	17
5. Marco conceptual	18
6. Marco metodológico.....	31
6.1. Tipo y diseño general del estudio.....	31
6.2. Población y muestra	31
6.3. Tipo de intervención.....	33
6.4. Tipos de medida de resultado	34
6.5. Criterios de selección.....	34
6.6. Control de sesgos.....	34
6.7. Plan de análisis	35
6.8. Consideraciones éticas.....	37
6.9. Conflictos de interés	37
6.10. Presupuesto.....	37
6.11. Cronograma	38
7. Resultados.....	39
8. Discusión	44

9. Conclusiones.....	48
10. Recomendaciones	49
11. Bibliografía.....	50

Lista de anexos

Anexo 1. Herramientas para la búsqueda.	54
Anexo 2. Resumen artículos incluidos.	55
Anexo 3. Estudios excluidos.	58

Lista de figuras

Figura 1. Flujograma búsqueda de estudios	39
---	----

Lista de tablas

Tabla 1. Niveles de evidencia según diseño de los estudios.	36
Tabla 2. Escala de Jadad.....	36
Tabla 3. Presupuesto.....	37
Tabla 4. Cronograma.	38
Tabla 5. Evaluación de nivel de evidencia.	40
Tabla 6. Evaluación de calidad.....	41

Lista de abreviaciones

APA.....	American Psychiatric Association
DSM.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IMAOS B.....	Inhibidores de la Monoaminoxidasa B
ISRS.....	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
PORT.....	Patient Outcome Research Team
STEPS.....	Schizophrenia Treatment and Education Programs
ECA.....	Ensayos Clínicos Aleatorizados
PANSS.....	Positive and Negative Syndrome Scale
ITAQ.....	Insight and Treatment Attitudes Questionnaire
GAS.....	Global Assessment Scale
ADL.....	Activities of Daily Living Scale
SF-36.....	Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey

Resumen

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad crónica que genera deterioro cognitivo y diversos grados de discapacidad. Dentro del tratamiento no solo debe considerarse el abordaje farmacológico sino también un enfoque psicoterapéutico. La psicoeducación es una intervención terapéutica con alto potencial en el manejo de pacientes con esquizofrenia, tiene importantes resultados especialmente en el área cognitiva. **Métodos:** Revisión sistemática de la literatura de artículos de bases de datos y búsqueda manual de revistas relacionadas que aportaran la mejor evidencia. Se evaluó calidad metodológica de los estudios y estos se organizaron en tablas de evidencia. **Resultados:** De 34 artículos potenciales, se seleccionaron finalmente dos para ser incluidos en la revisión. Se clasificaron como nivel de evidencia I. A pesar de la ambigüedad de las comparaciones, en general, las intervenciones psicoeducativas aportan beneficios con disminución de recaídas y reingresos hospitalarios. **Discusión:** La amplia gama de comparaciones aportó complejidad en el momento de incluir estudios para la presente revisión, la falta de detalle sobre aspectos propios de la intervención utilizada en cada estudio, generó limitaciones al momento de realizar comparaciones. La psicoeducación aporta beneficios, sin embargo debe tenerse en cuenta el compromiso cognitivo propio de la enfermedad, al momento de evaluar los desenlaces de este tipo de intervenciones. **Conclusión:** Las intervenciones psicoeducativas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Es necesaria la realización de más estudios que consoliden con mayor firmeza la evidencia científica en éste área en particular.

Palabras clave: esquizofrenia, psicoeducación, educación del paciente, tratamiento psicosocial.

Abstrac

Introduction: Schizophrenia is a chronic disease that produces cognitive impairment and varying degrees of disability. Within its treatment should be considered not only the pharmacological but also psychotherapeutic approach. Psychoeducation is a high potential therapeutic intervention in the management of patients with schizophrenia and important results especially in the cognitive area.

Methods: Systematic review of the literature database items and hand searching of journals related to provide the best evidence. Was assessed methodological quality of the studies and these were organized in evidence tables.

Results: Of 34 potential articles, two were finally selected for inclusion in the review. Were classified as evidence level I.

Despite the ambiguity of the comparisons generally provide benefits psychoeducational interventions to decrease relapses and hospital readmissions.

Discussion: The extensive range of comparisons, contributed in complexity to include studies for this review, in the same way, the lack of detail regarding specific aspects of the intervention used, resulted in limitations at the time to make comparisons. Psychoeducation provides benefits, but must take into account the cognitive impairment that accompanies the disease when evaluating outcomes of such interventions.

Conclusion: Psychoeducational interventions play an important role in the treatment of patients with schizophrenia. It is necessary to conduct more studies to more firmly consolidated scientific evidence in this particular area

Keywords: schizophrenia, psycho-education, patient education, psychosocial treatment.

1. Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad devastadora caracterizada por alucinaciones, deterioro cognitivo y pobres funciones sociales. La edad media de presentación de la enfermedad está entre los 20 y los 30 años, y menos del 60% logra remisión completa de la sintomatología. Muchos pacientes tienen síntomas psicóticos residuales y discapacidad social que persiste a través de toda su vida adulta¹. La esquizofrenia es una enfermedad crónica grave también caracterizada por su frecuente evolución al deterioro e importante comorbilidad a largo plazo¹.

La esquizofrenia afecta entre el uno al dos por ciento de la población generando particularmente un importante compromiso en el área cognitiva². En este aspecto, las intervenciones tempranas son valiosas porque es allí donde se contribuye a mejores resultados funcionales para los pacientes. Infortunadamente, pocos esfuerzos han sido exitosos en enfocar el tratamiento de manera temprana en cuanto al déficit cognitivo en el contexto clínico práctico². Los nuevos agentes farmacológicos para la enfermedad, a pesar de sus grandes beneficios, en especial en cuanto a síntomas positivos, tienen un limitado efecto especialmente allí, en el área social y cognitiva². Cerca del 40% de los pacientes tratados con antipsicóticos puede persistir con síntomas positivos de moderados a graves y dicho tratamiento no ha demostrado mejorar la adaptación social y laboral de los pacientes³.

La esquizofrenia frecuentemente se caracteriza por una falta de introspección, además de una falta de adherencia al tratamiento y por ende mal pronóstico⁴. Las investigaciones sugieren que los pacientes con esquizofrenia recibirían un gran beneficio si aprenden sobre su enfermedad y de acuerdo con las guías de tratamiento de la American Psychiatric Association (APA), las intervenciones psicoeducativas deberían ser parte de la terapia estándar para el manejo del paciente con esquizofrenia⁴. Sin embargo, actualmente no hay un modelo terapéutico que esté siendo usado y no se ha establecido que tipo de psicoterapia es efectiva en qué tipo de pacientes⁵.

Esta revisión tiene como objetivo consolidar información sobre las intervenciones psicoeducativas dirigidas al paciente con esquizofrenia, así como también ahondar en el amplio y complejo terreno de la psicoeducación y analizar su eficacia en dichos pacientes. Dado que la esquizofrenia impacta de manera dramática la calidad de vida de los individuos y sus familias, es importante generar conocimiento que permita ampliar los horizontes clínicos y terapéuticos. En este contexto, la psicoeducación parece ofrecer potenciales efectos benéficos en aspectos como el psicosocial, el clínico y el económico, lo cual es esencial en una patología tan compleja e impactante como la esquizofrenia.

2. Problema de estudio

La esquizofrenia es un grave trastorno psiquiátrico que afecta a la población mundial con una prevalencia cercana al uno por ciento y con una heredabilidad hasta del 80%. En Colombia, la prevalencia de esta enfermedad es del 1.5%⁶. En esta patología, coexisten varias dimensiones sintomáticas como la distorsión de la realidad, la pobreza psicomotora, la desorganización de la conducta, las alteraciones cognitivas y diversas alteraciones del ánimo⁷. También genera discapacidad prolongada en todos los ámbitos así como menoscabo en la autoestima y la calidad de vida. Los pacientes con esquizofrenia, tienen dificultades relacionadas con el consumo patológico de sustancias psicoactivas (abuso o dependencia) mayor mortalidad que la población general y una mayor morbilidad por enfermedades sistémicas⁷.

A pesar de los avances en los tratamientos farmacológicos, en términos de mejoría de las principales dimensiones sintomáticas, al menos entre el 50-70% de los pacientes presenta una respuesta insuficiente⁷. El incumplimiento con el tratamiento entre personas con trastorno mental severo es una constante lo cual dificulta de manera relevante los buenos resultados clínicos especialmente con los medicamentos. Dicha situación está asociada con incrementos en los costos clínicos, sociales y económicos, y con pobres resultados de los abordajes terapéuticos⁸. De acuerdo a los estudios sobre incumplimiento en el tratamiento entre personas que sufren de esquizofrenia, la tasa de dicha situación con respecto a la farmacoterapia ha sido reportada en 42% y la tasa de incumplimiento de citas médicas se estima cerca del 24%⁸.

Hoy en día, la recomendación de un abordaje psicosocial se mantiene en todas las guías de tratamiento de la esquizofrenia lo cual denota su relevancia ya que el abordaje netamente farmacológico supone para el paciente un tratamiento enfocado en los síntomas positivos olvidando aspectos funcionales y otros menos evidentes como los cognitivos y la no recuperación de la autoestima, entre otros⁹. Algunos estudios que han evaluado la terapia

psicoeducativa apoyan la eficacia de los programas de psicoeducación, sin embargo existe aún un gran vacío en el conocimiento y gran discrepancia en cuanto a los resultados.

En un estudio en el que se propuso describir la actitud y las respuestas de los pacientes que participaron en una experiencia psicoeducativa, en el marco de un hospital de día se realizaron dos importantes conclusiones; La primera conclusión hace referencia a la ineficacia de los programas psicoeducativos para influir en la adherencia al tratamiento y en la sintomatología; La segunda conclusión sugiere que estos programas influyen de manera negativa en la alianza terapéutica, dado a que la palabra del paciente podría resultar suplantada por el saber médico, lo cual podría ocasionar una separación y una relación de desconfianza con el terapeuta¹⁰. Por otro lado en un meta análisis que evalúa los efectos de las intervenciones psicoeducativas en comparación con los niveles estándar de provisión de información; se obtiene como una de las conclusiones, que las intervenciones psicoeducativas inicialmente pueden parecer desalentadoras para la persona con esquizofrenia, pero que finalmente pueden reducir las tasas de recaída y de reingreso hospitalario en un periodo de seguimiento de nueve a dieciocho meses, además pueden mejorar el funcionamiento psicosocial en personas con esquizofrenia¹. Se infiere de todo lo anterior que se encuentran en la literatura opiniones divergentes que hacen dudar sobre si existe una verdadera eficacia de las intervenciones psicoeducativas en el marco de la práctica clínica de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

A pesar de los avances en el conocimiento sobre la psicoterapia, el uso y la extensión en su aplicación es muy limitado⁹. Múltiples variables confluyen en esta situación incluyendo aspectos económicos en cuanto a su ejecución e investigación en especial con estudios prospectivos controlados. Esto infiere una débil evidencia en cuanto a una intervención de gran potencial terapéutico en pacientes víctimas una patología que deteriora la calidad de vida del individuo y todo su entorno. Es grande entonces el vacío en el conocimiento en cuanto a los resultados de la psicoterapia, no solo como tratamiento único sino en combinación con farmacoterapia y sus resultados a largo plazo.

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico amplio y asimismo debe ser el enfoque de su abordaje terapéutico. No se puede relegar el tratamiento a una única opción terapéutica encaminada a la vía farmacológica, la cual a pesar de sus notables beneficios también tiene implícitas dificultades como la poca adherencia y los efectos secundarios. La psicoeducación entonces, ocupa un lugar destacado en el abordaje terapéutico de las patologías psiquiátricas por lo cual debemos dirigir la mirada a una intervención con potenciales beneficios en el tratamiento de la esquizofrenia, una enfermedad que impacta y socaba de manera profunda la integridad física y mental de los individuos.

Pregunta de investigación

La pregunta de investigación de esta revisión, se orientó en cuatro aspectos, teniendo en cuenta la estrategia PICO. En primer lugar, la población a quien está dirigida la presente investigación, es decir, pacientes con esquizofrenia. En segundo lugar; la intervención utilizada, en este caso se refiere a la intervención psicoeducativa dirigida al paciente como terapia coadyuvante al tratamiento psicofarmacológico, en comparación con pacientes que reciben solamente tratamiento psicofarmacológico, de acuerdo a lo que se recomienda para el manejo de la esquizofrenia. El tercer aspecto fue el resultado a estudiar o desenlace, el cual se enfoca principalmente en el número de recaídas y el número de hospitalizaciones, definiendo recaída como la que ocurre cuando un paciente que estaba en remisión, es decir sin síntomas o sólo con síntomas residuales, desarrolla de nuevo síntomas que cumplen los criterios para un episodio de esquizofrenia agudo¹¹; también se tendrán en cuenta otros desenlaces a evaluar tales como adherencia al tratamiento, aptitudes en control de síntomas y aptitudes sociales. El cuarto aspecto estuvo enfocado en los estudios que aportaran la mejor información para el análisis del diseño utilizado (medida de intervención) es decir, ensayos clínicos aleatorizados.

La pregunta de investigación es:

¿Son eficaces las intervenciones psicoeducativas como terapias coadyuvantes al tratamiento psicofarmacológico del paciente con esquizofrenia?

3. Justificación

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que genera gran deterioro cognitivo y diversos grados de incapacidad afectando al uno por ciento de la población¹². Es una enfermedad mental grave, que afecta no solo a los pacientes sino también a sus familias y a su entorno social. Entre las personas con esquizofrenia, la mortalidad es mayor en comparación con la población general presentando altas tasas de suicidio y muertes violentas¹². El tratamiento actual de la esquizofrenia involucra tanto el uso de la terapia tradicional como incluir un componente psicoeducativo para el tratamiento de los síntomas¹³.

Las connotaciones que genera una enfermedad de esta categoría son múltiples. El impacto en la condición cognitiva y por ende la afectación de diversos aspectos tanto laborales como sociales es complejo con presentación de síntomas como el escuchar voces o expresión emocional restringida¹². El deterioro en la calidad de vida circunscrito en el detrimento de otros escenarios en las personas afectadas, se expande en especial hacia el ámbito familiar que soporta el peso de convivir con el deterioro cognitivo de los pacientes y a quienes en buena parte, van dirigidas las terapias de psicoeducación. Es allí, en la repercusión de este tipo de intervenciones, contemplando sus potenciales y prácticos beneficios donde se enfocan las recientes investigaciones en psicoeducación.

El mundo científico ha volcado su mirada desde algunas décadas a las enfermedades mentales y especialmente a la esquizofrenia. Gracias al avance del conocimiento se ha profundizado en su estudio y se han encontrado factores que desempeñan un rol clave en su etiología y evolución. Asimismo, nuevos tratamientos se han considerado abriendo camino a potenciales opciones terapéuticas que cambian la perspectiva de cómo vemos y tratamos la enfermedad mental. De esta manera, los esfuerzos generados en la investigación de enfermedades mentales y particularmente en esquizofrenia, son semillas con gran potencial de germinación.

En general los costos de patologías como la esquizofrenia son altos. Aunque en nuestro medio no están establecidos, en Estados Unidos estaban alrededor de 782 dólares por día para el año 2008. De esta manera, la suma alcanza un monto anual de 8,284.07 dólares por paciente incluyendo hospitalización y tratamiento ambulatorio². Esto sin contar costos adicionales por incapacidades medicas ni la repercusión en el núcleo familiar. Se ha visto que en los pacientes que reciben algún tipo de apoyo psicoeducativo presentan una disminución en los costos de tratamiento¹⁴.

El manejo con antipsicóticos implica algunos problemas. Antipsicóticos atípicos como la Olanzapina y la Clozapina, incrementan la incidencia y prevalencia de síndrome metabólico en el paciente con esquizofrenia¹⁵; se suma a esto el hecho de que los pacientes con esquizofrenia tienen una tendencia a presentar mayores factores de riesgo para desarrollar enfermedades coronarias, lo cual puede ser explicado por variables como mayor tasa de desempleo y aumento del tabaquismo entre otros, dichas variables crean un medio propicio para que se desarrollen patologías de este tipo¹⁶. La pobre adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia, constituyen otro problema que afectan la evolución de la enfermedad a largo plazo¹⁷. Por lo tanto, surge la necesidad de evaluar nuevos abordajes terapéuticos, incluyendo aquellos proporcionados desde la atención de primer nivel para esta población, como lo son las terapias psicosociales, los grupos psicoeducativos, etc.

De igual manera diversos actores resultan afectados en esta patología. Muchos de ellos pueden ser potenciales beneficiarios de las intervenciones psicoeducativas. La mejora en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia deriva de las posibles repercusiones positivas que se puedan tener en diversas áreas, desde un mejor desempeño laboral y ejecución de tareas cotidianas, hasta una posible mejora en las relaciones interpersonales y el ambiente familiar; pasando además por una disminución de los costos de tratamiento que involucran medicación y estadía hospitalaria. Según lo expuesto anteriormente se evidencia la relevancia y pertinencia que tienen los esfuerzos en ahondar en intervenciones psicoeducativas para el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

4. Objetivos

4.1. *Objetivo general*

Realizar una revisión sistemática de la literatura para evaluar la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

4.2. *Objetivos específicos*

- Describir la evidencia sobre el beneficio de las intervenciones psicoeducativas en cuanto a la prevención de hospitalizaciones y recaídas en los pacientes con esquizofrenia.
- Analizar los principales resultados en cuanto a otros factores tales como adherencia al tratamiento, aptitudes en control de síntomas y aptitudes sociales

5. Marco conceptual

La esquizofrenia es una enfermedad mental seria que afecta al uno por ciento de la población independientemente de su cultura, clase social o raza¹². Esta patología varía en cuanto a la severidad y a la variedad de la sintomatología. Cada año una persona por 10.000 presenta esquizofrenia lo cual es cerca de dos veces más común que la epilepsia. Generalmente, el primer episodio de esquizofrenia se presenta en los primeros 20 años de vida y el curso de la enfermedad es variable¹². Según la cuarta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés), los criterios diagnósticos para esquizofrenia son los siguientes¹⁸:

Criterio A: Presencia de dos o más de los cinco síntomas característicos mencionados a continuación, cada uno de ellos durante una parte significativa de un periodo de un mes, o menos si han sido tratados con éxito (si las ideas delirantes son extrañas o si consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o comportamientos del sujeto, o si dos o más voces comentan entre ellas; solo se requiere un solo síntoma característico):

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Criterio B: Una de las áreas importantes de actividad, tales como el trabajo, relaciones interpersonales, o el cuidado de sí mismo; se encuentran durante un periodo significativo de tiempo desde el inicio de la enfermedad, inferior a como se encontraban previo al inicio de la misma. Si el inicio es en la infancia o en la adolescencia, entonces se toma en cuenta si

hay fracaso en cuanto lo que se esperaba que se alcanzara en el rendimiento interpersonal, académico y/o laboral.

Criterio C: Los síntomas deben existir continuamente durante por lo menos seis meses; en estos seis meses debe estar incluido el mes de síntomas característicos del criterio A, además pueden estar presentes pero de forma aminorada síntomas prodrómicos y residuales, estos pueden manifestarse solo por síntomas negativos, o por dos o más síntomas de la lista del criterio A.

Criterio D: Deben estar excluidos los trastornos fisiológicos debido al uso de alguna sustancia o por alguna enfermedad médica.

Criterio E: Se debe tener en cuenta que si hay ya previamente un diagnóstico de un trastorno autista o algún otro trastorno generalizado del desarrollo; el diagnóstico de esquizofrenia se realizara solo si las ideas delirantes y las alucinaciones se mantienen por un periodo de un mes.

Déficit cognitivo en esquizofrenia

Autores como Masselon o Bleuler, habían indicado que los pacientes con esquizofrenia presentaban trastornos cognitivos y recientemente dichas alteraciones han sido definidas y se han cuantificado¹⁹. Los déficits cognitivos determinan el nivel de discapacidad de los pacientes en mayor grado quizás que los síntomas positivos y negativos propios de la enfermedad. Un trastorno cognitivo para ser clínicamente significativo y teóricamente interesante, debe alcanzar una severidad más allá del déficit generalizado que como grupo, los pacientes tienden a presentar en cualquier prueba. Además, estos trastornos no son patognomónicos de la esquizofrenia pues ocurren en diversas condiciones neuropsiquiátricas como la demencia fronto-temporal, la enfermedad de Huntington o el daño frontal traumático¹⁹. No se han encontrado correlaciones entre severidad de las alucinaciones o delirios y la severidad de los déficits cognitivos. Los trastornos de la atención y de la memoria de trabajo anteceden el comienzo de la psicosis y permanecen estables después que esta se ha resuelto lo cual sugiere independencia de los síntomas positivos¹⁹.

Aproximadamente cerca del 75% al 85% de los pacientes con esquizofrenia tienen deterioro cognitivo. Ese deterioro tiene una influencia negativa en la capacidad de los pacientes para vivir de manera independiente y mantener el trabajo, el contacto con sus amigos y las relaciones sociales²⁰. Aunque el tratamiento con antipsicóticos puede disminuir el deterioro cognitivo, este no puede eliminar del todo estos problemas por lo cual es importante desarrollar estrategias compensatorias para el deterioro cognitivo restante. Terapias como el entrenamiento cognitivo adaptativo han mostrado efectos prometedores en paciente con esquizofrenia en términos de mejorar el nivel de función social y la tasa de recaídas comparado con el tratamiento usual²⁰.

Tratamiento en esquizofrenia

Los medicamentos antipsicóticos son el pilar del tratamiento para la esquizofrenia²¹. Los antipsicóticos de primera generación son efectivos en mejorar los síntomas positivos de la enfermedad pero a menudo causan efectos secundarios motores extrapiramidales que son muy molestos e incluso irreversibles como en el caso de la discinesia tardía. Algunos antipsicóticos de segunda generación pueden mejorar tanto los síntomas positivos como los negativos y producen menos frecuentemente efectos secundarios como los descritos²¹. Los mecanismos de acción de esos medicamentos son mediados principalmente por el sistema neurotransmisor de dopamina. Aunque también están involucrados con el bloqueo de receptores D2 para el control de los síntomas positivos así como la acción sobre la serotonina, los receptores D3, D4 y sobre el sistema glutamato²¹.

La medicación antipsicótica no ha mostrado efectividad sobre los síntomas negativos primarios o persistentes, los cuales están presentes en una proporción significativa de pacientes con esquizofrenia; se han hecho ensayos con IMAOS B (inhibidores de la monoamino oxidasa B), Mirtazapina e ISRS (inhibidores selectivos e receptación de serotonina), sin embargo no hay suficiente evidencia que soporte una recomendación para cualquier tratamiento farmacológico de los síntomas negativos en la esquizofrenia²².

A pesar de la introducción de recientes agentes antipsicóticos, muchos individuos con esquizofrenia continúan sufriendo de una marcada discapacidad social y funcional²³. Para la

persona con esquizofrenia conseguir una vida satisfactoria y un adecuado funcionamiento psicosocial es fundamental; sin embargo la medicación antipsicótica, solo contribuye en una pequeña a modesta parte para que se lleve a cabo lo anterior. No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de antipsicóticos para este dominio²².

La combinación de farmacoterapia e intervenciones psicológicas ha sido recomendada para el tratamiento de la esquizofrenia por las guías clínicas psiquiátricas, estas pueden ser bien implementadas cuando los síntomas se han reducido y los pacientes pueden exitosamente adherirse al tratamiento²³. La efectividad de las intervenciones psicosociales ha sido considerada separadamente y cada intervención ha sido dirigida a uno de los componentes del problema, es decir, los síntomas, las recaídas y las habilidades sociales²³.

El proyecto PORT (Patient Outcomes Research Team) para esquizofrenia, ha jugado un papel importante en cuanto a la intención de disminuir las variaciones en la atención al paciente con esquizofrenia, promoviendo la adopción de tratamientos o practicas basadas en la evidencia; este proyecto se diferencia a otras guías de manejo en que solo aquellos tratamientos que tienen una fuerte evidencia científica, alcanzan el estado de recomendación. De la última revisión desarrollada en el 2009, resultaron 16 recomendaciones de tratamientos psicofarmacológico y ocho recomendaciones de tratamiento psicosocial²⁴:

Tratamiento psicofarmacológico

Tratamiento para síntomas positivos agudo en pacientes respondedores:

- Recomendación uno: Medicamentos antipsicóticos diferentes a la Clozapina, deben ser utilizados como fármacos de primera línea para reducir los síntomas positivos agudos; la decisión inicial sobre el antipsicótico o el cambio de antipsicótico debe hacerse teniendo en cuenta las características individuales del paciente y de cada medicamento²².

- Recomendación dos: En esta recomendación, se consigan las respectivas dosis a utilizar de cada medicamento e indica que el ensayo con el antipsicótico debería hacerse entre dos y seis semanas, para evaluar su respuesta²².

Tratamiento para los síntomas positivos agudos en pacientes con primer episodio:

- Recomendación tres: Se encuentran recomendados antipsicóticos distintos a Olanzapina y Clozapina como fármacos de primera línea en los primeros episodios de síntomas agudos positivos (dado el perfil de eventos adversos de Clozapina y Olanzapina, además de que no mostraron diferencias significativas en comparación con otros antipsicóticos en cuanto a los beneficios terapéuticos)²².
- Recomendación cuatro: El tratamiento debe iniciarse con dosis inferiores a las recomendadas en el paciente con múltiples episodios dado a que los pacientes con primer episodio, exhiben una mayor respuesta al tratamiento así como también un mayor sensibilidad a efectos adversos; una excepción se hace con la Quetiapina.

Farmacoterapia de mantenimiento en pacientes respondedores:

- Recomendación cinco: A los pacientes con múltiples episodios, se les debe continuar el mismo antipsicótico con el que presentaron remisión de la sintomatología, con el fin de reducir el riesgo de recaída y/o de empeoramiento de los síntomas positivos²².
- Recomendación seis: La dosis a continuar debe ser la misma con la que se resolvió el episodio agudo²².
- Recomendación siete: Antipsicóticos de acción prolongada, pueden ser usados como alternativas a la medicación vía oral, como terapia de mantenimiento²².
- Recomendación ocho: La estrategia de medicación interrumpida no se recomienda de manera rutinaria en vez del tratamiento continuo, dado a que incrementa el riesgo de recaídas y empeoramiento de los síntomas; debería ser reservada solo para

aquellos casos en el que el paciente se rehúsa a un tratamiento continuo o en aquellos pacientes que tienen contraindicación al tratamiento continuo²².

Clozapina para el tratamiento de síntomas residuales:

- Recomendación nueve: Clozapina deberá ser ofrecida a aquellos pacientes que después de dos semanas de ensayo con otros antipsicóticos persisten con síntomas positivos significativos; el ensayo con Clozapina debe hacerse por ocho semanas con dosis entre 300 y 800mg al día²².
- Recomendación diez: Los niveles plasmáticos de Clozapina deberían encontrarse por encima de 350ng/ml²².
- Recomendación 11: Clozapina debería ser ofrecida a los pacientes con síntomas persistentes de hostilidad y comportamientos violentos²².
- Recomendación 12: Igualmente Clozapina debería ofrecerse a aquellos pacientes con persistentes ideas y comportamientos suicidas²².

Otras recomendaciones psicofarmacológicas:

- Recomendación 13: El uso de medicamentos antiparkinsonianos como profiláctico cuando se usan antipsicóticos de primera generación, se debe considerar teniendo en cuenta los factores individuales de cada paciente; no se recomienda el uso de antiparkinsonianos como profiláctico cuando se utilizan antipsicóticos de segunda generación²².
- Recomendación 14: Para la agitación psicomotora en el paciente con esquizofrenia, se recomienda el uso de un antipsicótico por vía oral o intramuscular, ya sea solo o en combinación con una benzodiazepina de acción rápida²².
- Recomendación 15: Se recomienda el Bupropion 150mg dos veces al día durante diez a 12 semanas, con o sin terapia de reemplazo de nicotina para las personas con

esquizofrenia que desean dejar de fumar; acompañado de educación para dejar de fumar o un grupo de apoyo²².

- Recomendación 16: La estimulación magnética transcraneal a frecuencia baja (un hz) sobre la corteza temporo-parietal izquierda se recomienda para el tratamiento agudo de las alucinaciones auditivas que no han mejorado con el uso de antipsicóticos²².

A pesar de que la terapia electroconvulsiva ha mostrado ser eficaz en la disminución de los síntomas positivos agudos, no ha demostrado tener más beneficios que los antipsicóticos para el control continuo de estos síntomas, además no es tan fácil de usar como los antipsicóticos para un tratamiento perpetuo de estos síntomas. No existe en la actualidad, suficiente evidencia para recomendar la terapia electroconvulsiva para individuos resistentes al tratamiento²².

Tratamiento psicosocial

Hay tener en cuenta que todas las recomendaciones de tratamiento psicosocial se encuentran concebidas como terapias coadyuvantes al tratamiento farmacológico²⁵.

- Recomendación uno: Los sistemas de cuidado al paciente con esquizofrenia deberían incluir tratamiento asertivo comunitario, intervención que beneficiaría a las personas que se encuentran en riesgo de repetir hospitalizaciones o estar en desamparo quienes se favorecerían de un conjunto de servicios clínicos, servicios de rehabilitación y servicios sociales dirigidos a atender sus necesidades; enfatizar en la adaptación del paciente a la vida en comunidad, fortalecer sus redes sociales, familiares y de empleadores²⁵.
- Recomendación dos: las personas con esquizofrenia que deseen encontrar un empleo; se les debería ofrecer la posibilidad de un empleo protegido²⁵.
- Recomendación tres: Se les debería ofrecer a las personas que tienen déficit en las habilidades necesarias para la vida cotidiana, capacitación para entrenamiento en

habilidades; esto con el fin de mejorar en interacciones sociales, vida independiente y otros factores que tienen clara relevancia para la vida en comunidad²⁵.

- Recomendación cuatro: la persona que tienen síntomas psicóticos persistentes, además de recibir una adecuada farmacoterapia, se les debería ofrecer una psicoterapia cognitivo conductual orientada a disminuir la severidad de los síntomas, esta se debería ofrecer en un tiempo aproximado de cuatro a nueve meses de duración²⁵.
- Recomendación cinco: los sistemas que brindan cuidados ya sea hospitalarios o residenciales, deberían implementar un programa de intervención conductual basado en principios de aprendizaje social, con el fin de mejorar la higiene personal de los pacientes, las interacciones sociales y otros comportamientos adaptativos²⁵.
- Recomendación seis: a los pacientes con esquizofrenia que tienen contacto constante con sus familiares y otras personas allegadas, se les debería ofrecer una intervención familiar de por lo menos seis a nueve meses, para reducir las tasas de recaídas y re hospitalizaciones²⁵.
- Recomendación siete: para las personas con esquizofrenia y uso comorbido de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se les debería ofrecer tratamiento centrado en un aumento motivacional y estrategias de comportamiento²⁵.
- Recomendación ocho: para las personas con esquizofrenia que tienen sobrepeso u obesidad, se les debería ofrecer un programa de intervención psicosocial de al menos tres meses de duración para promover la pérdida de peso, centrado en psicoeducación en asesoramiento nutricional, gasto de calorías y control de porciones²⁵.

La psicoeducación en esquizofrenia

Según Glick²⁶, la psicoeducación consiste en una forma sistemática de suministrar información a los pacientes, concerniente a los síntomas, su etiología y tratamiento; esto

con el objetivo de asegurar un mejor entendimiento y mejores conductas asociadas a la enfermedad. La psicoeducación entonces estaría comprendida de cinco etapas, a saber²⁶:

- Informar sobre causas y síntomas de la enfermedad
- Informar sobre las recaídas
- Reconocer las señales de las recaídas y síntomas
- Informar sobre el tratamiento y los efectos adyacentes
- Identificar las conductas que agudizan los síntomas y los eventos propios de la vida individual.

La psicoeducación es frecuentemente aplicada para trastornos psicóticos en países europeos. Se trata de una sistemática intervención diseñada para informar a los pacientes y sus parientes sobre el trastorno y promover su afrontamiento²⁷. Diversos meta-análisis han mostrado la eficacia de las intervenciones familiares las cuales incluyen las comunicaciones, habilidades sociales o herramientas para la resolución de problemas. Sin embargo, la combinación de psicoeducación con intervenciones tradicionales hace difícil especificar la contribución a los resultados²⁷. Algunos de los componentes adicionales de la psicoeducación tales como el entrenamiento en habilidades sociales o prevención de recaídas han mostrado ser efectivos por sí mismos, mientras la efectividad de los elementos educacionales en la etiología y síntomas del trastorno es menos clara²⁷.

En las pasadas dos décadas, se ha documentado que el apoyo de la comunidad y la familia en programas de psicoeducación puede mejorar significativamente el cuidado post-hospitalario de pacientes con esquizofrenia. Los programas de psicoeducación ambulatoria han reportado ser de ayuda a los pacientes y sus familias así como costo efectivos en reducir la necesidad de hospitalizaciones². Mc Farlane *et al.*, documentó una tasa de costo-beneficio de 1:34 para su programa de psicoeducación concluyendo que por cada dólar invertido en el programa ahorra 34 dólares en otros costos del tratamiento. Se ha

planteado un término de hasta siete años en los efectos benéficos de la psicoeducación, aunque la mayoría de estudios no muestra tal duración de los beneficios².

Bertrando y Toffanetti han indicado que del término psicoeducación se hizo un uso psicológico en primera instancia y psiquiátrico en segunda²⁸. La psicoeducación se llevó a cabo en psiquiatría inicialmente como una novedosa forma de trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos. Hoy existen otras líneas de trabajo donde es aplicada con elementos en común como el considerar a la familia normal, el favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares, hacer hincapié en la necesidad de informar a las familiares sobre la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad. Así entonces, la psicoeducación no se limita a familias de personas con esquizofrenia sino a todo tipo de trastorno mental u orgánico crónico²⁸.

El cumplimiento del tratamiento en personas seriamente enfermas es a menudo un aspecto fundamental en el cual se enfoca la educación del paciente. Muchos individuos con enfermedad mental severa son frecuentemente hospitalizados debido al pobre cumplimiento con el tratamiento y muchos otros se sienten estigmatizados por su enfermedad y niegan su existencia lo cual incrementa el incumplimiento del tratamiento. La educación de los pacientes y sus familias con la visión de mejorar la confianza en el tratamiento es la principal meta en enfermería psiquiátrica²⁹.

Muchas investigaciones se han realizado en torno a la efectividad de estas intervenciones. Algunos estudios indican efectos positivos de la psicoeducación en la reducción de síntomas y en la reducción de las recaídas mientras otros estudios muestran que las intervenciones incrementan el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad mental pero no afectan otros resultados de su comportamiento²⁹.

Diversos estudios han mostrado la eficacia de la psicoeducación en el tratamiento de la esquizofrenia en especial en cuanto a la disminución de las recaídas³⁰. Esta terapia ha promovido la mejoría clínica en pacientes con otros trastornos como el bipolar y se plantea que promueve mayor adherencia al tratamiento farmacológico y una tendencia a mejorar el desempeño social³⁰. Algunos trabajos como los de Pekkala y Merinder destacan la

efectividad que tiene la psicoeducación en el manejo del paciente con esquizofrenia, cuando se encuentra involucrada la familia, no siendo igual de efectiva cuando es solamente dirigida al paciente¹.

Dado a que los primeros episodios agudos de la esquizofrenia representan un conjunto de experiencias nuevas tanto para la persona que los sufre, como para sus familiares; la mayoría de personas actúan de manera descoordinada y se sienten incompetentes ante estos. El papel de la psicoeducación está enfocado en facultar a los pacientes y sus familias en asumir un rol más constructivo y en entrenarlos para ciertas competencias básicas en el manejo de la enfermedad³¹.

Existen tres elementos terapéuticos importantes en el marco de la psicoeducación; el primero de ellos es la aclaración, que consiste en un proceso de esclarecimiento de la información científica concerniente a la enfermedad, para que el paciente adquiera competencias básicas en cuanto al conocimiento de su padecimiento; se intenta además simplificar profesionalmente hechos complejos y visualizar puntos claves; el segundo elemento corresponde al fortalecimiento en la capacidad de afrontamiento, con lo cual se pretende convertir al paciente y a la familia en excelentes cooterapeutas, capaces de centrarse en el recurso y no en el déficit, asumiendo conductas de manejo optimizadas durante los periodos de crisis, al mismo tiempo se pretende que procesen adecuadamente la aflicción por la enfermedad y emprendan una modificación en el plan de vida; el último elemento consiste en una interacción terapéutica, instaurado dentro de un marco de respeto y estima por las opiniones subjetivas de los afectados, donde el terapeuta ejerce un rol de orientador y promueve el intercambio de experiencias entre todos, de modo tal que se desarrolle un modelo de imitación hacia el terapeuta y hacia otros pacientes que han tenido éxito con la enfermedad³¹. De acuerdo a las metas de la psicoeducación, lo que se pretende es garantizar tanto a los pacientes como a sus familiares que a través de un logro de competencias puedan alcanzar un manejo informado y responsable de la enfermedad, y en la medida en que tengan un adecuado empoderamiento de la misma, se mejora el cumplimiento, se promueve la prevención de recaídas y tendencias suicidas. La terapia de

apoyo y la terapia cognitivo-conductual son dos elementos terapéuticos, que combinados con medidas terapéuticas humanísticas, constituyen el perfil típico de la psicoeducación³¹.

Para participar en los grupos psicoeducativos se prefiere idealmente que sean pacientes con un mismo diagnóstico, de modo tal que no haya confusiones en cuanto a la información que se brinda acerca del contenido de la enfermedad; una vez el paciente sea capaz de formar parte de un grupo durante un periodo aproximado de 60 minutos, pueden ser integrado dentro del tratamiento; algunas contraindicaciones corresponden a los desórdenes masivos del pensamiento, estados maniacos, experiencias alucinatorias auditivas imperiosas, tendencias masivas suicidas y pobre resiliencia al estrés. Las sesiones de grupo que por lo general son llevadas a cabo por terapeutas médicos o psicólogos, duran alrededor de una hora, tendrán lugar a dos veces por semana y por lo general se componen de cuatro a 16 sesiones³¹.

En el marco de un estudio de habla Alemana, en donde se incluyeron a familias y pacientes por independientes en grupos psicoeducativos, en comparación con un grupo control; se observó que al cabo de dos años se redujo tanto el número de hospitalizaciones como los días de hospitalización en el grupo donde se realizó la intervención³¹. El principal efecto de la psicoeducación podría ser que las familias aprenden mejor para hacer frente a la enfermedad, con lo cual hay menos hospitalizaciones aunque los síntomas no se resuelvan completamente. Las intervenciones dirigidas únicamente al paciente son las que usualmente se implementan en el ámbito de la práctica clínica, sin embargo esta área aún se encuentra poco investigada y necesita por ende probar su efectividad³².

Recaídas en esquizofrenia

Recaída es el término médico que se usa para describir la recurrencia de un episodio de enfermedad o la exacerbación de los síntomas de una enfermedad que ha remitido parcialmente³³. En relación a la psicosis, la recaída se refiere al retorno o la exacerbación de experiencias psicóticas positivas las cuales están comúnmente asociadas con incremento del estrés emocional y discapacidad social, vocacional y funcional interpersonal. Esta

combinación de experiencias psicóticas, estrés emocional y deterioro funcional, puede llevar a una persona a ser voluntaria o involuntariamente admitida en el hospital³³.

Autores como Zubin, Steinhauer & Condray, proponen una definición para el término recaída en esquizofrenia, mostrando que ésta ocurre cuando un paciente que se encontraba en remisión, ósea que ya estaba sin síntomas o sólo presentaba síntomas residuales, desarrolla nuevamente síntomas de un episodio agudo de esquizofrenia¹¹. Siguiendo el curso natural de la esquizofrenia, en los primeros cinco años de enfermedad el 80% de los pacientes presentan una recaída, lo cual finalmente conlleva al déficit cognitivo y alteraciones en el funcionamiento social¹⁷.

Barrowclough *et al.*, exploraron la relación entre el ambiente interpersonal, la autoevaluación y la sintomatología positiva y negativa, y establecieron que vivir en un clima emocional caracterizado por la crisis, la hostilidad y actitudes emocionalmente sobrecargadas está vinculado con el incremento del riesgo de futuras recaídas³³. Algunos autores como Zubin, exponen unas posibles causas para las recaídas en la esquizofrenia, a saber: la relación con algún subtipo de esquizofrenia de mala evolución, una posible ruptura de la homeostasis fisiológica, recaída causada por uno o varios acontecimientos estresantes, así mismo inhabilidad para resolver y enfrentarse a estos eventos, y finalmente por la combinación de los factores anteriormente mencionados¹¹.

6. Marco metodológico

6.1. Tipo y diseño general del estudio

Tipo de estudio

Este estudio corresponde a una revisión sistemática de la literatura.

Tipo de estudios incluidos

Dado que el enfoque de esta revisión se centra en el estudio de un tipo de intervención, los estudios incluidos corresponden a ensayos clínicos aleatorizados.

6.2. Población y muestra

Tipo de participantes

Se incluyeron estudios con pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Métodos de búsqueda para la identificación de los artículos:

Términos de búsqueda utilizados

Los descriptores o términos MeSH utilizados fueron:

Schizophrenia, patient education, psychoeducation, psychosocial treatment.

Búsquedas electrónicas

La búsqueda de la literatura se realizó utilizando las principales fuentes de información tanto de bases de datos primarias como de bases de datos de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. No hubo restricción en el idioma y no se contactaron autores en esta revisión. Se realizó una búsqueda de la bibliografía de los artículos incluidos y búsqueda de la literatura gris (**Anexo 1**).

Bases de datos consultadas: Medline, Embase, Lilacs, PsycINFO, APA PsycNet, EBSCO HOST-CINAHL, ClinicalTrials.gov, Cochrane Database of Systematic Reviews, Metabuscador U.Rosario, TripDatabase, SUMSearch

Sintaxis de búsqueda

La estrategia de búsqueda para cada base de datos se relaciona a continuación:

MEDLINE: (48) MeSH (schizophrenia) AND all (psychoeducation)

Límites adicionales - Humanos; Tipo de documento: Randomized Controlled Trial

MEDLINE: (66) MeSH (schizophrenia) AND all (psychosocial intervention)

Límites adicionales - Humanos; Tipo de documento: Randomized Controlled Trial

EMBASE: (56) 'patient education'/exp OR 'patient education' AND 'schizophrenia'/exp OR schizophrenia AND 'human'/de AND 'randomized controlled trial'/de AND 'article'/it

BVS – Lilacs: (19) esquizofrenia y psicoeducación

PsycINFO (American Psychological Association) (23): Schizophrenia and psychosocial treatment and randomized controlled trial

APA PsycNet (American Psychological Association): (4) schizophrenia AND **Any Field:** psychosocial therapy AND **Methodology:** Treatment Outcome/Randomized Clinical Trial

EBSCO HOST – CINAHL (3) Schizophrenia AND Relapse AND Hospitalization AND randomized controlled trial

ClinicalTrials.gov: (0) “Schizophrenia” AND “psychoeducation” | Terminated

(2) “Schizophrenia” AND “psychosocial treatment” | Terminated

Cochrane Database of Systematic Reviews, ACP Journal Club, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database: (8) (Schizophrenia and psychoeducation and psychosocial treatment)

Metabuscador U.Rosario: (63) Schizophrenia and psychoeducation and psychosocial intervention and randomized controlled trial

TripDatabase: (47) Schizophrenia and patient education and psychoeducation and randomized controlled trial

SUMSearch: (7) schizophrenia and psychoeducation and relapse and hospitalization and randomized controlled trial

Selección de los estudios

Dos revisores trabajaron de forma independiente para identificar los artículos potenciales a incluir en esta revisión. Los artículos en texto completo que cumplían con la definición de “criterios de selección” se analizaron para esta revisión. Se resolvieron las divergencias por consenso.

Extracción de los datos

Se obtuvieron de forma sistemática los siguientes datos de los artículos incluidos: Autores, año de publicación, país, título, diseño del estudio, número de pacientes, resultados y conclusiones.

6.3. Tipo de intervención

Se incluyeron todas las intervenciones de psicoeducación de los pacientes incluidos en los estudios. Se definieron dichas intervenciones psicoeducativas como programas que incluyeran la interacción entre el proveedor de información y el paciente.

6.4. Tipos de medida de resultado

Resultados primarios

Enfocados principalmente a recaídas y hospitalizaciones.

Resultados secundarios

Adherencia al tratamiento, aptitudes en control de síntomas y aptitudes sociales

6.5. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Estudios con diseño de ensayo clínico aleatorizado.
- Estudios que incluyeran pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Estudios que incluyeran psicoeducación como intervención dirigida al paciente y su familia.

Criterios de exclusión

- Estudios en los que no era clara la intervención psicoeducativa, al igual que el número de pacientes.
- Estudios en los que no fue explícita la metodología utilizada.
- Estudios que no incluyeran dentro de sus resultados y/o conclusiones, los desenlaces que se pretendían evaluar en esta revisión.

6.6. Control de sesgos

Para establecer los estudios a incluir en esta revisión se establecieron criterios de selección (inclusión y exclusión). Dos evaluadores revisaron de manera independiente los artículos y las discrepancias se resolvieron por consenso. Se realizaron búsquedas en diferentes bases

de datos utilizando términos MeSH y se realizó búsqueda manual en revistas especializadas y búsqueda de literatura gris (**Anexo 1**).

6.7. Plan de análisis

Se identificaron aquellos artículos que cumplieran con los criterios de selección y se realizó una lectura crítica con extracción de los resultados de cada uno de los artículos incluidos. Los estudios que se incluyeron en la revisión fueron organizados en una tabla donde se describieron: autor, país, año, título del artículo, diseño del estudio, metodología, número de pacientes, resultados y conclusiones (**Anexo 2**). Se realizó una tabla de acuerdo a niveles de evidencia en la que se incluyeron los siguientes aspectos: año de publicación, nombre del estudio, autor y nivel de evidencia (**Tabla 4**). Para evaluar la eficacia se buscaron reportes de tasa de recaídas y hospitalizaciones así como otros factores como adherencia al tratamiento, aptitudes en control de síntomas y aptitudes sociales

Evaluación de niveles de evidencia

Se utilizó la clasificación de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) ya que este grupo canadiense es uno de los más reconocidos en el campo de la prevención además que dicha clasificación es fácil de utilizar y entender (**Tabla 1**). Para la evaluación de la calidad metodológica de los ensayos clínicos incluidos, se utilizó la Escala de Jadad (**Tabla 2**).

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE	
I	Evidencia a partir de ensayos clínicos con asignación aleatoria.
II-1	Evidencia a partir de ensayos clínicos sin aleatorización.
II-2	Evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles preferiblemente realizados por más de un centro de investigación.
II-3	Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo con o sin la intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios sin asignación aleatoria.
III	Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Tabla 1. Niveles de evidencia según diseño de los estudios (Adaptado de referencia 35).

1. ¿El estudio es aleatorizado? 2. ¿El estudio es doble ciego? (Enmascaramiento del tratamiento a pacientes y a investigadores/evaluadores) 3. ¿Se describen pérdidas de seguimiento?	<i>Puntuación final: 0 - 5 puntos (a mayor puntuación mayor calidad del estudio)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Se da 1 punto para cada SÍ y 0 puntos para cada NO - Un punto adicional si en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y si este es adecuado. - En la pregunta 2 se describe el método de enmascaramiento del paciente y del investigador y si estos son adecuados. - Se resta un punto si en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización pero es inadecuado. Si en la pregunta 2 el método de enmascaramiento es inadecuado 	

Tabla 2. Escala de Jadad. (Adaptado de referencia 36).

6.8. Consideraciones éticas

En la presente investigación se siguieron los lineamientos de la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para la investigación en salud. No se realizó ninguna intervención por lo cual se considera como una INVESTIGACIÓN SIN RIESGO (artículo 11).

6.9. Conflictos de interés

No se declaró ningún tipo de conflicto de interés.

6.10. Presupuesto

A continuación se describen las especificaciones del presupuesto de esta investigación (**Tabla 3**).

Especificación	Cantidad	Unidad	Precio unitario	Subtotal
Papel Bond A4 80 g.	1	Resma	12.000	12.000
Lapiceros	4	Unidad	2.500	10.000
Cartucho de tinta	2	Unidad	60.000	120.000
Memoria USB 4 GB	1	Unidad	35.000	35.000
Internet	12 meses	Hora	2.000	1.000.000
Investigador	12 meses	Hora	25.000	2.000.000
Total				3.177.000

Tabla 3. Presupuesto

6.11. Cronograma

INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN ESQUIZOFRENIA								
ACTIVIDAD	OCTUBRE 2011	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA								
BÚSQUEDA DE LITERATURA								
SELECCIÓN DE ARTÍCULOS								
EVACUACIÓN DE CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS								
RECOLECCIÓN DE DATOS								
ANÁLISIS DE DATOS								
REVISIÓN DEL TRABAJO								
INFORME FINAL								

Tabla 4. Cronograma.

7. Resultados

Un total de 346 estudios se encontraron en las búsquedas. De estos, 34 se seleccionaron de manera preliminar como potenciales. Cada uno de los revisores realizó un análisis del texto excluyendo 32 artículos (**Anexo 3**). Dos de los estudios fueron incluidos en esta revisión (ver **Anexo 2**). Para la evaluación de niveles de evidencia de los estudios incluidos se utilizó la clasificación de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), catalogándolos como nivel de evidencia I (ensayos clínicos con asignación aleatoria) (ver **Tabla 5**)

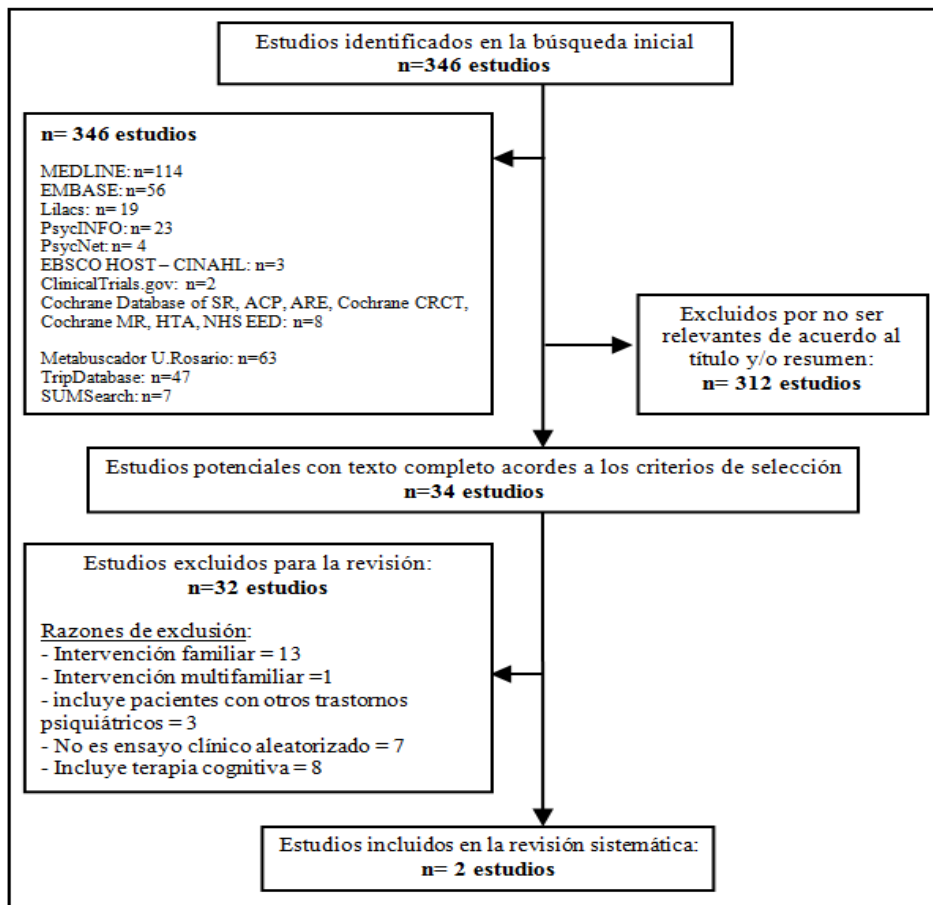


Figura 1. Flujograma búsqueda de estudios.

REF	NIVEL DE EVIDENCIA	Año	NOMBRE DEL ESTUDIO	AUTORES
2	I	2009	A randomized controlled trial of a private sector inpatient initiated psychoeducation program for schizophrenia	Vickar G, North C, Downs D, Marshall D
37	I	2010	Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia	Guo X, Zhai J, Zhening L, Fang M, Wang Bo, Wang C, et al.

Tabla 5. Evaluación de nivel de evidencia.

Para la evaluación de la calidad metodológica de los ensayos clínicos incluidos, se utilizó la Escala de Jadad (ver **Tabla 2** y **Tabla 6**). Esta escala evalúa aspectos relacionados con la aleatorización, la descripción de las pérdidas del seguimiento y el enmascaramiento.

Evaluación de calidad de los ECA (Escala de Jadad)					
Ref.	Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)
2	A randomized controlled trial of a private sector inpatient initiated psychoeducation program for schizophrenia	4	2	1	1

37	Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia	4	2	1	1
----	--	---	---	---	---

Tabla 6. *Evaluación de calidad.*

Participantes

El número de participantes en los estudios incluidos fue de 57² para uno de los estudios y 1268 sujetos para el otro³⁷. Los participantes tenían diagnóstico de esquizofrenia o trastorno psicótico. Los estudios emplearon criterios diagnósticos basados en el DSM-IV y tomaron códigos diagnósticos basados en el CIE-10.

Países

Uno de los estudios fue llevado a cabo en Estados Unidos² y el otro en China³⁷.

Aleatorización y cegamiento

Los estudios incluidos fueron aleatorizados describiendo algunos de ellos métodos de aleatorización por computador². Ninguno de los ensayos fue doble ciego.

Intervenciones

Los estudios realizaron comparaciones entre tratamiento farmacológico e intervenciones psicoeducativas. Hubo variaciones entre los estudios con respecto al tiempo de seguimiento, y la descripción de la frecuencia y duración de las sesiones de psicoterapia.

Riesgo de sesgos en los estudios incluidos.

Los estudios incluidos fueron ensayos aleatorizados. Uno de ellos menciona aleatorización por computador². Sin embargo, la mayoría de los estudios considerados como potenciales

para ser incluidos en esta revisión no describieron detalles explícitos del método de aleatorización.

Análisis de intención de tratar y pérdidas

La ocultación de la asignación fue pobremente reportada en los estudios. Esto significa que hay un riesgo significativo de sesgos de selección que podría distorsionar los resultados en la comparación de resultados. Las pérdidas de los participantes fueron débilmente reportadas.

A continuación se describen las comparaciones y los resultados relevantes de los estudios:

Comparación 1: TRATAMIENTO HABITUAL *versus* PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y TRATAMIENTO HABITUAL EN ESQUIZOFRENIA (STEPS)

Hospitalización

Tras seis meses de periodo de seguimiento el grupo de STEPS evidenció una reducción significativa comparada con el tratamiento habitual de los pacientes. El 56% de pacientes del grupo control tuvo mayor reingreso hospitalario comparado con el 20% del grupo STEPS ($p=0.038$). El promedio de estos reingresos durante los seis meses de seguimiento en el grupo control fue de 1.6 ± 2.2 comparado con 0.3 ± 0.6 en el grupo STEPS ($p=0.033$). El promedio de estadía hospitalaria fue de 10.7 ± 9.4 días, pero los pacientes en el grupo STEPS no difirieron de aquellos en el grupo con tratamiento usual².

Comparación 2: ANTIPSICÓTICOS *versus* ANTIPSICÓTICOS+INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL (PSICOEDUCACION, INTERVENCION FAMILIAR, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES Y TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL)

Recaídas

Ocurrieron en el 14.6% de los pacientes en el grupo de tratamiento combinado y en el 22.5% del grupo con solo medicamento. El riesgo de recaída fue bajo entre pacientes asignados a tratamiento combinado (HR, 0.57; 95% IC, 0.44-0.74; $p < 0.001$)³⁷.

Hospitalización

Reingresos hospitalarios ocurrieron en 6.5% de los pacientes en el grupo de tratamiento combinado y en el 11.2% de los pacientes en el grupo de medicamento solo. El riesgo de readmisión hospitalaria fue bajo entre los pacientes de tratamiento combinado (HR, 0.50; 95%, IC 0.34-0.74; $p = 0.07$)³⁷.

Baja adherencia

La tasa de pobre adherencia fue menor el grupo de pacientes con tratamiento combinado, 2.8% versus el 5.7 % en el tratamiento farmacológico solo (HR, 0.45; 95% CI, 0.25-0.79; $P = .006$).

El 29.1% de los pacientes en el grupo de tratamiento combinado y 42.4% en el grupo de medicación sola suspendieron el tratamiento por pobres resultados. Esta diferencia fue significativamente estadística (HR, 0.57; 95% IC 0.46-0.70; $p < 0.001$)³⁷.

Funcionamiento social

Evidenció una mejoría en la puntuación de la escala de funcionamiento global (GAS) en el grupo de tratamiento combinado, en comparación con el grupo de tratamiento farmacológico solo ($F = 4.33$; $P = .002$)³⁷.

8. Discusión

En los estudios incluidos en esta revisión, se describen intervenciones psicoeducativas dirigidas al paciente y su familia, para el abordaje terapéutico de pacientes con esquizofrenia. Los estudios incluidos en esta revisión fueron clasificados según el nivel de evidencia como nivel I, teniendo en cuenta la clasificación de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), procediendo dicha información de ensayos clínicos aleatorizados.

Es importante resaltar que la mayoría de los estudios que se perfilaban como potenciales de ser incluidos en esta revisión incluyeron comparaciones de diversos tipos. La diversidad de terapias evaluadas fue amplia por lo cual las opciones de comparaciones entre intervenciones psicoeducativas y otras intervenciones son abundantes. Esto se confirma en las diferentes combinaciones en los estudios excluidos y que por tal motivo no cumplían con criterios de selección. Esta amplia gama de intervenciones psicoeducativas aportó complejidad al momento de incluir estudios para esta investigación.

En su mayoría, las muestras de los estudios considerados como potenciales para esta revisión fueron pequeñas. Esto constituye una limitación ya que quizás resulte en efectos positivos o negativos no detectados. Pese a esto, es importante anotar que diversos factores pueden influir en esta situación que marca una tendencia en este tipo de estudios dado que el reclutamiento de los pacientes para este tipo de investigaciones es difícil. Algunos pacientes rehúsan participar en estos estudios e incluso, algunos otros no aceptan tener una condición clínica de orden psiquiátrico. Hay que añadir las frecuentes dificultades de estos pacientes para la toma de decisiones y por tanto, el escaso interés en participar en este tipo de estudios.

Algo para tener en cuenta en los ensayos de intervención psicológica es el interrogante sobre si los mismos terapeutas deberían proveer las dos diferentes intervenciones³⁴. Por lo general, la mayoría de estudios usan los mismos terapeutas para la terapia de intervención y la terapia farmacológica pero este planteamiento debe ser discutido y tenido en cuenta para

nuevas investigaciones. En esta revisión, los estudios no reportaron mayores detalles del entrenamiento de los terapeutas y uno de los estudios incluidos no aportó información sobre el número de sesiones realizadas y el tiempo de duración de las mismas²; este inconveniente sumado al hecho de que existe una diferencia amplia en cuanto al número de participantes de cada estudio (57² versus 1268³⁷), permite que se genere una limitación en el momento de realizar comparaciones entre los resultados de los dos estudios incluidos.

En esta revisión se determinó como criterio de selección el incluir ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Sin embargo, es importante reconocer que la evidencia de ensayos clínicos no es la única forma de evidencia que puede ser usada para guías de práctica clínica. Existen problemas particulares con los ECA de terapias psicológicas ya que estos emplean técnicas para potenciar la validez interna y esas técnicas pueden incrementar la aparente efectividad de las intervenciones. En los ECA de terapias a largo plazo, también existe el riesgo que puede denominarse como *contaminación* por otros tratamientos, especialmente aquellos con una duración prolongada³⁴ lo cual debe tenerse en cuenta en los análisis de resultados³⁴. En uno de los estudios incluidos, se comparó un grupo de pacientes que recibían tratamiento farmacológico solamente, con un grupo de pacientes que recibieron la combinación de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales, encontrándose dentro de estas intervenciones la psicoeducación entre otras³⁷; esta visualización en conjunto de varias intervenciones psicosociales, generó una limitación en este estudio y al mismo tiempo en el análisis de los resultados de esta revisión, puesto que a pesar de que se mostró una mejor eficacia para el tratamiento combinado versus el tratamiento psicofarmacológico solo, no se logra dilucidar si esta mejoría es atribuible a todas las intervenciones psicosociales vista de manera individual, o si por el contrario se atribuye al conjunto de todas ejecutadas al mismo tiempo³⁷.

A pesar de lo anteriormente mencionado, se pudo constatar según los resultados de los artículos incluidos, que tanto la psicoeducación como en general las intervenciones psicosociales, proporcionan un beneficio en áreas específicas del paciente con esquizofrenia cuando se utilizan como terapias coadyuvantes al tratamiento

psicofarmacológico, de igual manera a como se refiere en los estudios previamente considerados para la elaboración teórica de esta revisión^{1, 2, 4, 9, 14, 23, 25, 27}.

Los estudios incluidos en esta revisión definieron criterios para seleccionar los pacientes, pero esos criterios variaron de estudio a estudio. De esta manera, la posibilidad de que los pacientes estudiados en ECA puedan diferir de manera importante con los pacientes valorados en servicios de salud mental en nuestro contexto clínico, debe ser cuidadosamente considerada. También es importante tener en cuenta el país donde fue llevado a cabo el ensayo clínico, así como las características demográficas de los pacientes incluidos, lo cual puede influir de manera importante al interpretar los resultados de un ensayo clínico.

Algunos factores le confieren gran complejidad a las revisiones que incluyen estudios de este tipo. Desde la propia condición del paciente con enfermedad mental hasta las dificultades metodológicas de este tipo de diseño; estas investigaciones sortean condiciones que generan dificultades en la interpretación de su información. Es importante resaltar la necesidad de estudios que permitan una mejor consolidación de la evidencia en un tema tan relevante como el que fundamenta esta investigación. Así mismo cabe anotar que no se encontró en los artículos incluidos en esta revisión, la evaluación de las aptitudes frente al control de los síntomas, el cual era un desenlace que se pretendía evaluar; se encontraron por el contrario otros desenlaces que no eran objetivo inicial de esta revisión, sin embargo que confirman el beneficio de la psicoeducación y las intervenciones psicosociales en el manejo del paciente con esquizofrenia³⁷.

Otro aspecto que cabe la pena resaltar es que teniendo en cuenta que tanto en los artículos incluidos en la presente revisión como en los que se excluyeron por alguna causa, las intervenciones psicoeducativas iban dirigidas no solo al paciente sino que también se involucraba a la familia; al igual que lo mencionan artículos previamente revisados^{1,31}, esta situación puede tener que ver con la mayor eficacia que se ha observado cuando se involucra al ente familiar, no siendo tan efectivas estas intervenciones cuando se dirigen únicamente al paciente. Se puede pensar de acuerdo a lo anterior, que esta diferencia puede estar relacionada al déficit cognitivo, que se ha demostrado que desarrollan los pacientes

con esquizofrenia a lo largo de la evolución de la enfermedad^{2, 12, 19, 20}; lo cual puede entorpecer los desenlaces que se pretenden obtener durante el desarrollo de una intervención psicoeducativa.

Finalmente un aspecto que es importante destacar es que el tema objetivo de esta investigación es de creciente interés y ha mostrado éxito en otras patologías psiquiátricas²⁸, y en el momento no hay producción nacional previa a esta con respecto a este campo de investigación.

9. Conclusiones

1. Las intervenciones psicoeducativas juegan un importante papel en el abordaje terapéutico de los pacientes con esquizofrenia.
2. El desempeño de la psicoeducación es relevante en la prevención de recaídas especialmente en lo que respecta a los episodios tempranos.
3. Las intervenciones psicoeducativas disminuyen los reingresos hospitalarios.
4. Las intervenciones psicoeducativas desempeñan un rol significativo en la adherencia al tratamiento, en tanto que ayudan a disminuir la pobre adherencia al mismo.
5. Las intervenciones psicoeducativas aportan beneficios en cuanto a la mejoría de la adaptabilidad y funcionamiento social en el paciente con esquizofrenia.

NOTA: Las observaciones en este apartado se basan en el análisis de la evidencia incluida en esta revisión.

10. Recomendaciones

La evidencia obtenida a partir de esta revisión sistemática nos permite realizar las siguientes recomendaciones para la práctica:

1. Las intervenciones psicoeducativas deberían ser instauradas dentro del tratamiento ofrecido al paciente con esquizofrenia tanto ambulatoriamente como intrahospitalariamente, a modo de brindar beneficios en cuanto a la prevención de complicaciones posteriores que se pueden presentar con la evolución de la enfermedad.
2. El incluir al ente familiar dentro de las intervenciones psicoeducativas, podría generar mayores beneficios en los diversos aspectos del paciente con esquizofrenia.
3. Un enfoque psicosocial que involucre no solo a la psicoeducación, sino también a otras intervenciones que caben dentro de este contexto, puede ofrecer una mayor eficacia en cuanto a la contribución del mejoramiento de las áreas afectadas en el paciente con esquizofrenia.
4. Es necesario la realización de más estudios que ayuden a una mayor consolidación de la evidencia científica en lo que respecta a este campo de investigación.

NOTA: Es importante aclarar que las recomendaciones realizadas, se dan en el marco de la evidencia clínica obtenida en esta revisión y teniendo en cuenta que existen pocos estudios de calidad al respecto.

11. Bibliografía

1. Pekkala E, Merinder L. Psicoeducación para la esquizofrenia. The Cochrane collaboration. 2008.
2. Vickar G, North C, Downs D, Marshall D. A randomized controlled trial of a private-sector inpatient-initiated psychoeducation program for schizophrenia. *Ps.psychiatruonline.org*.2009; 60(1):117-120.
3. Muñoz F, Ruiz S. Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2007; 36(1):98-110.
4. Vreeland B. Evidence-Based Practice of Psychoeducation for Schizophrenia. *Psychiatric Times* [revista en internet] 2012 febrero [consulta el 15 de julio de 2012]. 29 (2). Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/2028895>
5. Dickerson F. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophrenia research*.2000;43:71-90
6. Aponte M, Torres P, Quijano M. Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Acta colombiana de psicología*. 2008;11(1):127-134.
7. Gutiérrez C, Ocampo M, Gómez J. Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Rev Colomb. Psiquiat*. 2008;37(1):164-174.
8. Villeneuve K, Potvin S, Lesage A, Nicole L. Meta-analysis of rates of drop-out from psychological treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia research*. 2010; 121:266-270.
9. García I. Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2008; 28(191):9-25.

10. Abbadi S. Psicoeducación y esquizofrenia: fracaso de una propedéutica. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2005;16: 85-88
11. Arias P, Aparicio V. Intervención temprana y prevención de recaídas en la esquizofrenia. En: ponencia: Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Oviedo; Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003. P. 124-125
12. Jones C, Hacker D, Cormac J, Meaden A, Irving C. Cognitive behaviour therapy versus other psychological treatments for schizophrenia. *The Cochrane.* 2012.
13. National collaboration Institute for Clinical Excellence: Clinical Guideline 1: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: NICE; 2002
14. Penn D, Meyer P, Evans E, Wirth R, Cai K, Burchinal M. A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophrenia research.* 2009;109:52-59.
15. Bou Khalil R. Atypical antipsychotic drugs, schizophrenia, and metabolic syndrome in non-euro-american societies. *Clin Neuropharmacol.* 2012 May;35(3):141-7.
16. Osborn DP. Risk for coronary heart disease in people with severe mental illness: cross-sectional comparative study in primary care. *Br J Psychiatry.* 2006 Mar;188:271-7.
17. Roca M, cañas F, Olivare JM, Rodriguez A, Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(1):1-6
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR.* Washington, DC: APA, 2000.
19. Barrera A. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2006;44(3):215-221.

20. Hansen J, Ostergaard B, Nordentoft M, Hounsgaard L. Cognitive adaptation training combined with assertive community treatment: A randomized longitudinal trial. *Schizophrenia research*. 2012; 135:105-111.
21. Ping J, Malhotra A. Pharmacogenetics and antipsychotics: therapeutic efficacy and side effects prediction. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2011;7(1):9-37.
22. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boogs DL, Fischer BA, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*. 2010; 36 (1): 71–93.
23. Eack S, Hogarty G, Greenwald D, Hogarty S, Keshavan M. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects. *Schizophrenia research*. 2007; 89:308-311.
24. Kreyenbuhl K, Buchanan R, Dickerson F, Dixon L. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009; 2010. 36 (1): 94–103
25. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Golberg RW, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*. 2010; 36 (1):48–70.
26. Fresán A, Apiquian R, Ulloa RE, Loyzaga C, Garcia M, Gutierrez D. Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia. *Salud mental*. 2001; 24(4):36-40
27. Lincoln T, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2007;96:232-245.
28. Bertrando P, Toffanetti D. Historia de la terapia familia: los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós; 2004.

29. Merinder LB, Belgamwar MR, Xia J . Psychoeducation for schizophrenia (Review). The Cochrane collaboration. 2011.
30. Builes M, Bedoya M. La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. Revista colombiana de psiquiatría. 2006;35(4): 463-475.
31. Bauml J , Frobose T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin. 2006; 32(1): 1–9.
32. Rummel-Kluge C. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. Curr Opin Psychiatry. 2008 Mar;21(2):168-72.
33. Gumley A, Karatzias A, Power K, Reilly J, McNay L, O’grady M. Early intervention for relapse in schizophrenia: impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. British Journal of clinical psychology. 2006;45:247-260.
34. Buckley L, Pettit T, Adams C. Supportive therapy for schizophrenia. The Cochrane collaboration. 2010
35. Manterola C, Zavando D. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. Rev. Chilena de Cirugía. 2009; 61(6): 582-595
36. Jadad A, Moore R, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds D, Gavaghan D, McQuay H. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. Control Clin Trials. 1996, 17(1):1-12
37. Guo X, Zhai J, Zhening L, Fang M, Wang Bo, Wang C, *et al.* Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. Arch gen psychiatry. 2010;67(9):895-904.

Anexo 1. Herramientas adicionales para la búsqueda.

Búsqueda manual: Revista colombiana de psiquiatría.

Fuentes de información - Bases de datos primarias consultadas: MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, Lilacs – BVS, CINAHL.

Base de datos de ensayos clínicos: Clinical Trials.gov, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Current Controlled Trials.

Bases de datos de revisiones sistemáticas: Database of Abstracts and Reviews of Effectiveness (DARE), Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (CDSR), Centre for Reviews and Dissemination (CRD).

Metabuscadors: Universidad del Rosario, TripDatabase, Sumsearch.

Búsqueda de literatura gris: NTSI y PsycEXTRA

No se contactaron autores.

Anexo 2. Resumen artículos incluidos.

Ref.	Diseño del estudio	Metodología	Resultados	Conclusiones
37	Estudio clínico aleatorizado	Se asignaron aleatoriamente 1268 pacientes, 635 para recibir tratamiento con medicamento antipsicótico solo y 633 para recibir medicamento antipsicótico + 12 meses de intervención psicosocial (psicoeducación, intervención familiar, tratamiento de habilidades, terapia cognitiva comportamental) las intervenciones se ofrecieron una vez al mes; el mismo día las 4 intervenciones, con dos pausas de media hora y una pausa de una hora. Hubo cegamiento en la aleatorización.	744 completaron el año, 406 en el grupo de tratamiento combinado y 338 en el grupo de antipsicóticos solo. La interrupción por cualquier causa y discontinuación por pobre respuesta fue menor en el grupo del tratamiento combinado ($p < 0.001$), las recaídas fueron menores en el grupo de tratamiento combinado ($p < 0.001$), la falta de adherencia fue menor en el grupo de tratamiento combinado ($p < 0.006$), las readmisiones fueron menores en el grupo de tratamiento	El tratamiento combinado mejora: adherencia a medicación, disminuye riesgo de recaídas y readmisiones, mejora introspección, calidad de vida, funcionamiento social y laboral.

		:	<p>combinado (p<0.007), mejoras para los puntajes de PANSS en ambos grupos (p<0.001), mejoría para puntaje de GAS (p<0.002) en el tratamiento combinado, mejoría en el puntaje de ITAQ y ADL(p<0.001) en el grupo del tratamiento combinado, mejoría en cuatro dominios de la SF-36 (p_0.2). El grupo de tratamiento combinado mostró incremento en percepción (p<0.001), función social (p=0.002), actividades del diario vivir (p<0.001)</p>	
--	--	---	--	--

Ref.	Diseño del estudio	Metodología	Resultados	Conclusiones
2	Ensayo clínico aleatorizado	57 pacientes hospitalizados por esquizofrenia; se aleatorizaron por computador 26 pacientes para STEPS y 31 para tratamiento habitual; hubo cegamiento.	De los 57, 31 fueron reevaluados a los seis meses. Los días de estancia hospitalaria no difirieron en ambos grupos; durante los seis meses de evaluación los del grupo de STEPS mas tratamiento habitual mostraron una reducción significativa de las hospitalizaciones en comparación con el grupo de tratamiento habitual solo (p=.060)	Demuestra disminución del costo por re hospitalización . Efectividad en disminución de hospitalización por terapia de psicoeducación

Anexo 3. Estudios excluidos.

Estudio	Exclusión
<p>Chien W, Wong K. A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. <i>Psychiatric services</i>. July 2007;58(7).</p>	<p>No cumple criterios de selección. Intervención familiar.</p>
<p>Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel R, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the munich psychosis information project study. <i>J Clin Psychiatry</i> 2006;67:443-452.</p>	<p>No cumple criterios de selección. Intervención familiar. Estudio repetido.</p>
<p>Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, Kojima T. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. <i>Psychiatry and clinical neurosciences</i> 2006;60:590-597.</p>	<p>No cumple criterios de selección. No es clara la metodología. Intervención familiar.</p>
<p>Jackson A, Onibi O. Effects of group psychoeducation (GPE) on compliance with scheduled clinic appointments in a neuro-psychiatric hospital in southwest Nigeria: a randomized control trial (RCT). <i>Ann Acad Med Singapore</i> 2007;36:272-6.</p>	<p>No cumple criterios de selección. Incluye pacientes con otros trastornos psiquiátricos.</p>
<p>Shin S, Lukens E. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. <i>Psychiatric services</i> 2002;53:1125-1131.</p>	<p>No cumple criterios de selección. Incluye pacientes con otros trastornos psiquiátricos.</p>
<p>Chan S, Yip B, Tso S, Cheng B, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. <i>Patient education and counseling</i> 2009; 75:67-76.</p>	<p>No cumple criterios de selección. Intervención familiar.</p>

<p>Reichhart T, Pitschel G, Kissling W, Bauml J, Schuster T, Rummel C.</p> <p>Gender differences in patient and caregiver psychoeducation for schizophrenia. <i>European psychiatry</i> 2010;25:39-46.</p>	<p>No es ensayo clínico aleatorizado. Metodología no clara.</p>
<p>Aho-mustonen K, Tiihonen J, Rpo-Tiihonen E, Ryyanen O, Miettinen R, Raty H.</p> <p>Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. <i>Criminal behaviour and mental health</i> 2011;21:163-176.</p>	<p>Estudio exploratorio.</p>
<p>Breitborde N, Moreno F, Mai-Dixon N, Peterson R, Dust L, Bernstein B, et al.</p> <p>Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for First-Episode Psychosis: A randomized controlled trial. <i>BMC Psychiatry</i> 2011; 11(9):1-7.</p>	<p>Intervención multifamiliar.</p>
<p>Merinder L, Viuff A, Laugesen H, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B.</p> <p>Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i> 1999;34:287-294.</p>	<p>Intervención familiar, no cumplía criterios de inclusión.</p>
<p>Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M.</p> <p>Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. <i>Psychiatric services</i> 2006;57:1784-1791.</p>	<p>Intervención familiar.</p>
<p>Bauml J, Pitschel G, Volz A, Engel R, Kissling W.</p> <p>Psychoeducation in Schizophrenia: 7 year follow up concerning rehospitalization and days in Hospital in the Munich psychosis information Project study. <i>J Clin</i></p>	<p>Estudio prospectivo. Estudio repetido.</p>

Psychiatry 2007;68:854-861.	
Rummel C, Pitschel G, Bauml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia – Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophrenia Bulletin 2006;32(4):765-775.	Estudio no es ensayo clínico aleatorizado. Metodología no clara. Intervención familiar.
Wledemann G, Klingberg S, Pitschel G. Psychoedukative interventionen in der behandlung von patienten mit schizophhrenen storungen. Arbeitsgruppe psychoedukation. Nervenarzt 2003;74:789-808.	Estudio no es ensayo clínico aleatorizado. Intervención familiar.
Tong W, Norman I, Thompson D. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. International journal of nursing studies 2004;41:637-649.	Intervención familiar únicamente.
Ran M, Xiang M, Lai-wan C, Leff J, Simpson P, Huang M, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomized controlled trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:69-75.	Intervención familiar únicamente.
Chien W, Chan S, Thompson D. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18 month follow up. BJP 2006;189:41-49.	Intervención familiar únicamente .
Li Z, Arthur D. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China: Randomized controlled trial. BJP 2005;187:339-345.	Intervención familiar únicamente.

<p>Carrà G, Montomoli C, Clerici M, Cazzullo C. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007;257:23-30.</p>	<p>Intervención familiar únicamente.</p>
<p>Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. Annals of general Psychiatry 2009;8(17):1-6.</p>	<p>Intervención familiar únicamente</p>
<p>Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomized-controlled trial. Acta Psychiatr Scand 2009;119:472-483.</p>	<p>Intervención familiar únicamente</p>
<p>Bechdorf A, Knost B, Nelson B, Schneider N, Veith V, Yung A, et al. Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2010;44:144-150.</p>	<p>Estudio Meta análisis.</p>
<p>Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011;6. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.</p>	<p>Estudio Revisión sistemática. Incluye otros trastornos mentales.</p>
<p>Feldmann R, Hornung W, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002;252:115-119.</p>	<p>Estudio prospectivo.</p>

<p>Bechdorf A, Knost B, Kuntermann C, Shiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, Pukrop R.</p> <p>A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2004;110:21-28.</p>	<p>Incluye terapia cognitiva</p>
<p>Bechdorf A, Köhn D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J.</p> <p>A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2005;112:173-179.</p>	<p>Incluye terapia cognitiva</p>
<p>Eack S, Greenwald D, Hogarty S, Cooley S, DiBarry A, Montrose D, Keshavan M.</p> <p>Cognitive enhancement therapy for early-course schizophrenia: Effects of a two-year randomized controlled trial. <i>Psychiatric services.</i> 2009;60:1468-1476.</p>	<p>Evalúa terapia cognitiva</p>
<p>Eack S, Hogarty G, Greenwald D, Hogarty S, Keshavan M.</p> <p>Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. <i>Schizophrenia research.</i> 2007;89:308-311.</p>	<p>Evalúa terapia cognitiva</p>
<p>Gumley A, Karatzias A, Power K, Reilly J, Lisa McNay, Grady M.</p> <p>Early intervention for relapse in schizophrenia impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. <i>British journal of clinical psychology.</i> 2006;45:247-260.</p>	<p>Evalúa terapia cognitiva</p>
<p>Hansen JP, Ostergaard B, Nordentoft M, Hounsgaard L.</p> <p>Cognitive adaptation training combined with assertive community treatment: A randomized longitudinal trial. <i>Schizophrenia research.</i> 2012; 135:105-111.</p>	<p>Evalúa terapia cognitiva</p>

<p>Klingberg S, Wittorf A, Fisher A, Jakob-Deters K, Buchkremer G, Wiedemann G.</p> <p>Evaluation of a cognitive behaviorally oriented service for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2010;121: 340-350.</p>	<p>Evalúa terapia cognitiva</p>
<p>Penn D, Meyer P, Evans E, Wirth R, Cai K, Burchinal M.</p> <p>A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. Schizophrenia research. 2009:52-59.</p>	<p>Evalúa terapia cognitiva</p>