



Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares

Psychoeducation in mental health: a tool for families and patients

Daniela Godoy^a✉, Andrea Eberhard^b, Francisca Abarca^a, Bárbara Acuña^a, Rocío Muñoz^a

^a Enfermera. Unidad de Hospitalización Salud Mental, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

^b Terapeuta ocupacional. Unidad de Hospitalización Salud Mental, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 19 11 2019.
Aceptado: 24 01 2020.

Palabras clave:

Psicoeducación, servicios de salud mental, educación del paciente, trabajo social psiquiátrico.

Key words:

Psychoeducation, mental health services, patient education, psychiatric social work.

RESUMEN

Las personas que padecen patologías de salud mental con frecuencia sufren estigma y exclusión por parte de la sociedad. El desconocimiento y el temor a ser discriminado evita el acercamiento de las personas a los servicios de salud, provocando latencias y abandono del tratamiento. La psicoeducación es una herramienta que busca que pacientes y familias conozcan la naturaleza de la enfermedad, promoviendo la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social. El siguiente artículo recoge evidencia en torno a esta temática, discutiendo sobre la aplicabilidad de sus resultados, la importancia de replicar métodos y sistematizar experiencias.

SUMMARY

Mental health illness are often related with social stigma. The unknowledge and the generalization of conducts of people with mental health illness, impacts the approach to social or medical services and sometimes quit the treatment. Psychoeducation as a tool in this area, persuits that patients and family know the nature of the illness, his ethiology, course, therapeutic approaches and outcomes. This article takes evidence sorround psychoeducation in mental health illness, discuss the appliace of the results and the importance of replying and systematization of experiences.

✉ Autor para correspondencia
Correo electrónico: dngodoy@uc.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como, "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"¹. Sumado a esta definición, se releva la importancia de los entornos sociales, económicos y físicos que afectan la experiencia de salud de las personas y que estructuran lo que se conoce como determinantes sociales en salud.

Por otra parte, la OMS ha planteado también que "los trastornos mentales son variados y con múltiples presentaciones, caracterizados comúnmente por pensamientos anormales, percepción alterada de la realidad, alteraciones emocionales, del comportamiento y de la relación con otros"². Además, se ha estimado que la población de mayor riesgo se centra en personas con menor nivel educacional, jóvenes y mujeres, con una presentación de inicio temprano en la vida³.

La Organización Panamericana de Salud, en su estimación sanitaria del 2017, establece como trastorno mental prevalente la depresión y los trastornos ansiosos. Además, remarca que en el 2015 el número total de personas con depresión a escala mundial superó los 300 millones de personas⁴.

En Chile, la carga de enfermedad atribuible a los problemas y trastornos mentales es de un 23,2% del indicador años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA), lo que genera un impacto significativo en la población. Al mirar estas cifras separadas por sexo, en el caso de las mujeres los trastornos depresivos unipolares y trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras cinco causas de AVISA, mientras que en los hombres tiene mayor relevancia el consumo de alcohol y la violencia externa. Por otra parte, desde el año 2008, los trastornos mentales en Chile ocupan el primer lugar entre causas de licencia médica, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) estima que corresponden al 27% de los días totales de licencias autorizadas⁴.

Otro de los fenómenos que afectan a las personas diagnosticadas con algún trastorno de salud mental es el estigma, que se ha descrito desde la psicología social como la atribución de creencias negativas asociadas a la estereotipación de su diagnóstico. Esto produce una discriminación que se ha reflejado en exclusión, maltrato y limitación de su participación social, provocando, además, retrasos o latencia en la consulta oportuna a los servicios de salud⁵.

Los lineamientos vigentes en el tratamiento de estos trastornos consideran un abordaje integral, que ha supuesto una

transformación a la antigua psiquiatría. Los objetivos actuales no solo apuntan a mejorar síntomas, sino también, a construir un proyecto de vida priorizando el sentido y la satisfacción personal; reintegración social y familiar y el fomento de la autonomía e independencia. En esta lógica, la psicoeducación surge como una herramienta que promueve el cambio de paradigma, buscando posicionar al paciente y su familia como participantes activos de su salud, en la búsqueda de la adherencia al tratamiento y la disminución de posibles recaídas⁶.

LA PSICOEDUCACIÓN COMO HERRAMIENTA DE CAMBIO

La definición más general de psicoeducación es describirla como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. Este término surge, en parte, del trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, por George Brown en 1972, quien a partir de sus observaciones refirió que «en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos»⁷.

La psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. De esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

Su aplicabilidad ha sido estudiada con mayor intensidad en los últimos 30 años en personas con esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit atencional, alimentario y otros, ampliando cada vez más su campo de acción, en función de sus beneficios. Si bien existen variadas corrientes de abordaje para el trabajo psicoeducativo, en todas se pueden identificar la necesidad de enmarcarla en el modelo terapéutico de tratamiento, considerando los pilares conceptuales que guían los objetivos a desarrollar mostrados a continuación^{7,8}.

Mejorar los conocimientos sobre su enfermedad

Uno de los factores más ampliamente descritos sobre la precipitación de recaídas en esta población está asociado con la adherencia a tratamiento. Frente a esto, se plantea que fomentar los conocimientos sobre las causas, efectos e impacto de la enfermedad, ayuda a la comprensión de la situación que se está viviendo, promoviendo el desarrollo de conductas saludables y limitando los daños^{7,8}.

El objetivo directo de la psicoeducación implica entender el mecanismo de la enfermedad y a través de eso, colaborar de manera directa con los cuidados generales y particulares para cada uno. Sin embargo, es importante recordar que cada persona experimenta esta vivencia de forma individual, lo que debe ser considerado para elaborar una estrategia personal de afrontamiento.

En la medida que los pacientes y sus familiares son capaces de reconocer las características y sintomatología de su enfermedad, pueden recurrir de manera temprana a centros de atención. Por esta razón, el identificar las señales de alarma aprendidas permite un contacto eficaz con el equipo tratante, un mejor reporte de lo observado y evitar que cuadros incipientes se agraven optimizando los tiempos de intervención.

Mejorar la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad

Uno de los principales efectos que tiene la psicoeducación es consolidar el seguimiento de las indicaciones del equipo de salud, factor crucial para el éxito terapéutico. Esto se debe a que el paciente comprende de mejor manera su experiencia, le encuentra un sentido y percibe la empatía de los tratantes, quienes sugieren intervenciones ajustadas a su realidad. Además, esta comprensión genera un aumento en la motivación incrementando la adherencia terapéutica⁸.

Una colaboración activa del paciente y su familia, o círculo cercano, permite revisar sus creencias disfuncionales, cumplir tareas, estar abierto a sugerencias y dar a conocer los síntomas y problemas propios de cada trastorno. De esta forma, es posible informar de los recursos disponibles con los que se cuentan, comunitarios o privados, además de reforzar indicaciones terapéuticas. Se cree entonces, que el conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento y promueve el autocuidado, elementos fundamentales en el manejo de enfermedades crónicas.

Por otra parte, se ha descrito teóricamente que un beneficio familiar de psicoeducar podría ser la promoción del cambio en la visión que se tiene sobre la enfermedad o el problema, ya que se considera esta instancia como un espacio contenedor. Expresar aprehensiones, temores e inseguridades en un ambiente contenedor, podría disminuir la sobreimplicación emocional, el hipercriticismo y hostilidad, favoreciendo el acompañamiento en las dificultades que surgen a partir de la enfermedad.

Aumentar su estado de salud y calidad de vida

Una instancia psicoeducativa, constituye un eslabón en la prevención de patologías asociadas al estrés en los familiares y pacientes. Reduce el sentimiento de incapacidad y favo-

rece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento.

Es importante que el equipo de salud ayude al correcto ajuste de expectativas de cara a la patología y sus consecuencias, permitiendo coordinar las acciones a tomar por parte de la familia, desde instancias económicas hasta la logística de los cuidados cotidianos. Sumado a esto, ayuda a proyectar los sucesos en el futuro, lo que disminuye la ansiedad y resguarda un ambiente propositivo para todos los integrantes del sistema afectado. En la medida que las exigencias hacia el paciente sean acordes a sus necesidades, sin aumentar la sobreexigencia o caer en la sobreprotección, mejorará el desempeño funcional del paciente, así como su estado de bienestar.

Por otra parte, esta instancia promueve el entrenamiento de habilidades, que favorecen el empoderamiento y la reintegración del individuo a espacios de interacción social. Esto toma vital importancia en el desarrollo de la autonomía, ya que ofrece esperanza y confianza en el transcurso de la enfermedad^{7,8}.

METODOLOGÍA DE LA PSICOEDUCACIÓN

Existen distintos diseños de intervenciones psicoeducativas que pueden variar en relación al lugar donde se realiza, quienes actúan como facilitadores, la cantidad de sesiones, la modalidad grupal o individual, entre otros. La decisión respecto a cuál metodología utilizar, dependerá de las necesidades individuales del paciente, de los recursos clínico-comunitarios y el objetivo que se pretende abordar¹⁰⁻¹¹. En relación al rol del terapeuta, este puede actuar desde un enfoque paternalista hasta uno colaborativo. El primero, considera el conocimiento vicario que transmite el terapeuta sin mediar las preferencias del paciente. En el segundo caso, un diálogo entre las experiencias de la persona y los conocimientos técnicos del profesional, en una co-construcción donde el reflexionar lo particular de la vivencia se vuelve prioritario⁹.

Desde este último enfoque, quien guía la psicoeducación se vuelve un facilitador al priorizar por sobre los conocimientos biomédicos la formulación de un sentido a la vivencia. Esto permite desarrollar la creatividad en su propia vida y en el tratamiento mismo. El profesional de salud tiene como objeto orientar y ayudar a identificar con claridad el problema para enfocar adecuadamente un tratamiento, que tenga como fin último la mejora en la calidad de vida¹².

Respecto al número de participantes en la psicoeducación, la modalidad grupal otorga beneficios asociados al compartir

experiencias con quienes viven situaciones similares, fomentando las redes de apoyo informales. Además, entrega un espacio con diversos puntos de vista y comportamientos que promueven el respeto y el aprendizaje a través de las vivencias de los otros. En última instancia, esta modalidad es costo efectiva ya que considera un uso más eficiente del tiempo para los profesionales. Por otra parte, la modalidad individual favorece una abordaje integral, pero a la vez personalizado para el paciente y su familia, con un espacio de tiempo destinado específicamente a sus necesidades.

La estructura del programa psicoeducativo dependerá de los contenidos y el objetivo a trabajar, teniendo en consideración las necesidades pesquiasadas y los pilares anteriormente mencionados. Habitualmente, se organizan en forma de multisesiones sistematizadas, previamente planificadas, que consideran un orden deductivo que inicia con contenidos meramente teóricos, hasta llegar a la práctica de habilidades para la vida diaria.

Finalmente, se debe considerar ciertas indicaciones básicas para la incorporación de pacientes en grupos o instancias individuales. No se debe incorporar personas en episodios agudos de manía o elevación anímica, cuadros psicóticos en presencia de alucinaciones auditivas o riesgo suicida activo, ya que su estado mental no permite el cumplimiento de los objetivos de la intervención¹⁰.

RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Los estudios realizados que buscan evaluar la efectividad de la psicoeducación como intervención, presentan una amplia variabilidad en la metodología empleada, incluyendo análisis de caso, estudios de caso control y ensayos clínicos randomizados. Además, se encuentran diferencias entre las implementaciones realizadas, el tiempo de seguimiento y los resultados a medir.

Los análisis más significativos incluyen una revisión sistemática publicada en 2015 en The Cochrane Library denominada *Psicoeducación (breve) para personas con enfermedades mentales graves*. En ésta, se incluye un total de 20 estudios donde los participantes reciben intervenciones psicoeducativas, mostrando como resultado una disminución significativa de los tiempos de recaídas a corto plazo, pero no a largo plazo. Además, muestra que esta instancia puede disminuir la incidencia de ansiedad severa y depresión. En último lugar, la revisión muestra una mejora en las habilidades sociales y la funcionalidad de los pacientes, pero no muestra diferencias en la calidad de vida en el corto tiempo¹¹.

Otros estudios como el de Martín Carrasco et al. concluyen que la clave de la eficacia de las intervenciones radica en la

participación de los asistentes¹³. Por su lado, el estudio de Casañas, et al. muestra que aquellas psicoeducaciones en las que participan personas con síntomas leves son más efectivas pues se asocian a una mejor remisión de los síntomas a corto y largo plazo, sin embargo, en aquellos con sintomatología moderada la intervención no parece ser tan efectiva en términos de calidad de vida¹⁴.

CONCLUSIÓN

La psicoeducación como herramienta de intervención ha mostrado resultados estadísticamente significativos en la disminución del tiempo de recaída de los pacientes y la mejoría de la calidad de vida. Sin embargo, la validez interna y externa de estos diseños debe ser mirada con cautela, ya que la multiplicidad de metodologías realizadas no permiten sistematización ni comparación de los estudios. Además de estas dificultades, se suma el pequeño número de pacientes que se han incluido en estas implementaciones, lo que obstaculiza la transferencia y generalización de los resultados.

De esta forma, tras la revisión de experiencias relacionadas con el estudio de los beneficios de la psicoeducación, se vuelve altamente necesario aumentar la investigación y la sistematización de las diferentes instancias, con el fin de establecer mejores métodos y aplicaciones.

En relación a los beneficios, podemos destacar que sus resultados son costo-efectivos, ya que la psicoeducación puede estar a cargo de cualquier integrante del equipo de salud, fusionando de manera integral las responsabilidades para así optimizar los tiempos. Los costos de esta intervención en general son bajos y una adecuada incorporación de los conceptos aprendidos, podría implicar una disminución de los gastos asociados al cuidado. En la medida que se siguen indicaciones, se previenen hospitalizaciones al intervenir de forma temprana, se planifican los gastos y se promueve la funcionalidad.

En síntesis, la relevancia de las instancias educativas radica en la promoción de una mayor adherencia terapéutica y la disminución de la posibilidad de recaídas, si se encuentran insertas en un plan de tratamiento donde se consideren como una herramienta esencial. Además, favorecen el desarrollo de las potencialidades de la familia, que aprende a dar una respuesta adecuada a las manifestaciones y crisis que pueden desencadenarse en la historia de la enfermedad, lo que impacta de manera directa en el éxito de la reinserción social del paciente.

Por otra parte, estas instancias hacen que confluyan las perspectivas del paciente con el equipo tratante, al poder conversar las complejidades de la patología en un ambiente

destinado para eso, promoviendo la conexión y fluidez con el paciente y su familia. De esta forma, el trabajo personalizado e individualizado enriquece el vínculo y promueve la expresión de elementos subjetivos, aportando con resultados cualitativos para la vida del paciente, que no siempre se abordan en un esquema convencional.

Finalmente, considerando que nos enfrentamos a un momento

histórico donde la realidad está frágilmente enmarcada en post-verdad, y por el otro lado, el acceso a la información es amplio pero sin validez, las instancias psicoeducativas se vuelven prioritarias e irremplazables para contrarrestar los efectos de estas distorsiones. La psicoeducación se constituye entonces como herramienta de cambio, que propone una transformación a los paradigmas antiguos de la psiquiatría y que releva la importancia del paciente como centro de su recuperación.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés, en relación con este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental* [Internet]. OMS; 2004. [Consultado el 4 nov 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
2. World Health Organization (WHO). *Mental Disorders* [Internet]. 9 abr 2018 [Consultado el 4 nov 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Organización Panamericana de Salud (OPS). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones Sanitarias Mundiales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Salud, 2017 [Consultado el 4 nov 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
4. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. [Internet] 2017. [Consultado el 7 nov 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
5. Magallanes A. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*. 2011;13(2): 7-17.
6. López O, Hernández M. Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. *Estudio piloto. Rev Chil Neuropsiquiatr* 2011; 44 (3): 94-100.
7. Cuevas-Cancino JJ, Moreno- Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enferm Univ* 2017; 14 (3): 207-218.
8. Beck Aaron T; Haigh Emily AP. *The Generic Cognitive Model*. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10:1-24.
9. Builes MV, Bedoya MH. La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35 (4): 463-475.
10. Mottaghipour Y, Tabatabaee M. *Family and Patient Psychoeducation for Severe Mental Disorder in Iran: A Review*. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2019; 14(1):84-108.
11. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. *Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness (Review)*. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; Issue 4.
12. Bulacio JM, Vieyra MC, Alvarez D, Benatuil D. *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. [Internet] 2004. [Consultado el 9 ene 2020]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-029/16>
13. Martín-Carrasco M, Ballesteros-Rodríguez J, Domínguez-Panchón AI, et al. *Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia*. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014; 42:300-314.
14. Casañas R, Rosa-Catalán R, Raya A, et al. *Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado*. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2014; 34: 145-146.