

Implementación de programas de psicoeducación familiar en la práctica clínica: análisis de una experiencia

Jesús DE LA HIGUERA ROMERO

Rosa María RAMÍREZ RUIZ

*Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental,
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz
Servicio Andaluz de Salud*

Resumen

En este trabajo se describe la experiencia de implantación de un programa de Psicoeducación Familiar (inspirado en el modelo de I. Falloon) en nueve dispositivos de Salud Mental y con la colaboración de un equipo multidisciplinar de 17 profesionales de diferentes categorías. El proceso de implantación constó de varias fases: elaboración de materiales, formación de los profesionales, puesta en marcha de los programas propiamente dicha y supervisión. La experiencia fue valorada como positiva por los profesionales implicados en el proyecto, ya que permitió reducir la variabilidad en el abordaje familiar de las personas con esquizofrenia. Asimismo, las sesiones de formación y supervisión supusieron un espacio seguro de intercambio profesional y adquisición de habilidades terapéuticas útiles para la aplicación del programa.

Palabras clave: psicoeducación familiar, implementación de programas, formación, supervisión, Salud Mental.

Abstract

This study describes the experience of implementing a family psychoeducation programs (based on the model of I. Falloon) in nine Mental Health devices, participating 17 professionals in a multidisciplinary team. The implementation process consisted of several phases: Development of materials, professionals training, proper implementation of programs and supervision. The experience was assessed as positive by the professionals involved in the project since it allowed to reduce the variability in the family approach of the persons with schizophrenia. Also, training and supervision ses-

Correspondencia: Rosa M. Ramírez Ruiz. Comunidad Terapéutica del Hospital Universitario de Puerto Real. Carretera Nacional IV, Km. 665. 11510 Puerto Real (Cádiz). *Correo electrónico:* rosa_ramirez25@hotmail.com

Recibido: octubre 2010. *Aceptado:* diciembre 2010.

sions were a safe space for professional exchange and acquisition of therapeutic skills useful in the implementation of the program.

Key words: Key words: Family Psychoeducation, Implementation Programs, Training, Supervision, Mental Health.

El abordaje psicoeducativo de la familia de la persona afectada de esquizofrenia es hoy día una realidad asumida como necesaria, no solo porque las diferentes revisiones sistemáticas y estudios de metaanálisis demuestran que está claramente asociado a una importante reducción del riesgo de recidivas (Rummel-Kluge y Kissling, 2008; Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop y Pitschel-Walz, 2006; Pharoah, Mari y Streiner, 2003; McFarlane, Dixon, Lukens y Lucksted, 2003; Lehman, Buchanan, Dickerson, Dixon, Goldberg y Kreyenbuhl, 2003; Pilling, Bebbington y cols, 2002; Pitschel-Walz, Leucht y cols, 2001) sino porque también, desde un punto de vista más clínico, la dinámica familiar, los niveles de comunicación, el manejo de situaciones de conflicto y, en general, la calidad de vida dentro del seno de la familia, mejora también de forma significativa (Sota, Shimodera y cols, 2008; Smerud y Rosenfarb, 2008; Carrá, Montomoli, Clerici y Cazzullo, 2007; Magliano, Fiorillo, Malangone, De la Rosa y Maj, 2006; Yamaguchi, Takahashi, Takano y Kojima, 2006; Sellwood, Barrowclough y cols, 2004; Thornicroff y Susser, 2001), siendo además intervenciones que se han demostrado, de manera consistente, como costo-eficientes (Mino, Shimodera y cols, 2007; Vos, Haby y cols, 2005; Knapp, 2000).

A pesar de todo lo anterior es preciso apuntar que solo de manera muy reciente se ha producido el desembarco de estos procedimientos en la práctica clínica de rutina, siendo lo común, hasta hace pocos años,

que los estudios sobre diseminación apuntaran tasas de implantación en los servicios realmente desalentadoras (Rummel-Kluge y cols, 2006; Resnick 2005; Magliano y cols, 2003). La realidad apuntada constata una vez más la dificultad que encuentran los datos empíricos para impregnar la práctica asistencial. Este hecho se hace especialmente patente en el campo de la atención a la salud mental, y puede, en opinión de algunos autores (Gold, Glynn, Mueser, 2006) situar a ésta ante una importante crisis de calidad. Recogiendo el testigo de esta idea y valorando la aplicación de este concepto al campo de la psicoeducación habría que señalar que actualmente existe una extraordinaria trivialización del término, que le ha llevado a una prácticamente total pérdida de significación. En este sentido, hoy día puede integrarse bajo esta categoría cualquier tipo de actuación con familias, independientemente de su metodología, duración, formato o contenidos, lo cual hace que las intervenciones llamadas psicoeducativas, la mayoría de las veces, poco o nada tengan que ver entre sí. Con este contexto de fondo el hacer referencia a la calidad se antoja difícil (McHugo, Drake y cols, 2007; Kelly y Newstead, 2004; McCutcheon 2003).

La heterogeneidad de las intervenciones, cuestión que quizá para algunos pueda resultar menor, es en realidad un factor crítico, ya que actualmente existe una clara evidencia alrededor de la necesidad de que estas se ajusten a unos estándares mínimos de cara a lograr la optimización de los resultados (Cohen, Glynn y cols,

2008; Magliano y Fiorillo, 2007; Brent y Giuliano, 2007; Murray-Swank y Dixon, 2004; Mueser, Torrey, Lynde y Drake, 2003; Dixon, McFarlane y cols, 2001). Los parámetros incluidos en estos estándares son muy variados e incluyen aspectos como la metodología de trabajo dentro de las sesiones, los contenidos, la duración de la intervención, los procedimientos de evaluación de resultados y el perfil de usuarios diana (figura 1). Para algunos autores es precisamente la adecuación a estos criterios lo que dota de legitimidad al uso del término psicoeducación. De ahí que hoy día se esté comenzando a optar por la adopción de un nuevo término, el de “programas for-

males de psicoeducación familiar” (Glynn, Cohen y Dixon, 2006) para diferenciar las intervenciones planificadas y acordes a los criterios marcados por la evidencia, de las más generales e inespecíficas.

La adecuación a estos estándares no es una cuestión que afecta exclusivamente a la propia clínica, sino que también tiene una importante resonancia en la investigación dentro del campo. La enorme heterogeneidad hace a las intervenciones psicoeducativas de corte multifamiliar muy difícilmente comparables dificultando que se pueda contrastar su eficacia diferencial, por ejemplo, con los formatos individuales, que suelen exhibir una mayor consistencia interna y

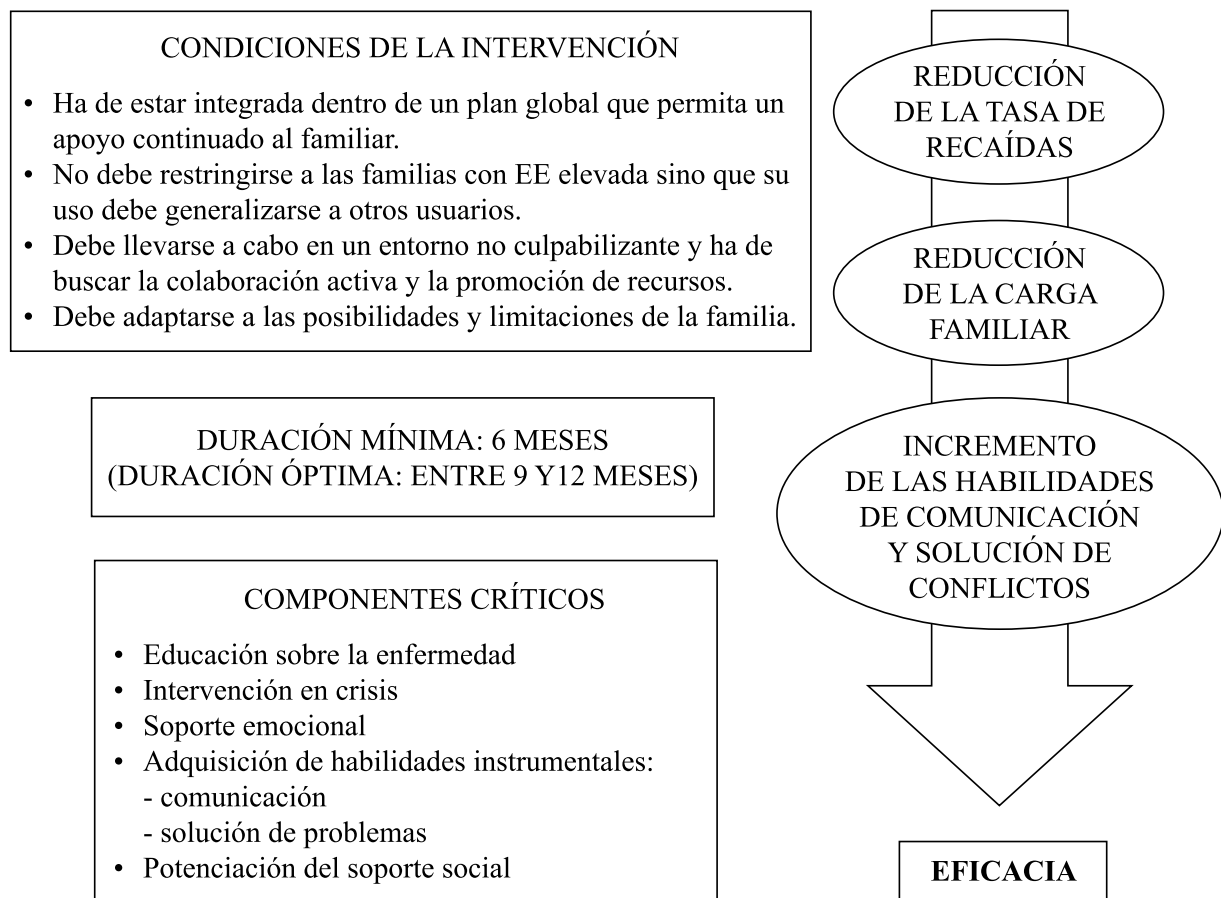


Figura 1. Criterios de calidad de las intervenciones psicoeducativas familiares.

organización de sus contenidos. De igual forma, este hecho hace complejo el que se pueda contrastar a nivel empírico qué perfiles de usuarios son más sensibles a cada uno de los procedimientos descritos (uni o multifamiliares), algo crucial de cara a mejorar la eficiencia. En esta línea, estudios controlados realizados en nuestro medio (Montero *et al.*, 2005) apuntan a que las intervenciones multifamiliares que se adecuaban a los parámetros de calidad, podían mostrar rendimientos muy cercanos a las unifamiliares en variables de relevancia clínica como la reducción del número de recidivas del paciente o la mejora de la calidad de vida en el familiar.

Otro aspecto muy relevante en el campo de la psicoeducación tiene que ver con la diseminación de estos procedimientos de forma que sean accesibles a los usuarios potenciales. Una de las primeras estrategias por la que se suele adoptar se centra en la capacitación de los profesionales a través de cursos específicos de formación. Existe abundante bibliografía sobre el impacto real que este tipo de actuaciones tiene en cuanto a la traslación de los aprendizajes obtenidos a la práctica asistencial (Magliano *et al.*, 2006; Mairs y Bradshaw, 2005; Broker, 2003; Bailey *et al.*, 2003; Brennan y Gamble, 1997; Fadden *et al.*, 1997; Kavanagh *et al.*, 1997). En líneas generales los trabajos sugieren que, como norma común, los profesionales suelen referir que han adquirido destrezas útiles para su práctica cotidiana y están satisfechos con el entrenamiento. Sin embargo, el impacto real es pobre ya que no se produce, o lo hace en muy baja proporción, la traslación de estos aprendizajes a la clínica (Brooker, Saul, Robinson, King y Dudley, 2003).

El presente artículo describe una experiencia de implantación de los procedi-

mientos de psicoeducación familiar dentro de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real. Se trata de un proyecto dirigido por los dos autores de este trabajo y en el que han participado profesionales de todos los dispositivos integrados en nuestra UGC.

Descripción de la situación de partida

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real se constituyó a principios de 2004 y está conformada por tres Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil-Hospital de Día (USMIJ-HD), una Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM), una Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM) y una Unidad de Hospitalización de Hospital General (USM-HG). Resulta importante apuntar que los dispositivos de tercer nivel de nuestra UGC (URSM, CTSM, USMIJ-HD y USM-HG) prestan atención no solamente a su población de influencia hospitalaria, sino también a la población incluida en otras UGCs de Salud Mental de la provincia (Cádiz, Jerez y Algeciras). La UGC cuenta con 131 profesionales integrados en sus diferentes categorías.

En el proyecto de implantación del Programa de Psicoeducación Familiar que se describe han participado todos en los dispositivos de nuestra UGC, a los que se han añadido dos Unidades de Salud Mental Comunitarias de la UGC del Hospital Universitario de Puerta del Mar de Cádiz. Finalmente, por tanto, en el proyecto de integraron los siguientes dispositivos: cinco USMC, una URSM, una CTSM, una USMIJ y una USM-HG.

Un análisis de la situación de partida reveló que la Psicoeducación Familiar se encontraba muy pobremente instaurada. De hecho, al inicio del proyecto sólo algunos dispositivos contaban con este tipo de abordajes dentro de su cartera de servicios. De las nueve unidades integradas en el proyecto solo cuatro ofertaban de forma continuada estos programas constatándose además entre ellas una gran heterogeneidad en cuanto a los formatos de trabajo, contenidos, duración, estructura de las sesiones, metodología general y tipología de familias incluidas en dichos programas. El tipo de abordaje ofertado estaba, además, muy determinado por la orientación, deseos, conocimientos y disponibilidad del equipo de profesionales que lo llevaba a cabo más que por la adecuación del mismo a parámetros de evidencia científica. La situación descrita ponía claramente de manifiesto que no existían garantías de que un formato único de tratamiento eficaz estuviera disponible para todos los usuarios de la UGC, con independencia del dispositivo que los atendiera en un momento dado.

Los objetivos que nos planteamos con la puesta en marcha de este proyecto fueron los siguientes: (1) garantizar que un único programa de Psicoeducación Familiar estuviera disponible para todos los usuarios de nuestra UGC, (2) promover la homogeneidad de los procedimientos aplicados, (3) garantizar que los profesionales responsables de dichos programas dispusieran de material y supervisión adecuados, (4) facilitar la adecuación de los procedimientos a estándares de calidad basados en la evidencia científica disponible y, por último, (5) posibilitar el apoyo administrativo vinculando el procedimiento a objetivos de contrato programa y complementos específicos. El programa de abordaje por el que se optó se

inspira en la terapia familiar conductual de I. Falloon (Falloon y cols, 1981,1982; Falloon, Boyd y McGill, 1984; Falloon y cols, 1985) en cuanto a contenidos y metodología, adecuándola a un formato de tipo multifamiliar.

Selección de los profesionales y las familias

Se ofertó la participación en el proyecto a todos los dispositivos de Salud Mental de la UGC y a los profesionales que estuvieran interesados en la materia, apuntando la conveniencia de implicar como mínimo a dos personas por equipo de trabajo, que cumplieran roles de terapeuta y coterapeuta en el programa. La experiencia en trabajo familiar previo fue uno de los criterios para la inclusión de profesionales al proyecto, pero también se subrayó como criterio de inclusión el propio factor motivacional, optándose por aquellos profesionales que consideraron interesante ampliar sus conocimientos e implementar en su práctica clínica de rutina este tipo de técnicas. En total se adhirieron al proyecto 17 terapeutas, distribuidos de la siguiente forma según su categoría profesional: tres psiquiatras, cuatro psicólogos clínicos, ocho diplomados en enfermería y dos trabajadoras sociales.

El programa se articuló alrededor de tres principios rectores: (1) proveer a los profesionales integrados de un material de trabajo organizado, concreto y accesible; (2) ofertar supervisión y apoyo continuado, con posibilidad de entrenamiento específico en los módulos más complejos, y (3) posibilitar que la formación y la supervisión se realizaran sobre la propia práctica asistencial. Los autores de este trabajo, especialistas en psicología clínica asumieron la organización de las sesiones y el material de trabajo, así como las funciones de supervisión.

En cuanto al procedimiento de selección de familias subsidiarias de participación en el programa, los criterios de inclusión que se fijaron inicialmente fueron: diagnóstico de esquizofrenia, tiempo de evolución de la enfermedad comprendido entre los dos y los cinco años y capacidad cognitiva suficiente para la comprensión del material a transmitir. No se establecieron diferenciaciones sobre la base de un mayor o menor nivel de Expresión de Emociones (EE) en el familiar.

Se sugirió el reclutamiento inicial de unas ocho familias por grupo. Preferentemente se ofertó la participación en el programa a aquellos miembros familiares que ejercían roles primarios de cuidado (progenitores) y que por tanto tenían un importante grado de contacto cara a cara con el

paciente. No se excluyó la posibilidad de que participase algún otro miembro dependiendo de cada circunstancia familiar particular. Se sugirió una periodicidad de las sesiones semanal de inicio para irse espaciando a medida que avanzaba el entrenamiento a quincenal. Cada sesión debía tener una duración aproximada de hora y media.

Proceso de implantación

La implantación del proceso se realizó a través de varias fases (figura 2). Destacamos por su importancia dentro de todo el proceso dos de ellas. La primera, que tuvo que ver con la elaboración de los materiales de trabajo; la segunda, con la estructuración de los espacios para la supervisión.

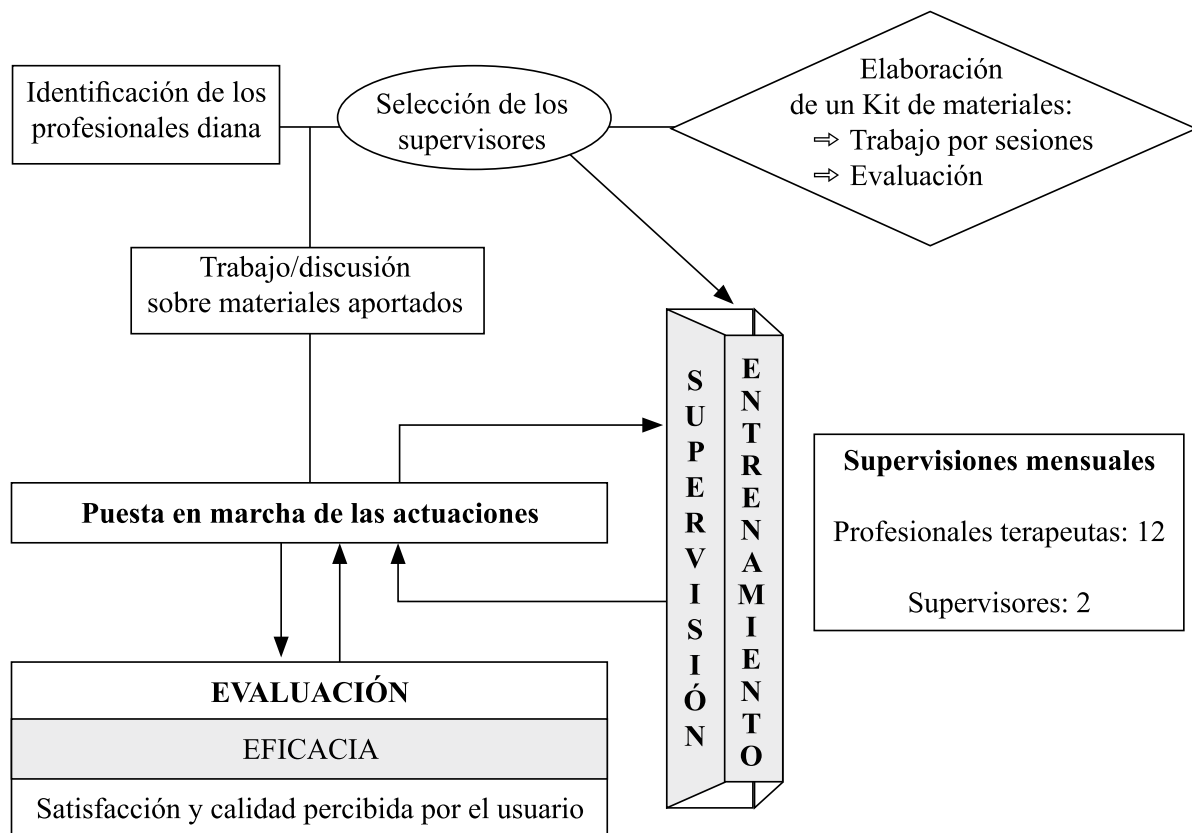


Figura 2. Proceso de implantación de la estrategia.

Material

La elaboración de todo el paquete de materiales de trabajo fue tarea de los supervisores del proyecto y se facilitó gradualmente a los profesionales-terapeutas en las reuniones que se mantenían con los mismos. Constó de:

- a) Desarrollo de cada una de las sesiones en formato papel. Se redactó utilizando un lenguaje claro y lo más asequible posible para el familiar, incluyendo a la vez ejemplos e instrucciones específicas para el terapeuta de forma que este pudiera llevar a cabo el proceso de entrenamiento dentro de la sesión y manejarse con situaciones comunes.
- b) Soporte visual a modo de presentación en formato power-point de cada una de las sesiones.
- c) Resúmenes en formato papel para cada sesión que recogían las ideas principales trabajadas en ésta y que se repartían a su término a los familiares a modo de recordatorio.
- d) Esquemas de contenidos críticos por sesión para el terapeuta, con la finalidad de que este tuviera en todo momento perfilados aquellos aspectos claves donde debería incidir y dedicar más atención.
- e) Material de apoyo (fichas de tareas para la semana, autorregistros, etc).

Al margen de los materiales de trabajo para las sesiones, se diseñó un *protocolo específico de evaluación* con instrumentos concretos que fueron trabajados con los integrantes del grupo de cara a favorecer su comprensión y facilitar su adecuada tasación. Este protocolo se diseñó para evaluar la eficacia del procedimiento en las variables de resultados habitualmente señaladas como críticas en este tipo de intervenciones.

Entre estas variables destacamos: la tasa de reingresos hospitalarios del paciente, el grado de conocimientos específicos adquiridos, el nivel de expresión emocional del familiar, el grado de bienestar psicológico y la carga objetiva y subjetiva expresada por éste. De manera adicional, se diseñó una entrevista de satisfacción encaminada a obtener datos globales de la calidad y utilidad percibida por parte de los participantes, así como feedback concreto sobre aquellos contenidos o áreas de mejora percibidas por éstos.

Los instrumentos de evaluación seleccionados para la medida de las variables criterio fueron:

1. *Ficha Epidemiológica Básica*. Elaborada *ad hoc* con el fin de recoger datos concretos sobre la enfermedad y su evolución (diagnóstico, número de ingresos hospitalarios previos, edad de aparición de las manifestaciones clínicas, etc). Incluía también la Escala de Funcionamiento de Rol (Goodman y cols 1993) con objeto de tener una medida del nivel de desempeño social del paciente. Esta ficha era cumplimentada por el terapeuta de cada paciente cuya familia accedía al programa.

2. *Entrevista Semiestructurada de Conocimientos sobre la Esquizofrenia (KASI)* (Barrowclough y cols, 1987). Se trata de una entrevista que recoge los conocimientos que tiene el familiar en diversos aspectos relacionados con la enfermedad: diagnóstico, sintomatología, etiología, medicación, curso/pronóstico y manejo del paciente.

3. *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)* (Goldberg y Hillier, 1972). Cuestionario compuesto de 28 ítems, de carácter autoaplicado, que cumplimenta el familiar acerca de su propio estado de salud durante el último mes. El cuestionario hace

hincapié en aspectos que tienen que ver con el bienestar psicológico percibido y con variables de tipo afectivo como la ansiedad, la depresión, la hipocondría o la disfunción social.

4. *Cuestionario de Actitudes Familiares hacia la Enfermedad Mental (De la Higuera y Linares, en prensa)*. Se trata de un cuestionario autoaplicado dirigido a la medida de variables críticas vinculadas al constructo de expresión de emociones. Permite la evaluación de tres factores: el grado de criticismo, el de sobreimplicación y la actitud general hacia el paciente. En este caso se utilizó la versión extendida del mismo que consta de 36 ítems. Este cuestionario cuenta con la ventaja de que ha sido adaptado y validado con población clínica de nuestro contexto cercano en aras a minimizar el efecto que variables como, por ejemplo, el nivel de instrucción del familiar puede tener en las respuestas.

5. *Cuestionario de Satisfacción*. Elaborado *ad hoc* con el objetivo de valorar la percepción de los familiares con respecto a los beneficios obtenidos tras su participación en los grupos de Psicoeducación Familiar. Está compuesto de 14 ítems cuantitativos y tres cualitativos que recogen impresiones familiares acerca de los contenidos del programa y la utilidad práctica percibida de los procedimientos llevados a cabo en el desarrollo de las sesiones así como en la adquisición de las habilidades de comunicación y resolución de problemas.

Se ha creado una base de datos comunes en formato SPSS donde se han volcado las puntuaciones de los miembros familiares en los instrumentos de evaluación (medidas pre y post-intervención) y los datos epidemiológicos de los pacientes cuyas familias participaron en el programa. Esta base de datos ha quedado a disposición de

los participantes en el proyecto para posible tratamiento estadístico y generación de estudios de investigación. En la actualidad se están analizando los datos recogidos del primer grupo de familiares tratados (56 familias durante el primer año de implantación) de cara a interpretar los resultados preliminares de la experiencia psicoeducativa en formato único. Estos análisis serán objeto de una próxima publicación.

Sesiones de formación y supervisión

Como ya se ha subrayado anteriormente, el segundo gran aspecto a destacar fue la puesta en marcha y desarrollo de las sesiones de supervisión. A través de ellas se fueron transmitiendo a los profesionales no sólo los contenidos concretos a abordar sino también factores que tienen que ver con la filosofía, estilo y dinámica de trabajo propios de las intervenciones psicoeducativas. En líneas generales podríamos decir que estas actuaciones tratan de enfatizar los aspectos positivos de la familia, sus recursos y habilidad para cambiar, centrándose en las fuerzas y necesidades de la unidad familiar y enseñándoles estrategias más eficaces que las habitualmente desplegadas para hacer frente a los problemas. Todas ellas combinan en los contenidos ofertados la información o educación sobre la esquizofrenia (síntomatología, etiología, evolución, tratamiento farmacológico, importancia del estrés ambiental/familiar, etc.), entrenamiento en habilidades de comunicación eficaz y algún tipo de abordaje de resolución de problemas.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, los supervisores del proyecto seleccionaron y organizaron el contenido de las sesiones de acuerdo a diez módulos. Estos módulos se definían como áreas de traba-

jo, asumiéndose que dentro de cada uno de ellos podían incluirse tantas sesiones como fueran necesarias, para lograr así la mejor adaptación al ritmo de aprendizaje concreto de cada grupo de familiares. Los contenidos fueron distribuidos en dos grandes bloques: Información sobre la enfermedad y Entrenamiento de Habilidades. La duración total del programa se estimó en 9 meses, excluyendo el tiempo invertido en la administración del protocolo de evaluación familiar (basal y post-intervención) y el trabajo previo que cada terapeuta referente debía hacer con la familia del paciente al objeto de facilitar su acceso al programa. Los contenidos concretos del programa pueden verse en la tabla 1.

Todas las sesiones se articulaban con una metodología común a los procedimientos que se integran dentro de este tipo de enfoques, contaban con una secuencia de pasos preestablecida y una dinámica de trabajo centrada en el aprendizaje (tabla 2). Queremos destacar, sin embargo, que a pesar de todo el orden y la estructura descrita, se ha intentado transmitir a los profesionales un modelo de psicoeducación compren-

sivo que sobrepase lo que nosotros hemos venidos en llamar “el modelo didáctico”. Así, en nuestro criterio, el objetivo de la psicoeducación no es solo informar, sino en mayor medida *ayudar a la familia a comprender la enfermedad y a comprenderse en sus respuestas ante la misma*. Desde esta perspectiva el cambio aparece como resultado de la conjunción del trabajo entre elementos racionales y emocionales. Ello hace que el cómo se situó el terapeuta frente al material que le trae la familia se convierta en una variable crítica. Desde nuestra perspectiva el terapeuta debe enfatizar la toma de conciencia en el familiar de las variables que controlan la conducta, situándose en una posición de colaboración (evitando el rol de experto y las fantasías de omnipotencia) y reconociendo las limitaciones desde un modelo de corresponsabilidad y trabajo mutuo.

El grupo de trabajo comenzó a reunirse en las instalaciones del HUPR en enero del año 2007, con una periodicidad mensual que se ha mantenido hasta la fecha, excluyendo períodos vacacionales. De los siete dispositivos de Salud Mental implicados en el proyecto no todos tuvieron la posibilidad de adherirse al formato único ofertado, por las características funcionales propias del servicio y la población atendida. Con el objetivo de cubrir las necesidades específicas de las familias captadas con ocasión de la hospitalización de su familiar en la USM-HUPR, se adaptaron los contenidos y los tiempos y se elaboró un programa breve (de tres módulos) que trataba de enfatizar varios aspectos en sus contenidos: la esquizofrenia como enfermedad mental, el papel crucial de la familia en la evolución de la enfermedad y estrategias concretas de manejo en situaciones críticas. El planteamiento era poder derivar a las familias, tras

Tabla 1. Contenidos de los diez módulos del Programa de Psicoeducación Familiar.

Módulos del Programa

- 1: La esquizofrenia
 - 2: El tratamiento farmacológico
 - 3: El tratamiento psicosocial
 - 4: Habilidades de convivencia (I)
 - 5: Habilidades de convivencia (II)
 - 6: Habilidades comunicativas básicas
 - 7: Expresión de sentimientos positivos
 - 8: Expresión de sentimientos negativos
 - 9: Planteamiento de peticiones
 - 10: Habilidades de resolución de problemas
-

este primer contacto en la USM-HG con la Psicoeducación Familiar a sus respectivas USMC a fin de que pudiera ser valorado su acceso al formato único ofertado de Psicoeducación Familiar en la UGC.

Las reuniones de supervisión se conformaron desde un principio como un espacio de aprendizaje e intercambio de experiencias profesionales en torno a la Psicoeducación Familiar. Se fijaron objetivos, criterios de indicación y acceso a los programas y se trató de dar respuesta a las dificultades que la implementación de la intervención en los diferentes servicios estaba generando. Las dificultades más fácilmente identificadas por los participantes en el proyecto tuvieron que ver con la necesidad de trabajar dentro de los propios equipos como se realizaban las derivaciones de familias al programa de manera que estas se ajustaran a criterios homogéneos y se detectaran aquellas fami-

lias que realmente pudieran beneficiarse de la intervención. A este respecto se está elaborando actualmente una presentación en formato power-point en la que se explicitan las características del programa y la topología de familias potencialmente candidatas, a fin de poder transmitir esta información al resto de los profesionales de cada servicio de Salud Mental, y promover de esta manera su colaboración con el programa. Otros problemas frecuentemente volcados en las supervisiones se referían a dificultades propias de la aplicación de la técnica. La asistencia de los profesionales terapeutas fue regular y continuada, justificando al grupo las ausencias en ocasiones puntuales o manteniendo en todo caso contacto telefónico con los supervisores a fin de dotar de continuidad al proceso.

Los materiales relacionados con los contenidos fueron presentados en las re-

Tabla 2. Estructura interna y metodología de las sesiones de psicoeducación con las familias.

| PROCESO | OBJETIVOS |
|--|--|
| <i>Revisión de contenidos y tareas</i> | Supervisar los aprendizajes. |
| <i>Introducción teórica del modulo</i> | Conectar con el dinamismo familiar. Incrementar los sentimientos de control y cambio. |
| <i>Discusión contenidos teóricos</i> | Fijar conceptos básicos. Eliminación de ideas erróneas. |
| <i>Identificar grupalmente situaciones problema</i> | Vincular con la experiencia individual. Dar validez ecológica y fomentar la Cohesión y el apoyo grupal. |
| <i>Entrenamiento</i> . <i>Role-playing indirecto</i> . <i>Feedback</i> . <i>Elección de alternativas de respuesta</i> | Practicar componentes de la habilidad. Perfilar respuestas óptimas. |
| <i>Discusión de respuestas/soluciones óptimas</i> | Anticipación de problemas. Valorar actitud general al cambio. |
| <i>Tareas para casa</i> | Modificar dinámicas anteriores. Fomentar la autoimplicación familiar. |

uniones de manera progresiva, módulo por módulo, a fin de que pudieran aclararse dudas concretas relativas a la aplicación de los procedimientos y los contenidos clave. Se intentó que la presentación del material de cada módulo tuviera lugar con anterioridad a su desarrollo en los diferentes dispositivos de Salud Mental, aunque este objetivo topaba con la inevitable variabilidad en cuanto al ritmo de aprendizaje de cada grupo familiar y, por tanto, con la variabilidad en cuanto al punto en que se encontraba el programa en los diferentes servicios.

Situación actual

De los 17 profesionales terapeutas que conformaron en un primer momento el grupo de trabajo terminaron abandonando cuatro (dos de los psiquiatras, un diplomado en enfermería y una trabajadora social). El resto, 13 profesionales, continúan actualmente formando parte del proyecto y participando activamente en él. A pesar de las bajas mencionadas, se mantuvieron los nueve dispositivos implicados desde el inicio. Seis de estos nueve dispositivos iniciaron y finalizaron un programa de Psicoeducación Familiar en el período de tiempo que se desarrolló el proyecto (tres de ellos lo incluyeron por primera vez en su cartera de servicios) y uno comenzó con algo de retraso pero se encuentra actualmente desarrollando el programa. En los dos dispositivos restantes (USMIJ-HD y USM-HG) no se ha llegado a implementar la intervención, en buena medida por la dificultad añadida que imponen las características propias del funcionamiento de estas unidades. La USMIJ-HD sí cuenta en su cartera de servicios con otras intervenciones de carácter psicoeducativo dirigidas a padres de niños diagnosticados de TDAH y trastornos del espectro

autista. En el caso de la USM-HG la adaptación abreviada del programa se encuentra disponible aunque no se oferta de momento a las familias de los usuarios hospitalizados.

Actualmente buena parte de los dispositivos se encuentran en la fase de selección ó evaluación de nuevas familias para grupo. Algunos equipos se plantean paralelamente la puesta en marcha de grupos de seguimiento para aquellas familias que han finalizado el grupo de Psicoeducación Familiar y demandan una continuidad en la atención. Actualmente el grupo de trabajo se orienta hacia la investigación y muestra un incipiente interés en que en las sesiones de formación/supervisión se puedan empezar a trabajar aspectos relacionados con la terapia familiar conductual de I. Falloon en formato unifamiliar (Falloon y cols 1984).

Conclusiones

El proceso de implementación de los procedimientos psicoeducativos familiares en los dispositivos de la UGC de Salud Mental del Hospital Universitario de Puerto Real se considera una experiencia novedosa por varios motivos: no tenemos constancia de ningún proyecto similar en UGCs de Salud Mental (elaboración y oferta a todos los usuarios de un formato único de programa de Psicoeducación Familiar); el proyecto contempla como elemento clave la formación/supervisión continuada de los profesionales implicados, proporcionándoles un espacio seguro de aprendizaje y mejora de habilidades terapéuticas básicas para el desarrollo del programa.

En general, la valoración que hacen los profesionales de la experiencia es muy positiva. Se valora la aplicación de un programa común y, sobre todo, la oportunidad de compartir un espacio de aprendizaje y

supervisión continua con otros compañeros implicados en la intervención (ya que esta circunstancia permite conocer las dificultades que se han dado en otros dispositivos, prevenir las y poner en marcha estrategias que han podido ser útiles para resolverlas). Las reuniones de supervisión también se valoran positivamente por su utilidad para resolver las dudas que plantea la implementación del procedimiento.

Referencias

- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. y Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 241-252.
- Bayley, R., Burbach, F. y Lea, S. (2003). The ability of staff trained in family interventions to implement the approach in routine clinical practice. *Journal of Mental Health*, 12 (4), 131-141.
- Barrowclough, C., TARRIER, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. y Freeman, H. (1987). Assessing the functional value of relatives knowledge about schizophrenia: A preliminary report. *British Journal of Psychiatry*, 151, 1-8.
- Brent, B.K. y Giurliano, A.J. (2007). Psychotic-spectrum illness and family-based treatments: A case-based illustration of the underuse of family interventions. *Harvard Review of Psychiatry*, 15 (4), 161-168.
- Brenan, G. y Gamble, C. (1997). Schizophrenia family work and clinical practice. *Mental Health Nursing*, 17, 12-15.
- Brooker, C., Saul, C., Robinson, J., King, J. y Dudley, M. (2003). Is training in psychosocial intervention worthwhile? Report of a psychosocial intervention trainee follow up study. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 731-747.
- Carrà, G., Montomoli, C., Clerici, M. y Cazzullo, C.L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy: Randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (1), 23-30.
- Cohen, A.N., Glynn, S.M., Murray-Swank, A.B., Barrio, C., Fischer, E.P., McCutcheon, S.J., Perlick, D.A., Rotondi, A.J., Sayers, S.L., Sherman, M.D. y Dixon, L.B. (2008). The family forum: Directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. *Psychiatric Services*, 59 (1), 40-48.
- Drake, R.E. y Essock, S.M. (2009). The Science-to-Service Gap in Real-World Schizophrenia Treatment: The 95% Problem. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (4), 677-678.
- De la Higuera, J. y Linares, T. (en prensa). *El CAF: un nuevo instrumento para la medida de la actitud familiar hacia la esquizofrenia*. En prensa.
- Dixon, L., McFarlane, W., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Miklowitz, D., Solomon, P. y Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52 (7), 903-910.
- Falloon, I., Boyd, J. y McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Razani, J., Moss, H. y Gilderman, A. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.

- Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Strang, J. y Moss, H. (1981). Family management training in the community care of schizophrenia. En M. Goldstein (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Williamson, M., Razani, J., Moss, H., Gilderman, A. y Simson, G. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896
- Fadden, G. (1997). Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: A major cause for concern. *Journal of Mental Health*, 6, 599-612.
- Gold, T., Glynn, S. y Mueser, K. (2006). Challenges to implementing and sustaining comprehensive mental health service programs. *Evaluations & the Health Professions*, 29, 195-218.
- Goodman, S., Sewell, D., Cooley, E. y Leavitt, N. (1993). Assessing levels of adaptive functioning: The Role Functioning Scale. *Community Mental Health Journal*, 29 (2), 119-131.
- Glynn, S., Cohen, A., Dixon, L. y Noosha, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 451-463.
- Goldberg, D. y Hillier, V. (1972). A scaled revision of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-46.
- Kavanagh, D., Piatkowska, O., Clarke, D., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Rosen, A. y Tennant, C. (1993). Application of cognitive-behavioural family interventions for schizophrenian multidisciplinary teams: What can the matter be? *Australian Psychologist*, 28, 181-188.
- Kelly, M. y Newstead, L. (2004). Family intervention in routine practice: It is possible! *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (1), 64-72.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica, suplemento*, 102 (407), 15-18.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. y Dizon, L. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (4), 696-703
- Lehman, A., Buchanan, R., Dickerson, F., Dixon, L., Goldberg, R., Green-Paden, L. y Kreyenbuhl, J. (2003). Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26 (4), 939-954.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C. y Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(12), 1784-91.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Marasco, C., Guarneri, M. y Maj, M. (2003). National Mental Health Project Working Group. The effect of social network on burden and pessimism in relatives of patients with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73 (3), 302-309.
- Magliano, L. y Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From

- explanatory to pragmatic trials. *Epidemiology Psychiatric Society*, 16 (1), 22-34.
- Mairs, H. y Bradshaw, T. (2005). Implementing family intervention following training: What can the matter be? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 488-494.
- McCutcheon, S. (2003). Mental health query and family psychoeducation: The beginning of a translation journey. *Best Practices in Network Mental Health-care Systems*, Minneapolis, Minn, Junio.
- McHugo, G., Drake, R., Whitley, R., Bond, G., Campbell, K., Goldman, H., Lutz, W. y Finnerty, M. (2007). Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services*, 58 (10), 1279-84.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. y Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 223-245.
- Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H. y Fukuzawa, K. (2007). Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61 (1), 20-4.
- Montero, I., Hernández, I., Asencio, A., Bellver, M.F y Masanet, M.J. (2005). Do all people with schizophrenia receive the same benefit from different family intervention programs? *Psychiatry Research*, 133, 187-195.
- Montero, I., Asencio, A., Hernández, I., Masanet, M.J., Lacruz, M., Bellver, M.F; Iborra, M. y Ruiz, I. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: A randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (4), 661-670.
- Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P. y Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behaviour Modification*, 27 (3), 387-411.
- Murray-Swank, A., Glynn, S., Cohen, A.N., Sherman, M., Medoff, D.P., Fang, L.J., Drapalski, A. y Dixon, L.B. (2007). Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. *Journal of Rehabilitation Research*, 44 (6), 801-811.
- Pharoah, F.M., Mari, J.J. y Streiner, D. (2003). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD000088.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32 (5), 763-782.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W. y Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia. A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (1), 73-92.
- Resnick, S., Fontana, A. y Lehman, A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75, 215-227.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Báuml, J. y Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia. Results of a survey of all psychiatric institution in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 765-75.
- Rummel-Kluge, C. y Kissling, W. (2008a). Psychoeducation in schizophrenia:

- New developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 168-72.
- Rummel-Kluge, C. y Kissling, W. (2008b). Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Review of Neurotherapy*, 8 (7), 1067-77.
- Sherman, M.D., Fischer, E., Bowling, U.B., Dixon, L., Ridener, L. y Harrison, D. (2009). A new engagement strategy in a VA-based family psychoeducation program. *Psychiatric Services*, 60 (2), 254-7.
- Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J. y Lewis, S. (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (5), 346-55.
- Smerud, P.E. y Rosenfarb, I.S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3), 505-10.
- Sota, S., Shimodera, S., Kii, M., Okamura, K., Suto, K., Suwaki, M., Fujita, H., Fujito, R. e Inoue, S. (2008). Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62 (4), 379-85.
- Thornicroft, G. y Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178 (1), 2-4.
- Vos, T., Magnus, A., Mihalopoulos, C., Andrews, G. y Carter, R. (2005). Assessing cost-effectiveness in mental health: Helping policy-makers prioritize and plan health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (8), 701-712.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A. y Kojima, T. (2006). Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (5), 590-7.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C.A. y Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159 (10), 1653-1664.