



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Programa Psicoeducativo y de Intervención Básico en Salud Mental con Familias

Virginia Ruiz Trescastro

Directora: María Rocío Fernández Velasco

Máster en Psicología General Sanitaria

Centro Universitario Cardenal Cisneros

Universidad de Alcalá

Año 2020

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
2. Introducción/Justificación	3
3. Objetivos e hipótesis	5
4. Marco Teórico.....	6
4.1. Método de búsqueda de información	6
4.2. Trastorno Mental Grave: Definición, tipos y prevalencia	8
4.3. Impacto del TMG en familiares	9
4.4. Necesidades de la familia de la persona con TMG y estigma.....	10
4.5. Recomendaciones para el trabajo terapéutico con familias y TMG	11
4.6. Adherencia al tratamiento	14
4.7. Modelo de Anderson y modelo de Fallon y Liberman	15
5. Propuesta de intervención.....	16
5.1. Presentación	16
5.2. Objetivos específicos	17
5.3. Contexto en el que puede aplicarse	17
5.4. Metodología y recursos utilizados.....	18
5.5. Actividades.....	20
5.5.1. Primer Módulo. Bienvenida.....	20
5.5.2. Segundo Módulo. Psicoeducación.	22
5.5.3. Tercer Módulo. Conciencia y responsabilidad emocional.	26
5.5.4. Cuarto módulo. Yo distorsiono, tú distorsionas.	28
5.5.5. Quinto módulo. Mi lugar es.	30
5.5.6. Sexto módulo. Mi familia.....	32
5.5.7. Séptimo módulo. Asertividad.	34
5.5.8. Octavo módulo. Habilidades de afrontamiento.....	36
5.5.9. Noveno módulo. Habilidades de solución de problemas.....	38
5.5.10. Décimo módulo. Nuestras redes.	40
5.5.11. Onceavo módulo. Cuídate.	42
5.5.12. Doceavo módulo. Despedida.....	44
5.6. Cronograma	45
5.7. Evaluación de la propuesta.....	46
6. Conclusiones	48
7. Referencias bibliográficas	52
8. Anexos.....	71

Índice de tablas

Tabla 1	Primer módulo, bienvenida.....	20
Tabla 2	Segundo módulo. Psicoeducación.....	23
Tabla 3	Tercer módulo. Conciencia y responsabilidad emocional.....	26
Tabla 4	Cuarto módulo. Yo distorsiono, tú distorsionas	28
Tabla 5	Quinto módulo. Mi lugar es	30
Tabla 6	Sexto módulo. Mi familia	32
Tabla 7	Séptimo módulo. Asertividad	34
Tabla 8	Octavo módulo. Habilidades de afrontamiento	36
Tabla 9	Noveno módulo. Habilidades de solución de problemas	38
Tabla 10	Décimo módulo. Nuestras redes	40
Tabla 11	Onceavo módulo. Cuídate	42
Tabla 12	Doceavo módulo. Despedida	44
Tabla 13	Distribución temporal del programa de intervención familiar	46

Índice de anexos

Anexo 1	Normas y encuadre terapéutico.....	71
Anexo 2	Mitos falsos y sus realidades	72
Anexo 3	Representación dicotomía entre salud y enfermedad mental	73
Anexo 4	Representación visual del Modelo ABC.....	74
Anexo 5	Ejercicio relación emoción, pensamiento y conducta	75
Anexo 6	Distorsiones cognitivas	76
Anexo 7	Ideas irracionales	77
Anexo 8	Diferencias entre cuidador, familiar y terapeuta	78
Anexo 9	Diferencias entre familiares y terapeutas.....	79
Anexo 10	Tabla ejercicio quién es quien	80

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar un programa de intervención temprana psicoeducativo para familias de personas que padezcan trastorno mental grave o severo. Se propone una intervención de doce sesiones para ofrecer apoyo a los familiares desde el primer contacto con el sistema público de salud mental. Además, actúa como recurso de enlace o puente a posteriores profesionales o instituciones de la red pública de la Comunidad de Madrid. Este apoyo se traduce en ofrecer información a los familiares, habilidades de afrontamiento y solución de problemas en formato grupal, basado en las aportaciones surgidas tras una revisión en la literatura científica. En este trabajo se integran diferentes aproximaciones teóricas como el modelo psicoeducativo de Anderson (1983) y el modelo de intervención conductual de Fallon y Liberman (1983). El programa incorpora a los anteriores modelos estudios recientes, relacionados con la situación y la intervención familiar en patología mental severa. Se destaca de todo lo anterior la importancia del trabajo con el estigma, los sentimientos de culpa, implicación excesiva y hostilidad que suelen aparecer en este colectivo. A esto se le suma el entrenamiento en asertividad como principal factor de protección y la mejora de estos cuidadores informales en calidad de vida, descrita esta última según García (2016).

Palabras clave: trastorno mental grave, intervención familiar, psicoeducación

Abstract

The objective of this work is to present a psychoeducational early intervention program for families of people who suffer a severe mental disorder. It is propose a twelve session intervention to offer support to the family members since their first contact with public mental health system. Also, it acts like a link resource to following professionals of Madrid public mental health institutions. This support is translated to information for the family members, coping habilities and problema solving skills in group format, based in the contributions arised after a scientific literatura review. In this work are integrated different theoretical approaches like Anderson psychoeducational model (1983) and the behavioural intervention model of Fallon and Liberman (1983). The program incorporate the previous models the recent studies, related with situation and family intervention in severe mental pathology. Is highlighted from the previous the importance of work with the stigma, guilty feelings, excessive involvement and hostility that may appear in this group. Add to this is assertiveness training as a main protection factor and these informal caregivers life quality improvement, described according to García (2016).

Key words: severe mental health, family intervention, psychoeducation

2. Introducción/Justificación

La definición de trastorno de mental grave de mayor consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Estados Unidos en 1987, definiendo al colectivo como un grupo heterogéneo de personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, los cuales cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidos mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (NIMH, 1987).

El trastorno mental grave o severo se refiere por tanto al conjunto de las psicosis, fundamentalmente trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar y otros diagnósticos como ciertos trastornos de personalidad, aunque su inclusión sigue siendo polémica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En las cifras que arroja la Organización Mundial de la Salud dentro de los trastornos mentales graves se encuentra que alrededor de 60 millones de personas sufren trastorno bipolar y alrededor de 21 millones padecen esquizofrenia en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En España, entre el 2.5% y el 3% de la población adulta tiene algún diagnóstico de trastorno mental grave, esto supone cerca de un millón de personas (Confederación de Salud Mental España, 2020).

La carga por enfermedad es un término que hace referencia a la gravedad producida por cierto trastorno y se mide en años perdidos debido a la discapacidad que resulta de dicha patología. Dentro de los trastornos mentales, concretamente el trastorno bipolar y la esquizofrenia son los que mayor carga por enfermedad generan en países con ingresos bajos y medios como España (OMS, 2008).

El modelo actual de atención a la Salud Mental Comunitaria desde un enfoque biopsicosocial ofrece alternativas de tratamiento que no requieren un ingreso total ni el aislamiento del paciente con trastorno mental grave o severo (Roldán, Salazar y Garrido, 2014).

Desde este cambio en la atención psiquiátrica, el 88% de las labores de atención y apoyo a las personas con diagnóstico de trastorno mental grave las realizan cuidadores informales como familia y amigos, según la Confederación de Salud Mental de España (Confederación de Salud Mental de España, 2020). Otros autores como Ruiz Jiménez y colaboradores (Ruiz, Núñez, Jódar y Peón, 2008) estiman que el 70% de las personas con diagnóstico de Salud Mental viven con sus padres en la Comunidad de Madrid.

Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación por lo que el trabajo con ellas es imprescindible (Rascón, 2013).

Las dificultades en el cuidado de estos familiares con trastorno mental especialmente trastorno mental grave o severo tienden a afectar el equilibrio emocional y la armonía de las familias. Estas dificultades provocarían un desgaste físico y mental en cada uno de sus miembros (Gómez et al., 2011). Las responsabilidades propias de este cuidado también generan sentimientos de culpa exponiéndolos a un mayor grado de sufrimiento (Muñoz, Price, Reyes y Ramírez, 2010).

En ese orden de ideas, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para los años comprendidos entre 2013 y 2020. El objetivo era promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. Sin embargo, las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de la patología mental, si no abordar otras cuestiones más amplias como la promoción de la salud mental, logrando la integración de otras instituciones para garantizar el bienestar del paciente y su familia (OMS, 2013).

Por su parte, la guía NICE también recomienda incorporar a la familia en los programas psicoeducativos ofertados para las personas con trastorno mental grave. La psicoeducación aparece como una de las técnicas validadas y eficaces para trabajar tanto con pacientes como con familias con personas que tengan trastorno mental grave (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido, 2019).

En la misma línea Asensio (2019), observa la necesidad de diseñar, organizar, aplicar y controlar programas psicoeducativos, que proporcionen información sobre el

trastorno a los familiares que le permitan desarrollar habilidades de manejo del trastorno y de solución de problemas, fomentar un ambiente familiar que posibilite la readaptación gradual del paciente a las tareas del hogar y a la sociedad, disminuir la carga familiar e incrementar la adherencia al tratamiento que supondrá una reducción de la probabilidad de recaída y una mejora de la calidad de vida del núcleo familiar.

Los programas psicoeducativos parecen ser el marco recomendado y en el que se basará esta propuesta. Un programa psicoeducativo que incluye intervención con familias con el fin de disminuir las tasas de reingresos hospitalarios, aumentar la adherencia al tratamiento y especialmente disminuir la carga experimentada por los cuidadores (Dixon et al., 2001). Para ello, se incluye entrenamiento en habilidades enfatizando la comunicación asertiva y no sólo información a los familiares.

3. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de esta propuesta que se presenta es desarrollar un programa de intervención para familiares de personas con trastorno mental grave basado en las aportaciones y recomendaciones recogidas de la comunidad científica más recientes.

Para el desarrollo del objetivo principal se plantea una doble revisión; por una parte, estudiar el impacto del diagnóstico de trastorno mental grave en los familiares de la persona diagnosticada. Por otra parte, una revisión de los programas de intervención aplicado a familias con algún miembro diagnosticado de alguna patología mental.

4. Marco Teórico

Uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica ha sido lograr la permanencia de las personas con trastorno mental en los ámbitos cotidianos de su vida para que conserven su condición de ciudadanos y sean incluidos en los contextos sociales (Ardila, 2009). Ha habido por tanto un movimiento del modelo puramente biologicista a un modelo biopsicosocial. Ardila encontró que en la recuperación de los pacientes que presentaban un diagnóstico de enfermedad mental un aspecto fundamental lo constituía el apoyo familiar.

La familia se consideró un elemento perturbador en el tratamiento del paciente (Battaglia y Schettini, 2010). Sin embargo, en los últimos treinta años se han ido consolidando diferentes modelos de intervención con familias (Fernández, 2010).

El trabajo con familias se justifica desde una doble perspectiva; por una parte, desde el Modelo de Vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977) se entiende la influencia del ambiente familiar y social al igual que la influencia de aspectos genéticos y psicológicos. Existe una correlación entre conductas de hostilidad y/o de sobre implicación por parte de los familiares y el número de recaídas del familiar enfermo (Mayoral, 2014). Desde los estudios de Vaughn y Leff (1981) se deduce que la información a familiares, así como dotarles de habilidades de resolución de problemas contribuye a la reducción de recaídas del familiar afectado y del número de ingresos.

Por otra parte, además de beneficiar al familiar afectado, el trabajo con familias se justifica al ser los principales cuidadores informales y por tanto, estar expuestos a mayores cargas (Irazábal et al., 2017).

4.1. Método de búsqueda de información

Se han realizado dos tipos de revisiones; una primera búsqueda o revisión científica y otra a través de los recursos de la Comunidad de Madrid como asociaciones relacionadas con la enfermedad mental grave y organismos internacionales referentes en salud.

La primera revisión científica se construye mediante las bases de datos: Dialnet, PsicInfo, PsicoDoc, PubMed y ProQuest Research Library.

Se han realizado varias búsquedas utilizando diferentes combinaciones entre palabras clave con el conector booleano “y” o “and” dependiendo si la búsqueda se realizada en castellano o en inglés habiéndose realizado ambas. Respecto al criterio temporal se ha revisado todo aquello publicado en los últimos cinco años y en cuanto al formato del documento han sido la gran mayoría artículos científicos en formato electrónico, pero también guías oficiales de organismos como NICE. Pese a realizarse la revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos con un margen temporal de cinco años, se han incluido otras aportaciones menos recientes que resultaban de interés. Han resultado necesarias de incluir referencias menos recientes derivadas de las actuales, como modelos teóricos específicos principalmente.

Relacionando las palabras clave “mental disorder” y “family” a través del conector “y/and” aparecen 92.911 resultados. Más del 50 % se refieren a cualquier tipo de trastorno mental por lo que se decide delimitar la búsqueda utilizando como palabras clave “severe mental disorder” y “family” a través del mismo conector booleano “y”. En este caso los resultados se reducen a 46.251. De estos resultados se toman todos aquellos que aporten datos estadísticos sobre trastorno mental severo, su definición, estado actual u otros conceptos básicos relacionados como la adherencia al tratamiento o estigma social. Esta revisión finalmente consistió en analizar entorno a 25 resultados.

Esta primera búsqueda en castellano “enfermedad mental” y “familia” obtiene 1.675 resultados. La segunda búsqueda en castellano usando las palabras clave “enfermedad mental grave” y “familia” muestra 412 resultados. De estos 412 resultados se revisan aproximadamente una décima parte, correspondiente a revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Para realizar una revisión científica sobre las diferentes intervenciones realizadas con estos familiares de personas con trastorno mental grave se han efectuado otras búsquedas relacionadas. Las palabras clave “programa” y “familia” en los últimos cinco años apuntan a 25.263 resultados, por lo que se realizaron posteriormente búsquedas cambiando alguna palabra clave para ir acotando y especificando el perfil de resultados. Respetando siempre el criterio temporal y combinando las palabras clave “intervención” y “familia” se obtienen 8.416 resultados. Por último, se obtienen 52 resultados tras la búsqueda de “psicoeducación” y familia” como palabras clave, respetando el conector booleano “y” y los últimos cinco años como criterio temporal. De estos 52 resultados, se revisan 15 que corresponden a programas principalmente psicoeducativos que trabajan únicamente con los familiares de la

persona con alguna patología mental. Estos 15 corresponden a aquellos programas enfocados en patología mental grave como esquizofrenia o trastorno bipolar.

Se ha realizado una revisión complementaria más allá de la científica vinculada a los recursos de salud mental como asociaciones u organizaciones de salud mental de la Comunidad de Madrid. La Comunidad de Madrid ofrece una red pública de atención social a personas que tengan una enfermedad mental grave y duradera con cerca de 6.700 plazas (Guía de Recursos de la Comunidad de Madrid, 2020). Ofrece ayuda gratuita a personas de entre 18 y 65 años y a sus familias desde diferentes dispositivos: Centros de rehabilitación psicosocial o CRPS, centros de día de soporte social o CD, centros de rehabilitación laboral o CRL, equipos de apoyo social comunitario o EASC, residencias, pisos supervisados, plazas supervisadas en pensiones y servicio de atención social y apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar.

Uno de los recursos utilizados por las familias y las personas con trastorno mental grave son las asociaciones u organizaciones de salud mental. La Federación de Salud Mental de Madrid recoge 17 asociaciones de salud mental de Madrid: AMAFE, Alusamen, ABM, AFEM, ASAM, AFAEP, AISS, APASEV, AMAI TLP, ASAVI, AFASAME, ASAV, APASE, ASME, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Psiquiatría y Vida y Fundación Manantial. En todas las asociaciones se proporciona psicoeducación y la mayoría cuenta también con atención a las familias de los usuarios. Dentro de las propuestas que ofrecen abundan la psicoeducación como se ha mencionado, los grupos de ayuda mutua, sesiones de desarrollo personal, autonomía y ocio, así como talleres de formación para familiares.

4.2. Trastorno Mental Grave: Definición, tipos y prevalencia

El trastorno mental grave o severo (TMG) corresponde a aquel trastorno mental severo de duración prolongada que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social (Vila et al., 2007).

La definición más consensuada probablemente sea la del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (National Institute of Mental Health, 1987), que incluye tres dimensiones:

- Diagnóstico: incluye algunos trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos. Según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 establecida por la OMS (2003) cubre los siguientes diagnósticos: trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos delirantes inducidos, trastornos esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastornos depresivos graves recurrentes y trastorno obsesivo compulsivo. Sigue causando controversia la inclusión de los trastornos de personalidad. (Vila et al., 2007).
- Duración de la enfermedad y el tratamiento: superior a dos años.
- Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medida a través de escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (DAS-I).

Concretamente en nuestro país, entre el 2.5% y el 3% de la población adulta tiene algún diagnóstico de trastorno mental grave, lo que supone cerca de un millón de personas (Confederación de Salud Mental España, 2020).

4.3. Impacto del TMG en familiares

La mayor parte de los adultos con TMG convive junto a la familia completa siendo la que brinda el mayor apoyo (Lefley, 1996). Son varios los autores por ese motivo que apuntan a la importancia del trabajo con familias (Vaughn y Leff, 1981).

Muchos autores sugieren las consecuencias o el impacto de convivir con los síntomas, los efectos positivos y negativos de los tratamientos, el proceso de recuperación además de vivir lo que sería su propio duelo por las implicaciones de la enfermedad (Richardson, Cobham, Murray y Mcdermott, 2011).

Estos cuidadores se enfrentan a múltiples situaciones que implican una sobrecarga para sus miembros, los cuales se ven frecuentemente afectados por sentimientos de malestar y sufrimiento (Brischiliari y Waidman, 2012).

Los sentimientos y emociones de malestar y sufrimiento presentados más habituales son: apatía, dolor, ira, angustia, pena, desesperanza, y culpa

(Madianos et al., 2004; Magaña et al., 2007) así como trastornos del estado de ánimo mayoritariamente depresivos y de ansiedad (Goldstein, Miklowitz y Richards, 2002; Rascón, Caraveo y Valencia, 2010; Steele, Maruyama y Galynker, 2010).

4.4. Necesidades de la familia de la persona con TMG y estigma

Frente a la convivencia con la enfermedad, muchas familias desarrollan fortalezas y aprendizajes (Marsh et al., 1996; Cook, Pickett y Bertram, 1997) aunque muchas sienten que no se valora su opinión o no son tenidas en cuenta más allá de brindarles información (Gavois, Paulsson y Fridlund, 2006; Weimand, Hall, Sällström y Hedelin, 2013).

Pese a lo que algún autor en particular pueda apuntar (Gómez et al., 2011) parece que no todos los familiares necesitan un mayor nivel de intervención o estrategias avanzadas cuando se realiza una revisión sobre la intervención en familiares de personas con TMG (Grácio, Gonçalves y Leff, 2016). Sería interesante observar cuáles son las familias que se pueden beneficiar de mayor intervención y aquéllas que no la necesitan para el diseño del grupo terapéutico puesto que estas últimas dificultan la dinámica siendo difícil retenerlas en el grupo.

Respecto al proceso de estigmatización se define como un producto de varios procesos de etiquetación, estereotipación, distanciamiento y segregación, degradación y discriminación, que ocurren por lo general en un contexto de poder asimétrico (Pedersen, 2005). El estigma del trastorno mental se inicia con el etiquetamiento de la persona que padece los síntomas de un trastorno mental (Alegre, 2018).

La persona estigmatizada asiste a un proceso dual: por un lado es consciente de que su personalidad abarca mucho más atributos y rasgos de personalidad que los que forman parte de su estigma y por el otro, debido al proceso de socialización, tiene interiorizadas respecto de sí misma las mismas creencias que el grupo social dominante. Esta persona reconoce que no es aceptada socialmente en igualdad de condiciones y asumiendo su supuesta diferencia (Aretio, 2010).

La estigmatización supone una barrera importante para el acceso de las personas con trastorno mental grave y de sus familiares a los servicios comunitarios y afecta a todos los agentes sociales implicados en la rehabilitación (Hueso, Montoya,

Gallastegui y Pérez, 2019). A consecuencia del estigma aumenta el sufrimiento personal y la exclusión social, impide el acceso a la vivienda y empleo e incluso puede provocar que la persona con trastorno mental grave rehúse a pedir ayuda (Aretio, 2010).

Los estudios de Arnaiz y Uriarte (2006) sostienen que las actitudes públicas hacia las personas con trastorno mental parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en los últimos años, destacando el papel que ejercen los medios de comunicación en este proceso.

Las personas más próximas a la enfermedad, es decir; enfermos, familiares y profesionales del campo de la salud mental, resultan ser los más discriminados y los que más discriminan (Aretio, 2010). Estos resultados se obtuvieron tras una investigación dentro del Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia (López-Ibor, 2000).

4.5. Recomendaciones para el trabajo terapéutico con familias y TMG

Es reciente la bibliografía que incluye un interés por un trabajo terapéutico con las familias no centrado únicamente en objetivos como rehabilitación y evitación de recaídas en el familiar diagnosticado. La visión actual comienza a promover la participación del familiar y promover su salud y bienestar psicológico (Roldán et al., 2014 y Madoz, Martín, Sanmartín y Yagüe, 2017).

Son varios los estudios que revisan la intervención con familias, nuevos diseños de programas que se han ido implementando o recomendaciones terapéuticas anunciadas desde organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) o el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, 2003). Desde la revisión científica realizada en la fase previa se resumen algunos de los aportes que han influido en la construcción del presente trabajo.

A continuación, se enumeran las recomendaciones surgidas tras la revisión de Grácio (2018) junto a otros autores en relación a la intervención familiar en TMG. En esta revisión condensa la intervención en dos núcleos fundamentales que serían la psicoeducación y las habilidades de afrontamiento, enfatizando la posibilidad de este aprendizaje a través del intercambio que permite el formato grupal:

- Necesidad de expresar las necesidades y dificultades surgidas como cuidadores dentro del programa (Bloch, 1995).
- Importancia de aprender habilidades de manejo y estrategias a través de otros relativos y compañeros del grupo. Esto provoca además que la ira y la hostilidad decrezcan (Cotton et al., 2013; Kunimatsu y Marsee, 2012).
- Obtener apoyo emocional, escuchando y validando los sentimientos de los compañeros, lo que sin duda resulta el factor más importante y principal (Levy, Hasson, Kravetz y Roe, 2012 y Mannion et al., 1997).
- Trabajar los sentimientos de sobre implicación y culpa que son tan dolorosos para los familiares y además mantienen y contribuyen a la sobreprotección del familiar con la enfermedad.
- Desmontar algunas creencias que tenga el familiar que puedan ser perjudiciales y replantearse su comportamiento mediante terapia cognitiva (Bentsen et al., 1998).
- No se justifica o recomienda particularmente incluir técnicas como modelado ni solución de problemas y tampoco incluir un trabajo sobre duelo. Considera que son muy específicas y están ligadas a otros objetivos terapéuticos además de que probablemente surjan de forma espontánea entre los compañeros (Grácio et al., 2018).

Otro artículo de un estudio cualitativo realizado por Acero, Cano y Canga (2016) evaluando las necesidades de los familiares enfatiza el interés de las familias por participar activamente y obtener mayor atención en el tratamiento. Otros autores señalan lo mismo (Boydell, Stasiulis, Volpe y Galdstone, 2010). Otra de las necesidades que destacan los familiares evaluados es la de recibir información sobre los efectos de los medicamentos, tanto positivos como adversos, lo que además repercute directamente en la adherencia al tratamiento (Thompson y McCabe, 2012). Como última recomendación destaca la de incluir a estos familiares en programas de intervención y en formación psicoeducativa, lo que de nuevo provocaría una mejora en la adherencia al tratamiento (Svettini et al., 2015).

Pese a la recomendación de Grácio (2018) de no incluir técnicas de solución de problemas, otros autores continúan apoyando su uso y eficacia (Asencio, 2019). Entre otros, Vallina y Lemos (2000) defienden el Modelo de Psicoeducación de Anderson (1983) y el Modelo de Intervención Conductual de Fallon y Liberman (1983). Estos autores apuntan a estos modelos como los que mayor prestigio y pruebas obtienen.

Ambos modelos incluyen una parte de psicoeducación, solución de problemas y entrenamiento en habilidades de comunicación.

Un factor esencial a trabajar en la intervención con estas familias es el comportamiento asertivo o el estilo de afrontamiento asertivo. La variable asertividad se relaciona significativamente con el estrés, ansiedad y depresión percibidos por los cuidadores principales (Roldán et al., 2014). Según los resultados encontrados en estos mismos autores, los familiares asertivos no mostrarían problemas clínicos de ansiedad, depresión ni estrés percibido en comparación con los familiares no asertivos. En el estudio, los familiares asertivos contaban además con mejor valoración en factores que se evaluaron como el rol físico, la vitalidad, la salud mental, el funcionamiento social, la salud general, el funcionamiento social del dolor corporal, así como del estado de salud global. Los familiares no asertivos tienen 5,2 veces más riesgo de sufrir ansiedad que aquellos que lo son, 3,4 veces más riesgo de padecer depresión y 2,8 veces más riesgo de manifestar síntomas de estrés.

La calidad de vida de las familias con algún miembro con trastorno mental grave se encuentra mediatizada por diferentes variables, autores como García (2016) enfatizan en dos como las más relevantes: el apoyo social y el sentido de coherencia. Apoyo social entendido como un constructo multidimensional que comprende tanto apoyos formales como informales. El apoyo social es otro de los pilares fundamentales a trabajar en la intervención con familias por el impacto demostrado tan positivo permitiendo afrontar las situaciones de estrés y disminuyendo sus efectos (Avlund, 2004 y Curcio, 2008).

Otra de las variables junto con el apoyo social que enfatiza García (2016) relacionadas con la calidad de vida en estas familias es el sentido de coherencia. El sentido de coherencia se refiere según Anstonovsky (1988) al grado en que una persona percibe los estresores como predecibles y explicables, tiene confianza en su capacidad de hacerlos frente y considera que merece la pena afrontar el desafío.

En la mayoría de los estudios se repite la relevancia de la percepción subjetiva en los familiares sobre sus síntomas y su calidad de vida. La percepción subjetiva de las tareas de cuidado es mejor predictora de la calidad de vida que la sintomatología de la persona cuidada (Takai, Takahashi, Iwamitsu, Oishi y Miyaoka, 2011). Es evidente el aspecto subjetivo por lo que resulta imprescindible evaluar la salud y calidad vida desde la percepción propia del sujeto a evaluar (OMS, 1998).

Tras las aportaciones presentadas, y a modo de resumen, parece recomendable ajustar un programa y una intervención en la que exista lugar para la psicoeducación, pero también para trabajar conceptos como el afrontamiento asertivo o las creencias irracionales. Espacio donde se trabaje el apoyo social y las habilidades de afrontamiento, en un intercambio con otros familiares donde se brinde apoyo emocional y se cuide la alianza terapéutica.

4.6. Adherencia al tratamiento

La mejora en la adherencia al tratamiento en el familiar provocará efectos positivos en la adherencia de la persona diagnosticada con TMG, lo que a su vez conlleva la mejoría de los síntomas de esta y por consiguiente una disminución en la sobrecarga y el sufrimiento familiar (Padilla, Posada y Sarmiento, 2018).

Para favorecer la adherencia al tratamiento del paciente con trastorno mental grave deben tenerse presentes ciertas consideraciones. La primera es la necesidad de trabajar en una modalidad de intervención colaborativa con el sistema de relaciones entre profesionales, pacientes y familias en el tratamiento de las enfermedades crónicas (Patiño, Guzmán, Bernal, Nieto y Chavarría, 2012).

Las intervenciones psicoeducativas en familias y grupos multifamiliares con pacientes que padecen trastorno mental grave favorecen la adherencia al tratamiento (López, 2013). La falta de adherencia es un problema inquietante por la gran magnitud y complejidad que conlleva, siendo responsable del aumento en la morbilidad, complicaciones, ingresos hospitalarios, costes sanitarios e insatisfacción del usuario y los profesionales (Pisano y González, 2014).

Los principales factores que empeoran la adherencia familiar al tratamiento son: los conflictos familiares, la presencia de daño emocional o físico infligido entre paciente y familia, así como actitudes de rechazo o aislamiento social por estigmatización en las que pueden caer los cuidadores. A esto puede añadirse el tener una inadecuada comunicación con el equipo profesional (Padilla et al., 2018).

Las familias con mejor adherencia al tratamiento son más conscientes, participan activamente en el tratamiento, tienen comunicación con los profesionales y asisten a las consultas y actividades de la institución. De igual manera, la adherencia familiar puede

verse como un proceso de fortalecimiento de los vínculos, lo que puede disminuir la sobrecarga y el sufrimiento que experimenta la propia familia en el cuidado de un paciente grave (Padilla et al., 2018). El apoyo y soporte afectivo entre los miembros puede disminuir el estrés y las necesidades que se experimentan, puesto que toda la familia padece las implicaciones del trastorno mental grave.

4.7. Modelo de Anderson y modelo de Fallon y Liberman

El diseño del programa está basado en las aportaciones del Modelo de Intervención Conductual de Fallon y Liberman (1983) y del Modelo de Anderson (1983) que resultan ser modelos eficaces frecuentemente utilizados en la intervención con familiares de personas con esquizofrenia (Ferrera, 1990).

El modelo presentado por Fallon y Liberman (1983) es un modelo conductual que pretende proporcionar herramientas y habilidades conductuales ante necesidades concretas. Este enfoque ha demostrado la mejoría del paciente y del resto de los familiares (Fallon y Pederson, 1985). Al contrario que otros modelos familiares, no orienta su atención en aspectos disfuncionales de la interacción familiar si no hacia los elementos sanos de la comunicación familiar en la solución de problemas cotidianos (Ferrera, 1990). La familia es entendida como una unidad y el objetivo va más allá de la reducción en la tasa de recaídas. Los objetivos son brindar información sobre la enfermedad y su aceptación, mejorar la comunicación familiar y desarrollar estrategias eficaces de resolución de problemas.

Respecto al modelo de Anderson (1983), el rasgo más característico es la psicoeducación. Este modelo parte a su vez del modelo de la vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977) o más recientemente el modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia (Liberman, 1988). Los objetivos que se proponen desde este modelo son el desarrollo de expectativas realistas en los familiares, reducir la vulnerabilidad de la persona afectada, evitar riesgo de recaídas, mejorar la comunicación familiar y evitar el aislamiento social de la familia (Vallina y Lemos, 2000).

La cristalización del modelo de Anderson (1983) se puede encontrar en el programa de Anderson, Reiss y Hogarty (1986) compuesto por cuatro fases que se solapan temporalmente. En una primera fase se establece la alianza terapéutica, otras fases serán el entrenamiento en habilidades de supervivencia y su aplicación y por último la posible continuación del tratamiento o desenganche (Ferrera, 1990).

5. Propuesta de intervención

5.1. Presentación

La propuesta de intervención presenta un programa psicoeducativo de doce sesiones destinado a familiares con personas diagnosticadas de trastorno mental grave o con un mínimo de un ingreso involuntario.

Además de enmarcarse en los modelos citados anteriormente, el diseño del programa incorpora los hallazgos surgidos en la bibliografía de los últimos años. A continuación, se enumeran otros elementos específicos que integran y en los que se enmarca la propuesta con sólida justificación. Estos elementos son recientes aportaciones defendidas como necesarias en diversos autores para la intervención familiar con este colectivo:

- Incorporar una intervención para los posibles sentimientos de culpa que parecen aparecer en muchos cuidadores informales como familiares de personas con enfermedad mental grave (Magaña et al., 2007).
- Enfocar una parte de las sesiones a trabajar los sentimientos tanto de hostilidad como de implicación excesiva en los participantes (Mayoral, 2014).
- Entrenar en comunicación asertiva como principal factor de protección para prevenir conductas disfuncionales y sentimientos de malestar en los familiares (Roldán et al., 2014).
- Desmontar los procesos de auto-estigmatización y estigmatización que pudieran estar interviniendo (Rascón, 2013).
- Proporcionar un sentido de coherencia según la definición de Anstonovsky (1988) y apoyo social (Curcio, 2008) para aumentar la calidad de vida de los familiares de personas con trastorno mental grave (García, 2016).

5.2. Objetivos específicos

- Proporcionar información sobre trastorno mental grave a las familias.
- Reducir estigma ante la enfermedad.
- Reducir conductas de sobre implicación de los familiares.
- Eliminar sentimientos culpa, ira, desesperanza.
- Proporcionar habilidades de afrontamiento y de solución de problemas.
- Entrenar en asertividad a los familiares para evitar que se generen sentimientos depresivos o ansiosos (Roldán et al., 2014).
- Favorecer la adherencia familiar al tratamiento.
- Brindarles apoyo social como factor de protección.
- Mejorar la comunicación familiar.
- Mejorar la calidad de vida de la familia, entendida desde las variables de apoyo social y sentido de coherencia (García, Berodia, Jenaro y Flores, 2016).

5.3. Contexto en el que puede aplicarse

El presente programa psicoeducativo puede aplicarse a familiares de personas con cualquier diagnóstico de trastorno mental grave. El perfil del familiar enfermo será por tanto un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar, así como trastornos de personalidad incapacitantes y de curso presumiblemente crónico.

Es en muchos casos en el servicio de psiquiatría donde la familia escucha por primera vez lo que le sucede al paciente. En esta etapa inicial aparecen sentimientos de desconcierto y desbordamiento y tras el alta hospitalario en el caso de haber conllevado ingreso, se encuentran sin saber cómo enfrentarse a la nueva situación (Bravo, 2005).

Puesto que es en los servicios públicos de salud mental como hospitales donde las familias tienen el primer contacto con la red asistencial, el contexto de aplicación puede ser un contexto sanitario como un hospital de salud mental o centro de salud. De esta forma, los profesionales que atienden a la familia por primera vez pueden ofrecer la participación en el programa. Otro posible contexto de intervención son las asociaciones comprometidas con este colectivo.

El objetivo del programa es asistir a las familias que dispongan de un familiar con diagnóstico de trastorno mental grave o con un ingreso mínimo involuntario. Se trata

de proporcionar un primer abordaje psicoeducativo con ellas, y también ayudar a posibles familias que necesiten una intervención posterior ofreciendo otros recursos posteriores de enlaces más específicos a sus necesidades. Mediante este proceso de triaje, se proporciona a un gran número de familias una intervención básica que en muchos casos es suficiente y en otros se deriva al recurso adecuado amenizando el proceso y reduciendo costes y recursos.

Como criterios de inclusión se derivan los siguientes:

- Los participantes son familiares directos, principalmente hermanos, hermanas, padres o madres.
- Mayores de 18 años o asistir con justificación de padres o tutor legal.
- Pueden o no compartir residencia habitual
- El familiar debe estar en posesión de un diagnóstico de enfermedad mental grave o contar con un ingreso involuntario en el caso de no contar con diagnóstico definitivo o no ser de trastorno mental grave.
- Deben haber firmado el documento en relación a la protección de datos y un consentimiento informado de asistencia.

Como criterios de exclusión se establecen:

- Existencia de alguna patología mental que pudiera dificultar la participación en un grupo. En ese caso se debe optar por un seguimiento individualizado.

5.4. Metodología y recursos utilizados

La aplicación de esta propuesta está encaminada a proporcionar información relevante a la salud mental, desmontar el posible estigma y brindar recursos de afrontamiento basados en habilidades de asertividad. También se trabaja con los roles del cuidador enfatizando en conceptos como la culpa y la sobre implicación, permitiendo un espacio de apoyo e intercambio emocional.

El programa es una intervención breve, está constituido por un total de 12 sesiones de hora y media cada una, realizadas una vez por semana con una duración total de tres meses. Se puede llevar a cabo en una sala amplia que tenga la privacidad necesaria, con sillas dispuestas en forma circular y una pizarra.

PROGRAMA FAMILIAR PSICOEDUCATIVO

Se trata de un programa de corta duración debido al objetivo que persigue; proporcionar apoyo y acompañamiento familiar como recurso de enlace entre el primer contacto con la red de salud mental y un futuro recurso específico en el caso de que fuera necesario.

Los grupos se constituyen por un máximo de cinco familias, dirigidas a través de un profesional con habilitación sanitaria para el ejercicio de la psicología, previamente entrenado en este programa y manejo de grupos. Dentro de cada familia, se permite la asistencia a máximo tres personas, teniendo en cuenta que deben ser siempre los mismos miembros los que acudan a las sesiones.

El profesional que dirige el grupo tiene un rol pedagógico durante la fase de psicoeducación, pero también sostiene un papel de mediador y observador para favorecer la cooperación y el intercambio entre los participantes.

Antes de la finalización del programa se proporciona una lista de recursos específicos como asociaciones y se informa a los participantes del funcionamiento de la red de salud mental de la Comunidad de Madrid. El objetivo es proporcionar información para que identifiquen los recursos públicos relacionados con el trastorno mental grave y conozcan el acceso a los mismos. Brindando esta información se pueden evitar largos circuitos de derivaciones que complican y suponen un coste adicional en sanidad, a la vez que retrasa y entorpece la intervención y rehabilitación de los afectados y sus familiares.

5.5. Actividades

5.5.1. Primer Módulo. Bienvenida.

Tabla 1

Primer módulo, bienvenida

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenidos
Bienvenida y Presentación	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar un clima de apertura al aprendizaje y a la escucha - Romper el hielo 	<ul style="list-style-type: none"> - Texto de bienvenida - Presentación a través de la dinámica “El ovillo de lana”
Encuadre terapéutico	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer las normas básicas de funcionamiento del grupo - Informar sobre la metodología y objetivos del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de normas - Información introductoria básica
Expectativas y aportaciones	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir la libre expresión de sentimientos y emociones frente al grupo - Conocer sus expectativas para ver el grado de ajuste al programa - Promover relaciones entre participantes para que observen otras formas de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Se apuntan en la pizarra las expectativas de los participantes y los sentimientos y emociones que vayan surgiendo - Se comentan los puntos en común entre los participantes

Tabla 1 continuación

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenidos
Expectativas y aportaciones	30 minutos	- Comenzar a ver similitudes con otros miembros del grupo y crear sentimiento de pertenencia para favorecer la adherencia al tratamiento	- Expectativas y aportaciones
Despedida y cierre	15 minutos	- Repasar los puntos importantes de la sesión	- Agradecimiento a los asistentes por participar, insistir en la importancia de respetar las normas grupales insistiendo en la confidencialidad - Repaso de las expectativas que se cumplirán a lo largo del programa y emociones en común - Motivar al beneficio de asistir al grupo

Bienvenida y presentación.

En esta fase se procede a brindar la bienvenida y recepción de los consentimientos firmados por parte de los participantes. Se les ubica en la sala del centro de salud o asociación de la Comunidad de Madrid dispuesta para este fin y en ese momento se procede a realizar las siguientes actividades:

- Recepción de los participantes.
- Se presenta la planificación de sesiones, duración y periodicidad de las mismas, así como el contenido de las mismas.
- Se realiza una rueda de intervenciones por parte de los participantes, para realizar su presentación y explicar las expectativas en relación al programa.
- Dar inicio a la lectura del texto de bienvenida.
- Realizar dinámica de apertura mediante la técnica: “El ovillo de lana” (Morales, 1999) en la que los participantes forman un círculo de forma que el que tiene la madeja de lana comienza diciendo su nombre, posición en la familia (madre, padre, hermana..), algún hobby o cualquier otra información que desea aportar y cuando termina lanza la madeja de lana a cualquier otro participante sosteniendo la punta de ésta, el que recoge la madeja dice también su nombre, aficiones, etc., y del mismo modo, sosteniendo la lana, lanza el ovillo a otro participante, así hasta que todos hayan participado.

Para recoger el ovillo, se irá diciendo el nombre y todo lo que ha dicho la persona que anteriormente ha lanzado la madeja, así hasta que el ovillo queda recogido.

Encuadre terapéutico.

Se describen las normas para el desarrollo de las sesiones. (Ver material sobre normas del grupo en Anexo 1).

Posteriormente, se realiza un breve debate sobre las normas, para realizar aportes o sugerencias por parte de los participantes y terminar de perfilar el encuadre y otros aspectos en relación a la cohesión grupal que regirán las sesiones.

5.5.2. Segundo Módulo. Psicoeducación.

Al principio de un módulo nuevo se dejan unos minutos para comentar posibles dudas o aclaraciones de la sesión anterior.

Tabla 2

Segundo módulo. Psicoeducación

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenidos
Mitos falsos	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Desmontar ideas irracionales o prejuicios sobre enfermedad mental - Favorecer una visión más realista - Visibilizar los problemas del estigma y etiquetaje - Aclarar posibles dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura de mitos falsos - Debate sobre la certeza de estos mitos - Reflexión sobre consecuencias de mantener estos mitos
Psicoeducación	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer información sobre posibles dudas como medicación u otros aspectos relacionados 	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntas para evaluar el grado de conocimiento de los asistentes sobre la materia - Breve clase teórica sobre conceptos generales

Tabla 2 continuación

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenidos
Psicoeducación	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir sentimientos de incertidumbre - Disminuir culpa - Favorecer adherencia al tratamiento 	-Debate sobre posibles sentimientos de culpa y otros sentimientos aparecidos durante la clase
Sensibilización	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el estigma - Fomentar empatía 	- Reflexiones sobre el estigma
Despedida y cierre	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso puntos importantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento

Mitos falsos.

En esta fase es necesario que los participantes aclaren aspectos básicos sobre salud mental para que pueda favorecer a cambiar la percepción sobre la patología que sufre su familiar en el caso de que existan procesos de estigma.

Durante la sesión se leen y debaten una serie de mitos en salud mental y sobre como creen que afecta el estigma y estas creencias erróneas acerca de la persona. Los mitos falsos son:

- Las personas que padecen problemas de salud mental son violentas e impredecibles.
- Las debilidades en la personalidad o las fallas en el carácter causan problemas de salud mental. Las personas con problemas de salud mental pueden deshacerse de ellos si lo intentan.
- No puedo hacer nada por alguien con problemas de salud mental.

(Ver material sobre mitos falsos como Anexo 2).

Psicoeducación.

Se parte en todo momento de la importancia de la subjetividad del individuo en su padecimiento de la enfermedad mental. Se debe considerar tantos problemas mentales como personas que los experimentan. La clasificación de los trastornos mentales ya sea según el manual del DSM o la CIE es una agrupación en categorías de una serie de síntomas. El objetivo es incluir la perspectiva transdiagnóstica; hay muchos elementos y síntomas comunes en diferentes trastornos y es interesante enfocarse en los aspectos singulares más que en el nombre del trastorno. El diagnóstico sería una etiqueta para que los profesionales de la salud mental se comuniquen, pero más allá de eso, nos importan las particularidades de ese individuo puesto que la expresión de malestar en él será diferente a otra persona, aunque posean la misma etiqueta diagnóstica. Enseñar a pensar en la enfermedad y salud mental no como un binarismo que impida que uno exista sin el otro, sería más bien un continuo en el que hay diferentes intensidades. Se habla desde la perspectiva del modelo de vulnerabilidad estrés (Zubin y Spring, 1977) reflexionando sobre factores genéticos y ambientales desmontando los sentimientos de culpabilidad que puedan coexistir. Se muestra un ejemplo visual para mejor representación. (Ver material en Anexo 3)

Sensibilización.

Se habla respecto a lo que se ha considerado normal a lo largo del tiempo y los límites de la locura, donde la cultura y la sociedad han jugado un papel fundamental. La sociedad ha ido delimitando la exclusión o inclusión de lo que se considera sano o enfermo en salud mental. Otro aspecto es que dependiendo la época histórica aparecen diferentes contextos a los que el individuo tiene que hacer frente así los síntomas y las patologías están en continuo cambio.

Al etiquetar a la persona incluyéndola en una categoría diferente, se produce un proceso de desidentificación por tanto con ella en la que se hace más difícil empatizar, lo que dificulta la posterior comunicación y trato con ésta. La salud mental es un problema social y la comunidad puede facilitar o reducir el riesgo de que se desarrollen patologías.

Durante este tiempo se discute sobre estigma, procesos de estigmatización y auto estigmatización, se recogen las posibles dificultades que estén encontrando ellos o sus familiares y posibles formas de afrontarlo entre todos.

Si un familiar cree que la persona con dificultades psicológicas es culpable y elige estar así será más fácil que pueda sentir emociones como enfado o rabia y la conducta pueda ser ignorarle o tratarle de manera agresiva. La idea última es que se consiga acompañar de forma más realista y adaptativa mejorando las formas de relación.

5.5.3. Tercer Módulo. Conciencia y responsabilidad emocional.

Antes de empezar con la sesión se preguntan dudas y lo que recuerdan de la sesión anterior, así como posibles aportaciones para su situación.

Tabla 3

Tercer módulo. Conciencia y responsabilidad emocional

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Relación entre pensamiento, emoción y conducta	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta según modelo ABC (Ellis, 1962) - Entender la importancia de la interpretación subjetiva e individual 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo ABC de Ellis a través de un dibujo y discusión de ejemplos cotidianos
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar los puntos importantes de la sesión - Aclarar dudas y solucionar necesidades específicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia y animar a la continuación

Relación entre pensamiento, emoción y conducta.

A lo largo de esta sesión se presenta el modelo ABC de Ellis y se trabaja la relación entre pensamiento, conducta y emoción (Ellis, 1994). Se realiza dicha presentación a través de un dibujo para posterior debate y preguntas. (Ver material en Anexo 4).

Se explica cómo ante determinada situación se disparan ciertos pensamientos automáticos que pueden ser negativos y que precipiten por tanto emociones también negativas y conductas disfuncionales. Se proporcionan ejemplos pero se les anima a que describan otras situaciones. (Ver material en anexo 5). El aprendizaje y control de estas emociones, pensamientos y conductas permite un mayor control y una respuesta adaptativa y funcional a las demandas del entorno y en cómo se percibe y siente la realidad (Caro y Espinar, 2018).

5.5.4. Cuarto módulo. Yo distorsiono, tú distorsionas.

Tabla 4

Cuarto módulo. Yo distorsiono, tú distorsionas

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Mente sana	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer a que detecten pensamientos como distorsiones o creencias irracionales - Flexibilizar el pensamiento y la posible rigidez cognitiva - Mejorar su forma de pensar y mejorar por tanto cómo se sienten y actúan - Observarse como sujetos 'irracionales' que se pueden equivocar al igual que el resto 	<ul style="list-style-type: none"> - Clase teórica sobre distorsiones cognitivas y creencias irracionales - Ejercicio para detectar el pensamiento irracional en una serie de diferentes viñetas - Lista de distorsiones y creencias irracionales para llevar a casa
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar dudas del material trabajado - Solucionar necesidades particulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia

Mente sana

Muchas veces la forma de hablar está cargada de irracionalidad o exageración, se usan muchos términos como 'nunca, siempre y todo', y esto condiciona la manera de pensar e interpretar la realidad y por tanto actuar con ella. Es muy valioso que se puedan dar cuenta de la manera que tienen de expresarse y qué motivo se encuentra oculto tras esto. Para entender esto, se introducen sumando al modelo ABC anteriormente

explicado, conceptos como distorsiones cognitivas (Beck, 1976) y creencias irracionales (Ellis, 1962). Una distorsión cognitiva sería un error en la forma de procesar la información y la creencia irracional sería una idea poco realista que se encuentra oculta en la consciencia y forma parte de los valores e identidad. (Ver material en anexos 6 y 7).

Posteriormente se trabaja a través de ejemplos y viñetas prácticas para conseguir mayor participación y dinamismo. A continuación, aparecen algunas situaciones propuestas, aunque el objetivo es que aporten sus propios ejemplos. Como en todas las sesiones se fomenta el debate indagando cómo se sintieron, la utilidad y relación con la vida diaria, así como si les resulta complicado detectar sus propias irracionalidades.

Viñeta 1: Cada vez que X (entendido X como el familiar con trastorno mental grave) hace eso (cada uno que piense en una situación) es para molestarte.

Viñeta 2: X no me quiere, sólo acude a mi cuando necesita ayuda.

Se anima a usar otras situaciones cotidianas que se les ocurra. Se validan las emociones y sentimientos que se puedan ir generando como en todas las sesiones, desculpabilizando y brindando apoyo emocional.

5.5.5. Quinto módulo. Mi lugar es.

Tabla 5

Quinto módulo. Mi lugar es

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Mi lugar	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el lugar que ocupa cada familiar - Conectar con las emociones asociadas a cada lugar, grado de responsabilidad en el cuidado - Identificar las consecuencias de cada lugar y pensar en formas alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de psicodrama
Diferencias cuidador/familiar/terapeuta	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar y aclarar las distintas funciones y formas de acompañar - Reparto de responsabilidades - Evitar la sobre intervención 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexión grupal y breve exposición de las diferencias entre cada función
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar los puntos importantes de la sesión - Aclarar dudas y solucionar necesidades específicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia y animar a la continuación

Mi lugar.

A lo largo de la sesión el objetivo es explorar el lugar que ocupa cada familiar en el sistema familiar, descubrir el que les gustaría ocupar y el lugar temido. Se trata de un ejercicio corporal que ayuda a que reflexionen sobre cómo se posicionan en el acompañamiento al familiar y a conectar emocionalmente con la situación del familiar de cada uno.

A continuación, se les solicita realizar la dinámica para a través del psicodrama comprender el cambio de roles (Fernández, 2009). Se formará una escultura con el cuerpo representando cómo se sienten respecto al familiar. Si lo necesitan pueden incorporarle cierto movimiento. A esta primera escultura se le llama 'escultura real'. Luego se realiza una ronda de preguntas preguntando uno a uno qué significado tiene la estatua, cómo se siente en esa posición, si le molesta algo, qué cree que pasaría si continuara en esa postura mucho tiempo, cómo cree que se siente la otra persona y se realiza un debate observando posturas comunes y se les anima a comentar cómo se han sentido y si algo les ha llamado la atención. Posteriormente a la interpretación de roles, se solicita realizar una segunda escultura, denominada la 'escultura deseada' en la que plasmaran como quisieran que fuese la relación.

Por último, se pide que representen la tercera escultura que sería la 'escultura temida' pudiendo tratarse de un tipo de relación general o una situación específica que les preocupe o asuste en relación al familiar. Se analizarán las situaciones temidas, si es un miedo infundado o no, por qué, si es probable que ocurran, cómo actuar en ese caso, qué significado le dan ellos y responsabilidad de cada miembro en el acontecimiento.

Se cierra con una reflexión de cómo se sintieron con esta estatua y con las anteriores, se construye con ellos una estatua más adaptativa parecida si se puede a la deseada, se pregunta qué se llevan de la sesión y se agradece la participación.

Diferencias entre cuidador, terapeuta y familiar.

Durante esta sesión, el objetivo es aclarar y desculpabilizar a los familiares en referencia a su rol como cuidador. A veces se confunden y entremezclan las funciones de familiares y terapeutas asumiendo algunos también el rol de cuidador. Se debe clarificar lo que aporta cada uno para que no se entorpezca el proceso terapéutico y así

recolocarlos más bien como un acompañante o facilitador en el proceso. Transmitir que el paciente es el que tiene la última palabra, el familiar puede favorecer o entorpecer el camino, pero nada más. Se realiza por tanto una charla educativa con debate entre las diferencias que existen entre un terapeuta, familiar y otros cuidadores, distinguiendo los diferentes lugares y funciones. (Ver material en anexos 8 y 9).

5.5.6. Sexto módulo. Mi familia.

Tabla 6

Sexto módulo. Mi familia

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Quién es quién	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Empatizar con el resto de los miembros de la familia - Desdramatizar 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de intercambio de roles y reflexión sobre cómo se han sentido desde otra perspectiva
Genograma familiar	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer historia familiar desde una perspectiva generacional - Reflexionar sobre la propia organización familiar y sus consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Breve charla sobre la importancia de los sistemas en el individuo - Realización de genograma familiar desde la perspectiva sistémica
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar los puntos importantes de la sesión - Aclarar dudas y solucionar necesidades específicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia y animar a la continuación

Quién es quién.

En esta sesión se lleva a cabo una técnica que se conoce como cambio de roles. En este ejercicio se efectiviza el ponerse en el lugar del otro permitiendo comprender actitudes que eran incomprensibles. Revela actitudes o dinámicas que eran desconocidas y no tan conscientes para el protagonista. Cada familia va a pensar en un ejemplo de situación y va a elegir los roles o miembros de la familia que se van a representar y por quien. Se trata de cambiarse al miembro con el que tengan dificultad de comunicarse en esa escena imaginada.

Se anima a que compartan las experiencias en forma de debate, que compartan cómo se sintieron. Para todos ellos se proporciona una tabla para ayudarles a que tomen plena conciencia del ejercicio y empaticen, flexibilizando sus esquemas cognitivos. (Ver material en anexo 10).

Genograma familiar.

El objetivo es dejar de ver al familiar como enfermo; el enfermo es la persona portadora del síntoma, pero cuyo origen hay que buscarlo en una o más dinámicas disfuncionales que sucede en uno o varios sistemas en los que se encuentra inmersa dicha persona. Un ejemplo podría ser un niño que comienza a tener pesadillas y cuando se habla con los padres se descubre que se están separando y esto pueda ser el evento del sistema que provoque el síntoma en el hijo. La patología del individuo expresada internamente puede ser fruto de circunstancias externas por lo que trabajar con el medio influirá en el sujeto. La familia es un sistema más en el que pueden establecerse estas relaciones o formas de comunicación desadaptativas. Al cambiar la posición y el lugar de los miembros del sistema, cambian sus experiencias subjetivas y por tanto su realidad.

Para comenzar a entender estas relaciones familiares se realiza un genograma que incluya hasta tres generaciones puesto que normalmente tanto los modos de relacionarse como otros valores se repiten a lo largo de la historia generacional de la familia. Se anima a que realicen un genograma por familias describiendo las personas y relaciones entre ellas que se establecieron. Se debe rodear en círculo las personas para señalar las relaciones de convivencia. Se aconseja incluir información biográfica que pueda ser relevante como sucesos vitales importantes e incluir. Seguramente descubran diferencias en cómo cada miembro lo realiza o sitúa sus descripciones o

sucesos estresantes, lo que resulta muy valioso porque ayuda a entender cómo cada uno tiene una posición subjetiva y una vivencia diferente.

Después del ejercicio que podrán compartir si desean con el resto de compañeros, se pregunta qué les pareció el ejercicio y se realiza una serie de preguntas a modo de reflexión y debate grupal. El objetivo de las preguntas es que reflexionen las posibles influencias y similitudes de ellos con sus antepasados, reflexionar en la importancia del aprendizaje vicario en la construcción de la identidad y observen patrones de actuación repetidos de los que no eran tan conscientes. Se tiene cuidado con los posibles sentimientos de culpa que puedan generarse.

5.5.7. Séptimo módulo. Asertividad.

Tabla 7

Séptimo módulo. Asertividad

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Comunicación sana	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar las posibles formas de comunicación pasivas o agresivas - Enseñar habilidades y técnicas asertivas - Mejorar la forma de comunicación entre miembros de la familia - Detectar y evitar comportamientos pasivo-agresivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Clase teórica sobre asertividad - Ejercicio del continuo pasividad-agresividad para ver dónde se sitúan - Debate sobre influencia en estas formas de comunicarse y las interpretaciones y creencias que lo pueden sostener
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar dudas del material trabajado - Solucionar necesidades particulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia

Comunicación sana.

El objetivo de dicho taller es analizar las diferentes formas de comunicación e interacción al mismo tiempo que se introduce el concepto de asertividad. Se explica dibujando en un continuo las formas de comunicación desde la pasividad a la agresividad pasando por la asertividad que representaría la manera adecuada y la que se propone entrenar.

Se resumen tres diferentes maneras de comunicación (Pérez, León y Coronado, 2017):

- Forma pasiva: se trata de personas que muchas veces dicen 'sí' cuando en realidad desean decir no pero no se atreven a expresar sus emociones o su opinión y acaban teniendo sentimientos de frustración. Cuando alguien actúa de forma pasiva no permite expresar sus propias necesidades, sentimientos y emociones. Las otras personas deciden y dirigen, no defiende sus propios derechos. Esto permite que sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados, y puede que otras personas se aprovechen de él.
- Forma agresiva: sería un estilo que intimida al resto, responder de forma exagerada quizá con descalificaciones u otras conductas inapropiadas. Este tipo de comunicación posee un efecto antagónico al pasivo, ya que solo se preocupan en conseguir y satisfacer sus propios deseos y en aras de ello se aprovechan del resto de las personas, entre ellas las pasivas.
- Forma asertiva: defender y respetar las creencias y valores propios sin llegar a ser agresivos con la otra persona.

Se plantea la idea de un continuo y se invita a que se sitúen personalmente en el continuo, reflexionen sobre ello y si les gustaría moverse en él y cuánto.

Se anima a que compartan situaciones en las que se reconozcan con actitudes pasivas, agresivas o asertivas pudiendo representarlo a través de role-playing. Otro objetivo es que detecten las ventajas de actuar de forma asertiva y que detecten posibles creencias irracionales subyacentes en las situaciones que plantean relacionándolo con lo aprendido en sesiones anteriores.

5.5.8. Octavo módulo. Habilidades de afrontamiento.

Tabla 8

Octavo módulo. Habilidades de afrontamiento

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Afrontar y solucionar	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar otras formas de afrontamiento para solucionar problemas o situaciones difíciles - Aumentar su sensación de control ante la situación - Reducir sus niveles de estrés ante problemas difíciles - Reducir sentimientos de impotencia o frustración - Reducir intolerancia a la incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición de estrategias de afrontamiento individuales y familiares - Debate sobre los sentimientos asociados a las situaciones difíciles
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar dudas del material trabajado - Solucionar necesidades particulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia

Afrontar y solucionar.

El objetivo es continuar con la profundización en el conocimiento acerca de los modos de afrontar y las estrategias de las que se dispone. Mostrar diferentes formas de afrontamiento ayuda a flexibilizar y ampliar sus propias estrategias. El formato consiste como en sesiones anteriores en una clase psicoeducativa en la que se lanza un tema para mayor apertura posterior con ejemplos prácticos y debate.

Se realiza una breve exposición sobre estrategias de regulación emocional y estrategias de afrontamiento familiares, posteriormente se anima a participar reflexionando sobre las estrategias que ellos utilizan. El objetivo es normalizar también sus formas de afrontamiento para desculpabilizar y aprender a la vez de las estrategias adaptativas de otros compañeros que dicen ser satisfactorias.

Estrategias de regulación emocional (Gómez y Calleja, 2017):

- Reevaluación (adaptativa)
- Aceptación (adaptativa)
- Rumiación (desadaptativa)
- Reasignación atencional (adaptativa)
- Supresión (desadaptativa)
- Evitación (desadaptativa)
- Resolución de problemas (adaptativa)

Dentro de las estrategias de afrontamiento familiares:

- Reestructuración o capacidad de la familia para re-colocar y redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.
- Evaluación pasiva o capacidad para aceptar problemas minimizando su reactividad.
- Atención de apoyo social o capacidad para ocuparse de forma activa en la obtención de apoyo por parte de amigos, parientes, vecinos y familia extensa.
- Búsqueda de apoyo espiritual.
- Movilización familiar o habilidad para buscar recursos dentro de la comunidad y aceptar la ayuda de otros.

5.5.9. Noveno módulo. Habilidades de solución de problemas.

Tabla 9

Noveno módulo. Habilidades de solución de problemas

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Habilidades para solucionar problemas	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir formas de solución de problemas - Aprender nuevas formas de solucionar - Aumentar su sensación de control ante la situación - Reducir sus niveles de estrés ante problemas difíciles - Reducir sentimientos de impotencia o frustración - Reducir intolerancia a la incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexión grupal sobre ideas como qué es un problema y cómo tienden a afrontarlos - Clase psicoeducativa sobre obstáculos en la resolución de problemas y debate - Clase psicoeducativa sobre una forma racional de solucionar problemas
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar dudas del material trabajado - Solucionar necesidades particulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia

Habilidades para solucionar problemas.

Esta sesión comienza con una reflexión abierta al grupo. Se trata de pensar sobre la concepción que cada uno tiene en relación a los problemas y su afrontamiento. Interesa ver qué consideran ellos como situaciones problemáticas, cómo suelen solucionarlos, si suelen encontrar soluciones, si encuentran muchas o pocas y otros aspectos como obstáculos en el proceso de solución de problemas. Entre ellos pueden escucharse y aprender desde sus diferencias y observar lo relativo y subjetivo de cada afrontamiento individual y familiar.

A continuación, se explican seis obstáculos en la resolución de problemas (Caballo y Verdugo, 2014): impulsividad y baja tolerancia a la frustración, perfeccionismo, tendencia a la evitación, centrarse en lo que no depende de uno, elevada intensidad emocional y atribución errónea de causas. La idea es definirlos con ejemplos concretos para que se familiaricen con los términos y entre todos se pueda pensar en las consecuencias negativas que provocan cada uno de los obstáculos. No se debe culpabilizar o provocar la culpa en los familiares por utilizar estas estrategias, es importante transmitirles que todos los seres humanos utilizan estos atajos en ciertos momentos. Lo interesante es ser consciente de ello para que no se provoque un abuso de mecanismos como la evitación, que se sea consciente de que es un atajo que provocará consecuencias, y animar por tanto a abandonar estas conductas en el tiempo por estrategias de solución de problemas más adaptativas.

Antes de finalizar, se enseña cómo se produciría la resolución racional del problema en cuatro pasos sencillos. El objetivo debe ser realista para evitar la frustración y alcanzar la meta, se debe estar dispuesto a no encontrar la solución perfecta que seguramente no exista y buscar la mejor en el momento según circunstancias y capacidades. A través de estos cuatro pasos expuestos a continuación, se anima a proponer un problema que pueda ser común entre los asistentes e intentar hacer la resolución del problema entre todos.

- Definir y formular el problema: ¿Cuál es el problema? ¿Cuál es el estado actual del problema? ¿Cuáles son los obstáculos? ¿Cuál es la meta u objetivo que quiero conseguir? ¿Es realista?
- Generar alternativas de solución: ¿Qué posibles soluciones hay?
- No se debe descartar ninguna en este momento, puede servir posteriormente para generar nuevas ideas sumando distintas soluciones. La creatividad en esta fase es fundamental.
- Escoger una solución: ¿Cuál es la mejor solución, aunque no sea perfecta? ¿Qué aspectos soluciona? ¿Puedo ponerla en práctica? ¿Qué necesito? ¿Cuánto tiempo necesitaré? ¿Qué consecuencias a corto, medio y largo plazo tendrá?
- Puesta en práctica y verificación: ¿Cómo sabré que ha funcionado? Ponte indicadores concretos para evaluar los resultados. En caso de que no resulte como esperabas, se puede iniciar el proceso con las siguientes alternativas que en un primer momento se hayan descartado o empezar de nuevo por el paso 1.

5.5.10. Décimo módulo. Nuestras redes.

Tabla 10

Décimo módulo. Nuestras redes

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Redes de apoyo	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre la importancia del apoyo social - Visibilizar las redes de apoyo informal e informal que dispongan 	<ul style="list-style-type: none"> - Clase psicoeducativa sobre dispositivos de apoyo informal y formal - Relación entre apoyo social y reducción de recaídas - Debate sobre la importancia del apoyo social como factor de protección
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar dudas del material trabajado - Solucionar necesidades particulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia

Redes de apoyo.

Durante esta sesión se explicarán en un primer momento los diferentes tipos de apoyo social; el formal e informal para posteriormente ayudarles a que identifiquen y reconozcan sus propios recursos de apoyo. La idea es que identifiquen los que poseen y ampliar la red de apoyo a otros recursos formales existentes que seguramente no conocían.

La Comunidad de Madrid dispone de diversos recursos de apoyo tanto para los usuarios de la red de salud mental como para sus familias, existen asociaciones que trabajan especialmente con familias en modalidad de grupo de ayuda mutua u otro tipo de formato grupal. El objetivo de esta sesión es que sean capaces de enlazar con recursos posteriores si fuera necesario, conociendo todos los recursos disponibles y

accediendo al que más se ajusta a sus necesidades. Para ello, aportamos una lista con todos los recursos públicos relacionados con salud mental de la Comunidad de Madrid.

Una vez identificados los diversos recursos de apoyo informales de cada familia y mostrados otros recursos de apoyo formales, se abre un breve debate sobre la importancia del apoyo como factor de protección. También se les pregunta si les cuesta o no pedir ayuda, cómo lo hacen y las dificultades que se suelen encontrar. Muchas veces el no pedir ayuda parte de ideas irracionales o distorsiones cognitivas en relación a la otra persona o a la situación. Pueden pensar que no son merecedores de pedir ayuda, o sentirse pesados, o creer que la ayuda ofrecida no la van a obtener. Por todo esto, es interesante la reflexión que surja a raíz de estos supuestos para trabajar las distorsiones que puedan ir apareciendo. Se discute la relación demostrada en la literatura científica entre apoyo y reducción de recaídas animando a que reflexionen y aporten sus experiencias.

Por último, se recuerda el anterior factor de protección entrenado en una sesión anterior, la comunicación asertiva, y se enfatiza la importancia de manejar y entrenar ambos.

5.5.11. Onceavo módulo. Cuídate.

Tabla 11

Onceavo módulo. Cuídate

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Respiración abdominal	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar en respiración abdominal para disminuir posibles síntomas fisiológicos de ansiedad - Aumentar sensación de control - Disminuir posibles síntomas de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación y realización de técnica de respiración abdominal - Reflexionar sobre concepto de salud como concepto biopsicosocial
Bienestar físico	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar sobre importancia del cuidado de la dieta y del ejercicio físico 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre dieta saludable y ejercicio recomendado - Debate e intercambio sobre actividades físicas y recetas gastronómicas
Cierre y despedida	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Aclarar dudas del material trabajado - Solucionar necesidades particulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de ideas clave expuestas - Agradecimiento por asistencia

Respiración abdominal.

En esta sesión se incluye la descripción de la técnica de respiración abdominal o diagramática para atender también a posibles síntomas fisiológicos de ansiedad que puedan experimentar ante una situación difícil (Pérez, 2010). Se describe como una técnica con resultados muy beneficiosos para la salud con la que poder disminuir el estado de activación fisiológica y así elegir con mayor probabilidad estrategias de

afrontamiento adecuadas. Se proporcionan las instrucciones de la técnica, se practica en la sesión y se anima a continuar entrenándola.

Se realiza una reflexión sobre el modelo de salud biopsicosocial así como la relación entre los síntomas físicos y psicológicos.

Bienestar físico.

El concepto de salud propuesto desde la OMS (OMS, 2013) y los modelos de salud biopsicosociales engloban variables físicas, psicológicas y sociales y no sólo la ausencia de enfermedad si no el bienestar en esas tres dimensiones.

Es ya reconocida la influencia positiva que tiene realizar ejercicio físico, así como llevar una dieta saludable para nuestra salud física y emocional. La nutrición parece ser el principal factor externo en el desarrollo del organismo humano. Por ello, en esta sesión se repasa la importancia de las cinco comidas diarias, moderando alimentos procesados, azúcares añadidos o grasas saturadas, también lo necesario de elegir ingredientes naturales y frescos, comiendo gran cantidad de fruta y verdura y beber mínimo dos litros de agua al día.

Como segundo pilar saludable, mencionar algunos de los beneficios del ejercicio físico moderado siempre que se haga con asesoramiento médico si fuera necesario; ayuda al sistema inmune a luchar contra virus y bacterias, reduce sobrepeso, previene problemas respiratorios, mejora la postura corporal, minimiza síntomas de estrés, mejora sistema circulatorio y coronario.

Se realiza un debate y una puesta en común de recetas saludables que conozcan, así como ejemplos de actividades físicas saludables que practiquen o les gustaría practicar y los recursos públicos disponibles si los hubiera para ello.

5.5.12. Doceavo módulo. Despedida.

Tabla 12

Doceavo módulo. Despedida

Sesiones	Tiempo estimado	Objetivos	Contenido
Recursos de enlace	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre redes de apoyo formal disponibles - Ampliar su conocimiento sobre los recursos públicos para que el posible enlace posterior se ajuste a sus necesidades - Proporcionar herramientas para que sepan buscar información - Fomentar la adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre recursos públicos relacionados con salud mental
Despedida	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar programa a través de los asistentes - Fomentar a que utilicen las herramientas y recursos aprendidos - Realizar cierre del programa de intervención 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del programa - Debate en relación a las expectativas iniciales - Agradecimiento

Recursos de enlace.

Uno de los objetivos del programa es convertirse en un recurso intermedio en el caso que la familia necesitara un seguimiento posterior, en este caso, se trata de ofrecer el mejor recurso que se adapte a sus necesidades. De esta forma el familiar encuentra antes la ayuda necesaria mejorando la adherencia al tratamiento y mejorando el

completo sistema familiar. Por otra parte, es una forma de utilizar de forma óptima los recursos públicos evitando más intervenciones de las necesarias y reduciendo costes adicionales.

Se enlaza con otros recursos públicos disponibles en caso de que les apeteciera disponer de un mayor seguimiento. Reciben por tanto una lista con los recursos públicos relacionados con el área de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y el email para contacto del profesional encargado de implantar el programa con que ya se encuentran vinculados.

Despedida.

Se agradece la participación y el trabajo realizado a lo largo de los cuatro módulos. El objetivo es agradecer por tanto y permitir un cierre, despedirse y evaluar la satisfacción respecto al programa, rescatar aspectos útiles, así como posibles aspectos a mejorar. Se pide de forma voluntaria y anónima que escriban aquello que les ha gustado más y menos, recomendaciones y cualquier aspecto que quieran transmitir. El programa debe ajustarse y reajustarse a las necesidades específicas que demande dicha población por lo que la devolución de la opinión de los integrantes es imprescindible.

Se anima a que continúen utilizando las técnicas enseñadas y que repasen los contenidos aprendidos intentando relacionarlos con situaciones habituales.

5.6. Cronograma

Se recomienda que cada programa ajuste la duración en función de los objetivos e información a tratar (Cuevas y Moreno, 2017) y en este caso, se considera que la duración acorde a los fines planteados del programa psicoeducativo debe ser de doce sesiones.

Cada sesión se lleva a cabo con una frecuencia de una vez por semana, el mismo día y con una duración de hora y media.

A continuación, se expone de forma gráfica la planificación de las doce sesiones del programa a lo largo de los tres meses. Los talleres y actividades que se proponen

deben ser flexibles y estar sujetos a cambios frente a posibles necesidades de los participantes que exijan mayor prioridad.

Tabla 13

Distribución temporal del programa de intervención familiar

	Primer mes				Segundo mes				Tercer mes			
Bienvenida	x											
Psicoeducación		x										
Conciencia y responsabilidad emocional			x									
Yo distorsiono, tú distorsionas				x								
Mi lugar es					x							
Mi familia						x						
Asertividad							x					
Habilidades de afrontamiento								x				
Habilidades de solución de problemas									x			
Nuestras redes										x		
Cuídate											x	
Despedida												x

5.7. Evaluación de la propuesta

En primer lugar, se realiza una entrevista semiestructurada individual con aquellos miembros de la familia que estén interesados en participar en el programa. El objetivo de esta evaluación preliminar es comprobar que los futuros participantes no posean ninguna característica que interfiera con el desarrollo del grupo, es decir, que no cumplan el criterio de exclusión propuesto. Para ello, se realiza esta primera evaluación a través del Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQR-A abreviado (Francis, Brown y Philipchalk, 1992) y validado en población española (Sandín, Valiente,

Chorot, Olmedo y Santed, 2002). Quedan excluidos por el momento los individuos con puntuaciones altas en la variable de psicoticismo. Estos individuos pueden recibir un seguimiento individualizado hasta poder participar en el grupo.

Tras la administración del cuestionario de Eysenck y la entrevista preliminar, se analizan los resultados para verificar la idoneidad de la incorporación al programa de intervención señalado. Se informa a los participantes que cumplen los requisitos de los detalles respecto a la incorporación del programa.

Respecto a la evaluación propia del programa, se presenta un doble objetivo de evaluación. Por una parte, evaluar los cambios producidos en los asistentes del programa en diferentes variables y, por otra parte, evaluar la satisfacción de los participantes respecto a la intervención.

El primer objetivo es por tanto analizar el cambio producido en diferentes áreas en las que la propuesta se focaliza, como el apoyo social, la adherencia familiar al tratamiento, la comunicación asertiva, la experiencia como cuidador y el bienestar psicológico individual y familiar. Esta evaluación se realiza mediante los siguientes instrumentos:

- Escala de Bienestar Psicológico EBP en su adaptación española (Díaz et al., 2006). Dicho instrumento evalúa el grado en el que el sujeto percibe su propia satisfacción. La escala está dividida en cuatro subescalas: bienestar psicológico subjetivo, bienestar laboral, bienestar laboral y bienestar en su relación de pareja.
- Inventario de la Experiencia como Cuidador ECI en su versión española (Crespo et al., 2019). Se trata de un instrumento fiable y factible para su administración en contexto sanitario o comunitario que estudia los diferentes aspectos de la conducta de cuidar como las conductas disruptivas, los aspectos positivos y negativos de la relación, las experiencias personales satisfactorias y los síntomas negativos de los familiares cuidadores.
- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE (Sandín y Chorot, 2003) en su versión española (Tomás, Sancho y Meléndez, 2013). Se trata de una medida de autoinforme diseñada para evaluar los siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión.

- La adherencia familiar al tratamiento se mide a través de registros de asistencia y la encuesta de satisfacción cualitativa que se les solicita de forma voluntaria en la última sesión de despedida.

Se realizará una evaluación con los anteriores instrumentos a todos los participantes antes de la primera sesión y tras la finalización del programa, para medir los cambios derivados de la asistencia a las sesiones. Se recomienda incorporar otra evaluación de seguimiento a los tres y seis meses tras finalizar el programa.

6. Conclusiones

Los diferentes procesos de desinstitucionalización han provocado que los familiares soporten un mayor cuidado de la persona con patología, conviviendo en muchos casos con ellas, pero sin contar con la información y las aptitudes para asumir sus funciones (Leal, M., Sales, Ibáñez, Gine, Leal, C., 2008).

Frente al primer ingreso del familiar o frente al diagnóstico, puede haber un incremento de la negación de la enfermedad (Fresan, Apiquin, Loyzagaga, Amaya y Gutiérrez, 2001) lo que puede repercutir a su vez en la adherencia al tratamiento. Otra dificultad asociada al desconocimiento ante la enfermedad puede ser el sentimiento de culpa por tener un familiar enfermo, lo que puede resultar en una limitación en el manejo de las manifestaciones de la enfermedad (Mueser, Gingerich y Rosenthal, 1994). También aparece el estigma social ante la enfermedad y el propio estigma del paciente y de la familia, lo que supone uno de los principales obstáculos y en los que por tanto hay que incidir en los programas de psicoeducación (Arnaiz y Uriarte, 2006).

En estas familias es frecuente encontrar sentimientos de malestar y sufrimiento (Brischiliari y Waidman, 2012), apatía, dolor, culpa, angustia, ira y pena (Magaña et al., 2007) así como sentimientos depresivos y ansiosos (Steele et al., 2010). En cuanto al estigma, es necesario trabajar con él puesto que son los familiares de personas con enfermedad mental quienes más favorecen estos procesos de estigmatización (López-lbor, 2000). El estigma a su vez provoca sufrimiento y fenómenos de exclusión social a las familias y a la persona diagnosticada (Alegre, 2018).

La intervención con familias por tanto resulta necesaria, por una parte, para reducir las recaídas y el número de ingreso de los familiares con patología, pero también para promover la salud y el bienestar de sus allegados (Madoz et al., 2017).

Debido a esto, se ha desarrollado una propuesta de intervención temprana y básica para familiares de personas con trastorno mental severo. Una novedosa aportación es que el programa se ofrece desde atención primaria por lo que el contacto con la familia ocurre desde el primer acercamiento a la red de salud mental. Se trata de un programa de doce sesiones estructuradas en formato grupal. La intervención pretende un triple objetivo: convertirse en un recurso de orientación psicoeducativa a las familias, proporcionar sostén y dotar de recursos a los familiares para un mejor enfrentamiento a la situación de convivencia. Se prima combinar la flexibilidad en la implementación con la fidelidad al programa para que resulte eficaz (Orte, Amer, Pascual y Vaqué, 2014).

Se trata de una intervención básica que recoge las principales intervenciones con los familiares que favorecen su bienestar psicológico como son: poder expresar necesidades (Bloch, 1995), brindar habilidades de manejo mediante el intercambio grupal (Cotton et al., 2013), obtener apoyo emocional validando los diferentes sentimientos y ambivalencias (Levy et al., 2012) y desmontar creencias mediante terapia cognitiva. No todas las familias necesitan un mayor nivel de intervención (Grácio et al., 2016) por lo que un programa como el presentado sirve para acompañar a todas las familias desde el primer momento y dotarles de información y recursos básicos y en el caso de que fuera necesario un seguimiento, convertirse en un recurso eficaz de derivación. Con esto se atiende con un coste muy reducido a una gran cantidad de familiares evitando una sobre intervención innecesaria con los costes que ello supone.

Como fortalezas de la propuesta, aparte del reducido coste señalado, se puede afirmar que es una propuesta que integra aquellas aportaciones más destacadas realizadas en terapia familiar con trastorno mental grave. Por un lado, respeta el marco psicoeducativo propuesto por Anderson (1983) y el modelo conductual de Fallon y Liberman (1983), pero también incluye las recientes aportaciones sobre estigma social (Hueso et al., 2019), el afrontamiento asertivo (Roldán et al., 2014) y apoyo social (García, 2016). Se proporciona información sobre enfermedad mental, se trabaja el estigma y se proporcionan formas de comunicación asertivas para que la familia responda mejor a las demandas del familiar, mejorando la adherencia al tratamiento y reduciendo los síntomas y las recaídas (López, 2013).

En cuanto al contenido del programa, se trata de una propuesta sencilla pero innovadora que enlaza diferentes técnicas provenientes de diferentes modelos teóricos, pero todas con riguroso aval y apoyo empírico. Como primer paradigma, el modelo psicoeducativo, que pese a ser una intervención de bajo coste mejora la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento (Losada y Zavalía, 2019), disminuyendo recaídas y mejorando la salud de pacientes y familiares directa e indirectamente (Campero y Ferraris, 2014). Otros de los modelos teóricos en los que se fundamenta es el modelo cognitivo-conductual, el cual resulta eficaz en el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva (Mora y Rodríguez, 2016). Por último, mencionar las técnicas aportadas desde el psicodrama y modelos más psicodinámicos, que permiten trabajar las emociones y los roles familiares implicando a los individuos activamente con resultados igualmente validados (Bezanilla, 2012).

Respecto a su aplicación, adelantar las posibles limitaciones que pudiera suscitar. En primer lugar, las limitaciones propias de los individuos participantes del programa, que pudieran no estar conformes con ejercicios de psicodrama o alguna expresión emocional que les comprometa en mayor medida. También las limitaciones en la asistencia a las sesiones debido a imprevistos o cuidados que puedan surgir de la situación del familiar con TMG.

Otra de las limitaciones en su aplicación puede ser el propio diagnóstico de trastorno mental grave, es una categoría que recoge una amplia variedad de situaciones clínicas y por tanto familiares y sociales. Por esto y porque el diagnóstico final puede requerir varios meses o incluso años, supone una limitación en el diseño y aplicación del programa. Se compensa de alguna forma esta limitación ofreciendo el programa a familiares de personas con un ingreso mínimo involuntario o una situación que se considere similar por tanto a la patología mental grave o severa.

La adherencia al tratamiento es una amenaza constante en la aplicación de este tipo de programas de intervención, pero se ha tenido en cuenta y se ha evitado mediante el enfoque psicoeducativo, la participación, información, alianza terapéutica y otras variables.

La bibliografía científica avala la eficacia y rentabilidad de incorporar programas de intervención psicoeducativa a familias en los primeros episodios psicóticos (Wyatt y Henter, 2001) puesto que reducen la posible cronicidad. Además, las intervenciones psicosociales familiares son capaces de lograr una mayor eficacia en el tratamiento de

la esquizofrenia que el empleo exclusivo de psicofármacos (Hogarty, 1984). Por todo ello, la propuesta asume ser una respuesta eficaz para la atención primaria de familiares de patologías mentales graves.

Se trabaja con la familia para favorecer su adherencia al tratamiento, pero también repercute en la adherencia al tratamiento en el familiar diagnosticado (González y Pisano, 2012). Se espera entonces una mejor adherencia al tratamiento por parte de las familias y de la persona diagnosticada tras la psicoeducación sobre enfermedad mental incluyendo información de medicación y recursos sanitarios disponibles (Thompson y McCabe, 2012).

Se espera de igual modo que exista un cambio significativo si comparamos las puntuaciones antes y después de la intervención tanto a corto como a medio plazo en los cuestionarios y escalas propuestos como son: la Escala de Bienestar Psicológico (Díaz et al., 2006), el Inventario de Experiencia como Cuidador (Crespo et al., 2019) y el Cuestionario de Afrontamiento de Estrés en su validación española (Tomás et al., 2013).

Como recomendaciones se señalan la aplicación y evaluación de dicho programa, así como la adaptación del mismo a un formato multidisciplinar en los que otros profesionales pudieran participar. También es de interés realizar un seguimiento tras la finalización del programa no sólo a los tres y seis meses si no también a los doce meses. La última sugerencia estriba en convertir el grupo en un grupo de mantenimiento en el que puedan seguir vinculados y que actúe como fuente de apoyo informal (García, 2016).

7. Referencias bibliográficas

- Alegre Martí, M. (2018). *La estigmatización de la enfermedad mental como factor de riesgo de suicidio*.
- Anderson, C. (1983). *A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia*. Nueva York, NY: Guilford.
- Anderson, C., Reiss, D., y Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. Nueva York: Guildford Press.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey-Bass Publishers.
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos De Trabajo Social*, 23, 289-300.
- Ardila, S. (2009). *El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502009000100009&script=sci_arttext
- Arnaiz, A., y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria y Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Asensio, E. (2019) *Intervención psicoeducativa en pacientes con esquizofrenia y sus familiares*. Trabajo de grado. Universidad de Valladolid.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B., Due, P., Sakara, R., Haikkinen, R. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 59(1), 44-51.

- Barton C., Alexander J., y Robins M. (1998). *Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas familiares*. En V. E. Caballo (Dir.), Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 2). Madrid: SigloXXI
- Bartuste, D. (2014). *Fundamentos para el diseño de un programa psicoeducativo, dirigido a mujeres con cáncer de mama*. Trabajo de grado. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. Barcelona. Paidós.
- Battaglia, A. y Schettini, C. (2010). Extendiendo el contexto relacional al tratamiento de las patologías psiquiátricas graves: la experiencia de un grupo de padres de pacientes psicóticos. *Revista Electrónica de Psicoterapia*, 4, 518-530.
Recuperado de
<http://www.agorarelacional.com/LinkClick.aspx?fileticket=pCs1RHduvNY%3d&tabid=729>
- Bäumli, J., Pitschel, G., Volz, A., Engel, R. y Kissling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich psychosis information project study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 854-61.
- Beck, A. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: USA. International Universities.
- Beck, A., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Belloso, J. (2012). Intervención psicoterapéutica en el trastorno mental grave. *Clínica Contemporánea*, 3(1), 3-23.

- Belloso, J., Caballero, M., Rubio, G., Arranz, M. y De Juan, A. (2010). *Programa de primeros episodios psicóticos*. Comunicación presentada en XV Curso Anual de Esquizofrenia: Organizado por el H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid, 2009.
- Bentsen, H., Notland, T., Munkvold, O., Boye, B., Ulstein, I., Bjorge, H. et al. (1998). Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 125–138.
- Bergner, R. (1997). What is psychopathology? And so what?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 235-248.
- Bermúdez, C., y Carmen, E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana De Psicología*, 22(2), 333-343. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1677204423?accountid=14475>
- Bezanilla, J. M. (2012). *La aplicación del método psicodramático a la Orientación Familiar*. PEI Editorial.
- Caballo, V., y Verdugo, M. (2014). *Habilidades sociales*.(Ed).Fundación VECA.
- Campero, M., y Ferraris, L. (2014). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. Inmanencia. *Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 4(2).
- Canga, A., Cano, A., y Acero, G. (2016). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: Un estudio cualitativo en Navarra. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 39(39), 203-212.
- Caro, C. y Espinar, I. (2018). Comprensión de la psicopatología y la salud desde el caromodelo humanista. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/30348/Gu%C3%A9%20Docente.pdf?sequence=-1>
- Carrobles, J. y Pérez, J. (2001). *Escuela de padres. Guía para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil*. Madrid: Pirámide.

- Carter, B. y McGoldrick, M. (1989). *The changing family life cycle. A Framework for family therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Clark, L., Watson, D., y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147-165.
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz D., y Montesano A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. Universidad de Barcelona.
- Confederación de Salud Mental Madrid, (2020). Asociaciones. Recuperado de <https://saludmentalmadrid.org/asociaciones/>
- Cook, J., Pickett, S. y Bertram, J. (1997). Families of adults with severe mental illness. The next generation of research: Introduction. *Journal of Orthopsychiatry*, 67, 172-176.
- Cotton, S., McCann, T., Gleeson, J., Crisp, K., Murphy, B., y Lubman, D. (2013). Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. *Schizophrenia Research*, 146(1-3), 118-124.
- Crespo, M., Doval, E., Fernández, J., Giménez, J., Prat, G. y Bonet, P. (2019). Salud del cuidador: adaptación y validación del cuestionario Experience of Caregiving Inventory (ECI) en población española. *Gaceta Sanitaria* 33(4):348-355.
- Cuesta, J., Saiz, J., Roca, M. y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23(2),67-73.
- Cuevas, J., y Moreno, N. (2017). Psicoeducación: Intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218.

- Curcio, C. (2008). Informal social support, health and functionality in the elderly person. *Hacia pro-moc. Salud*, 13(1), 42-58.
- Day, K., y Petrakis, M. (2017). Family interventions in early psychosis service delivery: A systematized review. *Social Work in Mental Health*, 15(6), 632-650.
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastorno borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 78, 51-70.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Dixon, L., Lucksted, A., Medoff, D., Burland, J., Stewart, B., Lehman, A. et al. (2011). Outcomes of a randomized study of a peer-taught family-to-family education program for mental illness. *Psychiatric Services*, 62, 591-597.
- Dixon, L., Mcfarlane, W., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I. et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-910.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, USA: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The RET approach*. New York, USA: McGraw Hill.
- Ellis, A. y Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. North Hollywood. Wilkshire.
- Ellis, A. y Bernad, M. (1990). ¿Qué es la terapia racional emotiva (RET)? En A. Ellis y M. Bernard (Dir.). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva*. Bilbao, España: Desclée de Browerr.

Ellis, A. y Bernad, M. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. New York, USA: Birch Lane.

España Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de <https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/>

Eysenck, H., y Sybil, B. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.

Fairburn, C. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York: Guilford.

Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Bohn, K., Hawker, D. et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.

Falloon, I. y Liberman, R. (1983). *Behavioral family Interventions In the management of chronic schizophrenia. Family therapy in schizophrenia*. Nueva York, NY: Guilford.

Falloon, I. y Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Jorunal of Psychiatry*, 147, 156-163.

Fernández, A. (2009). *Métodos adjuntos, integraciones y derivaciones del psicodrama. Manual de formación de la asociación española de psicodrama*. Madrid: Asociación Española de Psicodrama.

Fernández, P. (2016) *Estudio de la eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

- Ferré, C. (2008). Dimensiones del cuidado familiar en la depresión. *Un estudio etnográfico*, 17 (3). Recuperado de http://scielo.isciii.esscielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300006&lng=es&nrm=iso
- Ferrera, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. *Estudios de Psicología*, 11, (43-44), 169-193.
- Filgueira, M. et al. (2009). *Manual de formación de la asociación española de psicodrama: Normativa de acreditaciones, escuelas y programa Oficial*. Recuperado de <http://aep.fidp.net/contenido/manual-de-formacion-en-psicodrama-aep-para-encargarlo>
- Francis, L.J., Brown, L.B., y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Ganada, the U.S.A and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13, 443-449.
- Fresan, A., Apiquin, R., Lozagaga, C., Anaya, M., Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, 24 (4), 36-40.
- Fonagy, P. (2005). *Eating disorders and dysfunctional attachment: a focus on mentalization*. Comunicación presentada en el 7th London International Eating Disorders Conference. Londres: Reino Unido.
- García, A. y Rodríguez, C. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*. 18. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1402872>.
- García, M., Berodia, N., Jenaro, C., y Flores, N. (2016). Apoyo psicosocial a familias de personas con enfermedad mental grave y prolongada. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *Revista INFAD de Psicología*, 2, (1), 29.

- Gavois, H., Paulsson, G. y Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 102-109.
- Glick, I., Clarkin, J., Haas, G., Spencer, J. y Chen, C. (1991). A randomized clinical trial of inpatient family intervention: Mediating variables and outcome. *Family Process*, 30, 85-99.
- Goldberg, D. (1992). *General health questionnaire* (GHQ-12). Windsor: NFER-Nelson.
- Goldstein, T., Miklowitz, D. y Richards, J. (2002). Expressed emotion attitudes and Individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*, 41, 645-657.
- Gómez, O., y Calleja, N. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 8(1), 96-117.
- Gómez, E., Londoño, C., Builes, M., Bedoya, M., García, J. et al. (2011). Carga familiar en familias antioqueñas del grupo psicoeducativo del departamento de psiquiatría de la universidad de Antioquia que tienen un miembro diagnosticado con trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a08.pdf>
- González, M. y Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66.
- Grácio, J., Gonçalves, M., y Leff, J. (2016). What do we know about family interventions for psychosis at the process level? A systematic review. *Family Process*, 55(1), 79–90.
- Grácio, J., Gonçalves, M., y Leff, J. (2018). Key elements of a family intervention for schizophrenia: A qualitative analysis of an RCT. *Family Process*, 57(1), 100-112.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

- Gratacós, T., y Pousa, E. (2018). Interventions to improve therapeutic adherence in subjects with schizophrenia. *Papeles del Psicólogo*, 39 (1), 31-39.
- Guía de Recursos de la Comunidad de Madrid. Portal web de la Comunidad de Madrid, Recuperado el 10 de marzo de 2020 de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>
- Guinea, R., Florit, A., González, A., Fernández, J., Touriño, R. et al. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid. IMSERSO. Colección Documentos. Serie documentos técnicos.
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A., Anastasiadou, D., y Medina, C. (2014). Programa de psicoeducación familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 22(1), pp.133-149.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Herrera, Y., y Matta, E. (2018). *Eficacia de los programas psicoeducativos dirigidos a familiares para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia*. Trabajo de grado. Universidad Privada Norbert Wiener.
- Herrera, L., Alcayaga, C., Torres, M., Bunttemeyer, R., Bustamante, C., Riquelme, G. et al. (2014). Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar. Fenómeno social emergente. *Aquichan*, 14(3), pp. 430-439.
- Hidalgo., C, Ballester., E. y García., R. (2007). *Educación y soporte emocional a familiares de pacientes en una Unidad de Trastornos Alimentarios*. Bibliopsiquis. 8º Congreso virtual de psiquiatría. Disponible en <http://hdl.handle.net/10401/4175>
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Hogarty, G. (1984). Depot neuroleptics: The relevance of psycho-social factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 36-42.

House, E. (1994). *Evaluación, ética y poder*. Madrid: Mo rata.

Irazábal., M, Pastor., C, Ochoa., S. y Vicente., I. (2017). *Carga e impacto familiar de las cuidadoras y los cuidadores de personas adultas con discapacidad intelectual con o sin trastorno mental asociado*. Universidad de Barcelona. España.

Johnson, D. (2003). *Family education or behavioral family psycho education: making a choice*. In *Caracas: Presentation at the World Psychiatric Association regional congress*.

Joyce, J., Leese, M., y Szmukler, G. (2000). The Experience of Caregiving Inventory: Further evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(4), 185-189.

Juan, M., Guillamón, L., Pedraz., A., y Palmar., A. (2015). Family care of people with severe mental disorders: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 23(2), 352-360.

Kunimatsu, M., y Marsee, M. (2012). Examining the presence of anxiety in aggressive individuals: The illuminating role of fight-or-flight mechanisms. *Child & Youth Care Forum*, 41(3), 247–258.

Lange, M., Constant, A., Buznego, D., y Eugenia., M. (2011). Validación de la escala de bienestar psicológico en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista CES Psicología*, 4(1), 52.

Leal, M., Sales, R., Ibáñez, E., Gine, J., y Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (2), 63-69.

- Lefley, H. (1996). *Mental illness and caregiving needs: An introduction. Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks. London. New Delhi: SAGE Publications.
- Levy, I., Hasson, I., Kravetz, S., y Roe, D. (2012). A narrative evaluation of a psychoeducation and a therapeutic alliance intervention for parents of persons with a severe mental illness. *Family Process*, 51(2), 265–280.
- Liberman, R. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Lincoln, T., Wilhelm, K., y Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 96(1-3):232-45.
- Londoño, M. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. *Poiésis*, 33, 139-145.
- López-Ibor, J. y Cuenca, O. (2000). *La esquizofrenia abre las puertas. Programa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia*. Madrid: Lilly
- López-Larrosa, S. (2013). Quality of life, treatment adherence, and locus of control: Multiple family groups for chronic medical illnesses. *Family process*, 52(4), 685-696.
- Losada, A., y Zavalía, C. (2019). Programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria. *Revistas alternativas en psicología*, 41,131-146.
- Lucksted, A., McNulty, K., Brayboy, L. y Forbes, C. (2009). Initial evaluation of the Peer-to-Peer program. *Psychiatric Services* 60, 250-253.
- Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A. y Rogakou, E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress In schizophrenia: can they be measured?. *European Psychiatry*, 19, 408-414.

- Madoz, A., Martín, J., Sanmartín, M., y Yagüe, E. (2017). Enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-11.
- Maganto, M. y Bartau, I. (2004). *Corresponsabilidad familia (COFAMI)*. Madrid: Pirámide.
- Magaña, S., Ramírez, J., Hernández, M. y Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58, 378-384.
- Mannion, E., Draine, J., Solomon, P., y Meisel, M. (1997). Applying research on family education about mental illness to development of a relatives group consultation model. *Community Mental Health Journal*, 33(6), 555-569.
- Marsh, D., Lefley, H., Evans, D., Ansell, V., Doerzbacher, B., Labarbera, L. et al. (1996). The family experience of mental illness: Evidence for resilience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3-12.
- Martín, E., Obando, D., y Sarmiento, P. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*, 50(9), 519-526.
- Martínez, J., Albein, N., Munera, P., y Verdejo, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18-24.
- Martínez, J., Molina, B., Ruiz, M., y Torres, A. (2001). *La familia en el tratamiento del drogodependiente*. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Martínez, J. y Trujillo, H. (2005). Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 43-66.
- Martínez, R. y Pérez Herrero, M. (2004). Evaluación e intervención educativa en el campo familiar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 17(1), 89-104.

Mayoral, F. (2014) *Efectividad de un programa de intervención familiar psicoeducativa en esquizofrenia. Un estudio multicéntrico y aleatorizado en España*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Mayoral, F., De la Higuera, A., Martínez, J., Luna, J. y Torres, J. (2015) Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(2):83-91

McCrary, B., Rodríguez, R. y Otero., J. (1998). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.

Miermont, J. (2014). Terapias familiares y enfermedades mentales complejas. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 6, 229-246.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Montero, S. (2017). Una vuelta a los valores centrales en medicina de familia. *Atención Primaria*, 49(4), 248-252.

Mora, E., y Rodríguez, L. (2016). *Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal con abordaje multimodal para pacientes con trastorno mental grave, con un diagnóstico común de trastorno mixto ansioso-depresivo* (Master's thesis, Universidad del Norte). Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=eficacia+modelo+abc+y+terapia+cognitiva+en+sintomatologia+depresiva+y+ansiosa&btnG=

Morales Pérez, A. (1999). *Dinámicas de grupo: ejercicios y técnicas para todas las edades*. Madrid. Ediciones San Pablo.

Moya, L., y Peláez, J. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 75-84. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1460987361?accountid=14475>

- Mueser, K., Gingerich, S. y Rosenthal, C. (1994). Educational family therapy for schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research. *Schizophrenia Research*, 13, 99-108.vallina
- Muñoz, L., Price, Y., Reyes, M., y Ramírez, M. (2010). Vivencia de los cuidadores familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100005
- Nathan, P., y Langenbucher, J. (1999). Psychopathology: Description and classification. *Annual Review of Psychology*, 50, 79-107.
- National Institute of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.
- National Institute of Care and Excellence. (2003). *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Gaskell. The Royal College of Psychiatrists.
- Olabarría, B. (2009). Ensanchar las fronteras de nuestra comprensión sistémica acerca del surgimiento y configuración relacional de los trastornos de personalidad. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 305-320.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151028/A66_R8-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2019). Trastornos mentales: datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Orte, C., Amer, J., Pascual, B., y Vaqué, C. (2014). La perspectiva de los profesionales en la evaluación de un programa de intervención socioeducativa en familias. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 24, 163-182.

- Patiño, D., Guzmán, V., Bernal, L., Nieto, L., y Chavarría, E. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 243-258.
- Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 3-14.
- Pérez, J. F. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (89), 16-18.
- Pérez, A., León, N., y Coronado, E. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e investigación en psicología*, 22(1), 58-65.
- Pirooz, G. (2007). *Terapia familiar. Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.
- Porras, J. (2016). La aplicación del psicodrama pedagógico a la supervisión en trabajo social. *Comunitania*, 12, 69-85.
- Ramírez, A., Espinosa, C., Herrera, M., Espinosa, E., y Ramírez, M. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista Enfermería Docente*, 102, 6-12.
- Rascón, M., Caraveo, J. y Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*, 62, 509-515.
- Rascón, L., Gutiérrez, M., Valencia, C., y Murow, E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud mental*, 31 (3).
Recuperado de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252008000300006&lng=es&nrm=iso
- Renca, P., Gomes, H., Vasconcelos, A., y Correa, L. (2010). Programa de información para aliviar la ansiedad de los familiares de pacientes psiquiátricos

hospitalizados. *Revista Científica de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud*. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=3b515f77-8640-43b7-82ca-6fa7a587a495%40sessionmgr14&vid=3&hid=10&bquery=acompañamiento>.

Richardson, M., Cobham, V., Murray, J., y McDermott, B. (2011). Parents Grief in the Context of Adult Child Mental Illness: A Qualitative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 28-43.

Rodríguez Carvajal, Raquel, Blanco Abarca, Amalio, Díaz, Darío, Gallardo, Ismael, Valle, Carmen, Van Dierendonck, Dirk, y Moreno Jiménez, Bernardo. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

Roldán, G., Salazar, I., y Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave. *Psicología Conductual*, 22(3).

Rosales, A. y Losada, S. (2014). Evaluación de un programa de intervención con familias para la reducción de conductas antisociales en los menores. *Revista Española De Orientación y Psicopedagogía*, 25(2), pp. 56-73.

Ruiz, M., Núñez, J., Jódar, R., y Peón, R. (2008). *Calidad de vida y esquizofrenia*. Madrid: AMAFE.

Sánchez, J. (2007). *Manual Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Psicopatología y Psicología Clínica*. 8(1), pp. 39-54.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Psicopatología y Psicología Clínica*. 17(3), pp.185-203.

Sandín, B., Valiente, R., Olmedo Montes, M., Chorot, P., y Santed Germàn, M. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-ABREVIADO (EPQR-A) (II):

Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (3), *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 09/01/2002, Vol.7 (3).

Schweitzer, J., Haun, M., Maurer, H., y Ochs, M. (2009) *Systemiki Geniki Psichiatriki. Metalogos. Systemic Approaches and Psychotherapy*, 15, 84 -102.

Sepúlveda, A., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F., y Graell, M. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26(3), 321-327.

Steele, A., Maruyama, N. y Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 121, 10-21.

Stufflebeam, D. (2007). *Evaluation, Theory, Models & Applications*. San Francisco: Jossey-Bass.

Svettini, A., Johnson, B., Magro, C., Saunders, J., Jones, K., Silk, S. et al. (2015). Schizophrenia through the carers eyes: Results of a European cross-sectional survey. *Psychiatric Mental Health Nursing Journal*, 22, 472-483.

Szerman, N. (2006). Patología dual. *Trastornos Adictivos*, 8(8), 208-210

Szmukler, G., Herrman, H., Benson, A., y Colussa, S. (1995). Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: Themes, interventions, and caveats. *Family Process*, 34(4), 413–425.

Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S. y Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the experience of caregiving inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.

Tomás, J., Sancho, P., y Meléndez, J. (2013). Validación del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor Española. *Psicología Conductual*, 21(1), 103-122.

- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Oishi, S., y Miyaoka, H. (2011). Subjective experiences of family caregivers of patients with dementia as predictive factors of quality of life. *Psychogeriatrics*, 11(2), 98-104.
- Taylor, S., y Clark, D. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for mood and anxiety disorders: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 1-5.
- Thompson, L., y McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 12, 87.
- Unamuno, A. (2006). Grupos de psicoeducación destinados a padres de niños de espectro autista. *Avances en salud Mental relacional, Avances en Salud Mental Relacional*, 5(3).
- Vallina, F., y Lemos G. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.
- Vaughn, C., y Leff, J. (1981). Patterns of emotional response in relations of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 43-44.
- Hueso, C., Montoya, L., Gallastegui, D., y Pérez, M. (2019). Una forma de luchar contra el estigma social en el trastorno mental grave. *International Journal of Integrated Care*, 19(4).
- Vila, L., Area, R., Ferro, V., González, L., Justo, A., Suárez, M. et al (2007). Trastorno Mental Severo. *Revista de Terapia Ocupacional*, 5. Recuperado en <http://www.revistatoq.com/num5/Revision1.htm>
- Villarreal, Z., y Paz, J. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones, Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55.
- Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Weimand, B., Hall, M., Sällström, C., y Hedelin, B. (2013). Life-sharing experiences of

relatives of persons with severe mental illness: a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 99-107.

Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265-279.

World Health Organization (2008). *The global burden of disease*. Update. Ginebra: Autor.

World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL User Manual*. Geneva: Department of Mental Health. World Health Organization.

Wyatt, R., Henter, I. (2001). Rationale for the study of early intervention. *Schizophrenia Research*, 51 (1), 7-69.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

8. Anexos

Anexo 1

Normas y encuadre terapéutico

Puntualidad	Es importante intentar ajustarse a la hora de comienzo y fin de las sesiones. Si llegamos a la vez podremos escuchar todas las aportaciones y evitar que haya información que se pierda o haya que repetir y no podamos ajustarnos a los objetivos por el tiempo
Respeto	Para poder construir un espacio seguro y cómodo para todos, no podemos permitir emitir juicios sobre otras opiniones o vivencias ni por supuesto agresiones verbales o físicas
Confidencialidad	Todo lo hablado en el grupo debe permanecer en el mismo para evitar un clima de desconfianza y no apertura
Participación	Cada uno participa y habla de su experiencia
Escucha activa	Necesitaremos escucharnos y evitar murmuraciones para no perdernos información que pueda ser relevante y por respeto al compañero que habla
Silenciar dispositivos móviles	Evitar distracciones innecesarias es importante puesto que en muchos momentos compartiremos momentos de mayor intensidad emocional e íntimos que necesitan privacidad y respeto

Anexo 2

Mitos falsos y sus realidades

Mito número 1: Las personas que padecen problemas de salud mental son violentas e impredecibles. las debilidades en la personalidad o las fallas en el carácter causan problemas de salud mental.

Realidad: La gran mayoría de las personas con problemas de salud mental no tienen más probabilidades de ser violentas que otras personas. La mayoría de las personas con enfermedades mentales no son violentas y solo el 3 %-5% de los actos violentos pueden atribuirse a personas que padecen de una enfermedad mental grave. De hecho, las personas que padecen de enfermedades mentales graves son 10 veces más propensas a ser víctimas de delitos violentos en comparación con la población general. Es posible que usted conozca una persona que padece de un problema de salud mental y ni siquiera se haya dado cuenta, ya que muchas personas con problemas de salud mental son miembros muy activos y productivos de nuestras comunidades.

Mito número 2: Las debilidades en la personalidad o las fallas en el carácter causan problemas de salud mental. Las personas con problemas de salud mental pueden deshacerse de ellos si lo intentan.

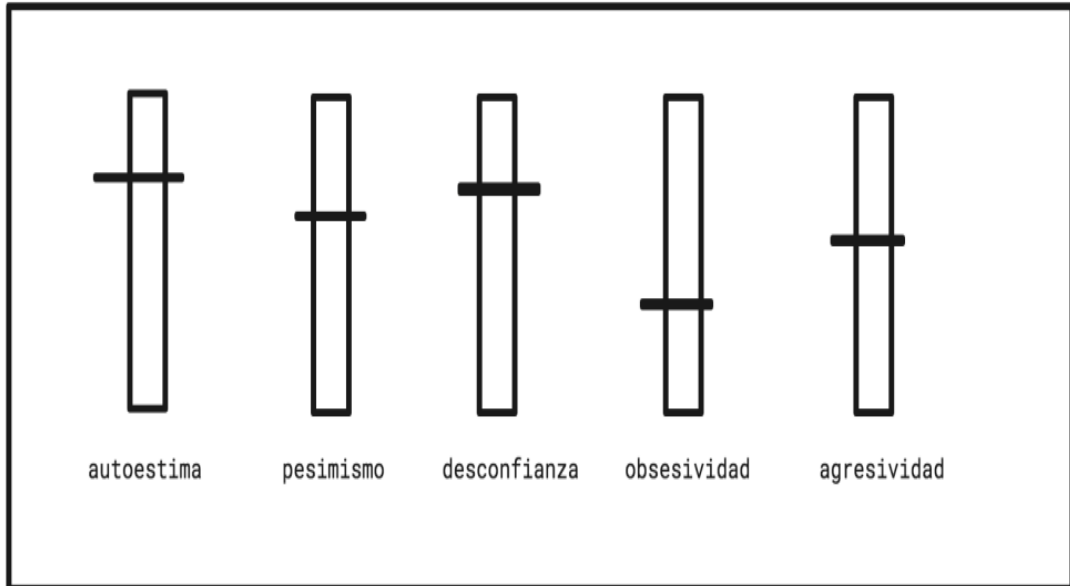
Realidad: Los problemas de salud mental no tienen nada que ver con ser perezoso o débil y muchas personas necesitan ayuda para estar mejor. Muchos factores contribuyen a tener problemas de salud mental, entre ellos: factores biológicos, experiencias de vida, e historia familiar de problemas de salud mental.

Mito número 3: No puedo hacer nada por alguien con problemas de salud mental.

Realidad: Los amigos y los seres queridos pueden generar un gran cambio. Sólo el 44% de los adultos con problemas de salud mental que se pueden diagnosticar y menos del 20% de los niños y adolescentes reciben el tratamiento necesario. Los amigos y los familiares pueden ser una influencia importante para ayudar a alguien a recibir los tratamientos y servicios necesarios porque: pueden estar en contacto y comunicarle que están disponibles para ayudar, le ayudan a obtener servicios de salud mental, aprenden y comparten información sobre salud mental, lo tratan con respeto, y se niegan a definirlo por su diagnóstico o usar apodosos como "loco".

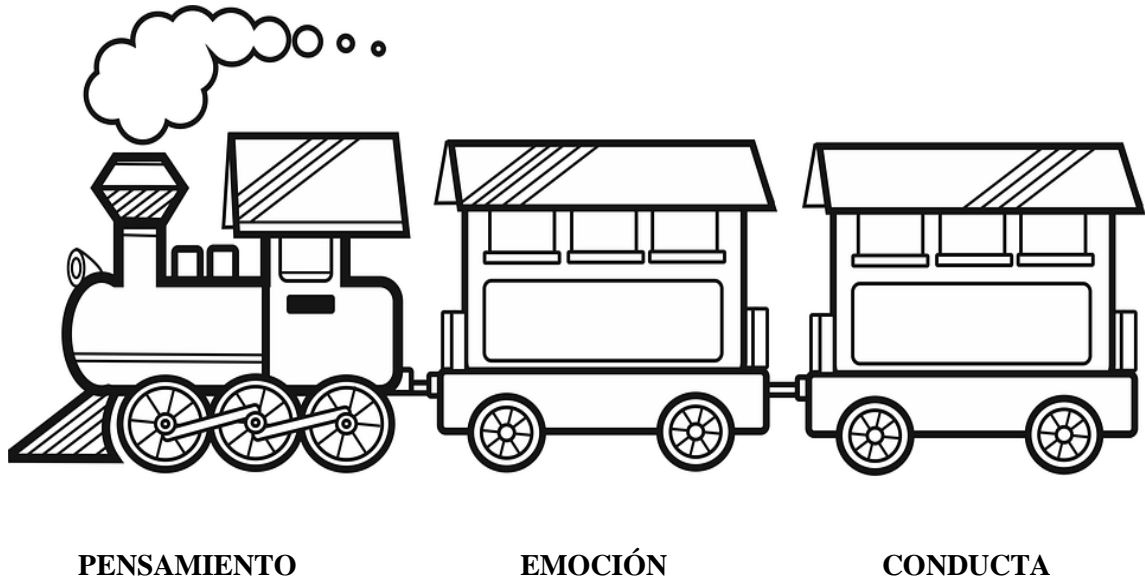
Anexo 3

Representación dicotomía entre salud y enfermedad mental



Anexo 4

Representación visual del Modelo ABC



Anexo 5

Ejercicio relación emoción, pensamiento y conducta

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
<p>Mi hijo no se toma la medicación</p>	<p>Todo me sale mal, tengo muy mala suerte</p>	<p>Frustración, rabia, tristeza</p>	<p>Realizar algo agradable, pasear</p>

Anexo 6

Distorsiones cognitivas

Sobregeneralización	Generalizar a raíz de un caso aislado “El psiquiatra siempre está ocupado, nunca tiene tiempo para nosotros”
Abstracción selectiva	Enfocarse en la parte negativa normalmente de forma que se excluyen las características positivas. Es un filtrado de la información de manera que la persona con una especie de visión de túnel detecta sólo lo negativo. “X (siendo X el familiar diagnosticado) no puede hacer nada, está en casa como un mueble sin hacer nada”
Error del adivino	Creer saber cómo será el futuro y actuar conforme a ello “Si sigue así nunca será una persona independiente”
Personalización	Suponer que algo que la gente dice tiene que ver con uno mismo “Mi hijo siempre dice que no tenía que haber nacido, no entiendo cómo me dice eso”
Etiquetación	Utilizar una etiqueta peyorativa para describir a alguien en vez de describir la conducta o los hechos “Está loco, como toda su familia”

Anexo 7

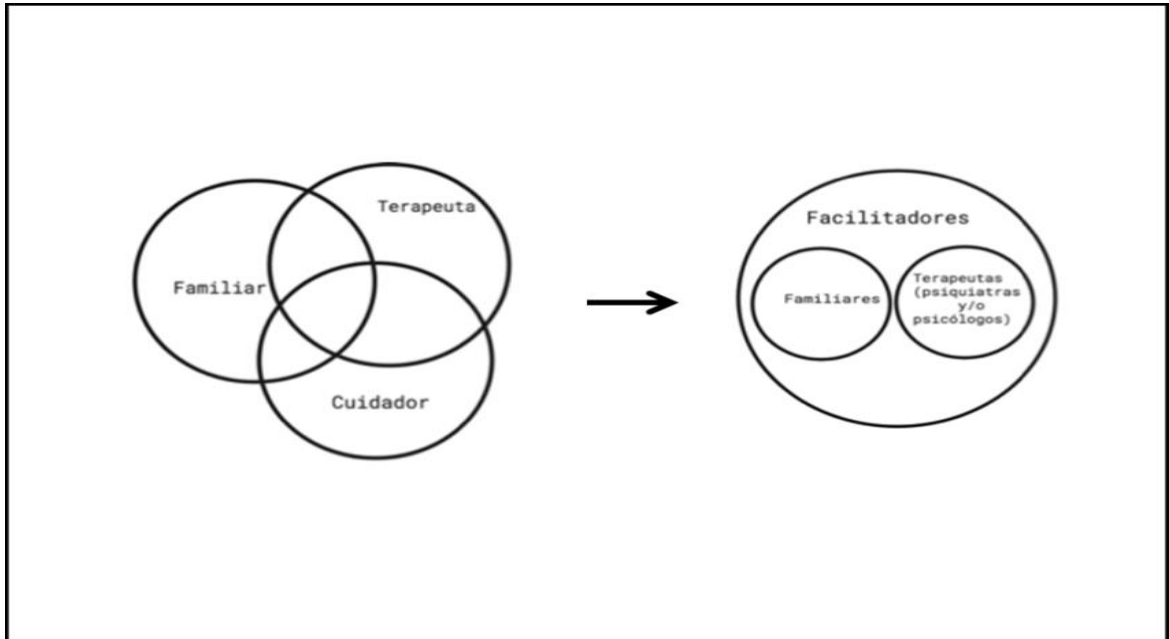
Ideas irracionales

-
1. Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno
 2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga
 3. Las personas que no actúan como deberían son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad
 4. Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría
 5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones
 6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra
 7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente
 8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar
 9. Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre
 10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás
 11. Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico
-

Fuente: Ideas Irracionales de Ellis, 1962

Anexo 8

Diferencias entre cuidador, familiar y terapeuta



Anexo 9

Diferencias entre familiares y terapeutas

<i>Familiares</i>	<i>Terapeutas</i>
- Ayuda no profesional	- Profesional en la materia
- Subjetividad	- Menor subjetividad
- Función y lugar de madre, padre, hermano	- Tareas de intervención, evaluación y tratamiento
- Intento de terapia no sería ético	- Intervención segura y controlada

Anexo 10

Tabla ejercicio quién es quien

¿Cómo me sentía antes con él/ella?	Cómo me siento ahora, ¿hay algún cambio?	¿Qué significado le daba antes al comportamiento de la otra persona?	¿Se te ocurren otras maneras de pensar, sentirte y actuar en futuras situaciones?
------------------------------------	--	--	---
