

PsicoED: Una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia

Felipe Soto-Pérez ^{(*)a}, Manuel Franco-Martín ^b

^a Fundación INTRAS, España

^b Servicio de Psiquiatría, Zamora, España

(*)psicoeac@intras.es

RESUMEN

Las tecnologías, bajo el modelo de tratamientos online, están comenzando a incorporarse como alternativa y complemento a la atención en salud mental. El presente artículo pretende dar a conocer un proceso de intervención psicoeducativa bajo dos modalidades, una online y otra presencial, comparándolas entre sí y con una situación control. Para ello se utilizó un diseño cuasi experimental mixto cuali-cuantitativo con medidas pre y post que se desarrolló en el área de salud mental de la provincia de Zamora, España. 59 familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia, agrupados en tres condiciones cuasi-experimentales, contestaron cuestionarios de conocimientos de la esquizofrenia y expectativas ante el tratamiento, y además participaron en grupos focales. No se hallaron diferencias significativas en la alianza de trabajo entre los dos modelos de psicoeducativos; y ambos tratamientos se diferenciaron estadísticamente de la situación control en cuanto a los conocimientos que las familias alcanzaron sobre la enfermedad. Los resultados cualitativos apuntan a que la intervención online es mejor de lo esperada y más cómoda que la tradicional. Se concluye que las intervenciones online son posibles y tan efectivas como las tradicionales, lo que anima a su utilización para superar brechas en el acceso a acciones psicoeducativas y otras intervenciones de salud.

PALABRAS CLAVE

esquizofrenia, psicoeducación familiar, internet, terapia online, ruralidad

PsicoED: an online and community alternative for psychoeducation in schizophrenia

ABSTRACT

The technologies, under the model of online treatments are beginning to be incorporated as an alternative and complementary to mental health care. This article seeks to highlight the process of psychoeducational intervention in two ways, online v/s face to face comparing them with a control situation. Was used a quasi-experimental design with a mixed method qualitative/quantitative with pre and post measures developed in the area of mental health, province of Zamora (Spain). As results, no significant differences were identified between the two psychoeducational models; and both treatments were statistically different with the control situation in terms of the knowledge that families reached about the disease. Qualitative results suggest that the online intervention is better than expected and more comfortable than the traditional. We conclude that online interventions are possible and as effective as traditional, which encourages its use to overcome gaps in access to psychoeducation and to other health interventions.

KEYWORDS

schizophrenia, family psychoeducation, internet, online treatment, rurality

Recibido: 15 enero 2014

Aceptado: 15 septiembre
2014

Cómo citar este artículo: Soto-Pérez, F. & Franco-Martín, M. (2014). PsicoED: una alternativa online y comunitaria para la psicoeducación en esquizofrenia. *Psicoperspectivas*, 13(3), 118-129. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-416

Investigación realizada en el marco de los proyectos BIEN-E-STAR (SEJ2006-14301/PSIC, CONSOLIDER-C, Ministerio de Ciencia e Innovación, España). RESATER (SOE1/P3/F197, Interrreg SUDOE IV B). INDESS (0184 INDESS 2 E, POCTEP). psicoED (Investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica, IMSERSO). MIDEPLAN, Beca Presidente de la República, Chile.

ISSNe 0718-6924

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave y prolongada, caracterizada por dificultades en diferenciar las experiencias reales e irreales, pensar de una manera lógica, tener respuestas emocionales apropiadas ante los demás y comportarse adecuadamente en situaciones sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994). Se encuentra entre una de las primeras diez causas de incapacidad (Murray & López, 1997), a lo que se suma el estigma que afecta tanto a pacientes como familiares (Leff, 1997); lo que dificulta su recuperación (Frese, Knight & Saks, 2009).

Los actuales modelos de intervención se orientan al tratamiento en la comunidad, evitando ingresos hospitalarios y favoreciendo el mantenimiento en el entorno habitual de la persona (Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson & Dixon, 2010). Una de las intervenciones útiles en el tratamiento de la esquizofrenia son las intervenciones psicoeducativas (Lieberman et al., 1987). Estas han demostrado favorecer la disminución de recaídas, sintomatología, carga familiar, displacer, preocupación y emoción expresada. Asimismo, se relacionan con una mejora en el funcionamiento familiar, cumplimiento del tratamiento y empoderamiento (Dixon et al., 2004; Dixon et al., 2001; Muela-Martínez & Godoy-García, 2001; Vallina-Fernández & Lemos-Giráldez, 2000; Vigod et al., 2013).

A pesar del sustento con que cuentan estas intervenciones (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2006), existen una serie de obstáculos en su implementación y desarrollo que dificulta la implementación de modelos comunitarios de atención en salud mental. Así, uno de los mayores desafíos que deben afrontar las intervenciones psicoeducativas es la participación (Fadden, 1998; Kuipers, Leff & Lam, 2004). Los familiares deben destinar una gran cantidad de tiempo a la intervención, tanto para la asistencia a las sesiones como para los traslados a los dispositivos donde éstas se realizan. En primer lugar, los familiares cumplen otros roles sociales junto al de cuidador (trabajo, vida social o cuidado de otros familiares) tareas que disminuyen el tiempo disponible para participar. En segundo lugar, los familiares deben tolerar la estigmatización relacionada con tener un familiar con una enfermedad psiquiátrica y deben ser capaces de acudir a dispositivos en donde se hará visible esta condición. Así, muchos familiares señalan que no desean asistir a tratamientos en donde puedan encontrarse con amigos o conocidos. En tercer lugar, los familiares deben superar sentimientos de culpa asociados a la suposición de haber provocado de alguna manera la enfermedad y acudir sin miedo a ser juzgados. Muchos familiares presuponen que en estas intervenciones se les juzgará (Amenson & Lieberman, 2001; Arcury et al., 2005; de la Higuera-Romero, 2005;

Magliano, Fiorillo, Malangone, De-Rosa & Maj, 2006; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003). Así, el tiempo disponible, el estigma y la culpa se identifican como obstáculos para la participación de familias en acciones psicoeducativas.

Estos problemas son mayores cuando las familias provienen de un entorno rural. La ruralidad y sus consecuencias constituyen obstáculos para el acceso a los servicios de salud (Burman, Mawhorter & Vanden Heede, 2006; Smith, Humphreys, & Wilson, 2008). Junto a ello, el estigma (Golberstein, Eisenberg & Gollust, 2008) y la poca consciencia de estar enfermo suelen ser otras variables que dificultan el acceso a los servicios de salud mental.

Ante estas dificultades, las nuevas tecnologías han irrumpido como una alternativa frente a los problemas de accesibilidad (Bischoff, Hollist, Smith & Flack, 2004; Brown, 1998; Ermer, 1999; Glueckauf et al., 2005; Hilty, Yellowlees & Nesbitt, 2006; Shepherd et al., 2006), existiendo en la actualidad algunas intervenciones con sustento empírico que han demostrado efectividad y hasta resultados similares a las intervenciones cara a cara (Haley et al., 2010; Soto-Pérez et al., 2010). A pesar de ello, aún suelen ser consideradas como experimentales. Algunas de estas intervenciones son específicas para la esquizofrenia (Haley et al., 2010; Rotondi et al., 2005). Inclusive, existen pruebas de que las nuevas tecnologías aumentan la participación de personas que sufren dificultades estigmatizadas al potenciar el anonimato y la intimidad, facilitando la sinceridad y la desinhibición en una relación terapéutica (Berger, Wagner & Baker, 2005; Jones, Staples, Coker & Harbach, 2004).

Zamora es una Provincia del noroeste de España que cuenta con un 65% de población rural. En dicha Provincia las distancias son mayores, suelen existir dificultades de movilización o transporte y la proximidad social disminuye los límites, intimidad y la privacidad (Arcury et al., 2005; Benito-Sánchez, 2009; Hauenstein et al., 2006). De este modo, la participación en intervenciones psicoeducativas para familias rurales se hace más compleja aún, lo que dificulta la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental.

A partir de lo anterior, y considerando la necesidad de facilitar el acceso a la psicoeducación familiar, el Servicio de Psiquiatría de Zamora y Fundación INTRAS diseñaron una plataforma de atención online denominada psicoED. El presente artículo pretende señalar elementos del proceso de implementación así como resultados de esta alternativa que pretende favorecer el mantenimiento y tratamiento en la comunidad para favorecer la recuperación de personas con enfermedades mentales severas.

Método

Se utilizó un método mixto cuali-cuantitativo en un diseño cuasi experimental no aleatorizado y no probabilístico con medición pre y post test.

Se compararon tres condiciones: un programa de psicoeducación tradicional, el mismo programa de psicoeducación desarrollado de forma online mediante la plataforma psicoED y un grupo control (sin intervención psicoeducativa específica). El diseño y procedimiento se ajustó ecológicamente al Servicio de Psiquiatría de Zamora y contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora.

Participantes

Los participantes en este estudio fueron familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia de la Provincia de Zamora que fueron derivados a psicoeducación a juicio de los profesionales ajenos al estudio del Servicio de Psiquiatría (n=59). Los criterios de inclusión se refirieron a: diagnóstico de esquizofrenia; usuarios que recaen a pesar de cumplir medicación; familias que mantienen una alta emoción expresada y/o que demandan frecuente y constantemente atención; cuidadores solitarios; familias que mantienen contacto cara a cara con el usuario por más de 30 horas/semana. Así, de las 59 familias derivadas, 27 aceptaron participar en el estudio conformándose un grupo de atención psicoeducativa tradicional (n=11), un grupo online que recibía la atención a través de la plataforma psicoED (n=7), y un grupo control que no recibió psicoeducación (n=9). Transcurridos nueve meses de intervención se mantuvieron 21 participantes, 9 en el grupo tradicional, 7 en el online y 5 en el control (Tabla 1).

Se debe señalar que Zamora es una Provincia de la Comunidad de Castilla y León, España; que tiene como características la ruralidad (65%), la baja densidad poblacional y el envejecimiento de la población. Por otro lado, su servicio de salud mental se organiza bajo un modelo comunitario, con alta presencia de dispositivos intermedios (centros de rehabilitación, viviendas, residencia, centros de día y laborales), junto a la existencia de equipos de salud mental itinerantes, rurales y una enfermería comunitaria.

En cuanto al proceso de agrupación de la muestra, una vez recibidas las derivaciones se realizó una llamada telefónica a las familias explicando los objetivos de la psicoeducación. En esa oportunidad se les planteó si identificaban alguna dificultad para asistir al grupo tradicional. Si las familias relataban algún problema para participar en las sesiones cara a cara, pasaban a formar parte del grupo online (si es que existía la factibilidad técnica de utilizar la plataforma psicoED) o del grupo

control (si es que era imposible brindar el servicio online debido a imposibilidad tecnológica).

Tabla 1
Participantes

Derivados		
Acepta		27 (44.8%)
Rechaza		32 (55.2%)
Finaliza		21 (35.6%)
Total		59
Grupos		
Inicio	Tradicional	11 (40.8%)
	Online	7 (25.9%)
	Control	9 (33.3%)
Final	Tradicional	9 (42.9%)
	Online	7 (33.3%)
	Control	5 (23.8%)

El perfil del cuidador principal entre las familias participantes fue el de una madre de alrededor de 60 años, pensionista con educación secundaria incompleta; de un nivel socioeconómico bajo, sin ordenador ni internet en casa y con un bajo nivel en el uso de ordenador. Respecto al perfil de los pacientes, estos fueron habitualmente hombres, de unos 36 años de edad, con educación primaria completa, pensionista, portador del tipo paranoide de esquizofrenia, consumidor de tóxicos, con antecedentes de intentos suicidas y con 12 años y medio de evolución de la enfermedad. La familia compartía el mismo techo, viviendo en la vivienda parental.

Instrumentos

Se utilizaron instrumentos de intervención y de valoración (medición). Como intervención ambas acciones psicoeducativas (tradicional y online) siguieron el Programa de Psicoeducación de Fundación INTRAS (2005), que aborda conocimiento de la enfermedad, prevención de recaídas, comunicación y emoción expresada, redes sociales y técnicas de resolución de problemas. Debe señalarse que psicoED es una plataforma web que permite desarrollar tratamientos online tanto de forma sincrónica como asincrónica. Dispone de un apartado de noticias en donde los terapeutas pueden alojar información de interés; así como una biblioteca multimedia en donde es posible disponer de material tales como videos, presentaciones, libros digitales u otros. Asimismo, existen espacios para el intercambio y apoyo mutuo como un foro de preguntas y respuestas con la participación de profesionales; un foro de usuarios; y junto con ello, psicoED permite direccionar correos desde los usuarios a los profesionales que les atienden. En cuanto a los recursos de tratamiento sincrónico, psicoED cuenta con

una sala de ciberterapia en donde es posible realizar videoconferencias individuales y grupales hasta con siete participantes a la vez. En este mismo espacio de ciberterapia se cuenta con un chat y la posibilidad de alojar presentaciones que pueden ser utilizadas durante las sesiones, por ejemplo, para dar apoyo visual una explicación.

En cuanto a los instrumentos de valoración, se utilizaron herramientas tanto cualitativas como cuantitativas. Entre las primeras se encuentra el guión del grupo focal y el cuaderno de campo, mientras que entre las segundas se incluyen las escalas y cuestionarios. Estas medidas fueron respondidas por el cuidador principal de cada familia. A lo anterior se agrega el registro de variables sociodemográficas.

Guión del grupo focal. Consideró la reacción y expectativas ante la propuesta del tratamiento online, la experiencia con la plataforma psicoED, la percepción de eficacia, atributos específicos, sugerencias y cierre. El grupo focal convocó a todos los participantes de la intervención online y fue dirigido por dos psicólogas ajenas al estudio.

Expectativas ante los tratamientos. Se utilizó una adaptación de la Escala de Credibilidad y Expectativas (CEQ) basada en Berkovec y Nau (1972; Devilly & Borkovec, 2000). Esta escala ha sido utilizada por el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaime I, Universidad de Valencia y Universidad Politécnica de Valencia en el proyecto EMMA (Botella et al., 2008). Su objetivo es identificar qué se espera de la intervención, si se recomendaría y si se comprende. Considera 6 preguntas que se responden en una escala tipo Likert.

Conocimientos respecto a la esquizofrenia. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Conocimiento de la Esquizofrenia de Fundación INTRAS (CEFI) el que está basado en dos antecedentes, el Knowledge About Schizophrenia Inventory (KASI) (Barrowclough & Tarrier, 1992; Barrowclough et al., 1987); utilizado en España por Lacruz et al. (1999); y el Cuestionario de Conocimientos de la Enfermedad (CCE), diseñado por Muela-Martínez (1999) y utilizado en otros estudios (Jaén & Pacheco, 2009), de los que no se han hallado datos de validación estadísticas y solo validación por jueces. El CEFI consta de 17 preguntas que son respondidas abiertamente y en forma escrita por los familiares. Su aplicación tarda unos 35 min y valora el conocimiento que se tiene de la enfermedad así como su exactitud y certeza. Arroja puntuaciones para un conocimiento total, conocimiento errado y perjudicial y conocimiento profundo. El CEFI aborda 6 dimensiones del conocimiento sobre la esquizofrenia que son: Diagnóstico; Causa; Tratamientos; Rol de la Familia; Signos de Recaída o Pródromos; y Curso de la

Enfermedad. El CEFI cuenta con un α de Cronbach de 0.8 (Soto-Pérez, 2008).

Procedimiento

Una vez agrupados los participantes en cada una de las condiciones, se enviaron por correo los cuestionarios de medición previa, la firma del consentimiento informado y la medición final transcurridos 9 meses de intervención. Los participantes del grupo tradicional recibieron sesiones grupales quincenales en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zamora, mientras que el grupo online lo hacía en su domicilio y vía videoconferencia con frecuencia quincenal o a demanda.

El análisis de datos cualitativos siguió los lineamientos de la Grounded Theory (Glasser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998), utilizando el Software Nvivo. Mientras, el análisis de datos cuantitativo siguió una orientación observacional, descriptiva, correlacional e inferencial. Para ello se utilizó el programa estadísticos SPSS, según el cumplimiento o no de supuestos de análisis paramétricos (Test de Normalidad de Shapiro-Wilk y Prueba de Homocedasticidad de Levene), realizando análisis descriptivos y pruebas inferenciales según el nivel de medida (ANOVA y/o Prueba t de Student, Prueba K de Kruskal-Wallis o la Prueba μ de Mann-Whitney, Prueba de χ^2 , Prueba Exacta de Fisher), según correspondía, y considerando el tamaño del efecto (d) y la potencia ($1-\beta$)

Resultados

A lo largo del estudio se produjo una muerte muestral del 23.1%; siendo de un 44.4% en el grupo control; 18.2% en el tradicional; y de cero en el online. Al inicio de las intervenciones sólo se identificaron diferencias significativas en cuanto a la edad de los participantes del grupo online, siendo éstos más jóvenes que aquellos que conformaron el grupo tradicional y control.

En cuanto al proceso de implementación, 38 familias (64.4%), de aquellas que tenían indicación de psicoeducación, disponía de alguna posibilidad de conexión a internet (ADSL, satelital, móvil o telefónica), pero sólo 7 (11.8%), contaba con el ancho de banda requerido para utilizar todos los componentes de psicoED. Sólo 2 familias (3.3%) accedieron a la plataforma con su propia conexión; los restantes recibieron una conexión móvil y ordenador cedidos durante el tratamiento.

En la Tabla 2 se señalan los resultados en cuanto a expectativas de los participantes. No se identificaron diferencias significativas en las expectativas de los participantes del grupo online y tradicional ($t_{15} = -.238$, $p: .815$). Una vez transcurridos 9 meses de tratamiento tampoco se observaron diferencias significativas en cuanto al cumplimiento de Expectativas ante el

Tratamiento ($U= 12.500$; $W= 48.500$; $Z= -1.136$; $p= .284$). La intervención online fue identificada como “mejor de lo esperado”, mientras que el grupo tradicional supera al tratamiento mediante psicoED en cuanto a “volver a asistir” y “satisfacción general” (Tabla 3).

Con respecto al análisis de variables clínicas (Tabla 4), específicamente en cuanto a conocimiento de la enfermedad, se observaron diferencias significativas y tamaños de efecto (d) pequeños, moderados y grandes entre los grupos experimentales (tradicional y online), al compararlos con el grupo control.

Tabla 2
Expectativas grupo tradicional y online

Dimensión / medida	Grupo	x	SD	d	1-β	Resultado Test	p
Al inicio	Online	59.6	10.19	.17	.09	t=-,238	.815
	Tradicional	58.4	9.83				
A los nueve meses	Online	65	3.19	.833	.502	Z=-1.136	.285
	Tradicional	62.3	3.40				

Nota: X: media; SD: desviación estándar; d: tamaño del efecto; 1-β: potencia; p: probabilidad: t: Prueba t de Student; Z: U de Mann Whitney. Se indica * cuando $p < .05$; y **cuando $p < .010$.

Tabla 3
Satisfacción con el grupo tradicional y online

Dimensión / medida	Grupo	x	SD	d	1-β	Resultado Test	p
Comodidad	Online	6.66	1.41	1.59	0.87	Z=-2,358	.029*
	Tradicional	9.38	1.97				

Nota: X: media; SD: desviación estándar; d: tamaño del efecto; 1-β: potencia; p: probabilidad: t: Prueba t de Student; Z: U de Mann Whitney. Se indica * cuando $p < .05$; y **cuando $p < .010$.

Los resultados del focus group señalan que en el polo positivo existen reacciones emocionales positivas tales como alegría, curiosidad y motivación “En principio me alegró mucho...la primera reacción fue decir que sí y qué alegría”.

Junto a lo anterior, aparece la visualización de los beneficios que pueden asociarse al uso de una plataforma como psicoED, siendo el principal beneficio la esperanza de aliviar la carga de cuidados. Otra expectativa que se despierta ante la propuesta de psicoED son los deseos de recibir ayuda, deseo que psicoED viene a satisfacer: “...que sí estábamos interesados y bueno...como siempre estás buscando algo que sea útil...todo lo que pueda ayudar al problema de mi hermano me parece bien...”.

La aparición de psicoED genera la visión de una esperanza frente a la carencia de servicios; la simple

propuesta de psicoED genera una motivación por info-alfabetizarse. Debe señalarse que las expectativas ante psicoED se relacionan con la confianza en los profesionales tratantes: las familias que sienten confianza hacia su profesional están más dispuestas a seguir sus sugerencias (en este caso recibir un tratamiento ciber-terapéutico).

En el polo de expectativas negativas aparecen estados emocionales, dudas, problemas respecto a las tecnologías; desconocimiento de las opciones que brinda el Servicio de Psiquiatría y hasta una visión negativa ante toda ayuda posible: “...soy bastante tímida y con la webcam me sigue pasando, cuando te pones así y te ves, me cuesta...”, “Yo en principio como te cuentan de esto y no sabes cómo va a ir y tampoco sabía cómo lo iban a tomar ellos [sus otros familiares y paciente]...”.

Tabla 4
Conocimientos en relación al grupo control

Dimensión/medida	Grupo	x	SD	d	1-β	Resultado Test	ρ	
Total	Control	14	2.55	1.67	.84	F=5.589	.003**	
	Online	25	4					
	Tradicional	22.3	5.91					1.30
Causa	Control	.4	1.51	1.54	.79	F=5.589	.013*	
	Online	2.9	1.21	.87				
	Tradicional	1.3	2	.43				
Profundo	Control	5.8	1.3	.56	.22	F=3.849	.041*	
	Online	9.8	2.67					.69
	Tradicional	9.4	3.2					.31
Erróneo	Control	2	1.81	1.04	.50	X2=12.241	.002**	
	Online	2.6	.0	.54				
	Tradicional	.8	.97	.23				
De los tratamientos	Control	4.8	.83	.09	.06	X2=6.878	.032*	
	Online	6.7	.95					.56
	Tradicional	5.7	1.65					.24
De los roles de la familia	Control	.4	1.51	.42	.16	X2=8.542	.014*	
	Online	2.1	.9					.41
	Tradicional	2.7	.86					.17
De los pródromos	Control	2.6	.89	1.57	.80	X2=9.413	.009**	
	Online	4.7	.76	1.39				
	Tradicional	4.9	1.36	.76				

Nota: X: media; SD: desviación estándar; d: tamaño del efecto; 1-β: potencia; ρ: probabilidad. Se indica el resultado de cada Test Estadístico junto a la prueba utilizada. Así, t: Prueba t de Student; Z: U de Mann Whitney, X2 cuando K de Kruskal Wallis; y F: ANOVA. Se indica * cuando $p < .05$; y **cuando $p < .010$.

Respecto a la satisfacción, los participantes señalan que psicoED es un servicio cómodo que facilita el acceso; siendo útil para el usuario, la familia y, para el servicio de psiquiatría, y que genera: “sorpresa”, “fue mejor de lo que esperaba”. La plataforma da la sensación de modernidad, privacidad y confidencialidad, siendo fácil de usar y despierta un aprecio por la tecnología. Los participantes señalan que psicoED potencia el contacto con la red social personal, al poder contactarles por correo electrónico. Finalmente, los participantes del focus group señalan que es posible el establecimiento de una positiva alianza de trabajo.

En cuanto a las experiencias negativas con el tratamiento online, en el grupo focal se señala dificultades de *usabilidad* (facilidad de uso), sobretudo en los foros, falta de tiempo para aprovechar la intervención, dependencia para con el terapeuta para aprovechar el recurso y desconocimiento de la utilidad del programa.

Los resultados que identifican los usuarios de psicoED en el grupo focal son todos positivos, desde resultados inespecíficos y generales (como felicidad o satisfacción), hasta sensación de apoyo y facilidad de acceso a un servicio del que antes carecían. Igualmente, se reconocen resultados marginales como el interés por la informática. Respecto a los resultados, se debe señalar

que al parecer existirían dificultades en separar el programa online del “ciberterapeuta”, estableciéndose una valoración de ambos en conjunto.

Discusiones

La reducida muestra obtenida es congruente con otros estudios en los cuales el reclutamiento de participantes para la condición de tratamiento mediante videoconferencia es compleja y genera grupos de comparación pequeños (Germain, Marchand, Bouchard, Guay & Drouin, 2010). Del mismo modo, los grupos psicoeducativos en esquizofrenia suelen tener dificultades en los procesos de convocatoria y reclutamiento de participantes (Kuipers et al., 2004; Magliano et al., 2005; Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bauml & Kissling, 2006).

Una diferencia sustancial entre los diferentes grupos experimentales, se produce en la comparación de la muerte muestral, abandono, y deserción o drop-out. El grupo control tuvo una deserción del 44.4%; en el grupo tradicional fue del 18.2%. Mientras, en el grupo online no hubo deserciones. Desde este punto de vista, ambos tipos de psicoeducación se relaciona con mayor adherencia a la intervención.

Los resultados sociodemográficos indican que personas más jóvenes recibieron el tratamiento online, esto a pesar de que los tres grupos comprendían un rango etario similar. Al parecer, los jóvenes (30 a 40 años), muestran mayor motivación e interés por este tipo de intervenciones, de modo que cuentan con mayores posibilidades para aceptarlas. Este interés de los jóvenes por las tecnologías también ha sido señalado en la literatura (Andersson, 2009; Finn & Bruce, 2008; F. Soto-Pérez, de Vena Diez, et al., 2010).

Sólo un tercio de las personas que debiesen recibir atención psicoeducativa y la aceptan, contaron con los requerimientos técnicos para realizarla mediante ciberterapia. Esta limitante es una de las mayores novedades en el presente estudio al desarrollarse en un entorno natural y considerando derivaciones de profesionales y no acceso de aquellas personas que disponen de la tecnología. De este modo, el presente estudio es uno de los pocos que ha sido desarrollado en base a población clínica a la que se le entregó tecnología para participar. Habitualmente, los estudios en terapias online se realizan con participantes que cuentan con la tecnología y la suelen manejar, lo que produce sesgos (Andersson, 2009).

En cuanto a las posibilidades de continuidad y sostenimiento de los servicios online, estos pueden orientarse a tratamientos escalonados o *stepped care*. Este modelo de servicio sostiene que no todas las personas requieren ni la misma frecuencia, ni profundidad en las atenciones; por lo que se proponen diferentes etapas y complejidades de tratamientos, las que permitirían un mejor uso de los recursos (Haaga, 2000), incorporando fuertemente alternativas comunitarias y de autoayuda (Bower & Gilbody, 2005). En este contexto las terapias online pueden ser un medio ideal para favorecer tratamientos por etapas. Por ejemplo, un sistema de atención escalonado que incorpora terapias online, puede disponer de una página web de información que permita realizar valoraciones que orienten al usuario; que provea información respecto a las necesidades del usuario y que inclusive facilite el acceso a un servicio más especializado (Soto-Pérez, Franco Martín & Jimenez, 2010).

Los resultados referidos a las expectativas ante el tratamiento concuerdan con lo que han descrito algunos autores (Klein, Richards & Austin, 2006; Knaevelsrud & Maercker, 2006, 2007). Así, podemos afirmar que las expectativas que se generan entre los usuarios a los que se les ofrece un tratamiento psicoeducativo online o tradicional son similares. Los usuarios no señalan diferencias en cuanto a la atribución de lógica al tratamiento; a la satisfacción con la propuesta; en recomendar el tratamiento; en la atribución de utilidad en esta y en otras circunstancias; en la comodidad; y en

la medida de aversión. Estas expectativas ante el tratamiento parecen ser inversas a las que presentarían los profesionales (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Wells, Mitchell, Finkelhor & Becker-Blease, 2007). Al respecto, se debe aclarar que quienes recibían en el tratamiento online formaban parte de una población con dificultades de acceso, que probablemente no contaban con una alternativa posible que no fuese una terapia online. Así, en el marco de las expectativas ante un ciber-tratamiento, el presente estudio constituye un aporte, puesto que anteriores publicaciones se sustentan fundamentalmente en el correo electrónico y escasamente en la videoconferencia (Barak et al., 2008; Schultze, 2006).

Se debe señalar que los registros del cuaderno de campo así como los reportes específicos indican que no existen diferencias sustanciales en la alianza de trabajo (Soto-Pérez, 2012). De este modo, la investigación desarrollada concuerda con los resultados existentes en la literatura respecto a ciber-alianza de trabajo (Bouchard et al., 2004; Cook & Doyle, 2002; Germain et al., 2010). Al mismo tiempo, los niveles de satisfacción apuntan en la misma dirección de otros estudios (Myers & Cain, 2008; Myers, Valentine & Melzer, 2007): quienes utilizan ciberterapia o tele-atención, suelen obtener altos niveles de satisfacción.

Un asunto clave en la incorporación de tecnologías en la práctica clínica es la facilidad de uso, también conocido como usabilidad. Entre los resultados cualitativos obtenidos en el focus group aparecen contenidos claves que pueden delimitar el tenor de las fallas de usabilidad de psicoED. Estos problemas se relacionarían con que la plataforma requiere conocimientos informáticos; que se depende del terapeuta y que requiere tiempo y dedicación para comprender su uso. Sobre estos puntos, al parecer la clave es la necesidad de conocimientos informáticos, de modo que la vía de desarrollo necesaria es cómo lograr que una plataforma informática requiera la menor cantidad de conocimientos informáticos para una utilización satisfactoria. De todos modos, la necesidad de conocimientos informáticos no es necesaria para el aprovechamiento de una intervención de este tipo. Al existir la posibilidad de controlar a distancia un ordenador, no es necesario saber utilizar una herramienta como psicoED.

La entrega de información es un componente muy importante de las intervenciones psicoeducativas, tanto así que todo modelo psicoeducativo pretende ofrecer conocimientos a las familias y cuidadores (Anderson, Reiss & Hogarty, 1988; Goldstein & Miklowitz, 1995; Kuipers et al., 2004; McFarlane, 2002). Un estudio reciente sobre el conocimiento logrado mediante ciberterapia (Haley et al., 2010) señala que un tratamiento de seis semanas mejora el conocimiento

sobre la enfermedad significativamente y en la misma relación que un tratamiento tradicional. En el presente estudio ambos tratamientos psicoeducativos generan diferencias significativas en comparación a la situación control, con tamaños de efecto pequeños a grandes y con potencias superiores al 80%.

Por otro lado, tanto el grupo tradicional como psicoED producen un aumento significativo del conocimiento profundo de la enfermedad (por ejemplo, conocer el sub-tipo de esquizofrenia o más de dos síntomas) al ser comparado con la situación control. Por lo tanto, se puede concluir que en este aspecto ambos tratamientos son similares, pero significativamente diferentes a la no intervención. Se debe señalar que se hace referencia a conocimiento profundo como aquél que refleja una comprensión detallada de algunos de los aspectos valorados en cuanto a conocimiento. En este estudio se observa que el conocimiento profundo o complejo sobre la enfermedad aumenta con el mero efecto del tiempo, pero que este aumento puede ser potenciado mediante la aplicación de intervenciones específicas como la psicoeducación. Incluso, se detectan algunos efectos de la no intervención: el grupo control presentó un descenso en cuanto al conocimiento del rol familiar, lo que puede ser interpretado como una desorientación y confusión por parte de los cuidadores.

Conclusiones

Las conclusiones del presente artículo se refieren tanto a las psicoeducaciones, a la intervención en entornos rurales, a las terapias online y a las posibilidades de desarrollo de atención comunitaria de enfermedades mentales graves. Fundamentalmente se cuenta con una plataforma de ciberterapia denominada psicoED que ha sido utilizada en un grupo de familias que pertenecen a una población rural y en el contexto de un Servicio de Psiquiatría. El desempeño de psicoED ha sido contrastado con una situación control y una intervención tradicional, obteniendo resultados positivos. Así, el presente estudio otorga evidencia a favor de que las ciberterapias son una alternativa de atención para aquellos usuarios con dificultades de acceso geográfico. Incluso, en algunos aspectos psicoED presenta un mejor desempeño que la intervención tradicional.

En cuanto a la psicoeducación, el presente artículo sostiene la existencia de una tercera generación de psicoeducaciones, esta vez incorporando el uso de tecnologías. En este tipo de intervenciones se ha descrito un proceso de extinción del efecto psicoeducativo a partir de los dos años (Montero, Masanet, Bellver & Lacruz, 2006). Así las ciberpsicoeducaciones podrían utilizarse para disminuir este efecto, como una forma de facilitar el acceso a este tipo de acciones. Todo lo anterior permite que las tecnologías favorezcan la aparición de acciones más

específicas y eficientes, por ejemplo, para desarrollar el seguimiento e impedir el efecto de extinción. Se debe señalar que la psicoeducación familiar en esquizofrenia es una acción exigente y compleja, de modo que se puede estimar que otras psicoeducaciones online en otras enfermedades prolongadas pueden tener similar desempeño.

En cuanto a la atención rural y los servicios de salud en general, el uso de terapias online exigirá modificaciones a la estructura y arquitectura de los dispositivos de atención. Por ejemplo, se debe contar con salas de ciberterapia, reconocer y acreditar los servicios de teleatención, formar a los profesionales, ajustar las acciones restantes de modo que incorporen las terapias por internet. Asimismo, se deben determinar los mecanismos de sostenimiento económico de este tipo de servicios. Por último y como elemento más importante, las ciberterapias vendrían a favorecer el acceso a servicios en poblaciones que tiene dificultades y pocas alternativas.

En cuanto al proceso de implementación de una ciberterapia, un primer paso es la formación de los profesionales, así como la elección de las diferentes psico-tecnologías. Tanto la formación como la psico-tecnología y el hardware, estarían determinados por el problema de salud y las características del entorno en donde se desarrollarán estos tratamientos. Junto a ello, se requiere definir el modelo de financiamiento y/o sostenimiento del servicio de ciberterapia. A continuación, se debe desarrollar una difusión y sensibilización entre profesionales y usuarios de los servicios (se debe señalar que a lo largo de todo el proceso se deben estar monitoreando los estándares de facilidad de uso de la psico-tecnología). Un tercer paso consiste en realizar los estudios de factibilidad técnica que posibiliten la comunicación mediante internet en usuarios concretos y reales. Es importante indicar que en la situación en que los usuarios dispongan de su propia conexión, igualmente es necesario conocer las características de la misma, así como del ordenador y hardware del que disponen. La cuarta fase de la implementación consiste en la instalación en domicilio, lo que conlleva un contacto cara a cara y una utilización guiada de la plataforma. Posteriormente comienza la quinta fase que correspondería al desarrollo de las intervenciones ciber-terapéuticas. Durante esta etapa se requiere un monitoreo de la plataforma, prestando soluciones ante emergencias tecnológicas (caídas de la web, des-configuraciones, u otras amenazas).

En cuanto al objetivo de conocer variables que pueden influir en el desarrollo de una ciberterapia, se concluye que un factor fundamental es la baja cobertura de internet en la población objetivo del presente estudio: justamente la población con dificultades de acceso. En general la población rural, así como tiene dificultades de

acceso al transporte y otros servicios, también tiene dificultades para el acceso a internet. Para solucionar todos estos baches se hace necesario un fuerte liderazgo y motivación por el programa de ciberatención, de modo que se superen las barreras tecnológicas, de cobertura y de aceptación. Un elemento interesante a destacar es que las terapias online deben ser planteadas como una alternativa y/o complemento, que siempre viene a aumentar la frecuencia de contactos con los servicios y nunca a eliminar el contacto cara a cara cuando este sea posible. De igual modo, es importante destacar que la ciberterapia es una alternativa ante la inexistencia de posibilidad alguna de tratamiento.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las expectativas ante el tratamiento que presentan las familias a las que se les ofrece una intervención tradicional cara a cara o un tratamiento mediante ciberterapia. Tampoco los resultados cualitativos apuntan a dificultades en este punto. Los resultados indican que existe una tendencia hacia auto-atribuirse una adecuada capacidad para manejar la tecnología. Del mismo modo, no hubo una asociación significativa entre la capacidad auto-atribuida en el manejo de ordenadores y la puntuación general de expectativas ante el tratamiento. En este caso, el bajo conocimiento informático no impidió que pudiera desarrollarse una ciberterapia, siempre y cuando se contara con apoyos como un control a distancia del ordenador del usuario y un terapeuta con las habilidades para utilizar estas herramientas.

En cuanto a los resultados clínicos de la ciberterapia, no hubo diferencias en el conocimiento de la enfermedad adquirido al comparar el tratamiento tradicional y online, siendo ambos significativamente mayores que la situación control. Al respecto, se identifican mejoras complementarias entre el tratamiento cara a cara y el que se desarrolla en internet. El primero es más efectivo en el aprendizaje de conductas, roles y en disminuir conocimiento potencialmente dañino y erróneo; mientras que la ciberterapia fue más efectiva en el aumento del conocimiento teórico.

El presente estudio concluye que las terapias online son posibles de implementar en zonas rurales y con usuarios inexpertos en informática. Sus resultados son similares y complementarios a la atención tradicional. Todo lo anterior apunta a que las ciber-terapias deben comenzar a formar parte del currículum de formación de los profesionales de la salud y se deben constituir en una forma de intervención comunitaria que facilite el acceso tanto a servicios como a información de modo de empoderar a través y con apoyo de las tecnologías.

Referencias

- Amenson, C. S., & Liberman, R. P. (2001). Rehab rounds: Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(5), 589-592. doi: [10.1176/appi.ps.52.5.589](https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.5.589)
- Anderson, C. M., Reiss, D. J. & Hogarty, G. E. (1988). *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Research and Therapy*, 47(3), 175-180. doi: [10.1016/j.brat.2009.01.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.010)
- Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J. & Perin, J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Services Research*, 40, 135-156. doi: [10.1111/j.1475-6773.2005.00346.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00346.x)
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2/4), 109-160. doi: [10.1080/15228830802094429](https://doi.org/10.1080/15228830802094429)
- Barrowclough, C. & Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. London: Chapman & Hall.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. S. & Freeman, H. L. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: A preliminary report. *British Journal of Psychiatry*, 151(1), 1-8. doi: [10.1192/bjp.151.1.1](https://doi.org/10.1192/bjp.151.1.1)
- Benito-Sánchez, J. A. (2009). *Efectividad de la prestación de atención a la salud mental a través de un equipo de salud mental itinerante rural: Avances en equidad en salud mental en el ámbito rural* (tesis de doctorado). Universidad Pontificia de Salamanca, España.
- Berger, M., Wagner, T. H. & Baker, L.C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, 61(8), 1821-1827. doi: [10.1016/j.socscimed.2005.03.025](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.025)
- Berkovec, T. D. & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue of therapy rationales. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 3, 257-260. doi: [10.1016/0005-7916\(72\)90045-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6)
- Bischoff, R.J., Hollist, C., Smith, C. & Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 179-189. doi: [10.1023/B:COFT.0000031242.83259.f9](https://doi.org/10.1023/B:COFT.0000031242.83259.f9)
- Botella, C., Baños-Rivera, R. M., Guillén-Botella, V., García-Palacios, A., Jorquera-Rodero, M. &

- Quero-Castellano, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos: Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T. & Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(1), 13-25. doi: [10.1089/153056204773644535](https://doi.org/10.1089/153056204773644535)
- Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17. doi: [10.1192/bjp.186.1.11](https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11)
- Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49(7), 963-964.
- Burman, M. E., Mawhorter, S. & Vanden Heede, F. (2006). Multiple perspectives on being uninsured and barriers to health coverage in a rural western state. *J Health Care Poor Underserved*, 17(3), 625-640. doi: [10.1353/hpu.2006.0102](https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0102)
- Cook, J. E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyberpsychology Behavior*, 5(2), 95-105. doi: [10.1089/109493102753770480](https://doi.org/10.1089/109493102753770480)
- De la Higuera Romero, J. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: De los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23, 275-292.
- Devilley, G. J. & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86. doi: [10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- Dixon, L. B., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C. H., Postrado, L. & Hoffman, M. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3), 207-215. doi: [10.1046/j.0001-690X.2003.00242.x](https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00242.x)
- Dixon, L. B., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A. & Hoffman, M. (2001). Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education programs. *Psychiatric Services*, 57(7), 965-967. doi: [10.1176/appi.ps.52.7.965](https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.965)
- Ermer, D. J. (1999). Experience with a rural telepsychiatry clinic for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 50(2), 260-261.
- Fadden, G. (1998). Research update: Psychoeducational family intervention. *Journal of Family Therapy*, 20, 293-309. doi: [10.1111/1467-6427.00088](https://doi.org/10.1111/1467-6427.00088)
- Finn, J. & Bruce, S. (2008). The LivePerson model for delivery of etherapy services: A case study. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2), 282-309. doi: [10.1080/15228830802096820](https://doi.org/10.1080/15228830802096820)
- Frese, F. J., Knight, E. L. & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 370-380. doi: [10.1093/schbul/sbn175](https://doi.org/10.1093/schbul/sbn175)
- Fundación INTRAS (2005). *Programa de Psicoeducación para familiares de personas con enfermedad mental grave y prolongada*. Zamora: Fundación Intras y Sanidad Castilla y León (Sacyl).
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(1), 29-35. doi: [10.1089/cyber.2009.0139](https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0139)
- Glasser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*. Chicago: Aldine Press.
- Glueckauf, R. L., Stine, C., Bourgeois, M., Pomidor, A., Rom, P., Young, M.E. & Ashley, P. (2005). Alzheimer's rural care healthline: Linking rural caregivers to cognitive-behavioral intervention for depression. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 346-354. doi: [10.1037/0090-5550.50.4.346](https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.4.346)
- Golberstein, E., Eisenberg, D. & Gollust, S. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric Services*, 59(4), 392-399. doi: [10.1176/appi.ps.59.4.392](https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.4.392)
- Goldstein, M. J. & Miklowitz, D. J. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 361-376. doi: [10.1111/j.1752-0606.1995.tb00171.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00171.x)
- Haaga, D. A. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 547-548. doi: [10.1037/0022-006X.68.4.547](https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.547)
- Haley, C., O'Callaghan, E., Hill, S., Mannion, N., Donnelly, B., Kinsella, A. & Turner, N. (2010). Telepsychiatry and career education for schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(5), 302-304. doi: [10.1016/j.eurpsy.2009.12.021](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.12.021)
- Hauenstein, E. J., Petterson, S., Rovnyak, V., Merwin, E., Heise, B. & Wagner, D. (2006). Rurality and mental health treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 255-267. doi: [10.1007/s10488-006-0105-8](https://doi.org/10.1007/s10488-006-0105-8)
- Hilty, D. M., Yellowlees, P. M. & Nesbitt, T. S. (2006). Evolution of telepsychiatry to rural sites: Changes over time in types of referral and in

- primary care providers' knowledge, skills and satisfaction. *General hospital psychiatry*, 28(5), 367-373. doi: [10.1016/j.genhosppsy.2006.05.009](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.05.009)
- Jones, W. P., Staples, P. A., Coker, J. K., & Harbach, R. L. (2004). Impact of visual cues in computer-mediated vocational test interpretation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35(1), 16-22.
- Klein, B., Richards, J. C. & Austin, D.-W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 213-238. doi: [10.1016/j.jbtep.2005.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.001)
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e31. doi: [10.2196/jmir.8.4.e31](https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e31)
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates development of a strong therapeutic alliance; A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7(1), 13-23. doi: [10.1186/1471-244X-7-13](https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-13)
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B. & Dixon, L. B. (2010). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94-103. doi: [10.4088/JCP.09m05113yel](https://doi.org/10.4088/JCP.09m05113yel)
- Kuipers, E., Leff, J. & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia: Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós.
- Lacruz, M., Masanet, M. J., Bellver, F., Asencio, A., Ruíz, I., Iborra, M. & Montero, I. (1999). Modificaciones en los conocimientos del cuidador sobre la esquizofrenia tras un programa de intervención familiar. *Archivos de Neurobiología*, 62(1), 49-64.
- Leff, J. (1997). *Care in the community: Illusion or reality?* New York: John Wiley & Sons.
- Liberman, R. P., Cardin, V., McGill, C. W., Falloon, I. R. et al. (1987). Behavioral family management of schizophrenia: Clinical outcome and costs. *Psychiatric Annals*, 17(9), 610-619.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T. & Maj, M. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: Preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4(1), 45-49.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De-Rosa, C. & Maj, M. (2006). Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. *Psychiatric Services*, 57(2), 266-269. doi: [10.1176/appi.ps.57.2.266](https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.266)
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: The Guilford Press.
- McFarlane, W. R., Dixon, L. B., Lukens, E. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245. doi: [10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x)
- Montero, I., Masanet, M. J., Bellver, F. & Lacruz, M. (2006). The long-term outcome of 2 family intervention strategies in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 47(5), 362-367. doi: [10.1016/j.comppsy.2006.02.001](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.02.001)
- Muela-Martínez, J. A. (1999). *Programa de intervención familiar en esquizofrenia* (tesis doctoral), Universidad de Granada, Granada.
- Muela-Martínez, J. A. & Godoy-García, J. F. (2001). Programa de intervención familiar en esquizofrenia. Dos años de seguimiento del Estudio de Andalucía. *Apuntes de Psicología*, 19, 421-430.
- Murray, C. J. & López, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064), 1498-1504. doi: [10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- Myers, K. & Cain, S. (2008). Practice parameter for telepsychiatry with children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1468-1483. doi: [10.1097/CHI.0b013e31818b4e13](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818b4e13)
- Myers, K., Valentine, J. & Melzer, S. (2007). Feasibility, acceptability, and sustainability of telepsychiatry for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 58(11), 1493-1496. doi: [10.1176/appi.ps.58.11.1493](https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.11.1493)
- Organización Mundial de la Salud (1994). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meridor.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. & Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia (Revisión Cochrane traducida). En Biblioteca Cochrane Plus (Ed.), *Oxford: Update Software* (Vol. 1) (pp. 1-73). Oxford: John Wiley & Sons.
- Rotondi, A. J., Haas, G. L., Anderson, C. M., Newhill, C. E., Spring, M. B., Ganguli, R. & Rosenstock, J. B. (2005). A clinical trial to test the feasibility of a Telehealth Psychoeducational Intervention for persons with schizophrenia and their families: Intervention and 3-month findings. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 325-336. doi: [10.1037/0090-5550.50.4.325](https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.4.325)
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bauml, J. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in

- schizophrenia. Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765-775. doi: [10.1093/schbul/sbl006](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl006)
- Schultze, N.-G. (2006). Success factors in internet-based psychological counseling. *CyberPsychology and Behavior*, 9(5), 623-626. doi: [10.1089/cpb.2006.9.623](https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.623)
- Shepherd, L., Goldstein, D., Whitford, H., Thewes, B., Brummell, V. & Hicks, M. (2006). The utility of videoconferencing to provide innovative delivery of psychological treatment for rural cancer patients: Results of a pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(5), 453-461. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2006.05.018](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.05.018)
- Smith, K. B., Humphreys, J. S. & Wilson, M. G. A. (2008). Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, 16(2), 56-66. doi: [10.1111%2fj.1440-1584.2008.00953.x](https://doi.org/10.1111%2fj.1440-1584.2008.00953.x)
- Soto-Pérez, F. (2008). *Hacia una aplicación mediante e-terapias del tratamiento psicoeducativo familiar en esquizofrenia* (tesis de licenciatura). Universidad de Salamanca, España.
- Soto-Pérez, F. (2012). *Implementación y eficacia de un tratamiento de psicoeducación familiar en esquizofrenia mediante ciberterapia* (tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca. Disponible en <http://www.tesisenred.net/handle/10803/110453>
- Soto-Pérez, F., de Vena Diez, V., Lucas-Cardoso, E., Bueno-Aguado, Y., Orihuela-Villameriel, T. & Franco-Martín, M. (febrero, 2010). *Cyberterapias: el uso de internet en salud mental, antecedentes en el mundo y posibilidades en Chile*. Ponencia presentada en la I Encuentro de Investigadores Chilenos, Barcelona.
- Soto-Pérez, F., Franco Martín, M. & Jimenez, F. (2010). Tecnologías y neuropsicología: Hacia una ciberneuropsicología. *Cuadernos de Neuropsicología*, 4(2), 112-130.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2da Ed.). London: Sage.
- Vallina-Fernández, O. & Lemos-Giráldez, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681.
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C.-L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M. & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 187-194. doi: [10.1192/bjp.bp.112.115030](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.115030)
- Wells, M., Mitchell, K., Finkelhor, D. & Becker-Blease, K. (2007). Online mental health treatment: Concerns and considerations. *CyberPsychology and Behavior*, 10(3), 453-459. doi: [10.1089/cpb.2006.9933](https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9933)