



**Universidad
Europea** CANARIAS

**Título del trabajo: Abordaje
terapéutico en familias con alta
emoción expresada de pacientes
con diagnóstico de esquizofrenia**

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Claudia Martín Delgado y Noelia Ramos Luis

Tutor/a: Dr. Alejandro Cano Villagrasa

06 de febrero del 2026

Índice

1. Resumen	1
2. Abstract	1
3. Introducción	2
3.1. Contexto general de los Trastornos Mentales Graves	2
3.2. Impacto de la esquizofrenia y otros TMG en la calidad de vida de las personas..	3
3.3. Sintomatología, estigma y recaídas	4
3.4. Relevancia de la familia y la emoción expresada.....	5
3.5. Intervenciones multifamiliares y retos en la implementación	6
4. Objetivos generales y específicos de la intervención.....	7
4.1. Objetivo general	7
4.2. Objetivos específicos.....	8
4.3. Hipótesis de investigación	8
5. Metodología	9
5.1. Diseño del estudio	9
5.2. Participantes.....	12
5.3. Instrumentos y materiales de evaluación.....	14
5.4. Consideraciones éticas.....	17
5.5. Análisis de datos	18
5.5.1. Preparación, depuración y codificación.....	18
5.5.2. Fiabilidad de los instrumentos	19
5.5.3. Estadística descriptiva	19
5.5.4. Comprobación de supuestos y selección de pruebas	19
5.5.5. Análisis principal: cambio pre–post en el grupo intervenido	19
5.5.6. Análisis exploratorio: comparación con grupo en lista de espera (si procede)	20
5.5.7. Control del error por comparaciones múltiples	20
5.5.8. Nivel de significación, software y criterios de reporte	21
5.5.9. Análisis complementarios de viabilidad y adherencia.....	21

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

6.	Descripción y temporalización de la intervención	21
6.2.	Procedimiento y reclutamiento de los participantes	23
6.2.1.	Procedimiento de reclutamiento	23
6.3.	Recursos, materiales y medios.....	25
6.3.1.	Materiales	25
6.3.2.	Medios humanos.....	25
6.3.3.	Medios físicos.....	26
6.3.4.	Materiales y medios adicionales.....	26
6.3.5.	Presupuesto.....	26
6.4.	Sesiones y actividades	29
6.4.1.	Descripción detallada de los módulos de intervención y su secuenciación	29
6.4.2	Módulo 0. Presentación, cohesión y marco de trabajo	30
6.4.3	Módulo 1: Comprensión de la esquizofrenia y el tratamiento.....	32
	Sesión 2.....	32
	Sesión 3.....	33
6.4.4	Módulo 2: Impacto emocional y rol familiar en la recuperación	35
6.4.5	Módulo 3: Prevención y manejo de recaídas.....	37
6.4.6	Módulo 4: Recuperación, objetivos y participación activa.	40
6.4.7	Módulo 5: Emociones, reacciones y Autorregulación.....	42
6.4.8	Módulo 6: Comunicación positiva y manejo de conflictos	44
6.4.9	Módulo de cierre: Síntesis del proceso, evaluación y proyección futura	47
6.6.	Evaluación de la eficacia de la intervención	49
6.7.	Atención a la diversidad	51
6.8.	Relación con los objetivos sostenibles de la Agenda 2030	52
6.9.	Resultados esperados.....	53
7.	Conclusión, limitaciones y líneas futuras.....	55
7.1.	Discusión de los resultados.....	55
7.2.	Limitaciones del estudio.....	56

7.3. Prospectiva y líneas de futuro.....	58
8. Referencias Bibliográficas	59
9. Apéndices	62

1. Resumen

El presente trabajo describe el diseño y la implementación de un programa piloto de intervención multifamiliar dirigido a familiares y cuidadores principales de personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia en un contexto comunitario. El programa se desarrolló a lo largo de 12 semanas y se organizó en siete módulos temáticos orientados a mejorar el conocimiento sobre el trastorno, reducir los niveles de emoción expresada, fortalecer las habilidades comunicativas, favorecer la adherencia terapéutica y promover la recuperación funcional. Se empleó un diseño pretest-postest con grupo control en lista de espera, administrándose instrumentos estandarizados y ad hoc para evaluar conocimientos sobre la enfermedad, carga del cuidado, emoción expresada, clima familiar, bienestar y percepción de apoyo. A nivel hipotético, se espera observar mejoras significativas en el conocimiento y manejo de la esquizofrenia, disminución de la sobrecarga del cuidado y de las conductas familiares asociadas a altos niveles de emoción expresada, así como un incremento del bienestar subjetivo y de la cohesión intrafamiliar. Asimismo, se prevé una alta satisfacción familiar con el programa. No obstante, el trabajo señala limitaciones relativas al tamaño muestral, al diseño metodológico y a la ausencia de seguimiento longitudinal. Finalmente, se proponen líneas futuras orientadas al fortalecimiento del diseño de investigación, la incorporación de metodologías cualitativas y la adaptación tecnológica del programa para su implementación en otros recursos comunitarios.

Palabras clave: *carga del cuidador; ; emoción expresada; esquizofrenia; intervención multifamiliar; psicoeducación; salud mental comunitaria.*

2. Abstract

This paper presents the design and implementation of a pilot multifamily intervention programme aimed at relatives and primary caregivers of adults diagnosed with schizophrenia within a community mental health setting. The programme was carried out over 12 weeks and structured into seven thematic modules intended to enhance illness-

related knowledge, reduce levels of expressed emotion, improve communication skills, foster medication adherence, and support functional recovery. A pretest–posttest design with a waitlist control group was employed, using standardized and ad hoc instruments to assess disease knowledge, caregiver burden, expressed emotion, family climate, well-being, and perceived support. Hypothetical results are expected to show improvements in illness knowledge and caregiving management, reductions in caregiver burden and high-expressed-emotion patterns, and increases in subjective well-being and family cohesion. In addition, high levels of participant satisfaction are also anticipated. However, the study acknowledges limitations related to sample size, methodological design, and the absence of longitudinal follow-up. Finally, future directions include strengthening the research design, incorporating qualitative methodologies, and developing technological adaptations to facilitate broader implementation in community mental health services.

Keywords: *caregiver burden; community mental health; expressed emotion ; multifamily intervention; psychoeducation; schizophrenia.*

3. Introducción

3.1. Contexto general de los Trastornos Mentales Graves

Los trastornos mentales graves (TMG) representan un desafío significativo no solo por su alta prevalencia, sino también por el sufrimiento y desajuste que generan en quienes los padecen, en sus familiares y en su entorno más cercano. Estas dificultades no solo afectan al bienestar psicológico individual, sino que repercuten en el funcionamiento social, laboral y comunitario, generando un importante coste personal y socioeconómico (OMS, 2024). A ello se le suma su curso prolongado, especialmente en los TMG que requieren abordajes más integrales, centrados en la persona y sostenidos en el tiempo (García, 2023; Gleeson *et al.*, 2025). Desde una perspectiva epidemiológica, la esquizofrenia afecta aproximadamente al 0,37 % de la población en España, con mayor prevalencia en hombres (4,5 por cada 1.000) que en mujeres (2,9 por cada 1.000) (Ministerio de Sanidad, 2019). Aunque su prevalencia es menor que la de otros trastornos mentales, la esquizofrenia es un trastorno crónico y grave que puede causar una discapacidad considerable incluso con tratamiento adecuado. Desde una perspectiva económica, los TMG representan un desafío considerable. En España, se

estima que los problemas de salud mental representan aproximadamente el 4,2 % del PIB, equivalentes a unos 60.000 millones de euros al año, incluyendo costes directos (hospitalizaciones, medicamentos y atención ambulatoria) e indirectos (pérdida de productividad, bajas laborales y cuidados informales) (OECD, 2023).

La esquizofrenia, uno de los TMG más graves e incapacitantes, se asocia con un elevado coste socioeconómico: según Valero-Pacheco *et al.* (2023), este trastorno genera un promedio de 4,09 días de incapacidad laboral por episodio, lo que se traduce en un impacto significativo sobre el sistema laboral y sanitario español. Además de la pérdida de productividad y las bajas laborales, los costes directos asociados a los TMG (tales como hospitalizaciones e ingresos, atención ambulatoria y meditación) representan una carga relevante para el sistema sanitario. En nuestro país, los informes más recientes muestran que, para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el coste medio por hospitalización fue de 7.924,3 euros por alta en 2022, con una estancia media de 34 días (Ministerio de Sanidad, 2024). A nivel internacional, una revisión reciente identificó que los costes directos por persona/año con esquizofrenia oscilan entre 4.394 y 31.798 dólares, siendo los ingresos hospitalarios el principal impulsor de los costes directos; representando entre el 20 % y el 99 % del total (Kotzeva *et al.*, 2023). En consonancia con estos hallazgos, un estudio multicéntrico español (Sánchez-Gistau *et al.*, 2023) mostró que la hospitalización constituye el principal componente del gasto sanitario en esquizofrenia, con costes totales anuales medios cercanos a 6.200 euros por paciente. Estos datos refuerzan la necesidad de considerar los costes directos (hospitalarios y ambulatorios) en la planificación de políticas públicas y estrategias de atención comunitaria orientadas a la recuperación.

3.2. Impacto de la esquizofrenia y otros TMG en la calidad de vida de las personas

Los TMG suponen un conjunto de enfermedades caracterizadas por sintomatología psicótica que conlleva un deterioro en el funcionamiento y en la calidad de vida de quien los padece. Dentro de este grupo se incluyen la esquizofrenia y sus condiciones asociadas, el trastorno bipolar, entre otros (Alvear Velásquez y Sandoval Carrión, 2024). Estos trastornos representan un desafío considerable para la salud pública y para la intervención clínica, debido a su complejidad y al impacto profundo que ejercen sobre la calidad de vida y la inclusión social de las personas afectadas. Desde el modelo de recuperación propuesto por Anthony (1993), los TMG no se

entienden únicamente como un conjunto de síntomas o limitaciones, sino como una experiencia desde la cual la persona puede iniciar un proceso de crecimiento y cambio personal orientado a reconstruir su identidad, recuperar el control sobre su vida y alcanzar una existencia significativa, más allá de la persistencia o recurrencia de la sintomatología.

3.3. Sintomatología, estigma y recaídas

Dentro de los TMG, la esquizofrenia es una enfermedad mental compleja que impacta significativamente en el individuo y sus familiares. Este trastorno se caracteriza por síntomas positivos (como ideas delirantes, alucinaciones, entre otros), síntomas negativos (aislamiento social y motivación disminuida), deterioro cognitivo (que afecta a la atención, la memoria, el funcionamiento ejecutivo y las interacciones sociales) y alteraciones del humor (Escamilla-Orozco *et al.*, 2021). Además, presenta un alto índice de recaídas recurrentes congruente con lo descrito en la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (Ministerio de Sanidad, 2014), donde se expone que aproximadamente el 80% de los y las pacientes manifiesta una recaída en los cinco años tras a un primer episodio, impactando profundamente en la vida cotidiana, las relaciones intra e interpersonales y dificultando la participación social. Además de las dificultades vinculadas a la propia sintomatología, las personas con esquizofrenia y sus familiares se enfrentan con frecuencia al impacto del estigma social.

Este fenómeno se evidencia en forma de rechazo, prejuicio y discriminación tanto en el ámbito comunitario como laboral y sanitario, generando una exclusión social que limita las oportunidades de integración y de desarrollo personal (Corrales *et al.*, 2025). Frecuentemente, los familiares también se ven afectados por lo que se conoce como “estigma por asociación” o “estigma extendido”, al ser percibidos por el entorno como corresponsables o portadores del trastorno, lo que puede llevar al aislamiento, la sobrecarga emocional y a la retención de la información diagnóstica (Gómez y Muñoz, 2022; González-Torres *et al.*, 2021). Como evidencia, se estima que entre el 36 % y el 64 % de las personas con esquizofrenia experimentan algún tipo de estigmatización, lo que se asocia a una menor participación social, menor adherencia al tratamiento y mayor malestar psicológico (Sánchez Nalda, 2025).

El impacto del estigma sobre la familia se refleja en sentimientos de vergüenza, desesperanza y desgaste emocional, que influyen en la dinámica familiar y dificultan el

acompañamiento en el proceso de recuperación. La falta de comprensión social y los prejuicios hacia la enfermedad fomentan la exclusión y reducen el acceso a redes de apoyo, aumentando el riesgo de aislamiento familiar (Corrigan *et al.*, 2016; Corrales *et al.*, 2025). Por ello, comprender el estigma como un fenómeno relacional y estructural es fundamental para diseñar intervenciones psicoeducativas y comunitarias que promuevan actitudes de aceptación y apoyo hacia las personas con TMG y sus familias.

3.4. Relevancia de la familia y la emoción expresada

En este contexto, el acompañamiento familiar se presenta como un factor esencial para favorecer la autonomía y la independencia. Por el contrario, percibir a la persona con TMG de forma persistente únicamente como alguien con discapacidad supone múltiples obstáculos que dificultan su inclusión social y dificultan su independencia (Audiffred Jaramillo *et al.*, 2022).

Una variable clave dentro de la dinámica familiar es la emoción expresada (EE), entendida como un sistema de patrones comunicativos familiares, que abarcan comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional, evidenciando las actitudes, el clima emocional y las expectativas que los familiares mantienen hacia la persona con esquizofrenia (García Ramos *et al.*, 2012; Espina Eizaguirre y Pumar, 2000; Wang *et al.*, 2024). Su trascendencia clínica reside en que niveles elevados de EE se relacionan de manera estable con un mayor riesgo de recaídas, hospitalizaciones y peor evolución del trastorno, transformándola en un predictor clave del curso clínico (Pharoah *et al.*, 2010).

Estudios realizados en España han mostrado que las familias con alta EE presentan un riesgo significativamente mayor de recaída y que las intervenciones psicoeducativas familiares son eficaces para reducir estos niveles y mejorar los resultados clínicos. Por ejemplo, Muela y Godoy (2001) llevaron a cabo un estudio en Andalucía con 26 familias, demostrando que, tras 30 sesiones de intervención psicoeducativa e individualizada, la tasa de recaída fue del 20 % en el grupo intervenido frente a un 63,3 % en el grupo control. Estos autores destacan, además, que la emoción expresada se ve modulada por factores como los patrones de interacción familiar, la carga emocional percibida y las atribuciones que los familiares realizan sobre la enfermedad, los cuales pueden aumentar el estrés y la vulnerabilidad del paciente ante posibles recaídas (Muela y Godoy, 2001).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

De manera similar, Encinas Carpintero (2017) evaluó un programa piloto de intervención familiar en España sin grupo control, dirigido a familiares de pacientes con esquizofrenia. Los resultados preliminares indicaron mejoras clínicas y sociales, junto con una reducción del riesgo de hospitalización en los pacientes, un decremento del 40,18% de recaídas. Estos hallazgos se alinean con estudios internacionales recientes, que muestran la efectividad de las intervenciones familiares en la mejora de la adherencia al tratamiento, disminución de recaídas y mejora del bienestar (Kim *et al.*, 2023).

Frente a lo comentado con anterioridad, se evidencia que un abordaje terapéutico centrado en la persona que lo padece resulta insuficiente, siendo fundamental integrar a la familia como parte activa del tratamiento. Se ha demostrado que las intervenciones familiares decremantan el número de recaídas mediante la reducción de la expresión emocional, el estrés y la carga familiar (García Ramos *et al.*, 2012).

3.5. Intervenciones multifamiliares y retos en la implementación

Considerando la creciente relevancia del contexto familiar en el tratamiento de los TMG resulta necesario explorar nuevas modalidades terapéuticas. En este sentido, las intervenciones multifamiliares han mostrado ser especialmente eficaces (Roldán *et al.*, 2015). Estas intervenciones ofrecen espacios de intercambio entre diferentes familias y el terapeuta, lo que permite crear un entorno seguro para la reflexión y el aprendizaje compartido. Por ejemplo, Roldán *et al.* (2015) demostraron que los familiares que participaron en un programa de intervención grupal basado en aceptación y entrenamiento en comunicación mostraron mejoras significativas en su bienestar emocional y reducción de niveles de estrés percibido (55,6%) y ansiedad (en el 66,7%), así como un mayor uso de la estrategia de afrontamiento, solución de problemas (88,9%).

A pesar de la evidencia acumulada tanto en España como en otros contextos internacionales sobre el papel predictor de la EE y la eficacia de las intervenciones familiares, existen numerosos retos en su implementación práctica. Entre estos retos destacan la disponibilidad y el acceso limitado a programas de intervención familiar en los servicios de salud mental habituales, que con frecuencia están destinados a equipos especializados o entornos pocos naturales (Pharoah *et al.*, 2010; García Ramos *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2024).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Del mismo modo, la formación específica de los profesionales en psicoeducación familiar y en el manejo de la emoción expresada (EE) continúa siendo limitada en diferentes entornos de intervención clínica, lo que reduce tanto la eficacia como el alcance de las actuaciones terapéuticas (McFarlane, 2016; Kim *et al.*, 2023). A ello se le suma el desafío de adaptar cultural y contextualmente los programas de intervención, de forma que sean coherentes con las características de las familias, los recursos disponibles y las consideraciones del sistema sanitario de cada entorno (Corpus Espinosa *et al.*, 2025). Por otra parte, para la sostenibilidad y continuidad de las intervenciones a largo plazo constituyen aún un reto pendiente: aunque la evidencia empírica señala resultados positivos en corto y mediano plazo, existen menos estudios que analicen la permanencia de los beneficios y el seguimiento de las estrategias de apoyo psicosocial familiar (Chien *et al.*, 2024; Leff y Vaughn, 2017).

Es por ello por lo que el desafío principal reside en la dificultad de integrar en la práctica clínica habitual las intervenciones familiares que han demostrado ser eficaces para reducir los niveles elevados de emoción expresada (EE) en la esquizofrenia. A pesar de la sólida evidencia que respalda su impacto positivo, en el contexto español estas intervenciones todavía no se encuentran suficientemente sistematizadas ni son fácilmente accesibles para la mayoría de los pacientes y sus familias. Esta carencia asistencial genera un vacío que repercute tanto en la evolución clínica de los pacientes como en la carga de cuidado familiar, además de limitar la eficiencia y la capacidad del sistema de salud para responder de manera sostenible a estas necesidades.

4. Objetivos generales y específicos de la intervención.

4.1. Objetivo general

El objetivo principal del presente trabajo fue diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención multifamiliar basado en la psicoeducación, dirigido a familias y cuidadores primarios de personas adultas con esquizofrenia. La finalidad es reducir los niveles de emoción expresada, mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir la frecuencia de recaídas y hospitalizaciones, y fomentar un entorno familiar de apoyo que favorezca la recuperación, la inclusión social y la calidad de vida de los pacientes.

4.2. Objetivos específicos

De la misma manera, se pueden establecer una serie de objetivos específicos, los cuales se exponen a continuación:

OE1: Reducir los niveles de emoción expresada en familiares y cuidadores primarios, evaluando las dimensiones de criticismo y sobreimplicación emocional (Butzlaff y Hooley, 1998; García Ramos *et al.*, 2012).

OE2: Fomentar un clima familiar positivo, incrementando la calidez, los comentarios positivos y la cohesión familiar (Wang *et al.*, 2024; Zapata Ospina, 2015).

OE3: Potenciar las habilidades familiares de comunicación eficaz y la capacidad de identificar señales de alarma. (Corpus Espinosa *et al.*, 2025; Escamilla-Orozco *et al.*, 2021).

OE4: Incrementar la percepción de apoyo, participación y satisfacción de pacientes y familias con la intervención multifamiliar (Pérez-Molina *et al.*, 2023; Roldán, 2015).

OE5: Fortalecer la resiliencia familiar y la capacidad de los cuidadores para manejar situaciones de estrés y crisis medida mediante la puntuación en la escala WHO-5 Well-Being Index, generando un entorno seguro y protector para la persona con esquizofrenia (Audiffred Jaramillo *et al.*, 2022; Escamilla-Orozco *et al.*, 2021).

4.3. Hipótesis de investigación

H1: Se espera que la participación en el programa de intervención multifamiliar psicoeducativa produzca una reducción significativa de los niveles de emoción expresada en los familiares y cuidadores primarios, específicamente en las dimensiones de criticismo y sobreimplicación emocional, en comparación con los niveles previos a la intervención.

H2: Se espera que la intervención multifamiliar favorezca un clima familiar más positivo, evidenciado por un incremento de la calidez, los comentarios positivos y la cohesión familiar tras la finalización del programa.

H3: Se espera que los familiares y cuidadores que participen en la intervención muestren una mejora significativa en las habilidades de comunicación eficaz, así como

una mayor capacidad para identificar señales tempranas de alarma y recaída en los pacientes con esquizofrenia.

H4: Se espera que tanto los pacientes como sus familiares presenten una mayor percepción de apoyo, participación activa y satisfacción con la intervención multifamiliar al finalizar el programa.

H5: Se espera que la intervención contribuya a fortalecer la resiliencia familiar y la capacidad de afrontamiento del estrés y las crisis en los cuidadores, reflejado en una mejora significativa del bienestar emocional, medida mediante un aumento en las puntuaciones del WHO-5 Well-Being Index.

5. Metodología

5.1. Diseño del estudio

La presente intervención se estructura como un estudio piloto con un diseño pretest-postest con grupo control en lista de espera. En estudios piloto es habitual utilizar muestras pequeñas, ya que su finalidad principal es optimizar el programa y evaluar la viabilidad y aceptabilidad de la intervención antes de implementarla a mayor escala. Aunque el tamaño de muestra es reducido, los datos obtenidos proporcionarán información valiosa para ajustar el diseño, los instrumentos y la logística de futuras implementaciones con muestras más amplias.

La propuesta de intervención adoptará un diseño de intervención multifamiliar con un enfoque psicoeducativo y terapéutico, dirigido a familiares y cuidadores principales de personas adultas diagnosticadas con esquizofrenia. Este formato se fundamenta en la evidencia que respalda los beneficios de las intervenciones multifamiliares para reducir los niveles de emoción expresada, mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer el clima familiar.

El programa se desarrollará a lo largo de 12 semanas, contando con siete módulos temáticos, combinando sesiones grupales orientadas al aprendizaje y al intercambio entre familias con espacios individuales de seguimiento cuando la demanda lo requiera. Asimismo, se hará hincapié en la relevancia de la coordinación con los

equipos del centro para garantizar la continuidad asistencial y fomentar la adherencia al programa.

El evaluación del impacto consistirá en una evaluación inicial (pretest) a través de un cuestionario de conocimientos y creencias sobre la esquizofrenia y el cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI), explorando así el punto de partida de las familias y cuidadores/as en base a su nivel de formación como en la carga emocional percibida, antes de la implementación del programa, seguida de la aplicación de la intervención, y posteriormente la aplicación nuevamente de ambos instrumentos con el fin de valorar los cambios producidos atribuibles a la intervención.

Por último, para la presente intervención, se seleccionaron instrumentos estandarizados y ad hoc para evaluar de manera multidimensional el impacto del programa psicoeducativo sobre los familiares de personas con esquizofrenia. La variable independiente corresponde a la participación en el programa, definida como la asistencia mínima del 80 % de las sesiones, medida mediante un registro de asistencia.

Entre las variables dependientes, el conocimiento y las creencias sobre la esquizofrenia se evaluará mediante un cuestionario ad hoc que recoge información sobre causas percibidas, peligrosidad atribuida, expectativas de recuperación y papel de la familia. La sobrecarga del cuidador se medirá con el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI), compuesto por 22 ítems y con una alta consistencia interna ($\alpha = 0,88-0,91$), en el que puntuaciones más altas reflejan mayor sobrecarga. La emoción expresada se evaluará mediante la Escala para Evaluar Emoción Expresada (EEE) de Méndez *et al.* (2004), que consta de 40 ítems agrupados en seis subescalas y presenta una consistencia interna de $\alpha = 0,87$, donde puntuaciones más altas indican un mayor nivel de expresión de emociones negativas.

Como variables de control se recogerán datos sociodemográficos de los participantes, incluyendo edad, sexo, parentesco, tiempo de cuidado, convivencia y situación laboral, mediante una ficha inicial (*ver tabla 1*)

Tabla 1.*Variables del estudio*

Tipo de Variable	Variable	Definición operacional	Instrumento de medida	Consistencia interna
Independiente	Participación en el programa de intervención multifamiliar psicoeducativa	Asistencia activa de los familiares a las sesiones grupales del programa (mínimo 80 % de sesiones)	Registro de asistencia	N/A
Dependiente 1	Conocimiento y creencias sobre la esquizofrenia	Puntuación total en el cuestionario ad hoc elaborado para identificar mitos, conocimientos y actitudes sobre la enfermedad	Cuestionario de conocimientos y creencias sobre la esquizofrenia (pre y postintervención)	N/A
Dependiente 2	Sobrecarga del cuidador/a	Grado de sobrecarga objetiva y subjetiva percibida por el cuidador principal	Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI)	$\alpha = 0,88-0,91$
Dependiente 3	Emoción expresada	Nivel de criticismo, sobreimplicación emocional y hostilidad en la relación filio-parental	Escala para Evaluar Emoción Expresada (EEE) de Méndez <i>et al.</i> , 2004	$\alpha = 0,87$
Control	VARIABLES sociodemográficas	Datos sobre edad, sexo, parentesco, tiempo de cuidado,	Ficha sociodemográfica inicial	N/A

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

5.2. Participantes

El estudio piloto contará con 10 familias, número determinado en función de la disponibilidad real de familias elegibles en el recurso comunitario del Centro de Rehabilitación Psicosocial AFES de Puerto de la Cruz e Icod de los Vinos. La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a aquellas familias que cumplan los criterios de inclusión establecidos y manifiesten su disposición a participar en la intervención.

El tamaño muestral estuvo condicionado por la disponibilidad efectiva del recurso asistencial, circunstancia habitual en estudios piloto desarrollados en contextos comunitarios y clínicos, donde el objetivo principal es evaluar la viabilidad y aceptabilidad del programa más que la generalización de los resultados. En este sentido, el reclutamiento aleatorio no se consideró viable debido a las limitaciones propias del contexto y a las características del programa de intervención.

Las familias se distribuirán en dos condiciones: grupo experimental, que participará de forma activa e inmediata en el programa de intervención y un grupo control, siendo aquellas familias que permanezcan en lista de espera para recibir la intervención del propio recurso AFES. Este grupo no recibirá el programa durante el periodo de evaluación, pero tendrá acceso a la intervención una vez finalizado el estudio, lo que permite mantener criterios éticos y comparar de forma exploratoria la evaluación de ambos grupos en futuras fases del estudio.

Por otra parte, con el objetivo de orientar la planificación de estudios posteriores, se realizó un cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para un estudio con diseño pretest-postest, considerando una prueba t de Student para muestras relacionadas, un nivel de confianza del 95 %, una potencia estadística del 80 % y un tamaño del efecto medio ($d = 0,5$). Siguiendo estos parámetros, el tamaño muestral estimado sería de 34 participantes. Aunque este cálculo proporciona una base

orientativa, los resultados del presente piloto deberán interpretarse considerando las limitaciones inherentes al muestreo por conveniencia y al reducido número de participantes.

En relación a las posibles bajas durante el programa, se registrarán los motivos del abandono y se mantendrá seguimiento mediante recordatorios para facilitar la continuidad asistencial. Los análisis se realizarán sólo con las familias que complementen el mínimo de sesiones previsto (80% de asistencia). No se contempla la incorporación de nuevas familias durante la implementación del programa, ya que esto podría afectar a las dinámicas grupales y a la validez de las comparaciones pre-post.

En caso de que las pérdidas resulten estadísticamente significativas, los análisis se focalizarán en datos exploratorios y descriptivos, es decir, observaciones cualitativas de las dinámicas relaciones y los cambios individuales en base a los cuestionarios pre-post.

La selección de las personas participantes se realizó atendiendo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión, con la finalidad de delimitar una población diana coherente con los objetivos propuestos para esta intervención. Como criterios de inclusión, se han establecido los siguientes:

- Pacientes y familiares procedentes del centro de rehabilitación psicosocial AFES Salud Mental.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia confirmado según los criterios DSM-5-TR
- Familias que presenten alta emoción expresada (EE), determinada mediante evaluación previa y convivan con el paciente o participen en su cuidado.
- Pacientes y familiares con disponibilidad y compromiso para asistir a sesiones grupales semanales durante el periodo de intervención.
- Edad de los pacientes entre 18 y 65 años.
- Consentimiento informado firmado por pacientes y familiares.

Como criterios de exclusión, se han determinado los citados a continuación:

- Pacientes con trastornos graves que impidan la participación en grupo, es decir pacientes cuya sintomatología, estado clínico o comportamiento dificulten su participación activa y segura en las sesiones. Esto incluye, sintomatología psicótica aguda, riesgo elevado de violencia, deterioro cognitivo severo que impide la comprensión y seguimiento de las dinámicas
- Familias que actualmente atraviesan situaciones de conflicto grave, denuncias intrafamiliares que comprometan su participación en el programa.
- Participantes que no puedan garantizar asistencia mínima a las sesiones o que presenten barreras logísticas importantes para la continuidad del programa.

5.3. Instrumentos y materiales de evaluación

Los instrumentos seleccionados para la evaluación pretest y postest de la presente intervención psicoeducativa dirigida a familiares de personas con diagnóstico de esquizofrenia han sido elegidos atendiendo a su adecuación a la población destinataria, a su relevancia para los objetivos del estudio y a sus propiedades psicométricas. La utilización combinada de instrumentos estandarizados y herramientas ad hoc permitirá evaluar de manera multidimensional el impacto de la intervención, atendiendo tanto a las necesidades informativas de los familiares como a los efectos percibidos en su bienestar y en la carga asociada al rol de cuidado.

Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS, McGlashan *et al.*, 2001). La Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS) se utilizará con el objetivo de evaluar la presencia de síntomas prodrómicos y el riesgo de recaída psicótica en los pacientes, aportando información complementaria relevante para el contexto familiar. Se trata de una entrevista clínica estructurada que explora alteraciones en diferentes dominios, como síntomas positivos atenuados, síntomas negativos, desorganización y deterioro del funcionamiento social y cognitivo. La versión española ha sido adaptada y validada por Fresán *et al.* (2007), mostrando una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.88$) y una estructura factorial que respalda la evaluación de los distintos dominios clínicos asociados a los estados prodrómicos. Su aplicación permitirá contextualizar los resultados de la intervención familiar en relación con el estado clínico del paciente.

Cuestionario de conocimientos y creencias sobre la esquizofrenia. Para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y creencias de los familiares acerca de la esquizofrenia, se elaboró un cuestionario ad hoc específicamente diseñado para la presente investigación. El objetivo principal de este instrumento es identificar el grado de información previa de las personas participantes, así como la presencia de mitos, creencias erróneas o actitudes estigmatizantes asociadas a la enfermedad mental, tanto antes como después de la intervención psicoeducativa. El cuestionario está compuesto por 20 ítems, organizados en cinco dimensiones teóricas: conocimientos generales sobre la esquizofrenia (definición, sintomatología y curso del trastorno), creencias sobre las causas de la enfermedad, percepciones de peligrosidad e imprevisibilidad, expectativas de recuperación y adherencia al tratamiento, y actitudes hacia el papel de la familia en el proceso terapéutico y de cuidado. Los ítems se presentan en formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que oscila desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, permitiendo obtener información cuantitativa y facilitar el análisis comparativo entre las medidas pretest y postest. La validez de contenido del instrumento se fundamenta en un proceso sistemático de definición del constructo y elaboración de los ítems, basado en la revisión de la literatura científica sobre esquizofrenia, psicoeducación familiar y estigma asociado a la enfermedad mental, así como en los objetivos específicos de la intervención. A partir de esta revisión, se identificaron los principales dominios relevantes para la evaluación de conocimientos y creencias familiares, asegurando que los ítems representaran de forma adecuada y equilibrada cada una de las dimensiones teóricas definidas. Asimismo, los ítems fueron redactados con un lenguaje claro y accesible para población no clínica, incorporando tanto formulaciones positivas como ítems invertidos con el fin de reducir posibles sesgos de respuesta. Este instrumento permitirá establecer una línea base sobre los conocimientos y creencias de los familiares y evaluar los cambios producidos tras la intervención psicoeducativa, en consonancia con los objetivos del programa y con el enfoque de mejora del bienestar familiar y del manejo de la enfermedad.

Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit Burden Interview [ZBI]; Zarit *et al.*, 1980). La sobrecarga percibida por los familiares cuidadores se evaluará mediante el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI), uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la carga asociada al rol de cuidador. El objetivo de su aplicación en este estudio es medir el impacto que el cuidado

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

prolongado de una persona con esquizofrenia tiene sobre el bienestar emocional, social y físico de la persona cuidadora. El ZBI está compuesto por 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que oscilan desde “nunca” hasta “casi siempre”. Evalúa tanto la carga objetiva (tiempo dedicado, interferencia con la vida personal) como la carga subjetiva (estrés emocional, sentimientos de culpa, frustración o pérdida de control). La puntuación total permite clasificar el nivel de sobrecarga percibida, facilitando la comparación entre las medidas pretest y posttest. La versión española del ZBI ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas, con una alta consistencia interna, reflejada en valores de alfa de Cronbach que oscilan entre .88 y .91, lo que respalda su fiabilidad para su uso en población cuidadora de personas con trastornos mentales.

Escala para Evaluar Emoción Expresada (EEE; Méndez *et al.*, 2004). La calidad de la relación familiar y la sobrecarga emocional asociada al cuidado se evaluarán mediante la Escala para Evaluar Emoción Expresada de Méndez *et al.* (2004). El objetivo de este instrumento es identificar los niveles de emoción expresada en el contexto familiar, constructo ampliamente relacionado con el curso y la recaída en los trastornos psicóticos. La escala consta de 40 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos y se organiza en seis subescalas: bajo grado de tolerancia/criticismo, comentarios positivos, sobreimplicación emocional, desconfianza en las posibilidades del otro, hostilidad como impaciencia y hostilidad como pérdida de control. Estas dimensiones permiten evaluar diferentes componentes emocionales y actitudinales que caracterizan la interacción familiar. La EEE presenta una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach global de 0.87, lo que indica una buena fiabilidad para su aplicación en estudios de relaciones familiares y en contextos clínicos. Su uso en este estudio permitirá analizar posibles cambios en la expresión emocional de los familiares tras la intervención.

Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5 Well-Being Index; WHO, 1998). El bienestar emocional de las personas cuidadoras se evaluará mediante el Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5), un instrumento breve y ampliamente utilizado para la valoración del bienestar subjetivo en población general y clínica. El objetivo de este instrumento es medir el nivel de bienestar emocional y vitalidad percibida durante las dos últimas

semanas, aspectos estrechamente relacionados con la capacidad de afrontamiento del estrés y las demandas asociadas al rol de cuidador. El cuestionario consta de 5 ítems formulados en sentido positivo, con formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que oscila desde “en ningún momento” hasta “todo el tiempo”. Evalúa dimensiones como el estado de ánimo, el interés por las actividades cotidianas, la sensación de energía y el bienestar general. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los ítems y se transforma posteriormente en una escala de 0 a 100, donde valores más elevados indican un mayor nivel de bienestar emocional. El WHO-5 presenta adecuadas propiedades psicométricas, con una alta consistencia interna, reflejada en valores de alfa de Cronbach que oscilan entre .82 y .92 en diferentes estudios, lo que indica una buena fiabilidad para su aplicación en contextos clínicos y comunitarios. Asimismo, ha mostrado una adecuada sensibilidad al cambio, lo que respalda su utilidad en estudios de intervención. Su uso en este estudio permitirá analizar posibles cambios en el bienestar emocional de los familiares tras la intervención.

5.4. Consideraciones éticas

El presente estudio se ajusta a los principios éticos y legales vigentes en materia de investigación con seres humanos. Concretamente, cumple con lo establecido en La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, El Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, La Declaración de Helsinki (2013), así como en el Código Deontológico del Psicólogo del Consejo General de la Psicología de España.

Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y anonimato, a través de la codificación de la información personal y su almacenamiento en soportes seguros, accesibles únicamente para el equipo investigador. De igual modo, la participación será voluntaria, informando a los participantes a su derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello suponga consecuencia alguna en la atención recibida en el recurso asistencial.

La intervención se llevará a cabo únicamente tras la firma del consentimiento informado (véase apéndice 1). Asimismo, se declara la ausencia de conflictos de interés por parte de las investigadoras. El proyecto será presentado para evaluación en el Comité Ético correspondiente antes de su implementación.

5.5. Análisis de datos

El análisis estadístico se orientará a evaluar, de manera preliminar, los cambios asociados a la participación en el programa de intervención multifamiliar psicoeducativa, con especial énfasis en: (a) el conocimiento y las creencias sobre la esquizofrenia (CCCE), (b) la sobrecarga del cuidador/a (ZBI) y (c) la emoción expresada (EEE). Dado el carácter piloto del estudio y el tamaño muestral reducido, los análisis se plantearán con un enfoque confirmatorio limitado y prioritariamente exploratorio, priorizando la estimación del efecto y la precisión (intervalos de confianza) por encima de la significación estadística aislada, en línea con recomendaciones metodológicas para estudios preliminares.

5.5.1. Preparación, depuración y codificación

Los datos se introducirán en una base anonimizada mediante un código alfanumérico por familia/participante, manteniéndose separada la información identificativa. Se realizará una depuración en tres niveles:

1. **Control de integridad y rangos:** verificación de valores fuera de rango, inconsistencias lógicas y duplicados (p. ej., respuestas incompletas o patrones imposibles en escalas Likert).
2. **Detección de atípicos:** identificación de valores extremos mediante inspección gráfica (diagramas de caja) y criterios robustos (p. ej., puntuaciones z absolutas elevadas), valorando su plausibilidad clínica y procedimental. Los casos atípicos no se eliminarán automáticamente; se documentará su impacto mediante análisis de sensibilidad (con y sin el caso).
3. **Datos perdidos:** se cuantificará el porcentaje de valores ausentes por variable e instrumento y se analizará el patrón de ausencia (aleatorio vs. sistemático). La estrategia principal seguirá el criterio protocolizado de análisis por protocolo (familias con ≥ 80 % de asistencia). De manera complementaria, y si existiera pérdida relevante, se presentarán análisis exploratorios de sensibilidad con métodos conservadores (p. ej., imputación simple por mediana para escalas cuando falte ≤ 10 % de ítems, o imputación múltiple si el patrón lo justifica), explicitando siempre el método utilizado y su impacto en los resultados.

Los ítems invertidos (3, 5, 8, 10, 13, 17 y 19) se recodificarán antes del cálculo de puntuaciones. Se obtendrá una puntuación total (promedio o suma, según criterio de interpretación) y, cuando sea psicométricamente viable, puntuaciones por dimensiones teóricas (conocimientos generales, causas, peligrosidad/imprevisibilidad, expectativas/adherencia, papel de la familia), reportando su consistencia interna.

5.5.2. Fiabilidad de los instrumentos

Se estimará la consistencia interna de las escalas en la muestra del estudio para cada momento (pre y post) mediante alfa de Cronbach (y, si se dispone, omega total como estimador robusto). En instrumentos validados (ZBI, EEE) esta estimación se reportará como control de calidad en la muestra; en el CCCE, al ser un instrumento ad hoc, la fiabilidad se considerará un resultado relevante para la optimización futura del cuestionario. Se reportarán valores puntuales y, cuando sea posible, intervalos de confianza.

5.5.3. Estadística descriptiva

Se describirá la muestra mediante estadísticos descriptivos para variables sociodemográficas y de contexto (edad, sexo, parentesco, convivencia, tiempo de cuidado, situación laboral), así como el grado de adherencia (porcentaje de sesiones asistidas) y tasa de abandono con motivos registrados. Para las variables principales (CCCE, ZBI, EEE) se informará, en pre y post, de media y desviación típica (o mediana y rango intercuartílico si la distribución no es normal), además de mínimos–máximos y representaciones gráficas (p. ej., perfiles individuales pre–post) para facilitar la interpretación clínica.

5.5.4. Comprobación de supuestos y selección de pruebas

La normalidad de las distribuciones y de las diferencias pre–post se evaluará mediante Shapiro–Wilk, inspección visual (histogramas, Q–Q plots) y asimetría/curtosis. La homogeneidad de varianzas (si se compara por grupos) se evaluará con Levene. Dado el tamaño muestral reducido, se anticipa que en algunos casos será más apropiado el uso de procedimientos no paramétricos o estimadores robustos.

5.5.5. Análisis principal: cambio pre–post en el grupo intervenido

Para contrastar las hipótesis H1–H5 (en las variables disponibles), el cambio pre–post en el grupo que recibe el programa se analizará como sigue:

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- Si se cumplen supuestos de normalidad: t de Student para muestras relacionadas sobre la puntuación total de cada instrumento (CCCE, ZBI, EEE) y, de forma secundaria, sobre subescalas relevantes (p. ej., dimensiones del EEE asociadas a criticismo y sobreimplicación emocional).
- Si no se cumplen supuestos: prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparaciones pre–post.

En todos los casos se reportarán:

- **Tamaño del efecto:** para t pareada se empleará d para medidas repetidas (p. ej., d_{z} o g de Hedges ajustado), y para Wilcoxon se informará $r (z/\sqrt{n})$.
- **Intervalos de confianza al 95 %** para los tamaños del efecto y/o para el cambio medio, priorizando la interpretación de magnitud y precisión.
- **Cambio clínicamente interpretable**, cuando existan puntos de corte validados (por ejemplo, en ZBI), presentando el porcentaje de participantes que se desplaza entre categorías de sobrecarga y la dirección del cambio.

5.5.6. Análisis exploratorio: comparación con grupo en lista de espera (si procede)

Aunque el diseño se plantea principalmente como pretest–postest, si finalmente se dispone de un grupo control en lista de espera con medidas pre y post equivalentes, se realizará una comparación exploratoria del efecto diferencial del programa:

- En enfoque paramétrico: ANOVA mixto 2 (grupo: intervención vs. lista de espera) \times 2 (tiempo: pre vs. post), examinando especialmente la interacción *grupo* \times *tiempo* como indicador del efecto atribuible a la intervención.
- En enfoque robusto/alternativo (si los supuestos no se sostienen): análisis de puntuaciones de cambio ($\Delta = \text{post} - \text{pre}$) comparando grupos con U de Mann–Whitney, y/o modelos lineales robustos/mixtos con estimación por máxima verosimilitud (adecuados ante datos faltantes y estructuras repetidas), reportando coeficientes e intervalos de confianza.

5.5.7. Control del error por comparaciones múltiples

Dado que se analizarán varias variables (y potencialmente subescalas), se aplicará un control del error de tipo I mediante ajuste Holm–Bonferroni en el conjunto

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

de contrastes principales (CCCE total, ZBI total, EEE total). Las subescalas se tratarán como análisis secundarios y se interpretarán sobre todo por tamaños del efecto y coherencia teórica.

5.5.8. Nivel de significación, software y criterios de reporte

Se adoptará un nivel de significación de $\alpha = .05$ (bilateral). Los análisis se realizarán con software estadístico estándar (p. ej., SPSS), documentando versión y paquetes empleados si procede. Los resultados se reportarán siguiendo APA 7ª edición, incluyendo estadísticos de contraste (p. ej., t , z , F), grados de libertad, valores p , tamaños del efecto, e intervalos de confianza. Se presentarán tablas con descriptivos pre y post, y figuras de trayectorias individuales para visualizar heterogeneidad de respuesta, especialmente relevante en contextos clínicos y con muestras pequeñas.

5.5.9. Análisis complementarios de viabilidad y adherencia

Como indicadores de implementación, se analizarán:

- **Adherencia** (proporción de familias con ≥ 80 % de asistencia), media de sesiones asistidas y distribución.
- **Abandono**: tasa y motivos, con descripción cualitativa y, si procede, comparación descriptiva entre quienes completan vs. no completan (sin inferencia fuerte).
- **Aceptabilidad/satisfacción** (si se administra instrumento específico): descriptivos y síntesis temática de comentarios, orientados a la mejora del programa.

6. Descripción y temporalización de la intervención

6.1. Contextualización del programa de intervención

La presente propuesta de intervención multifamiliar se plantea como un estudio piloto a desarrollar en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de AFES, concretamente en los recursos ubicados en Puerto de la Cruz e Icod de los Vinos, dispositivos comunitarios especializados en la atención y rehabilitación de personas con trastorno mental grave. Estos centros ofrecen un contexto idóneo para la implementación del

programa, dado su enfoque psicosocial, su trabajo continuado con las familias y su orientación a la recuperación y la integración comunitaria.

La intervención se llevará a cabo en las instalaciones del propio centro, en espacios habilitados para el trabajo grupal, que garanticen condiciones adecuadas de confidencialidad, seguridad y participación. El programa estará dirigido a familiares de personas con diagnóstico de esquizofrenia usuarias de los recursos de AFES, seleccionados conforme a los criterios de inclusión establecidos en el estudio.

La implementación del programa será realizada por dos investigadoras de la Universidad Europea de Canarias, ambas psicólogas con formación en intervención psicoeducativa y trabajo con familias de personas con trastorno mental grave, quienes serán las responsables de la planificación, coordinación y conducción de las sesiones grupales. Asimismo, se contará con la colaboración del equipo profesional del centro AFES, compuesto por:

- Educadores sociales, que apoyarán las dinámicas grupales y la motivación de los participantes.
- Trabajador/a social, encargado/a de coordinar la derivación de participantes, el acceso a servicios externos y la orientación familiar.
- Personal administrativo, responsable de la gestión de citas, comunicación con las familias y logística de las sesiones.

Estos profesionales colaborarán de forma coordinada y puntual, facilitando la organización y la integración del programa en el funcionamiento habitual del centro, sin intervenir directamente en la impartición de las sesiones, que será responsabilidad de las investigadoras.

El programa se estructura en un total de 12 semanas, distribuidas en 14 sesiones grupales de entre 60 y 90 minutos, organizadas en 7 módulos temáticos que combinan componentes psicoeducativos, vivenciales y relacionales. La intervención ha sido diseñada conforme a un enfoque comunitario y centrado en la familia, incorporando estrategias procedentes de la psicoeducación familiar, el enfoque multifamiliar y técnicas de regulación emocional y comunicación terapéutica.

La estructura del programa sigue una progresión lógica orientada a dotar a las familias de conocimientos, habilidades y recursos funcionales para afrontar los desafíos asociados a la esquizofrenia. Se incluyen sesiones iniciales destinadas a la presentación del programa, la cohesión grupal y el establecimiento de normas, seguidas de módulos psicoeducativos centrados en la psicopatología del trastorno, la adherencia al tratamiento y los factores familiares implicados en su evolución. Posteriormente, se abordan estrategias específicas para la prevención de recaídas, la promoción de la recuperación funcional, la autorregulación emocional y la mejora de la comunicación familiar, finalizando con un módulo de evaluación, consolidación de aprendizajes y cierre del programa.

Siguiendo este planteamiento, la intervención se concibe como un programa estructurado y potencialmente replicable dentro de los recursos de AFES y en otros dispositivos comunitarios de salud mental. La temporalización propuesta permite una progresión gradual y secuenciada de los contenidos, facilitando la asimilación de las estrategias trabajadas y su aplicación en el contexto cotidiano de las familias participantes.

6.2. Procedimiento y reclutamiento de los participantes

El presente estudio piloto contará con 10 familias, reclutadas a través del Centro de Rehabilitación Psicosocial AFES, en sus sedes de Puerto de la Cruz e Icod de los Vinos. Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando aquellas familias que cumplan los criterios de inclusión definidos, que estén disponibles y dispuestas a participar en la intervención psicoeducativa. Este tipo de muestreo es adecuado para un estudio piloto, dada la limitada disponibilidad de participantes y la naturaleza exploratoria de la investigación.

6.2.1. Procedimiento de reclutamiento

El primer paso consistirá en el contacto inicial con el centro, mediante el cual las investigadoras coordinarán con el personal de AFES la identificación de posibles familias participantes y la manera más adecuada de informarles sobre el estudio.

A continuación, las familias recibirán información detallada acerca de los objetivos, contenido y duración del programa, así como sobre la participación

voluntaria, confidencialidad de los datos y derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusión alguna. Esta información se entregará de manera oral y escrita, acompañada del consentimiento informado (véase apéndice 2).

Tras manifestar interés, cada familia participará en una entrevista inicial individual, conducida por las investigadoras. En esta entrevista se confirmará el cumplimiento de los criterios de inclusión, se explicará el procedimiento completo de la intervención y de la evaluación, y se resolverán posibles dudas, reforzando la comprensión de la voluntariedad de la participación.

a. Asignación a los grupos

Las familias que cumplan los criterios de inclusión serán distribuidas en dos condiciones:

- Grupo experimental: compuesto por las familias que participarán de manera inmediata en la intervención psicoeducativa.
- Grupo control en lista de espera: formado por las familias que no recibirán la intervención durante la fase inicial de evaluación. Este grupo recibirá la intervención posteriormente, garantizando criterios éticos de equidad y acceso.

b. Procedimiento de evaluación:

Evaluación pre-intervención: Antes del inicio del programa, todas las familias completarán los instrumentos de evaluación seleccionados, incluyendo el Cuestionario de conocimientos y creencias sobre la esquizofrenia, el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, y la Escala de Emoción Expresada. Esta fase permite establecer una línea base de conocimientos, actitudes y bienestar familiar para ambos grupos.

Implementación de la intervención: La intervención se llevará a cabo siguiendo la planificación temporal descrita, que comprende 12 semanas, 14 sesiones de 60–90 minutos y 7 módulos temáticos, y será conducida por dos investigadoras de la Universidad Europea de Canarias, ambas psicólogas, en coordinación con el personal del recurso AFES.

Evaluación post-intervención: Una vez finalizado el programa, se administrarán nuevamente los mismos instrumentos a todas las familias, tanto del grupo

Campus de la Orotava
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

experimental como del grupo control en lista de espera, con el objetivo de comparar los resultados pre y post intervención y evaluar los cambios producidos en conocimientos, creencias y carga percibida.

Seguimiento y cierre: Tras la fase de evaluación, el grupo control en lista de espera recibirá la misma intervención, asegurando criterios éticos de equidad y acceso al programa. Asimismo, se ofrecerá a todas las familias un resumen de los resultados generales y recomendaciones prácticas para el manejo del cuidado familiar.

6.3. Recursos, materiales y medios

La intervención multifamiliar requiere la movilización de recursos humanos y materiales específicos que garanticen su correcta implementación y evaluación. La planificación de estos recursos asegura la viabilidad del programa, la calidad de las sesiones y la obtención de datos fiables para el estudio piloto.

6.3.1. Materiales

Para la correcta implementación del programa de intervención multifamiliar se consideran los medios humanos, físicos y materiales, detallados a continuación:

6.3.2. Medios humanos

La intervención será llevada a cabo por un equipo interdisciplinar, compuesto por:

- Dos investigadoras de la Universidad Europea de Canarias, psicólogas con formación en intervención familiar y trastornos psicóticos, responsables de la planificación, coordinación y conducción de las sesiones grupales.
- Educadores sociales del centro AFES, encargados de colaborar en las dinámicas grupales y apoyar la motivación y participación de las familias.
- Trabajador/a social del centro AFES, responsable de coordinar servicios de apoyo externos y orientar a las familias respecto a recursos disponibles.
- Personal administrativo del centro AFES, encargado de la organización logística, la comunicación con las familias y la gestión de citas y

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

asistencia.

6.3.3. Medios físicos

La intervención se desarrollará en un entorno seguro y accesible, en las sedes del Centro AFES de Puerto de la Cruz e Icod de los Vinos, que cumplen las condiciones necesarias:

- Espacios comunes adecuados para actividades socioeducativas y grupales.
- Accesibilidad universal, incluyendo acceso para personas con movilidad reducida.
- Ubicación próxima a transporte público, favoreciendo la asistencia de las familias.
- Salas de intervención con buena ventilación e iluminación, y mobiliario adecuado para trabajo grupal.

6.3.4. Materiales y medios adicionales

Para el desarrollo del programa se utilizarán los siguientes recursos:

- Material didáctico: presentaciones, fichas, folletos informativos y dinámicas grupales.
- Instrumentos de evaluación: cuestionarios impresos o digitales (pre y post intervención).
- Equipamiento audiovisual: proyector, ordenador, altavoces, pizarra o rotafolio.
- Material de oficina: papel, bolígrafos, carpetas y marcadores.

6.3.5. Presupuesto

El presupuesto estimado para la implementación del programa se ha elaborado en función de los recursos humanos, materiales y logísticos necesarios para su

desarrollo, en el Centro de Rehabilitación Psicosocial AFES. Cabe comentar, que se trata de un estudio piloto integrado en un recurso ya existente, por lo que muchos de los costes se optimizan mediante el uso de infraestructuras propias del centro, lo que reduce el gasto total (*ver tablas 2,3,4 y 5*).

Tabla 2

Gastos de Recursos Humanos

Concepto	Nº horas	Coste/hora	Coste total
Psicóloga I (planificar sesiones y evaluar)	60	25	1.500
Psicóloga II (planificar sesiones y evaluar)	60	25	1.500
Trabajador/a social AFES (Coordinación y derivaciones)	10	15	150
Apoyo educadores sociales AFES (dinámicas)	20	15	300
Personal administrativo AFES (gestión de citas)	10	12	120
Subtotal			3.570

Tabla 3*Recursos materiales y didácticos*

Concepto	Coste aproximado
Material de oficina (papel, bolígrafos, carpetas..)	150
Instrumentos de evaluación impresos	60
Material didáctico impreso(manuales, fichas, infografías...)	80
Subtotal	290

Tabla 4*Recursos técnicos y logísticos*

Concepto	Coste aproximado
Uso de salas de los centros AFES	0
Limpieza y mantenimiento de espacios	80
Equipamiento audiovisual (pizarra, ordenador...)	0
Subtotal	80

Tabla 5*Otros gastos*

Concepto	Coste aproximado
Imprevistos y gastos menores	150
Subtotal	150

El presupuesto total estimado para la implementación del estudio asciende a 4.090 euros, lo que refleja un coste ajustado y asumible para una intervención comunitaria. La utilización de las instalaciones y recursos de AFES permite reducir significativamente los gastos, aumentando la viabilidad del programa. Este presupuesto podría servir como referencia para futuras implementaciones.

6.4. Sesiones y actividades

6.4.1. Descripción detallada de los módulos de intervención y su secuenciación

La intervención multifamiliar se organiza en siete módulos temáticos distribuidos a lo largo de 14 sesiones grupales con una duración de entre 60 y 90 minutos. Los módulos siguen una progresión lógica que transita desde la presentación y cohesión inicial hasta la consolidación de estrategias familiares y el cierre del proceso. Cada módulo responde a una finalidad clínica específica y se articula según los principios de la psicoeducación familiar, el enfoque multifamiliar y la regulación emocional, combinando componentes psicoeducativos, vivenciales y relacionales. A continuación, se presenta la descripción detallada de los módulos.

6.4.2 Módulo 0. Presentación, cohesión y marco de trabajo

Sesión 1

Objetivos específicos: Favorecer el conocimiento mutuo entre los participantes; presentar la estructura y objetivos del programa de forma accesible; establecer acuerdos grupales colaborativos; identificar expectativas, dudas y necesidades de las familias; promover una atmósfera horizontal y participativa.

Procedimiento:

La sesión comienza con la recepción de las familias y familiares participantes por parte del equipo profesional. Este primer contacto es deliberadamente cercano, evitando formalismos excesivos que puedan aumentar la tensión inicial. La disposición de la sala (sillas en círculo o semicírculo) responde a criterios de visibilidad, horizontalidad y disminución de jerarquías, facilitando desde el primer momento la participación y la percepción de seguridad grupal.

Tras la bienvenida, el equipo se presenta brevemente, aclarando su rol dentro del programa y explicando de forma sencilla la función de una intervención multifamiliar. Posteriormente se entrega a cada familia un pequeño paquete de materiales informativos en formato impreso, con el objetivo de ofrecer un apoyo visual que complemente la explicación verbal. Dicho paquete incluye: una breve guía sobre la estructura modular del programa, un calendario preliminar de sesiones, una hoja con normas básicas del espacio y un cuaderno de trabajo individual que acompañará al participante a lo largo del proceso. Este material permite que la información no quede restringida al contexto de la sesión y pueda ser revisada en el hogar.

A continuación, se introduce el marco básico de funcionamiento del grupo. Se plantean normas habituales relacionadas con el respeto, la confidencialidad, la participación y el uso del turno de palabra. No obstante, no se presentan como un reglamento cerrado, sino como un punto de partida. Se invita a las familias a proponer modificaciones o añadir otras normas que consideren necesarias. Esta colaboración en la construcción de los acuerdos grupales tiene un valor adicional, ya que favorece la apropiación del espacio y fortalece el compromiso con la intervención.

Una vez fijado el encuadre, se presenta el programa en su conjunto. Se explican los módulos temáticos, los objetivos generales, la duración estimada y la metodología, con especial énfasis en el carácter participativo y vivencial del enfoque. Se utilizan recursos visuales como esquemas y presentaciones breves, evitando tecnicismos para garantizar que la información sea accesible independientemente del nivel formativo de los asistentes.

Posteriormente se llevan a cabo dos actividades breves orientadas a la cohesión grupal. En la primera, cada familia se presenta mencionando una fortaleza personal o familiar que consideran relevante en el proceso de cuidado. Esta dinámica permite desplazar el foco desde las dificultades hacia los recursos, favoreciendo un clima más esperanzador y menos centrado en el déficit. En la segunda actividad, denominada “Explorar apoyos”, se invita a las familias a identificar personas, instituciones o redes comunitarias que perciben como soporte. La participación puede ser oral o escrita en fichas visuales, respetando el grado de exposición que cada familia desea asumir.

Antes del cierre se abre un espacio para que los participantes expresen expectativas, inquietudes o posibles barreras para la participación. Esta información resulta útil para ajustar la intervención en sesiones posteriores y anticipar necesidades específicas del grupo. La sesión finaliza con una breve síntesis de los contenidos trabajados, el recordatorio de la fecha del siguiente encuentro y la invitación a revisar el material entregado con calma en casa.

Resultados esperados:

Se espera que al finalizar la sesión las familias se sientan acogidas, comprendan la estructura general del programa, perciban el espacio como seguro y colaborativo y comiencen a construir vínculos de confianza que favorezcan la participación activa en las semanas siguientes.

6.4.3 Módulo 1: Comprensión de la esquizofrenia y el tratamiento

Sesión 2

Modalidad: Grupal

Objetivos: Reducir creencias erróneas sobre la esquizofrenia; facilitar una comprensión operativa de los síntomas; promover la desestigmatización y la participación familiar.

Procedimiento:

La sesión se inicia con la bienvenida al grupo y un recordatorio breve de las normas básicas (confidencialidad, respeto mutuo y participación flexible). Posteriormente, se plantea una pregunta abierta al grupo: “¿Qué habéis escuchado o entendido hasta ahora sobre la esquizofrenia?”. Esta actividad permite visibilizar ideas previas y posibles sesgos, además de introducir un tono participativo compatible con el modelo comunitario del programa. Las aportaciones se registran en la pizarra, respetando el lenguaje de los participantes y sin confrontación directa, lo que facilita la construcción compartida de significado.

A partir de los contenidos emergentes del grupo, se introduce una explicación estructurada del trastorno, evitando terminología excesivamente técnica y utilizando apoyos visuales. Se abordan tres dimensiones clínicas relevantes: síntomas positivos (como delirios y alucinaciones), síntomas negativos (apatía, anhedonia, disminución de la expresión emocional y retraimiento social) y síntomas cognitivos (alteraciones atencionales, dificultades de memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva). Se subraya el impacto de estos síntomas en la funcionalidad cotidiana, las relaciones sociales y la autonomía personal, situando el fenómeno más allá del ámbito puramente sintomático.

Durante la explicación se integran ejemplos ilustrativos extraídos de experiencias comunes en la clínica y en la vida diaria, lo cual facilita el tránsito entre el lenguaje técnico y la vivencia subjetiva. En este punto, el equipo facilita una reflexión sobre cómo la interpretación de ciertos comportamientos de la persona cuidadora puede ser modulada por el conocimiento psicopatológico, evitando atribuciones moralizantes (por ejemplo, interpretar la apatía como falta de interés o “pereza”).

Posteriormente, se abre un espacio guiado para explorar el papel del estigma en la construcción del malestar. Se discute cómo determinadas narrativas sociales (p.ej., peligrosidad, incapacidad o incurabilidad) influyen negativamente en la autoestima, el vínculo terapéutico y la participación comunitaria, tanto en personas con esquizofrenia como en sus familias. El equipo clínico introduce estrategias básicas de comunicación y apoyo emocional que pueden ser útiles en la convivencia.

La sesión finaliza con una síntesis de los contenidos trabajados, se aclaran dudas y se entrega material psicoeducativo complementario adaptado al nivel de comprensión del grupo. Se anticipa que la próxima sesión se centrará en el tratamiento farmacológico y la adherencia, preparando al grupo para vincular la dimensión clínica del trastorno con las intervenciones terapéuticas disponibles.

Resultados esperados:

Al finalizar la sesión se espera que los participantes cuenten con una comprensión más ajustada del trastorno, puedan diferenciar entre las dimensiones sintomáticas, disminuyan creencias estigmatizantes y se sientan más preparados para participar activamente en el proceso terapéutico.

Sesión 3

Modalidad: Grupal

Objetivos: Comprender el papel del tratamiento farmacológico; mejorar la adherencia; fortalecer habilidades comunicativas dentro del contexto familiar y terapéutico.

Procedimiento:

La sesión comienza con una recapitulación de los contenidos previos, recogiendo impresiones y preguntas residuales. Este repaso inicial permite verificar la comprensión y mantener la continuidad del aprendizaje grupal. Tras ello, se introduce el tema de la medicación antipsicótica como uno de los pilares del abordaje contemporáneo en psicosis. Se explica de manera accesible la función de los antipsicóticos en la reducción de los síntomas positivos y en la estabilización clínica, diferenciando las fases agudas, de estabilización y de mantenimiento. Se subraya que la adherencia sostenida constituye

un factor protector frente a recaídas y hospitalizaciones, señalándose los riesgos de la suspensión brusca del tratamiento.

Paralelamente, se abordan los efectos secundarios más frecuentes (p.ej., sedación, rigidez muscular, aumento de peso), sin alarmismo y enfatizando las posibilidades de manejo clínico. Esta información suele generar alivio en las familias, que a menudo conviven con incertidumbre respecto a la medicación. Se introduce la adherencia como proceso relacional, en el que intervienen experiencias subjetivas (creencias sobre la medicación, percepción de necesidad, efectos secundarios) y dinámicas familiares (apoyo, comunicación y expectativas).

A continuación, se propone una actividad breve de role-playing en la que los participantes ensayan conversaciones habituales sobre el tratamiento, evitando tonos confrontativos o prescriptivos. El equipo clínico modela estrategias comunicativas basadas en la validación emocional, el uso de preguntas exploratorias y la negociación de compromisos realistas. Esta parte de la sesión enfatiza la importancia del vínculo terapéutico y del papel activo de la familia en la adherencia.

En la última parte se introduce una ficha de seguimiento familiar para el tratamiento farmacológico que recoge horarios, observaciones conductuales, posibles reacciones adversas y señales de alerta. Su finalidad es doble: por un lado, favorecer la participación de la familia desde un lugar colaborativo y no de control; y por otro, facilitar la comunicación con el equipo de salud mental.

La sesión cierra con un espacio de preguntas y aclaraciones, reforzando la idea de que el papel de la familia no consiste en fiscalizar el tratamiento, sino en acompañar activamente el proceso de recuperación.

Resultados esperados:

Se espera que los participantes comprendan la importancia del tratamiento farmacológico, puedan identificar barreras y facilitadores de la adherencia, mejoren sus estrategias comunicativas y fortalezcan su papel colaborativo dentro del proceso terapéutico.

6.4.4 Módulo 2: Impacto emocional y rol familiar en la recuperación

Sesión 4

Modalidad: Grupal

Objetivos: Identificar el impacto emocional asociado al rol de cuidado; reconocer patrones familiares vinculados con la Emoción Expresada; reducir juicios morales sobre la respuesta familiar; favorecer la comprensión mutua.

Procedimiento:

La sesión inicia con la bienvenida al grupo y una breve contextualización del propósito del encuentro. Posteriormente, se propone una dinámica denominada “línea de tiempo emocional”, en la cual cada familia reconstruye de manera orientativa los hitos significativos desde la aparición de los primeros síntomas hasta el momento actual. Esta actividad no tiene un carácter clínico evaluativo, sino exploratorio y narrativo, y favorece que los participantes puedan poner palabras a una experiencia que a menudo ha sido vivida desde el silencio o la incertidumbre. La facilitación del equipo clínico pone especial atención en validar las emociones emergentes sin patologizarlas.

A continuación, se introduce el constructo de Emoción Expresada (EE), explicando que se trata de un indicador relacional que evalúa variables como criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional dentro del entorno familiar. Se subraya que la EE no es una forma de “culpabilizar” a la familia, sino que representa un factor de riesgo clínico relevante: niveles elevados de EE se han asociado con mayores tasas de recaídas y hospitalizaciones en personas con esquizofrenia (Fonseca-Pedrero, 2021). La explicación se complementa con ejemplos cotidianos que permiten identificar cómo comportamientos derivados del cariño o la preocupación pueden transformarse en sobreprotección o exigencia, generando tensión en el hogar.

Se realiza posteriormente una actividad de lluvia de ideas en la que los participantes identifican frases, actitudes o situaciones que han generado estrés relacional en el último mes. El objetivo es hacer visible que muchas de estas conductas emergen como intentos de resolución o cuidado, y no como desinterés o rechazo. El equipo clínico facilita un espacio de reflexión grupal orientado a disminuir juicios morales y a fomentar la comprensión bidireccional entre familiares y usuarios.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

La sesión concluye con una síntesis compartida de aprendizajes y con la entrega de un registro breve para completar durante la semana, en el que se invita a cada familia a identificar situaciones que generaron malestar emocional y la respuesta que tuvieron frente a ellas.

Resultados esperados:

Al finalizar la sesión se espera que las familias puedan reconocer emociones propias del proceso de convivencia con el trastorno, identifiquen patrones de EE presentes en el hogar y cuenten con un marco comprensivo que disminuya la sensación de culpa o inadecuación respecto al rol familiar.

Sesión 5

Modalidad: Grupal

Objetivos: Comprender la interacción entre predisposición biológica y factores ambientales; identificar factores de riesgo y protección en el entorno familiar; favorecer la autorreflexión sobre el rol familiar en el proceso de recuperación.

Procedimiento:

La sesión inicia con la revisión del registro propuesto en la semana anterior, lo que permite retomar situaciones reales y generar continuidad entre sesiones. A continuación, se introduce el modelo vulnerabilidad–estrés como marco explicativo que integra factores neurobiológicos, psicológicos y sociales. Se pone énfasis en que dicho modelo permite entender por qué eventos cotidianos aparentemente neutros pueden tener un impacto significativo en personas con esquizofrenia, especialmente en fases tempranas del trastorno o en periodos de descompensación parcial.

Posteriormente se presentan casos clínicos anonimizados que ilustran diferentes trayectorias familiares frente al trastorno. Esta estrategia facilita que los participantes puedan observar patrones relacionales sin sentirse expuestos ni evaluados. En grupo se identifican posibles estresores (p.ej., cambios de rutina, conflictos familiares, expectativas elevadas, falta de sueño, sobrecarga del cuidador) y factores de protección (p.ej., comunicación empática, establecimiento de límites realistas, apoyo social, coordinación sanitaria).

En la segunda parte de la sesión se introduce un autorregistro denominado “mapa familiar de vulnerabilidad–estrés”, en el que cada familia identifica tres factores estresores relevantes y tres factores protectores que han observado en su entorno. Este ejercicio no busca juicio ni corrección, sino favorecer la conciencia relacional y preparar el terreno para los módulos siguientes vinculados a la prevención de recaídas y la regulación emocional.

La sesión concluye con un cierre colaborativo en el que se destacan las aportaciones del grupo y se refuerza la idea de que el proceso de recuperación es un proceso compartido, en el que la familia constituye un soporte esencial, pero no único, dentro del entramado comunitario.

Resultados esperados:

Se espera que al finalizar la sesión las familias comprendan de manera operativa el modelo vulnerabilidad–estrés, identifiquen factores protectores y de riesgo presentes en el hogar y desarrollen una visión menos centrada en la culpabilización y más orientada a la corresponsabilidad terapéutica.

6.4.5 Módulo 3: Prevención y manejo de recaídas

Sesión 6

Modalidad: Grupal

Objetivos: Comprender el curso episódico de los trastornos psicóticos; identificar señales tempranas de descompensación; disminuir la percepción fatalista de la recaída; promover la vigilancia compartida y no intrusiva.

Procedimiento:

La sesión inicia con un recordatorio del modelo vulnerabilidad-estrés trabajado en el bloque anterior, subrayando que la recaída no depende únicamente de factores internos del usuario, sino también de la interacción con el entorno, el estrés acumulado y la adherencia al tratamiento. Posteriormente, se introduce el concepto de recaída y se diferencian clínicamente tres momentos: fase prodrómica, fase aguda y fase de

recuperación. Esta clasificación permite que las familias entiendan que la descompensación no surge de manera súbita, sino que suele estar precedida por cambios sutiles en conducta, sueño, ánimo o interacción social.

A continuación, se presenta una serie de ejemplos elaborados a partir de casuística frecuente: aumento de irritabilidad, alteraciones del sueño, mayor suspicacia, reducción del interés social, dificultades en la concentración o comentarios autorreferenciales. Se aclara que estos síntomas no son diagnósticos por sí mismos y que pueden variar significativamente entre personas, por lo que se invita al grupo a identificar señales previas que hayan observado en el pasado.

Se emplea una actividad denominada “Mi señal temprana”, donde cada participante (o familia) identifica tres señales que, retrospectivamente, precedieron a descompensaciones o ingresos anteriores. Se favorece un clima de colaboración en lugar de juzgar o revisar “errores”, lo cual es importante para evitar narrativas centradas en el fracaso o la culpa. El equipo facilita la reflexión sobre las emociones que acompañan este reconocimiento (temor, ansiedad anticipatoria, sobreprotección), ya que la prevención de recaídas no es únicamente una cuestión informativa, sino emocional.

La sesión finaliza con la entrega de una plantilla de señales prodrómicas para completar en el hogar, con la instrucción explícita de observar sin fiscalizar.

Resultados esperados:

Se espera que los participantes comprendan el curso episódico de la psicosis, identifiquen señales tempranas de descompensación y desarrollen una mirada menos fatalista y más proactiva respecto a la recaída.

Sesión 7

Modalidad: Grupal

Objetivos: Adquirir estrategias de manejo ante señales tempranas; fomentar la corresponsabilidad familiar sin control coercitivo; articular recursos clínicos y comunitarios; generar un plan básico de actuación ante recaídas.

Procedimiento:

La sesión inicia retomando las plantillas de señales prodrómicas elaboradas en casa. Se observan patrones recurrentes entre familias (p.ej., alteraciones del sueño seguidas de retraimiento; tensión relacional después de exigencias laborales; aumento de estrés ante cambios de rutina), lo que permite validar la experiencia y resituarla dentro de un fenómeno clínico más amplio. Las diferencias interindividuales también se subrayan para evitar modelos rígidos o estandarizados.

A continuación se trabaja con un formato de discusión dirigida tres tipos de respuestas familiares frente a señales de alerta: respuestas de evitación (mirar hacia otro lado para “no preocupar al usuario”), respuestas confrontativas (insistir, presionar o exigir), y respuestas colaborativas (validar, observar y coordinarse con el equipo clínico). No se juzgan las respuestas anteriores, sino que se visibiliza su función. El equipo clínico modela formas de comunicación que combinan respeto por la autonomía del usuario con cuidado y realismo terapéutico.

Posteriormente, se presenta la herramienta “Plan de Actuación Familiar en Recaídas”, que incluye cuatro componentes esenciales: a) señales tempranas, b) pasos recomendados en casa, c) recursos clínicos disponibles y d) límites de actuación familiar. Este plan previene situaciones de sobrecarga, en las que la familia intenta asumir funciones clínicas para las cuales no está equipada, lo que puede agravar el estrés y la relación.

La sesión concluye enfatizando que la prevención de recaídas no consiste en vigilar al usuario, sino en acompañar el proceso de estabilización desde una base de comunicación, coordinación y cuidado. Se aclara que este trabajo prepara el terreno para los módulos posteriores sobre regulación emocional y comunicación positiva.

Resultados esperados:

Al finalizar la sesión se espera que las familias dispongan de un marco operativo para la prevención de recaídas, puedan identificar recursos concretos en su entorno, distingan entre acompañamiento y control, y experimenten una mejor percepción de agencia dentro del proceso terapéutico.

6.4.6 Módulo 4: Recuperación, objetivos y participación activa.

Sesión 8

Modalidad: grupal

Objetivos: Introducir el enfoque de recuperación como proceso personal, dinámico y no lineal; favorecer una visión menos centrada en los síntomas y más orientada a capacidades, bienestar y proyecto de vida; flexibilizar expectativas familiares respecto a la “mejoría” y el “funcionamiento adecuado”; promover una comprensión de la recuperación basada en participación y sentido vital.

Procedimiento:

La sesión inicia con una contextualización del enfoque de recuperación, diferenciándolo del modelo tradicional que asocia la mejoría exclusivamente con la desaparición de los síntomas. Se presenta la recuperación como un proceso no lineal en el que cada persona define lo que significa “estar mejor” según sus metas, valores y circunstancias. Posteriormente, se introduce la herramienta denominada “rueda de la recuperación”, la cual permite visualizar áreas relevantes para la vida cotidiana del/de la usuario/a (por ejemplo, salud física, vínculos sociales, ocio, autocuidado, autonomía, aprendizaje y participación comunitaria). Las familias completan la rueda de forma individual o conjunta, según el grado de participación del/de la usuario/a en la intervención. El equipo clínico facilita la reflexión sobre el contraste entre el funcionamiento real actual y el funcionamiento deseado, señalando la importancia de reconocer capacidades existentes y la posibilidad de construir nuevos proyectos vitales incluso en presencia de síntomas residuales. La actividad contribuye a flexibilizar expectativas rígidas y a desplazar la mirada hacia la agencia y la identidad más allá del diagnóstico.

Resultados esperados:

Se espera que las familias comprendan el enfoque de recuperación como proceso personal orientado al sentido vital, flexibilicen expectativas sobre la mejoría y adopten

una visión más amplia del funcionamiento, incorporando elementos como autonomía, capacidades y participación.

Sesión 9

Modalidad: Grupal

Objetivos: Profundizar en el rol familiar en la promoción de la autonomía; analizar dilemas entre apoyo y sobreprotección; establecer metas realistas, concretas y medibles orientadas al proyecto de vida del/de la usuario/a; fomentar la corresponsabilidad y la toma de decisiones compartida; elaborar un plan colaborativo de recuperación basado en seguimiento y ajuste.

Procedimiento:

La sesión se centra en el tema de la autonomía y el acompañamiento familiar. A través de preguntas guía se exploran dilemas frecuentes entre apoyar y sobreproteger, especialmente en contextos donde existe temor a recaídas o dificultades. Se introduce el uso de fichas de planificación para el establecimiento de objetivos concretos, realistas y alcanzables, evidenciando la diferencia entre expectativas familiares y preferencias del/la usuario/a. Cuando el/la usuario/a participa en la intervención, se fomenta la toma de decisiones compartida y la identificación de prioridades propias. Cuando no está presente, las familias igualmente elaboran objetivos orientados a la autonomía, anticipando apoyos y responsabilidades. Como producto final se elabora un plan colaborativo de recuperación que incluye uno o dos objetivos prioritarios, las acciones necesarias para alcanzarlos, el papel de la familia, los recursos implicados y los mecanismos de seguimiento. Se introduce la lógica de “ensayo y error” como componente natural del proceso, normalizando ajustes y retrocesos.

Resultados esperados:

Al finalizar la sesión se espera que las familias dispongan de herramientas para acompañar la autonomía del/de la usuario/a, establezcan metas concretas orientadas al proyecto de vida y normalicen la recuperación como proceso dinámico sujeto a ajustes.

6.4.7 Módulo 5: Emociones, reacciones y Autorregulación

Sesión 10

Modalidad: Grupal

Objetivos: Identificar las emociones predominantes en el contexto familiar; reconocer reacciones emocionales asociadas al estrés del cuidado; comprender el papel de la emoción expresada en el curso clínico; disminuir patrones relacionales basados en tensión, crítica o hostilidad.

Procedimiento:

Este módulo se desarrolla en dos sesiones. En la primera sesión se centra la atención en el reconocimiento de las emociones que surgen en el contexto familiar cuando se convive con un/a usuario/a con esquizofrenia. La sesión se inicia con un registro emocional sencillo, donde cada participante identifica una situación reciente que le generó malestar o tensión y analiza qué emoción se encuentra en el origen de su respuesta. Se explican de forma accesible las diferencias entre emoción, pensamiento, y reacción, ya que muchas respuestas familiares se interpretan como “carácter” o “voluntad”, cuando en realidad funcionan como estrategias defensivas para hacer frente al estrés. A partir de ejemplos cotidianos, se analizan patrones frecuentes como la hostilidad, la crítica, el control excesivo o la sobreimplicación, los cuales no suelen surgir por falta de afecto, sino más bien por el intento de manejar la incertidumbre, frustración o miedo.

La discusión grupal permite que las familias se reconozcan en las experiencias del resto, lo cual reduce la sensación de aislamiento y la autculpa. También se subraya que estas reacciones no son únicas de una familia, sino que aparecen de forma recurrente en la literatura clínica sobre carga emocional y cuidado.

Resultados esperados:

Se espera que los participantes reconozcan las emociones involucradas en el proceso de cuidado, comprendan el impacto de la emoción expresada en la evolución clínica y desarrollen una mirada menos culpabilizadora y más regulada de la interacción familiar.

Sesión 11

Modalidad: Grupal

Objetivos: Adquirir estrategias de regulación emocional; identificar patrones reactivos en la interacción familiar; promover respuestas relacionales más ajustadas; disminuir el impacto de la sobrecarga emocional en la convivencia; capacitar a las familias en el uso de técnicas aplicables en el hogar.

Procedimiento:

La segunda sesión se dedica a la adquisición de herramientas prácticas para la autorregulación emocional. Se presentan técnicas específicas como la respiración diafragmática, que consiste en dirigir la respiración hacia la zona baja del abdomen en lugar de al tórax. Esta técnica se utiliza para disminuir la activación fisiológica que aparece ante situaciones de estrés. Posteriormente se invita a las familias a reproducirlas en casa en momentos concretos, como antes de iniciar una conversación difícil o cuando se percibe que la situación se está desbordando.

Otra técnica que se introduce es la denominada STOP. La persona encargada explica que esta técnica permite interrumpir el impulso inmediato de responder ante una situación tensa y reemplazarlo por una reacción ajustada. En el programa se utiliza un ejemplo habitual: una escena en la que el /la usuario/a insiste en una petición o muestra oposición ante una indicación. Se invita a las familias a “parar”, realizar una respiración breve, “mirar” lo que está ocurriendo y “ejecutar” con una respuesta menos impulsiva. El grupo trabaja este procedimiento mediante pequeños ejercicios, ya sea describiendo situaciones personales o mediante dramatizaciones breves guiadas por el equipo. De igual modo, se exploran estrategias de pausa consciente, útiles para desactivar la escalada emocional. Se explica que pedir unos segundos antes de responder o cambiar momentáneamente de espacio físico no constituye una retirada o un abandono, sino un modo de cuidar el vínculo. Las familias identifican escenas en las que la pausa podría funcionar, por ejemplo, cuando el /la usuario/a se muestra desorganizado durante las tareas domésticas o cuando pide información repetitiva y se trabajan formas socialmente aceptables de verbalizar esa pausa “dame un segundo para pensarlo”.

Finalmente, se presentan pequeños protocolos conversacionales orientados a disminuir la fricción en interacciones. Se trabajan pautas como elegir momentos adecuado, utilizar enunciados en primera persona (“me preocupa”), verificar si el familiar ha entendido lo dicho antes de dar por finalizada la conversación y evitar debates en momentos de irritabilidad. Para que estos protocolos no queden en el plano teórico, el quipo propone al grupo que identifique dos o tres situaciones frecuentes en casa y que concreten cómo o aplicarían estas pautas en cada una de ellas. Esta fase es clave para que la intervención tenga una transferencia real al contexto diario.

El módulo concluye con la elaboración de una “caja de herramientas emocionales”, que consiste en una selección personal de técnicas y estrategias que cada familia considera viable para su propia casa. Algunas familias escogen la respiración como recurso principal, mientras que otros/as optan por pausas.

Resultados esperados:

Al finalizar se espera que las familias, incorporen técnicas de autorregulación que disminuyan la escalada emocional, mejoren la convivencia mediante respuestas más flexibles y menos reactivas. Así como dispongan de una “caja de herramientas emocionales” adaptada a su realidad.

6.4.8 Módulo 6: Comunicación positiva y manejo de conflictos

Sesión 12

Modalidad: Grupal

Objetivos: Identificar estilos comunicativos predominantes en el hogar; reconocer barreras que dificultan la expresión emocional; disminuir patrones críticos o confrontativos; favorecer la escucha activa.

Procedimiento:

La sesión comienza con una actividad breve en la que se solicita a las familias que revisen una situación reciente de conversación con el usuario que haya resultado especialmente difícil o confusa. La finalidad no es analizar el contenido de la discusión,

sino el modo en que se expresó, los silencios que se produjeron y las emociones que acompañaron al intercambio.

Posteriormente, el equipo introduce los principales estilos comunicativos (asertivo, pasivo, agresivo y pasivo–agresivo), explicados mediante ejemplos clínicos que resulten reconocibles. El objetivo de esta explicación es que los participantes puedan situarse en un espectro comunicativo sin sentirse etiquetados. Se discute también cómo determinadas dificultades cognitivas asociadas a la esquizofrenia pueden interferir en la comunicación, lo que ayuda a reinterpretar ciertos malentendidos no como desinterés, sino como limitaciones funcionales.

A continuación, se abre un espacio de reflexión grupal sobre los obstáculos que aparecen en la comunicación familiar: miedo a herir al otro, temor a generar recaída, tendencia a evitar temas sensibles o sobrecarga emocional. El equipo clínico facilita la conversación subrayando que el conflicto no es necesariamente un indicador de fracaso relacional, sino parte de la convivencia.

La sesión concluye con una síntesis de los contenidos y con la entrega de una hoja de autoobservación para aplicar durante la semana, en la que cada familia registra una situación comunicativa y analiza qué facilitó o dificultó la comprensión mutua.

Resultados esperados:

Se espera que los participantes puedan identificar sus propios estilos comunicativos, reconozcan barreras relacionales habituales y comiencen a concebir la comunicación como una herramienta que puede entrenarse y no como un rasgo fijo.

Sesión 13

Modalidad: Grupal

Objetivos: Adquirir estrategias para prevenir escaladas conflictivas; practicar técnicas de comunicación empática; establecer límites realistas dentro del rol familiar; favorecer el acuerdo y la negociación.

Procedimiento:

La sesión inicia revisando las hojas de autoobservación. Las familias comparten situaciones que lograron manejar de manera constructiva y otras que resultaron más difíciles. Este intercambio permite situar la experiencia dentro de un continuo normal y reduce la percepción de excepcionalidad.

A continuación, se introducen estrategias de regulación comunicativa que incluyen: uso del “yo” en lugar del “tú” en la expresión de demandas, establecimiento de límites claros, uso de preguntas abiertas y técnicas de validación emocional. Se pone especial atención en la validación, ya que constituye una herramienta que disminuye la reactividad emocional y mejora la receptividad del interlocutor.

Posteriormente se proponen pequeños role-playing en grupos reducidos. Los participantes representan conversaciones habituales -por ejemplo, en torno a medicación, responsabilidades domésticas o salidas sociales- y ensayan formas alternativas de expresarse. El objetivo de esta práctica no es corregir la forma de hablar, sino ampliar opciones relacionales y observar qué estrategias favorecen la disminución del conflicto.

La sesión concluye destacando la importancia de mantener expectativas realistas respecto al cambio comunicativo. No se espera que el hogar se convierta en un espacio sin discrepancias, sino que las divergencias puedan canalizarse de manera menos desgastante y más orientada a la colaboración.

Resultados esperados:

Al finalizar, se espera que las familias cuenten con herramientas básicas de regulación comunicativa, hayan disminuido patrones confrontativos y puedan experimentar una mayor sensación de agencia ante situaciones conflictivas.

6.4.9 Módulo de cierre: Síntesis del proceso, evaluación y proyección futura

Sesión 14

Modalidad: Grupal

Objetivos: Revisar el proceso realizado; identificar cambios y aprendizajes; reforzar redes de apoyo; planificar próximos pasos; facilitar una despedida simbólica y contenida.

Procedimiento:

La sesión comienza con una actividad de retrospectiva en la que se solicita a las familias que revisen el “antes” y el “después” del proceso, no solo en términos clínicos (adherencia, comunicación, manejo de estrés), sino también en términos subjetivos (esperanza, comprensión, carga percibida). Se promueve una reflexión no comparativa, evitando evaluaciones del tipo “mejor/peor”, y privilegiando la comprensión del proceso.

Posteriormente, se abre un espacio grupal para compartir aprendizajes significativos. En ocasiones emergen temas relacionados con el alivio de no sentirse solos, la posibilidad de hablar sobre el trastorno sin miedo al juicio o el descubrimiento de recursos que desconocían. Este intercambio contribuye a consolidar el sentido comunitario del programa.

A continuación, el equipo introduce la dimensión proyectiva. Se invita a cada familia a identificar un objetivo concreto para las próximas semanas, ya sea vinculado al ámbito familiar, clínico o social. Esta planificación no tiene carácter de tarea obligatoria, sino de puente para la transición fuera del dispositivo terapéutico.

Finalmente, se realiza la despedida grupal. Este momento se acompaña con cuidado, ya que el cierre puede despertar emociones de apego y pérdida. El equipo ofrece información sobre recursos comunitarios y dispositivos complementarios para quienes deseen continuar procesos personales o familiares.

Resultados esperados:

Se espera que al finalizar la intervención las familias puedan integrar los aprendizajes

adquiridos, cuenten con una mejor percepción de apoyo y agencia, y dispongan de metas realistas que continúen el trabajo fuera del dispositivo.

6.5. Cronograma de la intervención

Módulo	Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
0	1	■	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	2 / 3	.	■	■	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	4 / 5	.	.	.	■	■	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	6 / 7	.	.	.	.	.	■	■	.	.	.	.	.	.	.
4	8 / 9	.	.	.	.	.	.	.	■	■	.	.	.	.	.
5	10 / 11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	■	■	.	.	.
6	12 / 13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	■	■	.
Cierre	14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	■

Cronograma de contenidos por sesión

Semana	Módulo	Sesión	Objetivos	Contenidos	Actividades
1	0	1	Presentar el programa; cohesión; normas	Objetivos del programa; acuerdos grupales	Dinámicas presentación; acuerdos; expectativas
2	1	1	Comprender la esquizofrenia	Psicopatología básica	Mapa conceptual; discusión
3	1	2	Comprender rol del tratamiento	Adherencia; medicación	Role-play; ficha seguimiento
4	2	1	Impacto emocional	Estrés familiar; sobrecarga	Línea tiempo emocional
5	2	2	Rol familiar en recuperación	Vulnerabilidad-estrés	Análisis de casos
6	3	1	Prevenir recaídas	Señales tempranas	Semáforo señales

7	3	2	Acciones ante recaídas	Actuación coordinada	Simulación situaciones
8	4	1	Conceptualizar recuperación	Modelos recuperación	Rueda recuperación
9	4	2	Fomentar autonomía	Objetivos usuario	Plan colaborativo
10	5	1	Identificar emociones	Emoción expresada	Registro emocional
11	5	2	Regular respuestas	Regulación emocional	Entrenamiento habilidades
12	6	1	Mejorar comunicación	Comunicación positiva	Role-play; escucha activa
13	6	2	Manejo de conflictos	Resolución conflictos	Negociación familiar
14	C	1	Cierre y evaluación	Síntesis proceso	Evaluación y despedida

6.6. Evaluación de la eficacia de la intervención

La evaluación de la eficacia de la intervención multifamiliar se llevará a cabo mediante un diseño pretest-postest, cuya finalidad es analizar los cambios producidos en las variables psicológicas y familiares tras la implementación del programa. Este tipo de diseño es adecuado para estudios piloto porque permite valorar la viabilidad y el impacto preliminar de la intervención.

La evaluación se realizará en dos momentos temporales:

- Evaluación preintervención: se llevará a cabo antes del inicio del programa, con el objetivo de establecer una línea base del nivel de sobrecarga, conocimientos y emoción expresada de los familiares participantes.
- Evaluación postintervención: se realizará una vez finalizadas las 12 semanas de intervención, administrando los mismos instrumentos para identificar cambios atribuibles al programa.

Ambas evaluaciones serán realizadas por las dos psicólogas responsables del programa, garantizando condiciones estandarizadas de aplicación y respeto de los principios éticos.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

La eficacia del programa se evaluará a través de las siguientes variables dependientes previamente definidas en el apartado de metodología:

- Conocimiento y creencias sobre la esquizofrenia, evaluados mediante un cuestionario ad hoc diseñado para esta intervención. Se analizarán los cambios en la puntuación total y en las dimensiones relacionadas con mitos.
- Sobrecarga del cuidador, medida a través del Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Se espera una disminución de la puntuación total tras la intervención, indicando una reducción de la carga objetiva y subjetiva asociada al rol de cuidado.
- Emoción expresada, evaluada mediante la Escala para Evaluar Emoción Expresada de Méndez *et al.* (20024). Se analizarán tanto los cambios en la puntuación global como en las subescalas de criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional.

Por otro lado, de manera complementaria, se recogerán datos cualitativos de eficacia mediante la observación clínica durante las sesiones.

En síntesis, se considerará que la intervención ha sido eficaz cuando se observen:

- Altos niveles de satisfacción y percepción de utilidad del programa por parte de las familias participantes
- Incrementos significativos en el nivel de conocimientos y creencias ajustadas sobre la esquizofrenia.
- Descenso en los niveles de emoción expresada, especialmente en las dimensiones de criticismos y sobreimplicación emocional.

Por otra parte, como indicadores adicionales de eficacia, se evaluará la adherencia al programada, a través del registro de asistencia (mínimo 80% de las sesiones), y la viabilidad de la intervención, considerando aspectos como la tasa de abandono y la participación activa.

La evaluación de la eficacia permitirá conocer el impacto preliminar del programa sobre las variables asociadas al curso de la esquizofrenia y al bienestar

familiar. Los resultados obtenidos, guiarán la base para la optimización del programa y para el diseño de futuras investigaciones con muestras más amplias y diseños metodológicos más exhaustivos.

6.7. Atención a la diversidad

La intervención se desarrolla en un contexto grupal diverso, en el que concluyen familias con distintas realidades, estilos comunicativos, niveles de implicación, trayectorias de cuidado y experiencias emocionales vinculadas a la enfermedad. Esta heterogeneidad, si bien constituye una riqueza terapéutica, también puede suponer conflictos interpersonales, tensiones emocionales o dificultades en la convivencia grupal. Por ello, el programa incorpora estrategias específicas de atención a la diversidad y manejo de conflictos, garantizando un espacio seguro, y respetuoso.

Desde el inicio del estudio, en el módulo de presentación, se establecen las normas de funcionamiento, consensuadas con los/as participantes. Estas normas actúan como marco preventivo frente a posibles conflictos, facilitando un clima de seguridad psicológica. Asimismo, los/as profesionales responsables de la intervención mantienen una observación clínica continuada de las dinámicas del grupo, prestando atención no solo posibles conflictos, sino también a indicadores de malestar significativo, tales como, conductas de evitación, dificultades de comunicación intrafamiliar o expresiones de sobrecarga extrema.

Dado que el programa tiene un carácter grupal y psicoeducativo, pueden darse situaciones en las que algún/a participante o familia presente necesidades que excedan el alcance del formato multifamiliar. En estos casos, se realizará una valoración individualizada, teniendo en cuenta la naturaleza del malestar, intensidad y si interferencia con el desarrollo de la intervención. En caso de identificar la necesidad de una intervención individual o familiar específica, las profesionales procederán a:

- Coordinarse con el equipo profesional del centro AFES para valorar una posible derivación a recursos adecuados.
- Ajustar, cuando sea necesario, la participación del/la familiar en el grupo, priorizando siempre su bienestar y el del resto de participantes, sin que ello suponga exclusión o estigmatización.

- Brindar una orientación individual puntual, centrada en la contención emocional y la clarificación de la situación.

6.8. Relación con los objetivos sostenibles de la Agenda 2030

La intervención multifamiliar propuesta se alinea con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2015); sobre todo aquellos vinculados a la salud, el bienestar y la reducción de desigualdades. Desde una perspectiva psicosocial, el programa contribuye al desarrollo sostenible al fomentar la salud mental, la inclusión social y el apoyo a las familias cuidadoras, colectivo invisibilizado y vulnerable.

ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. El objetivo del programa se relaciona de forma directa con el tercer objetivo, cuyo propósito es facilitar una vida digna y bienestar independiente de la edad. La intervención está orientada a mejorar la salud mental de los familiares cuidadores/as, mediante la reducción de la emoción expresada, el estrés y la sobrecarga asociado al cuidado. De igual modo, el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas contribuyen a una intervención más eficaz, continuada y centrada en la persona.

ODS 4. Educación de calidad. El programa se relaciona igualmente con el ODS 4, al promover una educación de calidad a lo largo de la vida mediante la psicoeducación familiar. El estudio, proporciona a los familiares conocimientos actualizados sobre la esquizofrenia, el tratamiento, la prevención de recaídas y la comunicación saludable. Este proceso educativo, empodera a las familias como agentes activos del cuidado.

ODS 5. Igualdad de Género. El ODS 5 también forma parte de la intervención, dado que el rol de cuidador en el ámbito de salud mental recae normalmente en mujeres, quienes presentan mayores niveles de sobrecarga y estrés. Al ofrecer apoyo psicoeducativo y emocional a las personas cuidadoras, el programa contribuye indirectamente a la reducción de desigualdades de género, facilitando el bienestar psicológico y la corresponsabilidad en el cuidado.

ODS.10 Reducción de las desigualdades. El programa al dirigirse a un colectivo que se enfrenta a múltiples formas de desigualdad social, estigmatización y exclusión. Mediante la psicoeducación, reducción del estigma y el fortalecimiento del apoyo familiar, la intervención promueve la igualdad de oportunidades, la participación social y el acceso equitativo a recursos de salud mental.

6.9. Resultados esperados

Tras la finalización del programa de intervención multifamiliar dirigido a familias de personas con esquizofrenia, se espera que se produzcan una serie de beneficios en distintos niveles: familiares, interpersonales y de funcionamiento psicosocial tanto en los/as usuarios/as como en sus familiares. Desde una perspectiva funcional y de recuperación, dichos beneficios no se conciben únicamente como la reducción de síntomas, sino como el incremento de participación, autonomía, bienestar y capacidad de manejo cotidiano, tanto por parte del/de la usuario/a como del entorno familiar.

En el caso del/de la usuario/a, se espera que el programa le ayude a comprender mejor lo que le ocurre, favoreciendo la identificación de cambios en su estado y de señales tempranas que pueden anticipar una descompensación. Esta comprensión no es solo informativa, sino que se traduce en más capacidad para cuidar de sí mismo/a, tomar decisiones más activas sobre su tratamiento y mejorar la adherencia, especialmente en lo relativo a la medicación y a las estrategias de prevención de recaídas. De igual modo, se prevé un incremento de sentido de autoeficacia y del sentimiento de pertenencia a un entorno social, elementos que forman parte del enfoque de recuperación y que pueden facilitar la construcción de un proyecto de vida acorde con las capacidades y deseos del/de la usuario/a. En los casos que la persona no pueda participar directamente, se considera que la propia familia puede ejecutar un papel facilitador, al interiorizar estas perspectivas y trasladarlas al acompañamiento cotidiana.

En cuanto a la familia, se espera una mejora en la comprensión del trastorno, lo que implica dejar atrás explicaciones fatalistas o centradas en la culpa y sustituirlas por un repertorio más amplio que contemple vulnerabilidad, estrés, curso fluctuante y posibilidad de estabilización. Este tipo de comprensión permitir diferenciar entre “estar pendiente” y “controlar la situación”, lo cual reduce conductas basadas en la

sobreprotección, confrontación o la evitación. Como consecuencia, se anticipa un decremento de la EE y de la criticidad dirigida al/de la usuario/a, aspectos que la literatura ha vinculado de manera consistente con el riesgo de recaídas y con el deterioro del clima familiar. Al mismo tiempo, se espera que la familia incorpore herramientas concretas para comunicarse de forma más eficaz, regular sus emociones y resolver conflictos dentro del hogar.

Desde el plano interpersonal, la intervención contribuye a crear un espacio colaborativo entre las distintas familias participantes. Este componente grupal tiene un valor terapéutico en sí mismo, ya que permite compartir experiencias que rara vez encuentran un espacio de reconocimiento fuera del ámbito familiar. El hecho de escuchar a otras familias en situaciones similares reduce la sensación de fracaso, culpa o aislamiento. La validación mutua disminuye el estigma, tanto interno como externo, y normaliza emociones intensas presentes en el proceso de cuidado. Todo esto favorece la emergencia de estrategias más resilientes basadas en el apoyo social.

En terminología clínica, el programa no actúa como un tratamiento directo, pero sí puede contribuir a una disminución de recaídas y rehospitalizaciones al mejorar la adherencia, detección precoz de signos de alarma y la coordinación con los servicios sanitarios. La elaboración de planes para actuar ante descompensaciones disminuye la improvisación y la carga emocional asociada, ya que proporciona pautas claras sobre qué hacer y a quién acudir. Asimismo, la familia puede convertirse en un interlocutor más competente y menos reactivo en su relación con los equipos profesionales, facilitando la continuidad asistencial.

Desde la perspectiva de la calidad de vida, se espera que la persona como sus familiares experimenten un decremento del malestar emocional y una mejora del ambiente relacional, junto con una mayor sensación de agencia y capacidad para influir sobre su propio proceso. El enfoque de recuperación permite que el proyecto de vida del/de la usuario/a no quede suspendido a la espera de remisión completa de síntomas, sino que pueda construirse de manera paulatina, aceptando avances y retrocesos.

En definitiva, los resultados esperados del programa pueden resumirse en dos grandes direcciones; por un lado, reducir la vulnerabilidad clínica asociada a recaídas,

crisis y sobrecarga, y por otro, aumentar los recursos adaptativos del sistema familiar para acompañar el proceso de recuperación. Aunque la intervención no puede eliminar las dificultades inherentes al trastorno, sí puede transformar la forma en la que se entiende, comunica y se gestiona, contribuyendo a crear entornos más seguros, participativos y mejor orientados al bienestar y a la autonomía.

7. Conclusión, limitaciones y líneas futuras.

El presente trabajo tuvo como objetivo el diseñar un programa de intervención multifamiliar dirigido a familias de personas con esquizofrenia, con el fin de mejorar la comprensión del trastorno, reducir la sobrecarga emocional y relacional vinculado al cuidado, favorecer la adherencia terapéutica y fomentar un acompañamiento orientado a la recuperación y a la autonomía del/de la usuario/a. Para ello, se desarrolló un programa psicoeducativo y vivencial estructurado en siete módulos que combinan contenidos teóricos con entrenamiento en habilidades comunicativas, regulación emocional y planificación colaborativa.

7.1. Discusión de los resultados

La presente intervención multifamiliar dirigida a familias de personas con esquizofrenia ha permitido diseñar, estructurar y fundamentar un programa psicoeducativo y terapéutico que responde a necesidades ampliamente documentadas en la literatura científica. Las familias cuidadoras suelen presentar elevados niveles de estrés, sobrecarga y emoción expresada, factores que influyen tanto en el bienestar del sistema familiar como en la evolución clínica de la persona con esquizofrenia. En consonancia con los estudios clásicos de Falloon y colaboradores, así como con aportaciones más recientes en el ámbito comunitario, el trabajo desarrollado evidencia que la intervención familiar estructurada constituye una estrategia eficaz para mejorar el clima familiar, reducir la EE y fortalecer la adherencia al tratamiento (Anderson *et al.*,1980)

Los resultados obtenidos también coinciden con investigaciones que observaron que el manejo familiar adecuado podía reducir la morbilidad vinculada asociada al trastorno y mejorar el funcionamiento del/de la paciente. En un estudio longitudinal de dos años, Falloon y colaboradores evidenciaron que el entramiento familiar estructurado tenía impacto clínico relevante, especialmente en términos de reducción de recaídas y

necesidad de rehospitalización (Falloon *et al.*, 1985). El presente programa incorpora componentes similares, incluyendo psicoeducación, comunicación y coordinación terapéutica formal, lo cual otorga coherencia externa a los resultados obtenidos.

Un elemento destacable del programa es la incorporación explícita del enfoque de recuperación. Este enfoque, mas extendido en la literatura anglosajona, plantea que la mejora no solo debe valorarse en términos sintomáticos, sino también en relación con el sentido vital. Los resultados hipotéticos que muestran mejoras en autonomía y participación encuentran apoyo en la literatura que señala la necesidad de transformar los servicios hacia modelos más centrados en el/la usuario/a y orientados a la recuperación (Perkins y Slade, 2012). Desde esta perspectiva, el rol de la familia se convierte en un elemento facilitador cuando dispone de herramientas y marcos comprensivo para acompañar el proceso.

Asimismo, la psicoeducación incorporada al programa coincide con propuestas que han demostrado que proporcionar información accesible y contextualizada favorece el afrontamiento familiar y reduce el malestar emocional asociado al cuidado. Los trabajos de Colom y Viete (2006), aunque centrados en el trastorno bipolar, han mostrado que la psicoeducación tiene efectos positivos tanto en pacientes como en sus familiares, lo que respalda la pertinencia de incluir componentes educativos en TMG.

En definitiva, los resultados obtenidos muestran coherencia con la literatura existente y apoyan la idea de que la intervención familiar estructurada constituye un complemento relevante dentro del tratamiento de la esquizofrenia, al favorecer el clima familiar, la comprensión de la enfermedad y la participación del/de la usuario/a en su proceso de recuperación

7.2. Limitaciones del estudio

No obstante, es importante señalar que el presente trabajo, como todo estudio aplicado, presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el diseño pretest–postest con grupo control. La mejoría observada podría estar influida por variables externas no controladas, como cambios en el tratamiento farmacológico, procesos personales del paciente o apoyo adicional recibido fuera del programa.

En segundo lugar, el tamaño muestral reducido (n=10 familias), característico de intervenciones grupales, dificulta la generalización de los resultados a otras poblaciones.

A ello se suma la heterogeneidad de las familias, con distintas configuraciones, niveles de implicación y trayectorias de cuidado, lo que puede haber influido en la intensidad del cambio observado.

Otra limitación relevante es la duración relativamente breve del programa (12 semanas). Aunque suficiente para generar cambios iniciales, la literatura indica que los beneficios más estables en EE, comunicación familiar o prevención de recaídas suelen consolidarse en intervenciones de mayor duración o en programas combinados con seguimiento. La ausencia de medidas de seguimiento a medio o largo plazo es, por tanto, un aspecto que limita la capacidad para determinar la estabilidad del cambio en el tiempo.

También debe señalarse que algunas de las variables evaluadas mediante instrumentos de autoinforme (estrés, carga, satisfacción) pueden estar influenciadas por sesgos de deshabilitación social o por el propio contexto emocional del momento. Si bien se han elegido instrumentos validados, el uso combinado con técnicas cualitativas (entrevistas abiertas, observación sistemática prolongada) podría ofrecer una visión más profunda y matizada.

A estas limitaciones se suma el hecho de que el programa se implementó en un contexto comunitario concreto, lo que puede condicionar la replicabilidad en otros servicios con recursos, dinámicas o características poblacionales diferentes. La participación voluntaria también implica un posible sesgo de selección: las familias más motivadas o con mayor disposición al cambio tienden a permanecer en el programa, lo que podría influir en los resultados obtenidos.

A pesar de estas limitaciones, el trabajo presenta diversas fortalezas. La primera de ellas es su carácter integral: combina psicoeducación, entrenamiento en habilidades y apoyo emocional, tres componentes que la literatura identifica como pilares de las intervenciones familiares efectivas. En segundo lugar, el formato multifamiliar permite optimizar recursos y al mismo tiempo potenciar factores protectores como el apoyo mutuo y la cohesión social, aspectos que difícilmente se logran en intervenciones individuales. Asimismo, la adaptación del contenido a las necesidades específicas de las familias de AFES Salud Mental refuerza la pertinencia contextual del programa.

Otra fortaleza destacable es la coherencia entre la metodología empleada, los instrumentos de evaluación y los objetivos planteados, lo cual refuerza la validez interna del diseño. Además, la incorporación de medidas de satisfacción y el análisis del clima familiar permiten obtener una visión multidimensional del impacto, alineada con las recomendaciones actuales en investigación aplicada en salud mental comunitaria.

Finalmente, el trabajo aporta una herramienta concreta y transferible para dispositivos de salud mental, pudiendo constituir la base para futuros programas o protocolos institucionales orientados a apoyar a las familias cuidadoras.

7.3. Prospectiva y líneas de futuro

A partir de las limitaciones previamente señaladas, se abren diversas líneas futuras de desarrollo e investigación. Una primera línea se orienta hacia la evaluación empírica del programa mediante diseños cuasiexperimentales o experimentales que incluyan medidas pre-post y seguimientos longitudinales. La incorporación de indicadores mixtos (cualitativos y cuantitativos) permitirá captar con mayor fidelidad no solo los cambios clínicos, sino también los efectos subjetivos y relaciones del programa.

Otra línea importante consiste en explorar la participación activa de los/as usuarios/as dentro del modelo. La literatura apunta que la voz del/de la usuario/a aporta sentido de agencia, mejora la adherencia y favorece la apropiación del proceso de recuperación. Sin embargo, su participación sigue siendo un reto en contexto de TMG. De igual modo, podría resultar pertinente adaptar el programa a formatos híbridos (presencial-online), lo cual facilitaría la asistencia de familias que enfrentan barreras de movilidad, disponibilidad o localización geográfica.

Una tercera línea consiste en integrar el programa dentro de dispositivos comunitarios más amplios, garantizando continuidad asistencial con equipos clínicos, educación sanitaria y redes de apoyo social. Además de ello, sería pertinente desarrollar investigaciones comparativas entre el formato multifamiliar y otros modelos (individual familiar, grupos solo de usuarios/as, intervenciones centradas en la cognición...) con el objetivo de determinar qué componentes resultan más efectivos en cada caso y para qué perfiles de familia.

En definitiva, esta propuesta sienta una base sólida para el desarrollo de intervenciones familiares más sistematizadas, accesibles y sostenibles dentro de los

dispositivos de salud mental comunitaria, contribuyendo a una atención más integral y centrada tanto en el/la paciente como en su entorno familiar.

8. Referencias Bibliográficas

- Alvear Velásquez, M. J., y Sandoval Carrión, I. P. (2024). *Adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: Revisión sistemática*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 192–205. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., y Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–505. <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Audiffred Jaramillo, R. I., González Lozano, L. A., García de Alba García, J. E., García Sandoval, K., Almaraz Cortez, B. A., Montes Jacuinde, K. M., y Torres Valencia, J. D. J. (2022). El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar. *Psicumex*, 12. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.465>
- Butzlaff, R. L., y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547–552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547>
- Colom, F., y Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.
- Corrales, A., Abadi, A., Bartoli, G., Pinto, C. B., Cabrera, A., y Cetkovich-Bakmas, M. (2025). Primer consenso argentino sobre el manejo de la esquizofrenia. Primera parte: Introducción, metodología de trabajo y generalidades. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 36(169), 70–96. <https://doi.org/10.53680/vertex.v36i169.900>

- Corrigan, P. W., Watson, A. C., y Barr, L. (2016). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Correll, C. U., y Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16*, 519–534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Encinas Carpintero, T. (2017). *Efectividad de una intervención familiar para disminuir la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia* [Trabajo de investigación].
- Espina Eizaguirre, J., y Pumar, A. (2000). La emoción expresada y su relación con la recaída en pacientes con esquizofrenia. *Revista Española de Salud Mental, 23*(2), 45–56. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352000000400004>
- Fadden, G. (2006). Training and disseminating family interventions for schizophrenia: Developing family intervention skills with multidisciplinary groups. *Journal of Family Therapy, 28*(1), 23–38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2006.00335.x>
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H. B., y Simpson, G. M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 42*(9), 887–896.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., y Nicolini, H. (2007). Traducción al español y confiabilidad del Cuestionario de Tamizaje para Síntomas Prodrómicos (PRIME Screen). *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*(6).
- Gómez, J., y Muñoz, M. (2022). Estigma familiar en la esquizofrenia: Revisión narrativa. *Psicología Conductual, 30*(3), 521–540.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., y Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(1), 14–23. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0126-3>

- Godoy, J. F., y Muela Martínez, J. A. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: La emoción expresada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME)*, 4(7).
- Inglott Domínguez, R., Touriño González, R., Baena Ruiz, E., y Fernández Fernández, J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 9–23. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352004000400002>
- Perkins, R., y Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29–39. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., y Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(12), CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3>
- Rodolico, A., et al. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 123–134. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
- Sáez Álvarez, E. J., Burguete Ramos, M. D., Martínez-Riera, J. R., y Moreno Rupérez, F. D. (2018). *Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental*.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., y Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Valero-Pacheco, I. C., y Riaño-Casallas, M. I. (2025). Costo de las incapacidades por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia, 2016–2018. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 54, 78–88. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.06.002>
- Wang, Y., Chen, X., y Li, J. (2024). Expressed emotion and relapse in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 263, 75–84.

9. Apéndices

9.1. Apéndice 1. Cuestionario de Conocimientos y Creencias sobre la Esquizofrenia

Cuestionario de Conocimientos y Creencias sobre la Esquizofrenia (CCCE)

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la esquizofrenia y con el papel de la familia en el proceso de cuidado y tratamiento. No existen respuestas correctas o incorrectas. Señale la opción que mejor refleje su grado de acuerdo con cada afirmación.

Escala de respuesta:

1 = Totalmente en desacuerdo | 2 = En desacuerdo | 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 = De acuerdo | 5 = Totalmente de acuerdo

Ítems

Nº	Afirmación	1	2	3	4	5
1	La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta al pensamiento, las emociones y la conducta.					
2	Las personas con esquizofrenia pueden presentar síntomas positivos y negativos.					
3	La esquizofrenia implica necesariamente un deterioro progresivo e irreversible. (I)					
4	Con un tratamiento adecuado, las personas con esquizofrenia pueden mejorar su calidad de vida.					
5	La esquizofrenia se debe principalmente a una falta de voluntad personal. (I)					
6	Factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en el desarrollo de la esquizofrenia.					
7	El consumo de sustancias puede empeorar los síntomas de la esquizofrenia.					

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

8	Las personas con esquizofrenia suelen ser peligrosas para los demás. <i>(I)</i>					
9	La mayoría de las personas con esquizofrenia no representan un peligro si reciben tratamiento.					
10	La conducta de una persona con esquizofrenia es siempre imprevisible. <i>(I)</i>					
11	El tratamiento farmacológico es fundamental para el control de los síntomas.					
12	La intervención psicológica y psicosocial complementa el tratamiento farmacológico.					
13	Una vez estabilizada la persona, no es necesario un seguimiento profesional continuo. <i>(I)</i>					
14	Las recaídas pueden prevenirse parcialmente con una buena adherencia al tratamiento.					
15	La familia desempeña un papel importante en la evolución de la esquizofrenia.					
16	Informarse sobre la esquizofrenia ayuda a mejorar la convivencia familiar.					
17	El cuidado de una persona con esquizofrenia es responsabilidad exclusiva de la familia. <i>(I)</i>					
18	El apoyo emocional familiar puede favorecer la recuperación de la persona con esquizofrenia.					
19	Las personas con esquizofrenia no pueden llevar una vida autónoma y satisfactoria. <i>(I)</i>					
20	Los familiares también necesitan apoyo profesional para afrontar el rol de cuidador.					

Información para la corrección

- **Número total de ítems:** 20
- **Formato:** Escala Likert de 5 puntos
- **Ítems invertidos:** 3, 5, 8, 10, 13, 17 y 19
- **Interpretación:** Puntuaciones más altas indican mayor nivel de conocimientos y creencias ajustadas a la evidencia científica sobre la esquizofrenia y el rol familiar.

9.2. Apéndice 2. *Consentimiento Informado para la Participación en el Estudio*

Consentimiento Informado para la Participación en el Estudio

Título del estudio:

Intervención psicoeducativa dirigida a familiares de personas con diagnóstico de esquizofrenia

Investigadoras:

Claudia Martín Delgado y Noelia Ramos Luis

Universidad Europea de Canarias / Máster psicología general Sanitaria

Información sobre el estudio

Se le invita a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación que forma parte de un Trabajo Fin de Máster. El objetivo del estudio es evaluar una intervención psicoeducativa dirigida a familiares de personas con esquizofrenia, con la finalidad de mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y el bienestar de los familiares.

Su participación consistirá en asistir a la intervención psicoeducativa y en completar varios cuestionarios antes y después de la misma. El tiempo estimado de participación será de aproximadamente tres meses.

Participación voluntaria

Campus de la Orotava
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello tenga ninguna consecuencia negativa ni afecte a la atención que recibe en el recurso asistencial.

Riesgos y beneficios

La participación no conlleva riesgos físicos. Algunas preguntas pueden resultar emocionalmente sensibles; si lo desea, puede omitir cualquier pregunta. Como posible beneficio, la participación puede ayudarle a comprender mejor la esquizofrenia y a afrontar el rol de cuidador.

Confidencialidad y protección de datos

Los datos recogidos serán tratados de forma confidencial y anónima, conforme a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679. La información será codificada y utilizada únicamente con fines académicos y de investigación, sin que sea posible la identificación de los participantes.

Declaración de consentimiento

He leído la información anterior y comprendo en qué consiste el estudio. He podido hacer preguntas y estas han sido respondidas adecuadamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias.

Acepto participar voluntariamente en este estudio.

Nombre y apellidos del/de la participante:

Firma:

Fecha:

____ / ____ / _____

Campus de la Orotava
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

9.3. Apéndice 3. Tríptico

<h2>Programa multifamiliar</h2>  <ul style="list-style-type: none"> ✓ 12 semanas · 14 sesiones ✓ Participan varias familias ✓ Plazas limitadas (máx. 10) <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir estrés del cuidado - Mejorar convivencia - Favorecer comunicación - Sentirse acompañadas 	<h2>Contacto</h2> <p>gabinetenuevohorizonte@gmail.com</p>   <p> C. Infanta Isabel 22 · Icod de los Vinos Calle Pérez Zamora 41 · Puerto de la Cruz </p> <p>Estacionamiento para personas con movilidad reducida disponible.</p>	<h2>Gabinete Nuevo horizonte en colaboración con Afes Salud Mental</h2> <p>Guía breve para familias</p>  <h3>Comprender la esquizofrenia</h3> <p>No todas las personas tienen los mismos síntomas ni con la misma intensidad</p> 
--	--	--

<h2>Lo básico</h2> <h3>¿Qué es la esquizofrenia?</h3> <ul style="list-style-type: none"> - Es un trastorno que afecta el pensamiento, las emociones y la relación con el entorno. - No es culpa de la persona ni de la familia. - Puede generar confusión, estrés y desgaste emocional.  <p>Lo importante: Existen tratamientos y apoyos eficaces.</p>	<h2>Síntomas</h2> <p>Síntomas positivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones • Ideas delirantes • Desorganización del pensamiento <p>Síntomas negativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de energía • Menor expresión emocional • Aislamiento social <p>Síntomas cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para concentrarse • Lentitud en el pensamiento • Problemas de memoria o planificación 	<h2>Tratamiento y Recuperación</h2> <p>El tratamiento suele incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicación antipsicótica ✓ Apoyo psicológico o psicoeducativo ✓ Rehabilitación psicosocial ✓ Participación familiar ✓ Recursos comunitarios  <p>La recuperación es un proceso, no un evento. Requiere tiempo, acompañamiento y ajustes.</p>
--	---	---

9.4. Apéndice 4. *Presentación sesión 4*





OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- ✓ Comprender qué es la esquizofrenia
- ✓ Diferenciar sus dimensiones clínicas
- ✓ Reducir creencias erróneas y estigma
- ✓ Comprender el modelo vulnerabilidad-estrés
- ✓ Preparar el terreno para el tratamiento



¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

- La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta la manera en que la persona piensa, siente y se relaciona con el entorno.
- La esquizofrenia es algo que la persona tiene, no lo que es.



DIMENSIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO

- Síntomas positivos
- Síntomas negativos
- Deterioro cognitivo

Cada dimensión afecta de manera distinta la vida diaria.




SÍNTOMAS POSITIVOS

- delirios
- alucinaciones
- pensamiento desorganizado
- conducta desorganizada


No implican necesariamente violencia o peligro.




SÍNTOMAS NEGATIVOS




01. Apatía




02. Retraimiento social




03. Dificultad para sentir placer



04. Expresión emocional reducida

A menudo se confunden con "falta de interés". 



DETERIORO COGNITIVO

- atención
- memoria
- planificación
- velocidad de procesamiento

Impacta directamente en el funcionamiento cotidiano.




¿POR QUÉ APARECE LA ESQUIZOFRENIA?

No existe una sola causa. La explicación actual combina factores biológicos, psicológicos y ambientales.



 Vulnerabilidad +  Estrés → Episodios psicóticos / descompensación



CURSO CLÍNICO Y RECUPERACIÓN

01. Curso no lineal



03. Tratamiento multiprofesional

02. Fluctuaciones en el tiempo



04. Enfoque orientado a la funcionalidad



MITOS Y REALIDADES

MITO	REALIDAD
"Son peligrosos"	La mayoría no presenta conductas violentas
"No pueden trabajar"	Pueden hacerlo con apoyos adecuados
"La medicación engancha"	Los antipsicóticos no generan adicción



IMPACTO DEL ESTIGMA

El estigma afecta a:

- autoestima
- participación social
- adherencia al tratamiento
- relaciones familiares



ESTIGMA EXTENDIDO

El estigma también afecta a la familia.

Se denomina estigma extendido y genera:

- sensación de culpa
- vergüenza
- aislamiento
- sobrecarga



EL ROL DE LA FAMILIA

La familia puede aportar:

- ✓ apoyo emocional
- ✓ acompañamiento
- ✓ reducción del estrés
- ✓ mayor adherencia
- ✓ estructura y contención



La familia no es la causa, pero sí parte de la solución.



¿QUÉ VIENE AHORA?



Sesión 2
Comprender la
enfermedad



Sesión 3
Tratamiento y
adherencia

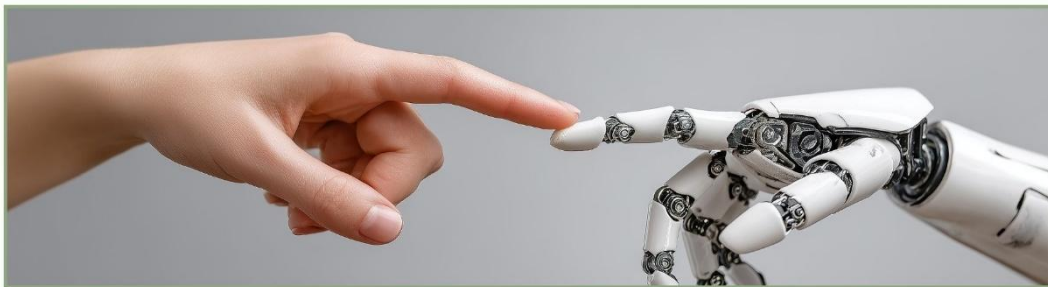


Sesiones 4-5
Impacto emocional
y convivencia



Sesiones 6-7
Prevención de
recaidas

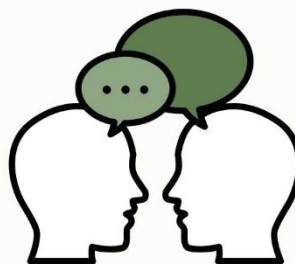




PARA ACOMPAÑAR, PRIMERO
NECESITAMOS COMPRENDER.



¿PREGUNTAS,
DUDAS,
EXPERIENCIAS?



9.5. Apéndice 5. Prevención de recaídas (Sesión 6)





Señales Tempranas en Psicosis



Conducta

- + mayor irritabilidad
- + aislamiento / evita salir
- + abandono de actividades



Emociones

- + ansiedad o suspicacia
- + más triste o apático



Sueño

- + dificultades para dormir
- + duerme durante el día



Pensamiento

- + más despistado / se desconcentra
- + dice que "la gente lo mira raro"



Pensamiento

- + más despistado / se desconcentra
- + dice que "la gente lo mira raro"



Gabinete Psicológico
Horizonte

Mis Señales Tempranas:

prevención y manejo de recaídas



¿Qué cambios sutiles se han repetido en las descompensaciones pasadas?

1.

- _____
- _____

2.

- _____
- _____

Objetivo

- + Aprender de las señales sin culpa.

Consigna para el hogar

- + Observar sin fiscalizar
- + Crear un plan conjunto en familia

Completen los espacios y compártanlos si se sienten cómodos. El objetivo es prever, no agrandar el problema.



Gabinete Psicológico
Horizonte