



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES



Centro de  
Referencia  
Estatad de  
Atención  
Psicosocial

# Guía de Análisis de Viabilidad y Replicabilidad para Programas de Psicoeducación Familiar en Rehabilitación Psicosocial

---

Imserso. Junio 2026



## CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CREAP)

EDITA:

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Imsero (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)

[https://creap.imsero.es/documents/20123/924348/20260612\\_guia-viabilidad-programas-psi-coeducacion-familiar.pdf](https://creap.imsero.es/documents/20123/924348/20260612_guia-viabilidad-programas-psi-coeducacion-familiar.pdf)

<https://cpage.mpr.gob.es/>

NIPO: 235-26-012-X

Fecha edición: 2026

AUTORES

**Jorge Marredo Rosa**

*Psicólogo investigador. Coordinador del área de Gestión del Conocimiento del Centro Estatal de Atención Psicosocial, que presta sus servicios en el Creap a través de Grupo 5 Acción y Gestión Social S.A.U.*

COORDINACIÓN Y REVISIÓN

Jorge Marredo Rosa, Daniel Navarro-Bayón y Juan Lázaro Mateo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Jorge Marredo Rosa

Para la edición del manuscrito final de este manual, mejorar la coherencia general, legibilidad de este y la supervisión de la traducción de algunos términos se usó el modelo LLM Claude 4.6 Sonnet de Anthropic.

La información está actualizada a fecha de redacción de la guía, en junio de 2026.

Esta guía se ha redactado con los principios del lenguaje inclusivo, también del lenguaje no estigmatizante, así como de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

# Índice

ÍNDICE .....	1
INTRODUCCIÓN Y MARCO DE LA GUÍA .....	11
Objetivos del capítulo.....	11
Resumen inicial .....	11
1.1. Propósito y justificación de la guía .....	12
1.2. Alcance y delimitación.....	12
1.3. Audiencias y modos de uso .....	13
1.4. Lógica del proceso: de la evidencia al programa implementado .....	13
1.5. Metodología de elaboración .....	14
1.6. Glosario de términos clave .....	15
Cierre del capítulo .....	15
Lecturas recomendadas .....	16
Puente hacia el capítulo 2 .....	16
MARCO CONCEPTUAL: FAMILIA, TMG Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL .....	17
Objetivos del capítulo.....	17
Resumen inicial .....	17
2.1. El Trastorno Mental Grave: definición, evolución del concepto y heterogeneidad .....	18
2.2. La familia en el proceso de recuperación: del modelo de carga al modelo de colaboración.....	19
2.3. Psicoeducación familiar: definición, principios y diferenciación.....	20
2.4. La rehabilitación psicosocial como marco de intervención.....	21
2.5. Perspectiva de derechos y participación .....	22
Resumen final.....	22
Lecturas recomendadas .....	23
Puente hacia el capítulo 3 .....	23
EVIDENCIA EN PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR .....	24
Objetivos del capítulo.....	24
Resumen inicial .....	24
3.1. Metodología de la revisión.....	25
3.2. Evidencia en esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico.....	25
3.3. Evidencia en trastorno bipolar .....	26
3.4. Evidencia en otros TMG y enfoques transdiagnósticos.....	27
3.5. Variables moderadoras y mediadoras .....	28

3.6. Del ensayo al contexto real: evidencia de efectividad y estudios de implementación	29
3.7. Evidencia en el contexto español e iberoamericano	30
3.8. Tabla de síntesis de la evidencia	30
3.9. Lagunas en la evidencia y agenda de investigación	32
Resumen final	32
Lecturas recomendadas	33
Puente hacia el capítulo 4	33
PRINCIPALES MODELOS DE PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR	34
Objetivos del capítulo	34
Resumen inicial	34
4.1. Criterios de selección y organización de los modelos	35
4.2. Terapia Conductual Familiar (Falloon et al.)	36
4.3. Psicoeducación familiar (Anderson, Reiss y Hogarty)	37
4.4. Grupos Multifamiliares Psicoeducativos (McFarlane)	37
4.5. Intervención familiar de Leff et al.	38
4.6. Intervención familiar cognitivo-conductual (Barrowclough y Tarrier)	39
4.7. Otros modelos relevantes	40
4.8. Experiencias y adaptaciones en España: estado de la cuestión	41
4.9. Tabla comparativa de modelos	41
Resumen final	43
Lecturas recomendadas	43
Puente hacia el capítulo 5	44
CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN APLICADA A LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR	45
Objetivos del capítulo	45
Resumen inicial	45
5.1. ¿Por qué ciencia de la implementación? La brecha evidencia-práctica	46
5.2. Conceptos fundamentales	47
5.3. El marco MRC para intervenciones complejas	48
5.4. Marco RE-AIM	48
5.5. Marco CFIR	49
5.6. Otros marcos relevantes (EPIS, NPT, PARIHS/i-PARIHS)	50
5.7. Marco integrador para esta guía	51
Resumen final	52
Lecturas recomendadas	52

Puente hacia el capítulo 6 .....	53
EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN ESPAÑA.....	54
Objetivos del capítulo.....	54
Resumen inicial .....	54
6.1. Marco normativo y de planificación.....	55
6.2. Estructura del sistema: dispositivos y redes.....	56
6.3. Variabilidad autonómica.....	56
6.4. La intersección sanitario-social .....	57
6.5. Recursos humanos en rehabilitación psicosocial .....	58
6.6. El lugar de la familia en el sistema español.....	59
Resumen final.....	60
Lecturas recomendadas .....	60
Puente hacia el capítulo 7 .....	60
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN: LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR EN ESPAÑA HOY .....	61
Objetivos del capítulo.....	61
Resumen inicial .....	61
7.1. Estado de implementación actual .....	62
7.2. Experiencias documentadas: análisis de casos .....	63
7.3. Barreras y facilitadores específicos del contexto español.....	65
7.4. Oportunidades estratégicas actuales .....	66
7.5. El problema de la captación familiar: datos y causas.....	66
Resumen final.....	67
Lecturas recomendadas .....	68
Puente hacia el capítulo 8 .....	68
EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN.....	69
Objetivos del capítulo.....	69
Resumen inicial .....	69
8.1. Concepto de preparación organizacional .....	70
8.2. Dimensión organizacional .....	71
8.3. Dimensión profesional .....	72
8.4. Dimensión económica .....	73
8.5. Dimensión relativa a las familias y personas atendidas .....	73
8.6. Dimensión contextual y cultural.....	74
8.7. Constitución del equipo impulsor .....	75

8.8. Selección del modelo a testar .....	76
8.9. Requisitos formativos mínimos para el pilotaje .....	77
8.10. Checklist de preparación .....	77
Resumen final.....	78
Lecturas recomendadas .....	79
Puente hacia el capítulo 9 .....	79
DISEÑO DE LA CONFIGURACIÓN DEL PROGRAMA A TESTAR: MARCO DE DECISIONES .....	80
Objetivos del capítulo.....	80
Resumen inicial .....	80
9.1. Del modelo general a la configuración local concreta (Hoffmann et al., 2014; Stirman et al., 2019).....	81
9.2. Definición de objetivos del programa .....	82
9.3. Criterios para las decisiones de diseño: estructura, formato y modalidad.....	82
9.4. Estrategias de captación a testar: criterios de diseño.....	84
9.5. Del diseño al manual del programa piloto: requisitos de protocolización.....	84
Resumen final.....	86
Lecturas recomendadas .....	86
Puente hacia el capítulo 10 .....	86
ESTUDIO DE VIABILIDAD: MARCO, CRITERIOS Y DECISIÓN.....	88
Objetivos del capítulo.....	88
Resumen inicial .....	88
10.1. ¿Qué es un estudio de viabilidad y por qué es imprescindible? .....	89
10.2. Dimensiones y preguntas del estudio de viabilidad .....	89
10.3. Diseño metodológico: opciones y recomendaciones.....	91
10.4. Criterios de “go / ajustar y re-pilotar / no-go” .....	92
10.5. Checklist del estudio de viabilidad .....	93
Resumen final.....	94
Lecturas recomendadas .....	94
Puente hacia el capítulo 11 .....	95
EVALUACIÓN DE RESULTADOS: MARCO E INSTRUMENTOS .....	96
Objetivos del capítulo.....	96
Resumen inicial .....	96
11.1. Marco de evaluación: ¿qué medir y para quién?.....	97
11.2. Instrumentos de medida validados en español .....	97
11.3. Diseños de evaluación factibles en la práctica .....	100

Resumen final.....	101
Lecturas recomendadas .....	101
Puente hacia el capítulo 12 .....	101
ANÁLISIS DE REPLICABILIDAD .....	103
Objetivos del capítulo.....	103
Resumen inicial .....	103
12.1. Concepto de replicabilidad: fidelidad, adaptación y el continuo entre ambas .....	104
12.2. Identificación de componentes esenciales .....	104
12.3. Componentes adaptables y criterios de adaptación .....	105
12.4. Medición de la fidelidad .....	106
12.5. Del programa local al programa replicable: documentación para la transferencia .	106
12.6. Replicabilidad inter-dispositivos.....	107
Resumen final.....	108
Lecturas recomendadas .....	108
Puente hacia el capítulo 13 .....	109
SOSTENIBILIDAD .....	110
Objetivos del capítulo.....	110
Resumen inicial .....	110
13.1. ¿Por qué los programas no sobreviven? .....	111
13.2. Estrategias de institucionalización .....	112
13.3. Evaluación económica como herramienta de sostenibilidad .....	113
13.4. Indicadores de sostenibilidad y monitorización a largo plazo.....	113
Resumen final.....	115
Lecturas recomendadas .....	115
Puente hacia el capítulo 14 .....	115
ESCALADO Y TRANSFERENCIA .....	116
Objetivos del capítulo.....	116
Resumen inicial .....	116
14.1. Del piloto al programa en red: estrategias de escalado .....	117
14.2. Transferencia entre comunidades autónomas .....	118
14.3. Redes y comunidades de práctica .....	118
14.4. El papel de la tecnología en el escalado.....	119
Resumen final.....	120
Lecturas recomendadas .....	120

Puente hacia el capítulo 15 .....	121
CAJA DE HERRAMIENTAS .....	122
Objetivos del capítulo.....	122
Resumen inicial .....	122
15.1. Instrumentos de evaluación de preparación organizacional.....	123
15.2. Plantillas de diseño del programa .....	124
15.3. Instrumentos para el estudio de viabilidad .....	125
15.4. Fichas comparativas de modelos .....	126
15.5. Plantillas de planificación: plan de evaluación, plan de sostenibilidad y plan de escalado.....	127
15.6. Árboles de decisión .....	128
Resumen final.....	128
Lecturas recomendadas .....	129
Cierre del cuerpo principal del manual .....	129
LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	130
ANEXOS .....	155
Anexo A. Bibliografía comentada .....	155
Anexo B. Recursos formativos en España.....	158
Anexo C. Directorio de experiencias.....	161

# Índice de tablas

<b>Título de la tabla</b>	<b>Pá- gina</b>
Tabla 3.1. Síntesis de la evidencia sobre psicoeducación familiar	27
Tabla 4.1. Comparación funcional de los principales modelos de psicoeducación familiar	38
Tabla 5.1. Función de los marcos de implementación en esta guía	47
Tabla 6.1. Ejes de variabilidad autonómica relevantes para esta guía	52
Tabla 7.1. Experiencias españolas documentadas con especial relevancia para esta guía	58
Tabla 8.1. Matriz sintética de competencias necesarias por modelo	66
Tabla 8.2. Checklist sintético de preparación para el pilotaje	71
Tabla 9.1. Criterios de decisión sobre estructura, formato y modalidad	76
Tabla 9.2. Contenidos mínimos del manual del programa piloto	78
Tabla 10.1. Dimensiones prioritarias del estudio de viabilidad en esta guía	82
Tabla 10.2. Propuesta orientativa de criterios de progresión	84
Tabla 10.3. Checklist sintético del estudio de viabilidad	85
Tabla 11.1. Propuesta sintética de instrumentos validados en español	90
Tabla 11.2. Diseños de evaluación recomendables según escenario	92
Tabla 12.1. Elementos mínimos de documentación para la transferencia	98
Tabla 13.1. Estrategias de institucionalización prioritarias	103
Tabla 13.2. Indicadores de sostenibilidad a largo plazo	105
Tabla 14.1. Estrategias de escalado aplicables a programas de psicoeducación familiar	109
Tabla 15.1. Instrumentos recomendados para preparación organizacional	115
Tabla 15.2. Plantilla mínima de diseño del programa	116
Tabla 15.3. Herramientas mínimas para el estudio de viabilidad	117
Tabla 15.4. Plantilla de ficha comparativa de modelos	118

<b>Título de la tabla</b>	<b>Pá- gina</b>
Tabla 15.5. Contenidos mínimos de las plantillas de planificación	119
Tabla 15.6. Árboles de decisión propuestos en esta guía	120
Tabla B.1. Mapa funcional de recursos formativos en España	128

## Índice de acrónimos

- ADAPT** — *Adapt guidance* (guía para la adaptación de intervenciones a nuevos contextos)
- AEN** — Asociación Española de Neuropsiquiatría
- AMAFE** — Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Enfermedad Mental
- CFIR** — *Consolidated Framework for Implementation Research*
- CHIME** — *Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment*
- CREAP** — Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial
- EASP** — Escuela Andaluza de Salud Pública
- ECFOS-II** — Escala de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva II
- EPIS** — *Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment*
- FRAME** — *Framework for Reporting Adaptations and Modifications to Evidence-based Interventions*
- FRAME-IS** — *Framework for Reporting Adaptations and Modifications to Evidence-based Implementation Strategies*
- HADS** — *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- ICS** — *Implementation Climate Scale*
- IEQ** — *Involvement Evaluation Questionnaire*
- ILS** — *Implementation Leadership Scale*
- IMSERSO** — Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- i-PARIHS** — *integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services*
- IRQ** — *Influential Relationship Questionnaire*
- MRC** — *Medical Research Council*
- NG181** — *NICE Guideline 181*
- NICE** — *National Institute for Health and Care Excellence*
- NPT** — *Normalization Process Theory*
- OMS** — Organización Mundial de la Salud
- ORIC** — *Organizational Readiness for Implementing Change*
- PAI** — Plan de Atención Individualizada
- PARIHS** — *Promoting Action on Research Implementation in Health Services*
- PIENSA** — Programa PIENSA
- PSAT** — *Program Sustainability Assessment Tool*
- PSP** — *Personal and Social Performance Scale*
- RAS-24** — *Recovery Assessment Scale-24*
- RE-AIM** — *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*
- SFS** — *Social Functioning Scale*
- SISR** — *Self-Identified Stage of Recovery*
- SNS** — Sistema Nacional de Salud
- SOFI** — *Schizophrenia Objective Functioning Instrument*
- SQLS-R4** — *Schizophrenia Quality of Life Scale – Revision 4*
- StaRI** — *Standards for Reporting Implementation Studies*
- TIDieR** — *Template for Intervention Description and Replication*
- TMG** — Trastorno Mental Grave

**WHOQOL-BREF** — *World Health Organization Quality of Life – BREF*  
**ZBI** — *Zarit Burden Interview*



# 1

## Introducción y marco de la guía

### Objetivos del capítulo

- Delimitar con precisión el propósito, alcance y función de la guía dentro del campo de la rehabilitación psicosocial.
- Establecer la demarcación operativa entre esta guía y el protocolo complementario.
- Identificar a las audiencias destinatarias y los modos de uso previstos en la práctica profesional.
- Presentar la lógica general del volumen, desde la evidencia disponible hasta la implementación, la evaluación, la replicabilidad y el escalado.
- Fijar un glosario inicial de términos que ordene la lectura del manual y evite ambigüedades conceptuales posteriores.

### Resumen inicial

Esta guía nace de una tensión que el campo de la salud mental comunitaria conoce bien, pero que rara vez se resuelve con instrumentos verdaderamente útiles para la toma de decisiones: existe una base suficiente de conocimiento sobre la utilidad de la implicación familiar y de las intervenciones psicoeducativas en trastornos mentales graves, pero su incorporación efectiva en los servicios sigue siendo irregular, fragmentaria y fuertemente dependiente del contexto organizacional. Las guías clínicas continúan recomendando el trabajo con familias en psicosis y esquizofrenia, y la literatura reciente sobre implementación confirma que esa recomendación no se traduce de forma automática en práctica habitual; entre otras razones, porque la adopción de un programa requiere liderazgo, recursos, competencias, ajuste contextual y criterios explícitos de viabilidad antes de pretender resultados o escalado (NICE, 2014/2025; Norheim et al., 2024; Skivington et al., 2021). En el caso español, además, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026 y su Plan de Acción 2022–2024 insisten en un modelo comunitario, orientado a la recuperación, a la coordinación intersectorial y al apoyo a las familias, lo que convierte la pregunta por la viabilidad y la replicabilidad en una necesidad de

sistema, no en un interés accesorio de investigación (Ministerio de Sanidad, 2022a, 2022b). La presente guía responde a esa necesidad: no enseña a conducir sesión por sesión un programa, sino a decidir si merece la pena implementarlo, en qué condiciones, con qué grado de adaptación y con qué posibilidades razonables de sostenerlo y transferirlo (NICE, 2014/2025; WHO, 2021; Ministerio de Sanidad, 2025).

**Palabras clave:** *psicoeducación familiar; rehabilitación psicosocial; implementación; viabilidad; replicabilidad; fidelidad; sostenibilidad; escalado.*

## 1.1. Propósito y justificación de la guía

El propósito de esta guía es ofrecer un marco riguroso para analizar, antes de la adopción precipitada o de la mera reproducción nominal de buenas intenciones, si un programa de *psicoeducación familiar* puede ser implementado con sentido en un dispositivo concreto de rehabilitación psicosocial y, una vez pilotado, si dispone de condiciones mínimas para sostenerse, replicarse y eventualmente escalarse. Su justificación no descansa en una lógica abstracta de mejora de calidad, sino en un problema acumulado de la práctica contemporánea: las intervenciones con respaldo suficiente no fracasan solo por falta de evidencia, sino también por diseños mal ajustados al contexto, por sobreestimación de la capacidad real de los equipos y por ausencia de criterios explícitos para distinguir entre una adaptación razonable y una desnaturalización del modelo. La actualización del Medical Research Council ha insistido precisamente en que las intervenciones complejas deben ser pensadas como sistemas en interacción con su contexto, y no como paquetes cerrados que pueden trasladarse intactos de un entorno a otro (Skivington et al., 2021). Del mismo modo, la actualización del CFIR refuerza la idea de que la implementación depende de múltiples determinantes organizacionales, profesionales y contextuales, cuya evaluación previa no es una formalidad, sino una condición de realismo metodológico (Damschroder et al., 2022). En consecuencia, esta guía se justifica porque desplaza la pregunta desde “qué programa existe” hacia “qué programa puede funcionar aquí, con este equipo, estas familias, esta red y estas restricciones”.

## 1.2. Alcance y delimitación

El alcance de esta obra es deliberadamente analítico, de criterio y estratégico. Se trata de una guía para decidir, diseñar en términos marco, pilotar con prudencia metodológica, evaluar con instrumentos viables y valorar la replicabilidad y la sostenibilidad de programas de psicoeducación familiar en el ámbito de la rehabilitación psicosocial, con especial atención a dispositivos comunitarios, centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, recursos residenciales y estructuras afines de la red social y sociosanitaria. No es, por tanto, un manual clínico operativo en sentido estricto, ni pretende sustituir a un documento de aplicación sesión a sesión. La regla de demarcación con el Protocolo es aquí esencial y debe quedar fijada desde el inicio: la Guía contiene marcos conceptuales, criterios de selección, principios de diseño, condiciones de viabilidad, orientaciones evaluativas y reglas de transferencia; el Protocolo, en cambio, contendrá los elementos procedimentales que materializan una opción ya tomada, tales como fichas de sesión, secuencias de contenidos, materiales de trabajo, scripts de conducción,

instrumentos de registro y procedimientos concretos de pilotaje. La diferencia no es meramente editorial. Mantenerla evita dos errores frecuentes: convertir una guía en un repertorio desordenado de recetas operativas, o suponer que la existencia de un protocolo equivale, por sí sola, a capacidad de implementación. Esta delimitación es coherente con el marco de servicios comunitarios y basados en derechos promovido por la Organización Mundial de la Salud, así como con la estrategia española reciente, que subrayan coordinación, recuperación, participación y continuidad de cuidados más que la mera reproducción mecánica de procedimientos (Ministerio de Sanidad, 2022a; World Health Organization, [WHO], 2021).

### 1.3. Audiencias y modos de uso

La guía se dirige a profesionales en ejercicio y no a lectores legos ni a alumnado sin experiencia de campo. Su destinatario principal es el conjunto de equipos y responsables que, dentro de la rehabilitación psicosocial y de la salud mental comunitaria, deben tomar decisiones razonadas sobre si incorporar o no un programa de psicoeducación familiar y cómo hacerlo sin improvisación ni mimetismo acrítico. Esto incluye psicología clínica y sanitaria, trabajo social, enfermería de salud mental, terapia ocupacional, educación social, coordinación técnica, responsables de programas y perfiles de gestión. Precisamente por ese carácter multidisciplinar, el texto asume conocimientos previos intermedios sobre trastorno mental grave, red de dispositivos y lógica de rehabilitación, pero no presupone familiaridad homogénea con la ciencia de la implementación ni con el vocabulario técnico de viabilidad, fidelidad o replicabilidad. El modo de uso previsto tampoco es el de una lectura lineal obligatoria de principio a fin, aunque esa lectura sea la más fértil para comprender la arquitectura global del manual. Esta obra está diseñada, sobre todo, como herramienta de consulta profesional continua: un equipo puede acudir a los capítulos iniciales cuando necesite justificar conceptualmente la intervención familiar, a los capítulos centrales cuando tenga que decidir si está preparado para pilotar un modelo, y a los capítulos finales cuando el problema pase a ser la evaluación, la sostenibilidad o la transferencia. En esa medida, cada capítulo debe poder leerse de forma relativamente autónoma, sin perder la coherencia del conjunto. Esa lógica de consulta orientada a la práctica resulta especialmente pertinente en un sistema como el español, donde la heterogeneidad territorial y organizativa obliga a combinar referencias comunes con decisiones localmente situadas (Ministerio de Sanidad, 2022a, 2022b).

### 1.4. Lógica del proceso: de la evidencia al programa implementado

La lógica interna de esta guía sigue un recorrido que puede formularse con sencillez, aunque sus implicaciones sean exigentes: no se parte del deseo de implantar un programa, sino de la evidencia disponible sobre lo que se ha hecho y con qué resultados; después se examinan los marcos que permiten comprender por qué algo basado en evidencia no siempre se incorpora a la práctica; a continuación se estudia el contexto español concreto en el que esa implementación debería tener lugar; solo entonces se analizan la preparación organizacional, la selección del modelo, la configuración local del programa y el estudio de viabilidad; una vez superado ese umbral, entran en juego la evaluación de resultados, la replicabilidad, la sostenibilidad y el



escalado. Esta secuencia no responde a un gusto por el orden, sino a una determinada epistemología de la prudencia aplicada. La actualización del MRC insiste en que el desarrollo, la viabilidad, la evaluación y la implementación forman un continuo con retroalimentaciones, no compartimentos estancos, y que ignorar el contexto o los mecanismos suele generar intervenciones formalmente impecables, pero prácticamente frágiles (Skivington et al., 2021). De forma convergente, el trabajo reciente sobre implementación de la implicación familiar en psicosis muestra que incluso intervenciones recomendadas por guías internacionales siguen infraimplementadas en los servicios rutinarios y rara vez alcanzan a más del 20–30 % de los casos cuando faltan apoyos organizacionales explícitos (Norheim et al., 2024). El mapa de navegación del manual, por tanto, puede resumirse así: evidencia suficiente no implica implementabilidad; implementabilidad no implica sostenibilidad; y sostenibilidad no equivale todavía a replicabilidad o escalado. Cada transición exige un tipo distinto de juicio y de documentación.

## 1.5. Metodología de elaboración

La presente guía ha sido elaborada mediante una síntesis estructurada y jerarquizada de cuatro familias de fuentes, seleccionadas en función de la naturaleza de cada capítulo y no mediante un criterio uniforme e indiferenciado. En primer lugar, se han priorizado revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de síntesis para fundamentar el estado de la evidencia sobre psicoeducación familiar y sobre modalidades afines; en segundo lugar, se han incorporado marcos consolidados de implementation science para ordenar la transición entre conocimiento disponible, adopción organizacional, pilotaje y evaluación; en tercer lugar, se han utilizado documentos normativos y estratégicos del contexto español, especialmente aquellos emanados del Ministerio de Sanidad, para asegurar que el análisis de viabilidad no se formule en un vacío institucional; y, en cuarto lugar, se han incorporado guías internacionales y documentos de orientación sobre modelos comunitarios y basados en derechos para reforzar la coherencia del enfoque general. Esta decisión metodológica obedece a una razón simple: una guía de viabilidad y replicabilidad no puede construirse solo con ensayos clínicos, porque sus preguntas centrales desbordan la eficacia y se internan en terrenos de contexto, organización, transferencia y continuidad. Por ello, la obra no se presenta como revisión sistemática independiente de todo el campo, sino como guía técnico-científica basada en evidencia seleccionada, marcos metodológicos robustos y documentación institucional pertinente. Este posicionamiento resulta coherente con el MRC, con el uso extendido del CFIR en investigación aplicada y con las recomendaciones de la OMS para el rediseño de servicios comunitarios centrados en derechos y participación (Hoffmann et al., 2014; Damschroder et al., 2022; Skivington et al., 2021; WHO, 2021).

Metodológicamente, además, la guía adopta tres principios de composición que conviene explicitar desde el comienzo. El primero es el principio de no redundancia: cada contenido tiene un lugar principal de desarrollo y, cuando reaparece en otro capítulo, lo hace por remisión razonada y no por repetición. El segundo es el principio de demarcación funcional entre análisis y procedimiento: cuando una cuestión pertenece al diseño operativo del programa, se enuncia aquí solo hasta el nivel necesario para tomar decisiones, remitiendo al Protocolo para su materialización concreta. El tercero es el principio de realismo de implementación: las recomendaciones no se formulan como si todos los servicios dispusieran del mismo tiempo,

formación, liderazgo, masa crítica profesional o red territorial. Este último principio es especialmente importante en el contexto español, donde la propia Estrategia de Salud Mental del SNS reconoce la necesidad de reforzar la coordinación, los recursos comunitarios, la participación y el apoyo a las familias, al tiempo que el Plan de Acción 2022–2024 liga la implementación efectiva de las prioridades a dotación presupuestaria, desarrollo autonómico y coordinación interinstitucional (Ministerio de Sanidad, 2022a, 2022b). En otras palabras, esta guía no está escrita para escenarios ideales, sino para entornos reales en los que la decisión sensata no siempre es “implantar”, sino a veces “preparar mejor”, “adaptar con criterio” o incluso “aplazar”.

## 1.6. Glosario de términos clave

En esta guía, trastorno mental grave se utiliza para designar un conjunto heterogéneo de condiciones de curso prolongado y afectación funcional relevante que requieren apoyos clínicos, psicosociales y comunitarios sostenidos; psicoeducación familiar remite a intervenciones estructuradas que combinan información, entrenamiento y apoyo para mejorar el manejo del problema, el bienestar familiar y, cuando procede, el curso clínico y funcional de la persona atendida; rehabilitación psicosocial designa el marco de apoyos orientado a promover autonomía, participación comunitaria y recuperación; implementación alude al proceso por el que una intervención pasa de ser recomendada o conocida a ser incorporada de forma efectiva a la práctica de un servicio; viabilidad significa aquí el grado en que un programa puede llevarse a cabo de manera aceptable, practicable y razonablemente fiel en un contexto dado; replicabilidad nombra la posibilidad de reproducir un programa en otros dispositivos conservando sus componentes esenciales; fidelidad se refiere al grado en que la intervención se ejecuta conforme al modelo o diseño acordado; adaptación indica las modificaciones contextuales compatibles con el mantenimiento de la lógica y los componentes nucleares; sostenibilidad designa la capacidad del programa para mantenerse más allá de su fase inicial de impulso; escalado alude a la ampliación de su alcance territorial u organizativo; y preparación organizacional se refiere al nivel de disposición estructural, profesional y cultural de un servicio para adoptar una innovación. Este glosario es necesariamente sintético y cumple una función de orientación temprana; las definiciones sustantivas y sus matices teóricos se desarrollarán en los capítulos correspondientes, donde cada término será reinsertado en el problema específico que le da sentido (Damschroder et al., 2022; Glasgow et al., 2019; Proctor et al., 2011).

## Cierre del capítulo

Este capítulo ha fijado la posición epistemológica y editorial del manual. La guía no nace para demostrar, una vez más, que la familia importa en salud mental comunitaria, sino para ofrecer un instrumento de juicio sobre cuándo, cómo y en qué condiciones un programa de psicoeducación familiar merece ser puesto en marcha, pilotado, evaluado y eventualmente transferido. También ha establecido una distinción decisiva entre la lógica analítica de esta obra y la lógica operativa del Protocolo complementario: una decide y ordena; el otro concreta y ejecuta. Finalmente, ha dejado formulada la secuencia que vertebrará todo el volumen — evidencia, implementación, contexto, preparación, viabilidad, evaluación, replicabilidad, sostenibilidad y escalado— y ha fijado un vocabulario inicial para evitar que el lector entre en



los capítulos posteriores con términos aparentemente familiares, pero conceptualmente inestables. Desde aquí, el paso siguiente ya no es metodológico-editorial, sino conceptual: antes de revisar la evidencia o discutir modelos concretos, es necesario precisar qué entendemos por familia, por trastorno mental grave, por rehabilitación psicosocial y por participación en clave de derechos.

## Lecturas recomendadas

Para situar el marco de fondo de esta guía conviene leer, en primer lugar, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026, porque ofrece el encuadre español más relevante en materia de recuperación, derechos, apoyo a familias y coordinación comunitaria; su utilidad no es solo normativa, sino también estratégica para comprender por qué una guía de implementación resulta hoy necesaria. En segundo lugar, la actualización del Medical Research Council de [Skivington et al. \(2021\)](#) es la lectura metodológica central, ya que permite comprender por qué la viabilidad no es un apéndice del ensayo, sino una fase constitutiva del desarrollo de intervenciones complejas. En tercer lugar, el artículo de [Damschroder et al. \(2022\)](#) sobre el CFIR actualizado ofrece el mejor punto de entrada para pensar barreras, facilitadores y condiciones organizacionales de implementación sin reducir el análisis a intuiciones locales. Finalmente, el documento de la OMS sobre servicios comunitarios centrados en derechos resulta especialmente valioso para evitar que la discusión sobre programas familiares quede atrapada en una lógica meramente instrumental y pierda de vista el horizonte de ciudadanía, participación y vida en comunidad que debe orientar todo el campo.

## Puente hacia el capítulo 2

Una vez establecido para qué sirve esta guía, a quién se dirige y qué tipo de decisiones pretende ordenar, el siguiente movimiento no puede ser todavía una revisión de resultados ni una discusión de modelos. Antes de eso, es necesario fijar el suelo conceptual sobre el que descansará todo el edificio argumental. El capítulo 2 abordará, por tanto, las categorías sin las cuales el resto del manual quedaría suspendido en el aire: qué significa hablar de trastorno mental grave en un sentido no reductivo, cómo ha cambiado el lugar asignado a la familia en el proceso de recuperación, qué distingue a la psicoeducación familiar de otras modalidades de intervención y por qué la rehabilitación psicosocial constituye el marco adecuado para pensar estas prácticas en clave de derechos, participación y comunidad.

# 2

## Marco conceptual: familia, TMG y rehabilitación psicosocial

### Objetivos del capítulo

- Precisar el sentido operativo del concepto de *trastorno mental grave* dentro de esta guía.
- Analizar el desplazamiento conceptual desde el modelo de carga familiar hacia un modelo de colaboración orientado a la recuperación.
- Delimitar qué debe entenderse por *psicoeducación familiar* y qué queda fuera de esa categoría.
- Situar la rehabilitación psicosocial como marco de referencia para el trabajo con familias en contextos comunitarios.
- Integrar la perspectiva de derechos y participación como criterio transversal del diseño, la implementación y la evaluación de programas.

### Resumen inicial

Todo manual serio necesita, tarde o temprano, detenerse en aquello que suele darse por supuesto. Este capítulo cumple precisamente esa función: fijar el suelo conceptual sobre el que descansará el resto de la guía. La dificultad no es menor de lo que aparenta. Expresiones como *trastorno mental grave*, *familia*, *rehabilitación psicosocial*, *participación* o incluso *psicoeducación familiar* circulan con tal familiaridad en la práctica profesional que a menudo se emplean como si su significado estuviera cerrado, cuando en realidad arrastran historias teóricas diferentes, usos institucionales heterogéneos y consecuencias prácticas muy distintas. La literatura reciente sobre Trastorno Mental Grave (*serious/severe mental illness*) ha mostrado, de hecho, una falta notable de consenso operativo en la definición del término, mientras que los trabajos sobre participación familiar siguen señalando un desfase persistente entre el reconocimiento discursivo del valor de la familia y su incorporación efectiva a la práctica habitual

de los servicios. A su vez, los marcos contemporáneos de recuperación, servicios comunitarios y derechos humanos obligan a abandonar aproximaciones estrechas en las que la familia aparece solo como fuente de carga, conflicto o control. Por ello, este capítulo no se limita a ofrecer definiciones, sino que ordena una arquitectura conceptual: define el campo poblacional al que se dirige la guía, reubica a la familia como agente relevante del proceso de recuperación, distingue la psicoeducación familiar de otras modalidades vecinas y sitúa todo ello en el horizonte de una rehabilitación psicosocial centrada en la persona, comunitaria y basada en derechos (Gonzales et al., 2022; Martínez-Martínez et al., 2020; Tham y Solomon, 2024; WHO, 2021).

**Palabras clave:** *trastorno mental grave; familia; recuperación; psicoeducación familiar; rehabilitación psicosocial; participación; derechos; comunidad.*

## 2.1. El Trastorno Mental Grave: definición, evolución del concepto y heterogeneidad

El concepto de *trastorno mental grave* no debe leerse como una etiqueta autosuficiente ni como una categoría diagnóstica unívoca, sino como un constructo operativo que intenta capturar la intersección entre gravedad clínica, persistencia temporal, afectación funcional y necesidad de apoyos continuados. Esa precisión es importante, porque la literatura ha mostrado una notable inestabilidad en el uso del término. La revisión de Martínez-Martínez et al. (2020) constató que coexistían múltiples formas de operacionalizar el constructo, mientras que la revisión sistemática de Gonzales et al. (2022) encontró que la mayoría de los estudios utilizaban el término *serious mental illness* sin definirlo con criterios suficientemente explícitos. Dicho de otro modo, se trata de una expresión muy empleada en investigación, práctica y política sanitaria, pero sorprendentemente poco homogénea. Frente a esa ambigüedad, esta guía adopta un criterio funcional y de servicios: se refiere a trastornos mentales de curso prolongado o recurrente que ocasionan una afectación relevante del funcionamiento cotidiano y social, y que exigen apoyos clínicos, psicosociales y comunitarios sostenidos. En esa población se incluyen habitualmente los trastornos del espectro psicótico, buena parte de los trastornos bipolares con afectación funcional significativa y otros cuadros severos cuando concurren deterioro persistente, alta complejidad de cuidados o necesidad de itinerarios de rehabilitación. La guía NICE sobre rehabilitación en psicosis compleja resulta ilustrativa a este respecto, porque define su población de referencia no solo por el diagnóstico, sino por la presencia conjunta de síntomas severos o resistentes y de un deterioro funcional que justifica un periodo de rehabilitación orientado a maximizar independencia y calidad de vida (Gonzales et al., 2022; Martínez-Martínez et al., 2020; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020).

La evolución histórica del concepto aconseja, además, no confundir *trastorno mental grave* con un bloque clínico homogéneo ni con una identidad totalizadora de la persona. La tendencia contemporánea, tanto en rehabilitación como en salud mental comunitaria, ha sido desplazar el foco desde una lectura puramente nosográfica hacia una comprensión más ecológica del problema, en la que importan tanto los síntomas como el impacto sobre la autonomía, la vida relacional, la vivienda, el trabajo, la participación y la continuidad de cuidados. Por eso, cuando esta guía utiliza el término *TMG*, no lo hace para fijar una esencia psicopatológica única, sino

para nombrar una población diana de alta complejidad y elevada necesidad de apoyos. En coherencia con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026, el marco no es el de una clasificación abstracta, sino el de una atención centrada en la persona, orientada a recuperar, mantener y mejorar autonomía y calidad de vida. En esa misma línea, la guía NICE sobre psicosis compleja subraya que el cuadro suele acompañarse de comorbilidades, problemas cognitivos, dificultades físicas y trayectorias de uso intensivo de servicios, lo que impide cualquier comprensión simplista del término. La consecuencia para esta obra es decisiva: el TMG no se entiende aquí solo como gravedad clínica, sino como complejidad biopsicosocial y relacional; y, precisamente por eso, el trabajo con la familia no aparece como complemento opcional, sino como parte del entramado de apoyos que rodea la vida cotidiana de la persona (Ministerio de Sanidad, 2022; NICE, 2020).

## 2.2. La familia en el proceso de recuperación: del modelo de carga al modelo de colaboración

Durante décadas, una parte importante de la literatura y de la práctica clínica se aproximó a la familia desde dos lentes dominantes. La primera fue la de la *carga*: la familia como espacio sobrecargado por demandas de cuidado, incertidumbre, desgaste emocional y reorganización forzada de la vida cotidiana. La segunda fue la de la *patología relacional*: la familia como posible contexto de crítica, sobre implicación, hostilidad o conflictos comunicativos con impacto sobre el curso del trastorno. Ninguna de esas lentes era enteramente arbitraria. Los trabajos sobre implicación familiar y los desarrollos posteriores de la psicoeducación mostraron que muchas familias necesitaban información, apoyo y entrenamiento precisamente porque el trastorno altera rutinas, expectativas, economía doméstica, vínculos y proyectos de vida. Al mismo tiempo, la investigación reciente sobre factores familiares y resultados en psicosis sigue recordando que variables como la emoción expresada, la comunicación o el clima relacional mantienen relevancia clínica. Sin embargo, el problema aparece cuando ese registro de carga o riesgo se convierte en la única gramática disponible y termina reduciendo a la familia a un agregado de dificultades o a una mera variable del pronóstico. La revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) es especialmente útil aquí, porque muestra que, incluso cuando los servicios afirman valorar la participación familiar, con frecuencia siguen operando con culturas organizacionales, actitudes profesionales y prácticas de confidencialidad que desautorizan la experiencia de las familias o las dejan en una posición periférica respecto a la planificación del tratamiento. Lo que está en juego, por tanto, no es negar la existencia de carga o conflicto, sino impedir que esos elementos absorban la totalidad de la mirada clínica ([Harvey, 2018](#); [Tham & Solomon, 2024](#); [Keegan et al., 2025](#)).

El giro contemporáneo consiste en reubicar a la familia dentro de un marco de recuperación y colaboración. Recuperación no significa, en este contexto, desaparición lineal del síntoma ni retorno a una supuesta normalidad previa, sino construcción de una vida con sentido, agencia, vínculos y posibilidad de participación aun en presencia de limitaciones persistentes. El marco CHIME formulado por [Leamy et al. \(2011\)](#) —conectividad, esperanza, identidad, sentido y empoderamiento— sigue siendo una referencia útil porque muestra que la recuperación personal no se produce en el vacío, sino en tramas relacionales. Desde esa perspectiva, la familia deja de ser pensada exclusivamente como “carga” o “factor de recaída” y pasa a entenderse



como posible agente de sostén, comprensión, continuidad y mediación con el entorno, siempre que su participación se construya de manera respetuosa, no coercitiva y compatible con la autonomía de la persona atendida. La OMS, en su guía sobre servicios comunitarios basados en derechos, insiste en que los servicios deben alinearse con enfoques centrados en la persona, favorecer la participación y organizar apoyos que promuevan inclusión comunitaria y ejercicio de derechos. En el contexto español, el Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027 vuelve a subrayar ese horizonte al vincular la mejora de la atención con el apoyo a las familias y con un modelo comunitario que favorezca recuperación e integración social. En consecuencia, esta guía adoptará un modelo de colaboración familiar: no porque la familia sea siempre protectora, sino porque excluirla por sistema empobrece tanto la comprensión del proceso como las posibilidades reales de implementación de apoyos sostenibles (Leamy et al., 2011; Ministerio de Sanidad, 2025; WHO, 2021).

## 2.3. Psicoeducación familiar: definición, principios y diferenciación

La *psicoeducación familiar* debe entenderse, en esta guía, como un conjunto de intervenciones estructuradas que implican a la persona con trastorno mental y a su familia como interlocutores relevantes del proceso de cuidado y recuperación. Su núcleo no consiste en “dar información” de manera puntual, sino en articular un dispositivo que combina comprensión compartida del problema, intercambio de información clínicamente significativa, desarrollo de habilidades de afrontamiento, mejora de la comunicación, entrenamiento en resolución de problemas y creación de una alianza de trabajo más estable entre servicios, persona y familia. Harvey (2018) la define como un grupo de intervenciones psicoterapéuticas estructuradas que involucran a la persona con esquizofrenia y a su familia como socios en el cuidado; y la guía NICE para psicosis y esquizofrenia añade rasgos prácticos que ayudan a diferenciarla de otras modalidades: debe incluir, cuando sea posible, a la persona con psicosis, desarrollarse a lo largo de varios meses, incorporar al menos diez sesiones planificadas y ajustarse a la preferencia de la familia por formatos unifamiliares o multifamiliares. Este punto importa mucho, porque separa la psicoeducación familiar de intervenciones episódicas, poco estructuradas o exclusivamente informativas. No se trata de una charla aislada para allegados, ni de un consejo informal en consulta, ni de un simple módulo docente para cuidadores, sino de una intervención organizada con objetivos, secuencia y componentes relativamente reconocibles. La evidencia acumulada y las recomendaciones clínicas internacionales la han convertido, además, en una referencia particularmente sólida en psicosis y esquizofrenia, aunque su lógica puede extenderse con adaptaciones a otros cuadros de alta complejidad (Harvey, 2018; NICE, 2014).

Precisamente por esa especificidad conviene diferenciar la psicoeducación familiar de otras prácticas vecinas que comparten algunos elementos, pero no persiguen la misma finalidad ni utilizan la misma arquitectura técnica. No es equivalente a la terapia familiar sistémica, cuya lógica interpretativa, objetivos y foco relacional pueden ser distintos; y menos aún se reduce a programas de información o sensibilización general. La investigación reciente sobre implementación de la implicación familiar en servicios de salud mental refuerza esta distinción, porque muestra que cuando los servicios hablan de “trabajar con familias” suelen mezclar niveles muy diferentes: desde prácticas básicas de información y apoyo hasta intervenciones



complejas como la psicoeducación familiar propiamente dicha. Esa mezcla conceptual genera confusión organizativa y, a menudo, aparentes niveles altos de participación familiar que en realidad encubren intervenciones de baja intensidad o sin estructura suficiente. Por eso esta guía reservará el término *psicoeducación familiar* para programas estructurados y manualizables en grado razonable, orientados a mejorar el manejo del trastorno, el bienestar familiar y los resultados de funcionamiento, y utilizará otras denominaciones cuando se trate de apoyo inespecífico, información puntual o trabajo relacional de otra naturaleza (Norheim et al., 2024; Tham y Solomon, 2024; Harvey, 2018).

## 2.4. La rehabilitación psicosocial como marco de intervención

La rehabilitación psicosocial constituye el marco de referencia de esta guía porque desplaza el centro de gravedad desde la contención del episodio o el control del síntoma hacia la reconstrucción de la vida cotidiana en comunidad. En términos operativos, ello significa que la pregunta clínica deja de ser únicamente “qué tratamiento reduce síntomas” y pasa a incluir “qué apoyos permiten sostener vivienda, relaciones, actividad significativa, autocuidado, inclusión social y continuidad de proyectos vitales”. La guía NICE (2020) sobre rehabilitación para adultos con psicosis compleja sintetiza bien esta lógica cuando define la rehabilitación como el conjunto de apoyos necesarios para que personas con psicosis severa y deterioro funcional recuperen su nivel óptimo de independencia y calidad de vida, tanto en contextos comunitarios como residenciales, mediante equipos multidisciplinares, coordinación intersectorial y planes individualizados. La OMS, por su parte, formula una exigencia complementaria: los servicios comunitarios deben organizarse para promover enfoques centrados en la persona y basados en derechos, integrados con los sistemas de salud y de apoyo social. La rehabilitación psicosocial, así entendida, no es un apéndice tardío del tratamiento ni un espacio secundario reservado a fases estables, sino el lugar donde se articulan apoyos continuados para vivir en comunidad con el máximo nivel posible de autodeterminación, inclusión y participación. En el marco español, la Estrategia de Salud Mental 2022–2026 converge con esta visión al fijar como objetivo general contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental mediante planes individualizados, coordinación y atención centrada en la persona (Ministerio de Sanidad, 2022; NICE, 2020; WHO, 2021).

Esta concepción tiene consecuencias directas para el lugar de la familia. En un modelo rehabilitador, la familia no es un añadido sentimental al tratamiento, sino uno de los contextos reales en los que se negocian apoyos, rutinas, crisis, autonomía, convivencia, expectativas y transiciones. De ahí que las intervenciones familiares encuentren su emplazamiento más coherente no en una lógica exclusivamente hospitalaria o centrada en la recaída, sino en una red comunitaria capaz de sostener procesos largos, coordinación entre recursos y trabajo interdisciplinar. La revisión de Killaspy et al. (2022) sobre intervenciones sociales comunitarias para personas con TMG subraya que estas intervenciones pueden ofrecer beneficios considerables, aunque son especialmente complejas y requieren compromiso e inversión a múltiples niveles. La revisión de Tolonen et al. (2024), a su vez, muestra que la rehabilitación psiquiátrica real suele funcionar mediante combinaciones de intervenciones más que mediante dispositivos aislados, lo que refuerza la idea de que la psicoeducación familiar debe pensarse

como parte de un ecosistema de apoyos y no como una pieza autosuficiente. Por ello, esta guía situará la futura decisión sobre programas familiares dentro de una lógica de red: equipos multidisciplinares, continuidad entre salud y servicios sociales, apoyos comunitarios y consideración de la familia como uno de los escenarios en los que se juega la rehabilitación efectiva (Killaspy et al., 2022; NICE, 2020; Tolonen et al., 2024).

## 2.5. Perspectiva de derechos y participación

La perspectiva de derechos no es un suplemento retórico que pueda añadirse al final del diseño de un programa, sino el criterio que ordena desde el comienzo qué tipo de intervención resulta legítima, qué clase de relación se establece con la persona atendida y qué papel puede tener la familia sin colonizar su voz. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fija tres puntos especialmente relevantes para este manual. Primero, el reconocimiento de la capacidad jurídica y la obligación de proporcionar apoyos para su ejercicio en igualdad de condiciones. Segundo, el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, con acceso a apoyos comunitarios que prevengan aislamiento y segregación. Tercero, la exigencia de organizar servicios de habilitación y rehabilitación orientados a la máxima independencia, participación e inclusión, basados en evaluación multidisciplinar, voluntariedad y proximidad comunitaria. La OMS toma explícitamente esa Convención como marco para reorganizar servicios comunitarios y promover prácticas centradas en la persona y en derechos humanos. Desde esta perspectiva, la rehabilitación psicosocial no puede limitarse a gestionar déficits, y la intervención familiar tampoco puede justificarse como vía indirecta de control sobre la persona. Su legitimidad depende de que refuerce autonomía, acceso a apoyos, participación e inclusión, no de que sustituya el juicio o la voluntad de quien recibe la atención (Ministerio de Sanidad, 2025; United Nations, 2006; WHO, 2021).

En el contexto español, esta orientación encuentra un anclaje adicional en la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022–2026, que declara un nuevo enfoque basado principalmente en los derechos de la ciudadanía, la inclusión social y la lucha contra el estigma, y que incorpora recomendaciones específicas para la participación de asociaciones de personas con trastorno mental, familiares y allegados en órganos consultivos y de asesoramiento. El Plan de Acción 2025–2027 prolonga esa línea al insistir en apoyar a las familias y promover un modelo integral y comunitario que favorezca recuperación e integración social. La implicación práctica para esta guía es nítida: la participación familiar deberá pensarse siempre en articulación con la autonomía, las preferencias, la confidencialidad y el derecho de la persona a decidir sobre el grado y las formas de esa implicación. La propia NICE recuerda que la información compartida con cuidadores debe revisarse regularmente, especialmente cuando existan dificultades de comunicación y colaboración entre la persona usuaria y el cuidador, lo que impide entender la participación familiar como una licencia general para traspasar límites de privacidad. Por tanto, el criterio rector no será “incorporar a la familia a toda costa”, sino construir formas de participación compatibles con consentimiento, apoyo a la toma de decisiones y respeto efectivo de los derechos de todas las partes implicadas (Ministerio de Sanidad, 2022; Ministerio de Sanidad, 2025; NICE, 2014).

## Resumen final



El recorrido conceptual de este capítulo permite fijar varias decisiones que serán determinantes para el resto del manual. La primera es que *trastorno mental grave* no se utilizará como rótulo diagnóstico rígido, sino como constructo funcional orientado a identificar situaciones de alta complejidad clínica y psicosocial que requieren apoyos sostenidos. La segunda es que la familia no será tratada exclusivamente desde la lógica de la carga o del riesgo relacional, aunque esos elementos sigan siendo clínicamente relevantes, sino desde un marco de colaboración compatible con recuperación y autonomía. La tercera es que la *psicoeducación familiar* quedará delimitada como intervención estructurada, distinta tanto de la información puntual como de otras modalidades de terapia o apoyo. La cuarta es que la rehabilitación psicosocial ofrecerá el encuadre principal de la guía, porque conecta intervención clínica, apoyos cotidianos, comunidad, red de servicios y participación. Y la quinta, finalmente, es que toda decisión posterior sobre viabilidad, fidelidad, adaptación o escalado deberá someterse al filtro de una perspectiva de derechos: no bastará con que una intervención sea útil o eficiente; deberá ser también compatible con autonomía, consentimiento, inclusión y ciudadanía (Gonzales et al., 2022; Leamy et al., 2011; WHO, 2021; Ministerio de Sanidad, 2022).

## Lecturas recomendadas

Para profundizar en la arquitectura conceptual del capítulo conviene acudir, en primer lugar, a la revisión de Gonzales et al. (2022), porque permite comprender con precisión hasta qué punto el término de Trastorno Mental Grave (*serious mental illness*) se usa de forma inconsistente y por qué una guía como esta debe explicitar su definición operativa. En segundo lugar, la revisión de Martínez-Martínez et al. (2020) es especialmente útil para observar cómo la heterogeneidad del constructo afecta a la investigación y a la comparabilidad entre estudios. En tercer lugar, el trabajo de Leamy et al. (2011) sigue siendo la referencia obligada para no trivializar la idea de recuperación y para situar el papel de los vínculos y de la agencia personal en la práctica de servicios. En cuarto lugar, el artículo de Harvey (2018) ofrece una formulación muy clara de la psicoeducación familiar como intervención estructurada y colaborativa. Finalmente, la guía de la OMS sobre servicios comunitarios basados en derechos debería leerse de forma transversal durante todo el manual, porque proporciona el marco normativo y práctico más sólido para evitar que las decisiones de implementación se separen de la cuestión de los derechos humanos (Harvey, 2018; Leamy et al., 2011; Martínez-Martínez et al., 2020; WHO, 2021).

## Puente hacia el capítulo 3

Con el suelo conceptual ya fijado, el siguiente paso no consiste todavía en escoger modelos ni en discutir condiciones de implementación, sino en responder a una pregunta más básica y exigente: qué dice realmente la evidencia disponible sobre la psicoeducación familiar en distintos cuadros de TMG, con qué consistencia, para qué resultados y en qué condiciones. El capítulo 3 se ocupará de esa tarea. Allí ya no bastará con saber qué entendemos por familia, recuperación o rehabilitación, sino que habrá que examinar qué intervenciones han mostrado utilidad, dónde lo han hecho, con qué límites y qué vacíos de conocimiento siguen abiertos antes de pasar al terreno de la selección de modelos y del análisis de viabilidad



# 3

## Evidencia en psicoeducación familiar

### Objetivos del capítulo

- Sintetizar la evidencia disponible sobre la eficacia y la efectividad de la psicoeducación familiar en distintos cuadros de trastorno mental grave.
- Distinguir entre evidencia de eficacia, evidencia de efectividad en condiciones reales y estudios orientados a la implementación.
- Identificar qué resultados muestran mayor consistencia empírica y cuáles permanecen inciertos o insuficientemente estudiados.
- Delimitar el peso específico de la evidencia española e iberoamericana dentro del campo.
- Derivar, a partir de la literatura revisada, una agenda de investigación útil para el análisis posterior de viabilidad y replicabilidad.

### Resumen inicial

La evidencia sobre psicoeducación familiar no se distribuye de manera uniforme entre diagnósticos, resultados ni contextos. Su núcleo más sólido sigue concentrándose en la esquizofrenia y en los trastornos del espectro psicótico, donde revisiones recientes de alta jerarquía coinciden en señalar efectos favorables, sobre todo en prevención de recaídas, reducción de carga familiar y mejora del clima emocional o de la emoción expresada, aunque la certeza global siga oscilando entre moderada y muy baja según el desenlace, el seguimiento y la calidad metodológica de los ensayos. En trastorno bipolar, la evidencia es también positiva, pero más heterogénea en cuanto a formatos, intensidad y mecanismos, con beneficios especialmente visibles en recaídas, tiempo hasta la recurrencia y hospitalización cuando la psicoeducación se inserta en abordajes más amplios, como la *family-focused therapy*. Fuera de esos dos grandes

polos, el panorama se vuelve más irregular: en depresión mayor, algunos metaanálisis sugieren beneficios modestos, pero con certeza muy baja; en programas transdiagnósticos o de *severe mental illness* en sentido amplio, la evidencia es prometedora para recuperación, afrontamiento o carga, aunque menos precisa para atribuir qué parte del efecto corresponde específicamente al componente psicoeducativo. Finalmente, los estudios de implementación muestran algo tan relevante como incómodo: incluso cuando la intervención funciona, trasladarla a la práctica ordinaria exige apoyos organizacionales, supervisión, masa crítica y tiempo, y los resultados suelen atenuarse cuando se sale del entorno controlado del ensayo (Chien et al., 2024; Gleeson et al., 2025; Katsuki et al., 2022; Levrat et al., 2024; Norheim et al., 2025; Rodolico et al., 2022).

**Palabras clave:** *psicoeducación familiar, esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, efectividad, implementación, recaída, carga familiar.*

### 3.1. Metodología de la revisión

Este capítulo no adopta la forma de una revisión sistemática nueva e independiente, sino la de una síntesis estructurada de la mejor evidencia disponible, ordenada para responder a las necesidades de una guía de viabilidad y replicabilidad. Por ello, se han priorizado, en primer lugar, revisiones sistemáticas, metaanálisis y revisiones Cochrane recientes; en segundo lugar, estudios de efectividad e implementación en condiciones ordinarias de servicios; y, en tercer lugar, trabajos españoles e iberoamericanos especialmente relevantes para la contextualización regional, aunque algunos de ellos sean anteriores al horizonte temporal preferente del manual. La decisión metodológica tiene una razón práctica y otra epistemológica. La razón práctica es que el campo ya dispone, sobre todo para psicosis y esquizofrenia, de síntesis recientes de suficiente calidad como para no reconstruir desde cero todo el edificio probatorio. La razón epistemológica es que una guía de análisis de viabilidad no necesita solo saber si una intervención “funciona” en abstracto, sino en qué resultados, con qué robustez, en qué condiciones y con qué margen de traslado a contextos reales. En consecuencia, la evidencia se organiza aquí en seis niveles analíticos: esquizofrenia y espectro psicótico, trastorno bipolar, otros TMG y enfoques transdiagnósticos, moderadores y mediadores, estudios de efectividad e implementación y, finalmente, contexto español e iberoamericano. Esta decisión, además, evita un solapamiento innecesario con el capítulo 4, donde la evidencia se reintroducirá de forma selectiva solo para iluminar la comparación entre modelos concretos y no para repetir la síntesis que aquí se ofrece (Chien et al., 2024; Katsuki et al., 2022; Levrat et al., 2024; Norheim et al., 2025; Rodolico et al., 2022).

### 3.2. Evidencia en esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico

La evidencia más consistente y más clínicamente influyente de todo el campo se concentra en la esquizofrenia y en los trastornos del espectro psicótico. La revisión Cochrane más reciente concluye que las intervenciones familiares pueden reducir las recaídas y probablemente reducir la carga del cuidador, además de mejorar la emoción expresada, aunque la certeza oscile entre moderada y baja y persistan problemas clásicos de sesgo, tamaño muestral y heterogeneidad de medidas. En paralelo, la revisión en red de Rodolico et al. (2022) aporta una precisión



especialmente valiosa para esta guía, porque ya no se limita a comparar “intervención familiar” frente a “tratamiento habitual”, sino diferentes modelos entre sí. Su hallazgo principal es que casi todos los modelos familiares examinados resultan eficaces para prevenir recaídas en esquizofrenia, y que la psicoeducación familiar sola —sin componentes conductuales o de entrenamiento más complejos— puede mostrar una eficacia competitiva e incluso ventajosa en contextos con restricciones de recursos. Esta conclusión no elimina la utilidad de los programas más intensivos, pero sí obliga a abandonar la idea de que la mayor complejidad técnica garantiza automáticamente mejores resultados. Un metaanálisis de 2023 centrado en 37 ensayos aleatorizados se mueve en la misma dirección general y refuerza la lectura de que los beneficios no se limitan al paciente, sino que alcanzan también variables familiares, lo que resulta especialmente importante para una guía que no quiere tratar a la familia como mero instrumento del pronóstico clínico (Chien et al., 2024; Kim & Park, 2023; Rodolico et al., 2022).

Ahora bien, esa solidez no debe leerse de manera ingenua. La evidencia es robusta para algunas preguntas y más vacilante para otras. En prevención de recaídas y en resultados familiares, el patrón es razonablemente estable; en cambio, para variables como calidad de vida, adherencia farmacológica o ingresos hospitalarios a muy corto plazo, la revisión Cochrane de 2024 sigue describiendo una incertidumbre considerable, en parte porque los seguimientos son heterogéneos y en parte porque muchas intervenciones mezclan componentes difíciles de aislar. Cuando se desciende al terreno de la psicosis temprana, el panorama mantiene un tono positivo, pero con matices propios. El metaanálisis de Gleeson et al. (2025), centrado en los primeros cinco años tras el inicio, encontró beneficios significativos en malestar psicológico del cuidador, carga, valoraciones familiares y componentes de emoción expresada, así como un efecto moderado en reducción de hospitalización de los pacientes. Sin embargo, ese mismo trabajo mostró que el efecto sobre hospitalización se mantenía sobre todo en intervenciones multicomponente y no cuando la psicoeducación era el único ingrediente, lo que sugiere —y aquí ya estamos ante una inferencia clínica razonable— que en fases tempranas algunos resultados pueden depender más de la articulación entre información, entrenamiento, apoyo continuado y coordinación asistencial que de la transmisión de contenidos por sí sola. En consecuencia, la guía debe retener dos ideas simultáneas: la evidencia en psicosis es la más fuerte del campo, pero no toda pregunta clínica se responde con la misma seguridad ni todo formato produce el mismo tipo de beneficio (Gleeson et al., 2025; NICE, 2014/2025; Rodolico et al., 2022).

### 3.3. Evidencia en trastorno bipolar

En trastorno bipolar, la literatura confirma que la psicoeducación ocupa un lugar relevante dentro del repertorio psicosocial, pero la arquitectura de la evidencia es menos compacta que en esquizofrenia. La revisión sistemática de Rabelo et al. (2021) ya mostraba que la psicoeducación de pacientes y familiares se asociaba con menor número de nuevos episodios y con reducción del número y la duración de hospitalizaciones. La revisión de Levrat et al. (2024), restringida a ensayos aleatorizados, refuerza esa conclusión general y añade un matiz útil: el término psicoeducación (*psychoeducation*) engloba formatos muy diversos —individuales, grupales, presenciales, digitales, con o sin familiares, estructurados o híbridos— y, pese a esa heterogeneidad, el patrón agregado sigue apuntando a menos recaídas, menos episodios



afectivos, menos hospitalizaciones y mejor funcionamiento o calidad de vida. En otras palabras, la señal global es favorable, pero el “qué funciona exactamente” depende mucho del modelo y del comparador. La evidencia más conocida procede de la terapia centrada en el familia (*family-focused therapy*) de Miklowitz y colaboradores, donde la combinación de psicoeducación, entrenamiento en comunicación y resolución de problemas mostró menos recaídas y mayor tiempo hasta la recurrencia frente a intervenciones familiares mucho más breves. Aun así, no siempre supera a otros comparadores activos con la misma claridad, lo que impide convertirla sin más en único patrón de referencia. La consecuencia para esta guía es sencilla: en bipolaridad, la psicoeducación familiar tiene un respaldo real, pero no debe presentarse como bloque homogéneo ni como equivalente a cualquier intervención psicosocial dirigida a familiares (Levrat et al., 2024; Rabelo et al., 2021).

La literatura bipolar obliga, además, a prestar atención al momento evolutivo del trastorno. El trabajo barcelonés de Reinares et al. mostró que la psicoeducación dirigida a cuidadores podía mejorar el curso del trastorno en términos de tiempo hasta la recurrencia, pero ese beneficio parecía más claro en pacientes en estadio temprano que en fases más avanzadas. Este punto tiene un valor estratégico considerable, porque desplaza la discusión desde la eficacia abstracta hacia la adecuación temporal de la intervención. No toda psicoeducación rinde igual en cualquier momento del curso, ni el mismo programa puede esperar idénticos resultados en pacientes eutímicos, inestables, de larga evolución o con alta comorbilidad. La revisión de Levrat et al. (2024) confirma de forma indirecta esa impresión: los mejores resultados suelen aparecer en muestras relativamente estabilizadas y en intervenciones suficientemente estructuradas, mientras que los formatos más breves o menos específicos ofrecen beneficios más modestos o inconstantes. Desde la lógica de esta guía, eso significa que en bipolaridad no basta con responder “sí hay evidencia”, sino que hay que añadir “para qué fase, con qué diseño y con qué ambición de resultados”. En comparación con la esquizofrenia, el campo bipolar ofrece menos pruebas de síntesis específicamente centradas en familiares, pero suficientes para justificar su presencia en la guía, siempre que se mantenga una formulación prudente y no se sobregeneralicen hallazgos de programas intensivos a cualquier modalidad psicoeducativa breve (Levrat et al., 2024; Reinares et al., 2008, 2010).

### 3.4. Evidencia en otros TMG y enfoques transdiagnósticos

Fuera de la psicosis y del trastorno bipolar, la evidencia se vuelve notablemente más frágil. El caso más claro es el de la depresión mayor. El metaanálisis de Katsuki et al. (2022) encontró un efecto pequeño, pero estadísticamente significativo de la psicoeducación familiar sobre la gravedad de los síntomas depresivos, tanto a corto como a más largo plazo; sin embargo, esa misma revisión advirtió que la certeza global de los resultados era muy baja, con pocos estudios, heterogeneidad clínica considerable y limitaciones metodológicas relevantes. Esto obliga a una lectura sobria: no se trata de negar todo valor a la intervención familiar en depresión, sino de reconocer que la base probatoria todavía está lejos de la que existe en psicosis. Algo parecido ocurre con los enfoques transdiagnósticos o de *severe mental illness* en sentido amplio. La revisión de Ali et al. (2024), centrada en intervenciones psicológicas para cuidadores de pacientes con trastorno mental grave, mostró un efecto beneficioso general sobre resultados

negativos y positivos del cuidado, pero no estaba restringida a psicoeducación familiar manualizada ni permitía extraer conclusiones finas por diagnóstico o formato. Ese tipo de literatura resulta útil para sostener que trabajar con familiares tiene valor transversal, pero no basta para decidir qué programa concreto conviene pilotar en un servicio de rehabilitación (Ali et al., 2024; Katsuki et al., 2022).

Un problema adicional de los enfoques transdiagnósticos es que, a medida que aumentan la amplitud diagnóstica y la complejidad de componentes, disminuye la nitidez causal del efecto. El ensayo de implementación catalán de San Pío et al. (2024) es ilustrativo en este punto: el programa, dirigido a personas con psicosis, trastorno bipolar o depresión mayor persistente y a sus familiares, combinaba orientación, psicoeducación, empoderamiento y ayuda mutua. Los resultados fueron prometedores para la recuperación de las personas usuarias a los seis meses, pero no mostraron diferencias estadísticamente significativas en carga ni en apoyo social de los familiares, y los propios autores subrayaron la dificultad de separar el efecto del programa del efecto de su implementación, así como de identificar qué componente explicaba los cambios observados. Desde el punto de vista de esta guía, este tipo de estudios tiene un valor claro, pero distinto del de los ensayos clásicos de eficacia: muestran posibilidades de trabajo en red, co-diseño, participación y escalado territorial, pero ofrecen menos precisión para atribuir un efecto específico a la psicoeducación familiar como módulo singular. Por eso, la evidencia transdiagnóstica debe utilizarse aquí como apoyo complementario y no como sustituto del cuerpo principal de pruebas, que sigue estando anclado en psicosis y bipolaridad (Ali et al., 2024; San Pío et al., 2024).

### 3.5. Variables moderadoras y mediadoras

Uno de los errores más frecuentes en la lectura aplicada de la literatura consiste en tratar la eficacia de la psicoeducación familiar como si fuera una propiedad fija e independiente del contexto clínico. La evidencia revisada sugiere lo contrario. En primer lugar, la fase del trastorno importa: en bipolaridad, la psicoeducación para cuidadores parece rendir mejor en estadios más tempranos que en trayectorias avanzadas, mientras que en psicosis temprana algunos efectos se observan con mayor claridad cuando la intervención familiar se integra en dispositivos más amplios de intervención precoz. En segundo lugar, importa la composición del programa. Rodolico et al. (2022) mostraron que, para prevención de recaídas en esquizofrenia, la psicoeducación familiar sola podía competir favorablemente con modelos más complejos; sin embargo, Gleeson et al. (2025) encontraron en psicosis temprana que la reducción de hospitalización se sostenía sobre todo en intervenciones multicomponente. Esa aparente tensión no debe verse como contradicción, sino como señal de que el peso relativo de la psicoeducación cambia según el resultado que se persiga y el momento clínico en que se aplique. En tercer lugar, cuenta la familia misma: la emoción expresada, la crítica percibida, el grado de sobrecarga, la disponibilidad real y la posibilidad de sostener la participación modulan tanto la necesidad como la respuesta. Finalmente, operan moderadores menos visibles pero decisivos, como la intensidad, la duración, la adaptación cultural y la fidelidad. No todo programa breve es insuficiente, pero tampoco toda intervención extensa es superior. La cuestión relevante, desde la perspectiva de esta guía, es identificar qué combinación mínima de estructura, dosis y ajuste contextual permite conservar los componentes esenciales sin convertir la adaptación local en



una dilución del modelo (Gleeson et al., 2025; Levrat et al., 2024; Reinares et al., 2010; Rodolico et al., 2022).

### 3.6. Del ensayo al contexto real: evidencia de efectividad y estudios de implementación

Si el capítulo terminara en los metaanálisis de eficacia, esta guía quedaría metodológicamente coja. La pregunta central no es solo si la intervención funciona, sino qué ocurre cuando se introduce en servicios ordinarios, con rotación profesional, presión asistencial, reclutamiento imperfecto y tiempos organizacionales que no obedecen al diseño experimental. El programa noruego IFIP aporta aquí una lección particularmente instructiva. En su subestudio de resultados en pacientes, [Norheim et al. \(2025\)](#) no encontraron diferencias significativas en el desenlace primario de relaciones interpersonales, pero sí menos crítica percibida por parte de los familiares y menos dificultades globales de funcionamiento a los doce meses en el brazo que recibió el programa de apoyo a la implementación. En paralelo, el trabajo complementario sobre resultados en familiares describió mejoras en estado clínico y funcionamiento social de los pacientes, así como reducción de carga y malestar emocional y mayor satisfacción de los familiares con los servicios. El mensaje relevante no es triunfalista, sino más fino: cuando la intervención familiar entra en la práctica ordinaria, los resultados tienden a desplazarse desde grandes efectos simples hacia cambios más modestos, parciales o dependientes del grado real de exposición. A ello se añade un dato muy expresivo del mismo programa: la exposición efectiva a psicoeducación familiar aumentó en el brazo de intervención, pero siguió lejos de una cobertura universal, lo que muestra que una recomendación clínica no se convierte por sí sola en práctica extendida ([Norheim et al., 2024, 2025](#)).

Esta distancia entre ensayo y práctica no debe leerse como fracaso de la intervención, sino como rasgo constitutivo del campo. Los estudios de implementación permiten ver lo que los ensayos clásicos apenas captan: dificultades de captación, barreras profesionales, fricciones con la confidencialidad, baja masa crítica para sostener grupos, desigual implicación de las unidades, influencia de la pandemia o de los ritmos institucionales y, sobre todo, el hecho de que muchas familias reciben solo fragmentos del modelo. El ensayo catalán de [San Pío et al. \(2024\)](#) es igualmente aleccionador en ese sentido: el programa mostró señales de beneficio en recuperación, pero los autores destacaron baja participación relativa, necesidad de flexibilizar secuencias, acortar o rediseñar sesiones y revisar los indicadores de dosis y exposición. Desde el punto de vista de esta guía, esta literatura produce un desplazamiento decisivo. La pregunta deja de ser “¿hay evidencia?” para pasar a ser “¿qué condiciones mínimas de organización, formación, captación y seguimiento hay que asegurar para que la evidencia tenga oportunidad de manifestarse?”. Esa transición, precisamente, es la que enlaza este capítulo con los bloques posteriores sobre preparación, viabilidad y replicabilidad ([Norheim et al., 2025; San Pío et al., 2024; Tham y Solomon, 2024](#)).



### 3.7. Evidencia en el contexto español e iberoamericano

La evidencia española e iberoamericana existe, pero no forma todavía un corpus reciente, amplio y homogéneo comparable al anglosajón o al centroeuropeo. Su patrón más claro es otro: trabajos relevantes, a menudo de buena calidad y clínicamente muy valiosos, pero concentrados en equipos concretos, periodos específicos y programas singulares, con escasa continuidad acumulativa en la última década. En esquizofrenia, el ensayo aleatorizado de [Girón et al. \(2010\)](#), realizado en España durante dos años, sigue siendo una referencia importante porque mostró menos recaídas, menos hospitalizaciones y menos incidentes mayores, junto con mejoras en síntomas positivos y negativos, relaciones sociales, desempeño social, empleo y carga familiar. A ello se suma el estudio multicéntrico naturalístico de [Mayoral et al. \(2015\)](#), también en España, que informó reducción del riesgo de hospitalización y mejoras en condición clínica y funcionamiento social en condiciones próximas a la práctica real. En bipolaridad, el programa de Barcelona de Reinales y colaboradores ocupa un lugar central: ya a comienzos de los 2000 mostró que la psicoeducación grupal para cuidadores reducía carga subjetiva y se asociaba con menos recurrencias, y un análisis posterior indicó que su utilidad podía ser mayor en fases tempranas del trastorno. En otras palabras, la tradición española no ha sido marginal; lo que ha faltado, más bien, es un desarrollo sostenido, multicéntrico y reciente que consolide esa línea en clave de servicios ([Girón et al., 2010](#); [Mayoral et al., 2015](#); [Reinales et al., 2004, 2010](#)).

En Iberoamérica la situación es similar o aún más fragmentada. El estudio de [Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Urizar \(2007\)](#), realizado en familias latinoamericanas de pacientes con esquizofrenia, mostró reducción de carga en cuidadores tras un programa psicoeducativo semanal de cinco meses, mientras que trabajos posteriores del mismo entorno describieron mejoras en conocimiento de la enfermedad tras intervenciones multifamiliares. Más recientemente, el ensayo catalán Activa't per la Salut Mental ha ofrecido una vía distinta, más cercana a la lógica de implementación y escalado territorial, aunque su objeto ya no es una psicoeducación familiar "pura" sino un programa multicomponente de recuperación y apoyo a usuarios y familiares. El saldo conjunto invita a una formulación prudente. No puede sostenerse que España o Iberoamérica carezcan de experiencia o de evidencia. Lo que sí puede afirmarse es que dicha evidencia es menos abundante, menos reciente y comparativa de lo que sería deseable para fundamentar decisiones de transferibilidad entre territorios. Precisamente por ello, la existencia de resultados locales favorables no debe usarse para sostener un optimismo complaciente, sino para justificar la necesidad de estudios de viabilidad, pilotaje y replicabilidad mejor documentados en la red española de rehabilitación psicosocial ([Caqueo-Urizar et al., 2011](#); [Gutiérrez-Maldonado & Caqueo-Urizar, 2007](#); [San Pío et al., 2024](#)).

### 3.8. Tabla de síntesis de la evidencia

La Tabla 3.1 resume el estado de la evidencia de forma deliberadamente funcional. No pretende sustituir a las revisiones originales, sino ordenar en una sola matriz qué resultados parecen suficientemente consistentes para orientar decisiones de implementación y cuáles exigen todavía mayor prudencia interpretativa. La síntesis integra la señal dominante de las revisiones



Cochrane, metaanálisis recientes, estudios de implementación y trabajos regionales descritos en las secciones anteriores (Chien et al., 2024; Gleeson et al., 2025; Katsuki et al., 2022; Levrat et al., 2024; Norheim et al., 2025; Rodolico et al., 2022).

**Tabla 3.1. Síntesis de la evidencia sobre psicoeducación familiar**

<b>Población contexto /</b>	<b>Volumen y consistencia de la evidencia</b>	<b>Resultados con apoyo más consistente</b>	<b>Resultados inciertos o heterogéneos</b>	<b>Implicación para esta guía</b>
Esquizofrenia y espectro psicótico	Alto, con revisiones Cochrane, metaanálisis y red meta-análisis recientes	Prevención de recaídas, reducción de carga familiar, mejora de emoción expresada / clima familiar	Calidad de vida, adherencia y algunos desenlaces de hospitalización a corto plazo	Constituye el núcleo probatorio principal del manual
Psicosis temprana / primer episodio	Moderado y creciente	Beneficios en carga, malestar del cuidador y hospitalización del paciente, sobre todo en intervenciones multicomponente	Efectos variables según formato, país y grado de complejidad	Relevante para programas de pilotaje precoz y selección de modelo
Trastorno bipolar	Moderado, heterogéneo en formatos y comparadores	Menos recaídas, mayor tiempo hasta la recurrencia, menor hospitalización, mejor funcionamiento	Superioridad de un modelo único; efectos sobre síntomas depresivos/maníacos en todos los formatos	Justifica inclusión, pero exige ajuste por fase del trastorno y diseño del programa
Depresión mayor / otras formas afectivas severas	Bajo a moderado, con pocos ensayos y certeza baja	Mejoras modestas en síntomas depresivos	Funcionamiento familiar, efectos a largo plazo y generalización	Útil como evidencia complementaria, no como base principal
Intervenciones transdiagnósticas en TMG	Moderado para apoyo a cuidadores; menor precisión para psicoeducación familiar aislada	Reducción global de resultados negativos en cuidadores; señales de mejora en recuperación	Atribución específica del efecto al componente psicoeducativo; comparabilidad entre programas	Sirve para justificar interés transversal, no para seleccionar modelo concreto

España e Iberoamérica	Limitado y discontinuo, pero clínicamente relevante	Resultados favorables en recaída, hospitalización, funcionamiento y carga en estudios locales	Escasa acumulación multicéntrica reciente; baja comparabilidad territorial	Refuerza la necesidad de estudios de viabilidad y replicabilidad en red española
-----------------------	---	---	--	--

### 3.9. Lagunas en la evidencia y agenda de investigación

Las lagunas del campo no se limitan a “hacen falta más estudios”, una fórmula tan cierta como inútil si no se especifica dónde falta conocimiento y para qué decisión futura. La primera carencia es comparativa: aunque sabemos bastante sobre si la intervención familiar supera al tratamiento habitual en psicosis, sabemos menos sobre qué formato conviene en qué contexto y para qué resultado específico. La segunda es metodológica: los desenlaces familiares siguen midiéndose con instrumentos y tiempos muy heterogéneos, lo que dificulta comparar carga, emoción expresada, apoyo percibido o satisfacción entre estudios. La tercera es translacional: todavía hay relativamente pocos ensayos pragmáticos y programas de implementación capaces de mostrar qué ocurre cuando la intervención sale del equipo experto y entra en la red ordinaria. La cuarta es territorial: la evidencia española e iberoamericana reciente sigue siendo escasa y demasiado dependiente de experiencias locales difíciles de comparar. La quinta es tecnológica y de acceso: tanto la revisión bipolar de [Levrat et al. \(2024\)](#) como el metaanálisis de [Gleeson et al. \(2025\)](#) apuntan a la necesidad de explorar mejor modalidades digitales, híbridas y culturalmente sensibles, sin asumir que la digitalización, por sí sola, resolverá los problemas de captación o fidelidad. Y la sexta, quizá la más importante para esta guía, es que todavía se ha investigado menos de lo necesario la relación entre fidelidad, adaptación y resultados. Dicho en términos operativos: sabemos que la intervención puede funcionar, pero todavía no sabemos con suficiente precisión qué parte de ella no debe tocarse y qué parte puede adaptarse sin pérdida sustantiva de eficacia ([Gleeson et al., 2025](#); [Levrat et al., 2024](#); [Norheim et al., 2025](#); [Katsuki et al., 2022](#); [Chien et al., 2024](#)) ([Münchenberg et al., 2024](#)).

### Resumen final

La lectura conjunta de la evidencia deja una conclusión principal y varias restricciones que conviene no perder de vista. La conclusión principal es que la psicoeducación familiar dispone de una base empírica suficientemente sólida para formar parte del núcleo de decisiones en rehabilitación psicosocial, especialmente en esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico, y de forma también relevante, aunque más heterogénea, en trastorno bipolar. Las restricciones son igualmente claras. En primer lugar, no todos los resultados están igual de bien establecidos: recaída, carga familiar y emoción expresada aparecen mejor respaldadas que calidad de vida, adherencia o algunos indicadores funcionales complejos. En segundo lugar, la eficacia demostrada en ensayos no se traslada automáticamente a la práctica real, donde los efectos

tienden a depender de exposición efectiva, apoyos organizacionales y capacidad del servicio para sostener la intervención. En tercer lugar, la evidencia fuera de psicosis y bipolaridad es más débil y obliga a la cautela. Y, en cuarto lugar, el contexto español e iberoamericano ofrece experiencia valiosa, pero todavía insuficiente como base exclusiva de decisiones generalizables. Por eso, la pregunta que se abre tras este capítulo ya no es si la psicoeducación familiar merece ser considerada, sino qué modelos concretos merecen ser comparados, qué componentes parecen esenciales y cuáles pueden adaptarse cuando se pase del plano de la evidencia agregada al plano del diseño del programa (Chien et al., 2024; Gleeson et al., 2025; Norheim et al., 2025; Rodolico et al., 2022).

## Lecturas recomendadas

Para comprender el estado actual de la evidencia en esquizofrenia, la lectura más útil es la revisión Cochrane de Chien et al. (2024), porque obliga a distinguir entre resultados prometedores y certeza real de la evidencia. Si el interés está en comparar modelos de intervención familiar y no solo en saber si “funcionan”, el trabajo imprescindible es el metaanálisis en red de Rodolico et al. (2022). Para psicosis temprana, el punto de entrada más actualizado es Gleeson et al. (2025), especialmente valioso para pensar qué cambia cuando la intervención se desplaza al primer episodio y a los primeros años del trastorno. En bipolaridad, la revisión de Levrat et al. (2024) resulta especialmente útil porque muestra la diversidad de formatos psicoeducativos y evita una lectura monolítica del término. Finalmente, para conectar evidencia e implementación, el estudio de Norheim et al. (2025) y, en clave española, el trabajo de San Pío et al. (2024), son lecturas especialmente fértiles, porque muestran con claridad lo que la literatura de eficacia no puede responder por sí sola: qué ocurre cuando la intervención entra en la práctica ordinaria y tropieza con el contexto real de los servicios (Chien et al., 2024; Gleeson et al., 2025; Levrat et al., 2024; Norheim et al., 2025; Rodolico et al., 2022; San Pío et al., 2024).

## Puente hacia el capítulo 4

Una vez establecida la evidencia global, el siguiente paso lógico ya no consiste en seguir acumulando resultados, sino en responder a una cuestión más concreta y operativa: sobre qué modelos históricos y contemporáneos descansa realmente esa evidencia y qué diferencias estructurales existen entre ellos. El capítulo 4 abordará precisamente esa tarea. Allí la literatura dejará de organizarse por diagnóstico y pasará a ordenarse por programas, tradiciones y arquitecturas de intervención. Solo así será posible pasar del juicio general —“la psicoeducación familiar funciona mejor en unos contextos que en otros”— al juicio comparativo que exige cualquier análisis serio de preparación, selección de modelo y diseño local del programa piloto.



# 4

## Principales modelos de psicoeducación familiar

### Objetivos del capítulo

- Delimitar los criterios con los que esta guía selecciona y organiza los principales modelos de psicoeducación familiar.
- Describir la arquitectura clínica y metodológica de los modelos más influyentes del campo.
- Comparar sus componentes, formato, intensidad, exigencias organizativas y grado de estructuración.
- Situar las experiencias y adaptaciones desarrolladas en España dentro de esa genealogía internacional.
- Preparar el terreno para los capítulos posteriores sobre preparación organizacional, selección de modelo, diseño local del programa y replicabilidad.

### Resumen inicial

Una vez establecida la evidencia global, el siguiente problema ya no es demostrar que la psicoeducación familiar puede ser útil, sino aclarar de qué modelo se está hablando cuando se afirma que “la psicoeducación familiar funciona”. Esa precisión es indispensable, porque bajo una misma etiqueta conviven programas bastante distintos en su teoría de cambio, en el peso que conceden a la educación, a las habilidades de comunicación, a la resolución de problemas, al trabajo unifamiliar o con más de una familia, a la duración del tratamiento y al nivel de manualización. La revisión de [Harvey \(2018\)](#) resulta especialmente valiosa porque muestra que las intervenciones de psicoeducación familiar comparten un núcleo reconocible —colaboración con la familia, información estructurada, afrontamiento, comunicación y resolución de problemas—, pero se despliegan en formatos relativamente diferentes, mientras que el

metaanálisis en red de [Rodolico et al. \(2022\)](#) confirma que casi todos los grandes modelos familiares han mostrado eficacia en prevención de recaídas, aunque no todos ofrecen la misma relación entre complejidad, intensidad y rendimiento clínico. Esto significa que la elección de un modelo no puede basarse solo en prestigio histórico ni en afinidades teóricas del equipo, sino en un juicio más exigente: qué población se atenderá, qué recursos reales existen, qué grado de estructuración puede sostenerse, qué competencias tiene el equipo y qué equilibrio entre fidelidad y adaptación será tolerable. Este capítulo, por tanto, no revisa la evidencia por diagnóstico —eso ya se hizo en el capítulo anterior—, sino que compara arquitecturas de intervención.

**Palabras clave:** *modelos de psicoeducación familiar; Falloon; Anderson, Reiss y Hogarty; McFarlane; Leff; Barrowclough y Tarrier; formato unifamiliar; formato multifamiliar.*

## 4.1. Criterios de selección y organización de los modelos

La selección de modelos que sigue esta guía no pretende ser enciclopédica, sino funcional para la toma de decisiones. Por eso se han incluido aquellos programas o linajes de intervención que cumplen simultáneamente cuatro condiciones. La primera es haber tenido un papel estructurante en la historia del campo, es decir, no ser una mera variante local o una innovación periférica, sino una arquitectura reconocible que haya organizado formación, investigación o práctica clínica. La segunda es presentar un grado suficiente de explicitación técnica en sus componentes, secuencia o principios, de modo que puedan ser comparados entre sí y, más adelante, sometidos a análisis de preparación, fidelidad y replicabilidad. La tercera es haber contribuido de manera significativa a la base de evidencia en psicosis, esquizofrenia o trastornos afines. Y la cuarta es resultar todavía legibles para servicios contemporáneos de rehabilitación psicosocial, aunque algunos de sus desarrollos fundacionales sean ya clásicos. Este criterio es importante porque evita dos deformaciones opuestas: confundir relevancia histórica con pertinencia actual, o reducir la historia del campo a unos pocos modelos recientes sin entender de dónde proceden sus ingredientes activos. [Harvey \(2018\)](#) resume bien el punto cuando señala que los enfoques más reconocidos de psicoeducación familiar incluyen la terapia familiar conductual de Falloon, el trabajo familiar (*family work*) británico asociado a Leff, Kuipers y Lam, y los grupos multifamiliares de [McFarlane \(2003\)](#), todos ellos unidos por una matriz común de colaboración, educación y entrenamiento en habilidades. A su vez, [Rodolico et al. \(2022\)](#) muestran que, pese a sus diferencias, esos linajes se han mantenido clínicamente relevantes porque casi todos los modelos familiares comparados resultan eficaces para prevenir recaídas en esquizofrenia.

Desde esa base, la organización del capítulo sigue una lógica deliberadamente genealógica y comparativa. En primer lugar, se presentan los modelos seminales o fundacionales, porque de ellos derivan muchas categorías posteriores. En segundo lugar, se describen las grandes bifurcaciones del campo: el linaje unifamiliar altamente estructurado, el linaje psicoeducativo más amplio y el formato multifamiliar. En tercer lugar, se incorporan variantes que introducen acentos propios —particularmente el trabajo familiar británico y la línea cognitivo-conductual de Manchester—, porque son decisivas para comprender la tensión entre complejidad técnica,



transferibilidad y necesidades formativas del equipo. Finalmente, se reserva una sección para otros modelos relevantes y otra para el estado de la cuestión en España, no con ánimo de inventariar todo lo existente, sino para situar el campo español dentro del mapa internacional. La decisión de no incluir aquí una sección extensa de “lecciones para la práctica” responde a la regla de demarcación fijada en el capítulo 1: en esta guía interesa describir y comparar modelos, mientras que la traducción operativa de sus componentes a criterios de captación, formato, secuencia de sesiones y materiales migrará al Protocolo. En otras palabras, aquí se responde a la pregunta “qué modelos existen y cómo difieren”; más adelante se responderá a “cuál puede sostener este servicio y en qué condiciones”.

## 4.2. Terapia Conductual Familiar

La terapia conductual familiar asociada a Falloon representa probablemente el modelo más claramente estructurado dentro del tronco unifamiliar. Su importancia no descansa solo en haber sido una de las formulaciones históricas más influyentes, sino en haber convertido la intervención familiar en un conjunto relativamente explícito de procedimientos entrenables. [Harvey \(2018\)](#), al describir este enfoque, lo presenta como un modelo de terapia conductual familiar (*behavioural family therapy*) que combina implicación colaborativa, educación sobre la enfermedad, entrenamiento en comunicación, establecimiento de metas y resolución sistemática de problemas. Las líneas del artículo son especialmente precisas en dos componentes: por un lado, la enseñanza formal de habilidades de comunicación mediante explicación, modelado, *juego de roles*, retroalimentación y tareas entre sesiones; por otro, el uso de una secuencia de seis pasos para la resolución de problemas, desde la definición del problema hasta la revisión de la implementación de la solución. Esta arquitectura hace de Falloon un modelo particularmente atractivo para servicios que necesitan claridad técnica y posibilidades de supervisión relativamente objetivables. No es casual que, décadas después, siga apareciendo en revisiones y programas de implementación como referencia para manualizar la intervención familiar. Precisamente por esa estructuración, el modelo de Falloon ha sido leído muchas veces como la versión “más enseñable” de la psicoeducación familiar: menos difusa que otros enfoques y más fácilmente traducible a competencias profesionales observables.

Ahora bien, su principal fortaleza es también una fuente de exigencia. Un modelo que organiza con claridad educación, comunicación y resolución de problemas ofrece una base excelente para la fidelidad, pero presupone al mismo tiempo un equipo capaz de sostener entrenamiento, seguimiento y supervisión, además de familias con disponibilidad suficiente para un proceso relativamente intensivo. En ese sentido, Falloon no debe romantizarse como si fuera simplemente “el modelo con más técnica”, porque una mayor densidad procedimental también eleva el umbral de entrada para servicios con tiempos escasos, alta rotación o poca tradición de trabajo con familias. El metaanálisis en red de [Rodolico et al. \(2022\)](#) ayuda a reequilibrar la mirada: aunque los modelos familiares con componentes conductuales son eficaces, la superioridad clínica no aumenta de forma lineal con la complejidad y, en contextos de restricción de recursos, la psicoeducación familiar más sencilla puede rendir comparativamente mejor de lo esperado. La conclusión no es que Falloon quede superado, sino que su valor para esta guía es doble. Por un lado, actúa como patrón fuerte para pensar competencias, secuencias y componentes esenciales. Por otro, obliga a preguntar si un servicio está realmente en



condiciones de sostener el tipo de estructuración que el modelo presupone. Esa pregunta reaparecerá con fuerza en los capítulos 8 y 9.

### 4.3. Psicoeducación familiar de Anderson, Reiss y Hogarty

El modelo de Anderson, Reiss y Hogarty ocupa un lugar seminal en la historia del campo y conviene leerlo, más que como una simple variante entre otras, como el momento en que la intervención familiar se formuló explícitamente en términos psicoeducativos dentro del tratamiento de la esquizofrenia. El artículo de Anderson, Hogarty y Reiss de 1980 describe un enfoque dirigido a disminuir las recaídas mediante intervenciones familiares altamente estructuradas, de apoyo y de carácter psicoeducativo, orientadas a desintensificar el ambiente familiar en el que vive la persona con esquizofrenia. El capítulo posterior de [Anderson \(1983\)](#) amplía esa formulación y muestra que el programa formaba parte de un proyecto más amplio de *aftercare*, en el que familias con altos niveles de emoción expresada eran asignadas aleatoriamente a diferentes combinaciones de tratamiento. El ensayo de [Hogarty et al. \(1986\)](#) consolidó clínicamente esta línea al comparar psicoeducación familiar, entrenamiento en habilidades sociales, combinación de ambos y tratamiento farmacológico de mantenimiento. Lo decisivo aquí no es solo el resultado comparativo, sino el hecho de que la familia quedó incorporada de manera explícita a una estrategia de postalta y prevención de recaídas. Por eso, cuando el campo utiliza hoy la expresión *family psychoeducation*, gran parte de su gramática procede de esta matriz inicial.

Desde la perspectiva actual, el interés del modelo no reside únicamente en su capacidad histórica para reducir recaídas, sino en haber fijado varios supuestos que todavía estructuran el trabajo contemporáneo con familias: la alianza entre servicio y allegados, la necesidad de información organizada sobre la enfermedad, la atención al clima emocional y la idea de que la familia puede convertirse en co-gestora competente del entorno cotidiano sin necesidad de culpabilizarla. Sin embargo, también conviene subrayar que su peso actual es más genealógico que operativo. En comparación con desarrollos posteriores, el modelo de Anderson, Reiss y Hogarty ofrece menos detalle sobre algunas secuencias de entrenamiento y resulta menos directamente trasladable, tal cual, a una lógica contemporánea de manuales replicables para servicios comunitarios. Su valor para esta guía radica, por tanto, en otro lugar: permite entender la transición desde una concepción de la familia como fuente de estrés a una concepción de la familia como interlocutora entrenable y colaboradora del tratamiento. Además, ayuda a comprender por qué buena parte de los modelos posteriores —incluidos Falloon y McFarlane— no son invenciones ex nihilo, sino desarrollos o reformulaciones de esta matriz seminal.

### 4.4. Grupos Multifamiliares Psicoeducativos de McFarlane

El modelo de McFarlane introduce una inflexión decisiva: desplaza el trabajo familiar desde la díada equipo–familia hacia un dispositivo grupal en el que varias familias aprenden, se apoyan y resuelven problemas en un mismo espacio terapéutico. [Harvey \(2018\)](#) lo sitúa, junto con Falloon



y el trabajo familiar británico, entre los enfoques reconocidos de psicoeducación familiar y precisa que los grupos multifamiliares suelen reunir cinco a siete familias. Más importante todavía es la descripción de los ingredientes comunes que Harvey atribuye a los modelos eficaces de psicoeducación familiar y que McFarlane sistematizó de manera particularmente influyente: inclusión habitual de la persona usuaria en la mayoría de las sesiones, duración prolongada — de nueve meses a varios años—, al menos doce sesiones, posibilidad de desarrollarse en consulta, domicilio u otros entornos comunitarios, y combinación de técnicas didácticas, cognitivas, conductuales y sistémicas. A ello se añade un rasgo que no siempre recibe suficiente atención: el grupo multifamiliar no solo reduce aislamiento y normaliza experiencias, sino que redistribuye el trabajo terapéutico al permitir aprendizaje vicario y apoyo horizontal entre allegados. En contextos donde reunir suficientes familias es factible, este formato ofrece una combinación singular de intensidad clínica y eficiencia organizativa.

Precisamente por esa combinación, el modelo de McFarlane ocupa un lugar estratégico en esta guía. No es solo un formato alternativo al unifamiliar, sino una respuesta organizativa a un problema clásico de los servicios: cómo ofrecer intervención familiar intensiva sin multiplicar indefinidamente las horas profesionales por caso. La literatura reciente obliga, no obstante, a evitar dos simplificaciones. La primera sería suponer que el formato multifamiliar es siempre superior al unifamiliar. Harvey (2018) recuerda que esa superioridad no está clara, especialmente en primer episodio, y la guía española de intervenciones psicosociales en TMG tampoco encontró diferencias concluyentes entre formatos en varios desenlaces. La segunda simplificación sería tratarlo como un recurso “ligero”, cuando en realidad requiere una logística nada trivial: masa crítica de familias, coordinación estable, habilidades de conducción grupal, continuidad temporal y capacidad institucional para sostener el dispositivo. En términos de implementación, eso significa que McFarlane puede ser extraordinariamente atractivo en servicios con suficiente tamaño, continuidad y cultura grupal, pero bastante más difícil de arrancar en equipos pequeños, muy dispersos o con problemas de captación. De nuevo aparece aquí una lección transversal del manual: la potencia potencial de un modelo no equivale automáticamente a su viabilidad local.

## 4.5. Intervención familiar de Leff et al.

La línea asociada a Leff, y más tarde a Kuipers y Lam, representa una traducción particularmente influyente de la investigación sobre emoción expresada al trabajo familiar clínico. El ensayo controlado de Leff et al. (1982) es uno de los hitos fundacionales del campo porque partía de familias con alto contacto y alta emoción expresada y comparaba atención ambulatoria rutinaria con un paquete de intervención social que incluía educación sobre esquizofrenia, grupo de familiares y sesiones familiares con pacientes y allegados. El resultado fue una reducción muy relevante de recaídas, y esa evidencia temprana marcó decisivamente la orientación británica posterior. El trabajo de Leff (2000), ya con vocación más explícitamente aplicada, permite entender bien el desplazamiento: de la demostración experimental inicial se pasa a un trabajo familiar más pragmático, concebido como una forma de trabajo clínico con familias de personas con esquizofrenia, centrada en problemas cotidianos generados por la enfermedad y compatible con la práctica rutinaria de servicios. Harvey (2018) sitúa este enfoque entre los modelos unifamiliares reconocidos y lo vincula directamente con el legado de Leff, Kuipers y Lam.



Este modelo resulta especialmente importante para una guía orientada a rehabilitación psicosocial porque ocupa una posición intermedia muy fértil entre la alta estructuración conductual de Falloon y la mayor amplitud psicoeducativa de otros formatos. Su foco no está tanto en una secuencia cerrada de habilidades como en un trabajo sistemático con la familia sobre comunicación, comprensión del trastorno, manejo de problemas y reducción de la carga relacional que favorece recaídas. Esa relativa flexibilidad explica parte de su difusión en servicios británicos y su posterior influencia en otros contextos europeos. Sin embargo, dicha flexibilidad también plantea una dificultad para el análisis contemporáneo de replicabilidad: cuanto menos explicitados están algunos procedimientos, más necesario resulta traducir el modelo a criterios observables de fidelidad si se quiere implementarlo más allá de equipos muy expertos. Para esta guía, la intervención familiar de Leff et al. tiene por ello un valor doble. Por un lado, demuestra que el trabajo unifamiliar prolongado puede integrarse en servicios ordinarios sin perder densidad clínica. Por otro, obliga a pensar con cuidado cómo convertir un estilo de trabajo de alta tradición clínica en un programa suficientemente documentado para ser transferible y evaluable.

## 4.6. Intervención familiar cognitivo-conductual de Barrowclough y Tarrier

La línea desarrollada por [Barrowclough y Tarrier \(1984\)](#) ocupa un lugar singular porque intensifica el componente conductual y cognitivo de la intervención familiar y lo vincula de forma explícita a la reducción de recaídas en familias con alto riesgo. Su revisión de 1984 ya organizaba el campo de las intervenciones psicosociales con familias según sus efectos sobre el curso de la esquizofrenia, y el artículo posterior de [Tarrier y Barrowclough \(1990\)](#) consolidó el perfil del enfoque como una modalidad de intervención familiar para esquizofrenia anclada en procedimientos conductuales. El caso publicado en 1987 es particularmente ilustrativo: describe una intervención conductual multicomponente de nueve meses en una familia con alto nivel de emoción expresada, con la lógica de un ensayo controlado. A partir de ahí, el llamado proyecto de Salford y sus seguimientos a largo plazo terminaron configurando una de las líneas más influyentes de intervención familiar en el entorno británico. Lo que diferencia esta tradición no es solo su adscripción genérica a la psicoeducación familiar, sino la claridad con la que integra formulación conductual, entrenamiento, seguimiento y atención a variables observables de recaída y funcionamiento.

Desde la lógica de esta guía, el interés de Barrowclough y Tarrier es mayor de lo que su simple adscripción histórica podría sugerir. Su modelo anticipa varios problemas que hoy son centrales en implementación y replicabilidad: cómo entrenar al equipo en un estilo de intervención consistente, cómo identificar competencias nucleares, cómo sostener programas relativamente largos en contexto comunitario y cómo medir si el trabajo con la familia conserva realmente sus componentes esenciales. En comparación con enfoques más psicoeducativos en sentido estricto, la intervención familiar cognitivo-conductual puede ofrecer una ventaja para servicios que ya trabajan en clave de TCC y desean extender ese lenguaje técnico al espacio familiar. Pero también eleva la exigencia formativa y puede resultar menos accesible para equipos multidisciplinares con menor exposición previa al vocabulario cognitivo-conductual. Por eso, su valor en el manual no será el de un modelo “superior” en abstracto, sino el de una opción especialmente relevante



cuando el equipo dispone de base conductual sólida y busca una intervención familiar de alta explicitación técnica. Además, esta línea será importante más adelante para pensar cómo algunos modelos familiares se aproximan más fácilmente que otros a una lógica de fidelidad medible.

## 4.7. Otros modelos relevantes

Aunque los cinco modelos anteriores organizan la mayor parte del canon, el campo contemporáneo no se agota en ellos. Existen desarrollos posteriores o derivados que no han reconfigurado por completo la genealogía central, pero sí introducen variaciones con relevancia aplicada. Un ejemplo claro es el programa francés *Profamille*, citado en la literatura reciente como un programa multifamiliar psicoeducativo dirigido a cuidadores de personas con esquizofrenia o trastornos relacionados; el estudio naturalístico de [Hode et al. \(2024\)](#) lo utiliza precisamente para explorar la relación entre psicoeducación, adherencia y reducción del riesgo suicida, y recuerda además un dato tan importante como incómodo: pese a la recomendación generalizada de la psicoeducación familiar, solo una pequeña proporción de familias accede realmente a estos programas. Otro ejemplo relevante procede de la intervención temprana en psicosis y adolescencia. El programa PIENSA, desarrollado en España y adaptado al formato grupal estructurado, utilizó información psicosis-específica y estrategias de resolución de problemas en grupos paralelos de adolescentes y familias, y mostró beneficios en visitas a urgencias y algunos síntomas, con seguimiento posterior favorable. Este tipo de desarrollos no sustituyen a los modelos clásicos, pero muestran dos cosas: que la psicoeducación familiar puede especializarse por etapa evolutiva y que el campo se ha ido abriendo a formatos más adaptados a primeros episodios, familias jóvenes y combinaciones con apoyo grupal.

La relevancia de estos modelos “adicionales” estriba en que obligan a no congelar el campo en una taxonomía puramente histórica. Los modelos clásicos siguen siendo imprescindibles para pensar estructura, componentes y fidelidad, pero los desarrollos recientes introducen presiones nuevas: adaptación cultural, modalidades paralelas para diferentes miembros de la familia, primeros episodios, adolescencia, integración con recursos digitales y creciente sensibilidad a barreras de acceso. La propia revisión de [Harvey \(2018\)](#) señalaba ya la aplicabilidad de la psicoeducación familiar más allá de la esquizofrenia y la necesidad de adaptaciones culturales, y el metaanálisis de [Gleeson et al. \(2025\)](#) en psicosis temprana subraya que el campo está evolucionando hacia formatos más sensibles a contexto, fase y composición del programa. Por ello, en esta guía la categoría “otros modelos relevantes” no funcionará como cajón de sastre, sino como recordatorio de que el canon debe permanecer abierto: no todo lo valioso cabe en cinco nombres clásicos, pero tampoco toda innovación reciente justifica por sí misma una decisión de implementación. El criterio seguirá siendo el mismo: estructura, plausibilidad clínica, base de evidencia y viabilidad organizativa.

En el ámbito español conviene mencionar también el *Módulo de implicación de las familias en servicios de salud mental* ([Moriana et al., 2009](#)). Su interés para esta guía no radica tanto en aportar evidencia evaluativa propia de implantación, como en ofrecer un desarrollo práctico y profesionalizado de competencias, pautas de trabajo y orientación aplicada para la implicación de las familias en servicios de salud mental. En ese sentido, constituye una referencia útil no tanto como experiencia española documentada en sentido estricto, sino como manual operativo

relevante dentro del repertorio español de recursos para la intervención con familias (Moriana et al., 2009).

## 4.8. Experiencias y adaptaciones en España: estado de la cuestión

El estado de la cuestión en España muestra un panorama intermedio entre disponibilidad real de experiencia y ausencia de estandarización amplia. La guía española de intervenciones psicosociales en TMG ya recomendaba hace años que la intervención familiar se ofreciera como parte integral del tratamiento en esquizofrenia y trastornos relacionados, preferentemente en formato unifamiliar, con una duración mínima de seis meses o al menos diez sesiones, y con un componente psicoeducativo acompañado de técnicas de afrontamiento y habilidades sociales. Este punto es importante porque sitúa al contexto español lejos de cualquier idea de novedad radical: la intervención familiar está reconocida normativamente desde hace tiempo dentro del repertorio de buenas prácticas. Sin embargo, la revisión de la literatura española publicada en 2013 mostraba precisamente la otra cara del problema: crecimiento del interés y de las publicaciones en castellano, sí, pero también necesidad de seguir desarrollando procedimientos que incorporen a la familia de manera más sólida y visible en la práctica clínica. Dicho sin rodeos, España no parte de cero, pero tampoco puede afirmarse que disponga de una implantación homogénea, estable y bien documentada en toda la red (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Navarro Gómez, 2013).

En el contexto español conviene añadir también la *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia* desarrollada en el ámbito del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria y publicada por FEARP, porque constituye uno de los ejemplos más elaborados de formalización programática de la intervención familiar tras un periodo prolongado de aplicación en práctica real. Su interés no reside únicamente en ofrecer orientaciones técnicas sobre el trabajo con familias, sino en mostrar un proceso de revisión y actualización de un programa previamente implantado, lo que la convierte en una referencia útil para documentar no solo experiencias españolas, sino también procesos de maduración, ajuste y sostenibilidad de este tipo de intervenciones en rehabilitación psicosocial (Baena Ruiz et al., s. f.).

Cuando se desciende de la recomendación general a las experiencias concretas, la situación se vuelve más interesante y desigual. El ensayo aleatorizado de Girón et al. en esquizofrenia grave mostró que una intervención familiar individual se asociaba a menos recaídas, menos hospitalizaciones y mejoras en funcionamiento social y carga familiar. Trabajos posteriores del mismo grupo permitieron, además, precisar mejor el papel de los cambios familiares como mecanismo de mejora clínica y funcional (Girón et al., 2010; Girón et al., 2015). El estudio multicéntrico naturalístico de Mayoral et al. (2015), también en España, encontró una reducción del riesgo de hospitalización y mejoras en condición clínica y funcionamiento social tras una intervención psicoeducativa familiar en condiciones reales. A ello se suma la línea de trabajo con psicosis de inicio temprano y adolescencia, donde el programa PIENSA, desarrollado en Madrid, dio lugar a un modelo estructurado de intervención para adolescentes y familias y mostró que una intervención grupal paralela podía reducir visitas a urgencias y mantener parte de esos

beneficios a dos años (Ruiz-Sancho et al., 2012; Calvo et al., 2014; Calvo et al., 2015). El saldo conjunto obliga a una formulación matizada. Sí existe una base española relevante y clínicamente valiosa. Pero esa base se distribuye en experiencias locales o multicéntricas concretas, no en un patrón nacional uniforme. Por ello, el estado de la cuestión español no autoriza ni el pesimismo de la ausencia total ni el optimismo de la normalización consolidada. Autoriza, más bien, una conclusión exacta para esta guía: hay experiencia suficiente para pensar en transferencia y adaptación, pero no tanta como para prescindir de estudios de preparación, viabilidad y replicabilidad bien documentados en cada contexto local.

## 4.9. Tabla comparativa de modelos

La Tabla 4.1 no busca reducir la riqueza clínica de cada modelo a una taxonomía, sino ofrecer una matriz operativa para la comparación. En capítulos posteriores, especialmente en el 8 y en el 9, será necesario decidir qué tipo de equipo, de familias, de tiempo disponible y de cultura organizacional encaja mejor con cada arquitectura de intervención. Esa tarea exige una síntesis que no borre los matices, pero sí los haga comparables. La tabla, por tanto, resume formato, base teórica dominante, componentes nucleares, exigencia organizativa y utilidad estratégica para la presente guía. Está elaborada a partir de las fuentes fundacionales y de las revisiones comparativas discutidas en este capítulo.

**Tabla 4.1. Comparación funcional de los principales modelos de psicoeducación familiar**

Modelo	Formato dominante	Base teórica principal	Componentes nucleares	Exigencia organizativa	Utilidad estratégica para esta guía
Anderson, Reiss y Hogarty	Unifamiliar	Vulnerabilidad-estrés, emoción expresada, <i>aftercare</i>	Información estructurada, apoyo, reducción de intensidad emocional, alianza familia-servicio	Media	Modelo seminal; útil para comprender la genealogía psicoeducativa del campo
Falloon (terapia conductual familiar)	Unifamiliar	Conductual / habilidades	Educación, comunicación, resolución de problemas, metas, tareas entre sesiones	Alta	Muy útil para pensar competencias, fidelidad y manualización
McFarlane (grupos multifamiliares)	Multifamiliar	Psicoeducativo, sistémico y grupal	Información, apoyo horizontal, comunicación, resolución de problemas, trabajo prolongado	Alta, pero eficiente si hay masa crítica	Muy relevante cuando el servicio puede sostener grupos y busca eficiencia sin perder intensidad
Leff / Kuipers / Lam ( <i>family work</i> )	Unifamiliar	Emoción expresada, prevención de	Educación, apoyo, trabajo sobre	Media	Atractivo para servicios comunitarios

		recaídas, trabajo clínico pragmático	problemas cotidianos y clima relacional		que buscan una versión clínica flexible pero sostenida
Barrowclough y Tarrier	Unifamiliar	Cognitivo-conductual / conductual	Formulación conductual, entrenamiento, reducción de recaídas, trabajo estructurado con familias de alto riesgo	Alta	Especialmente útil si el equipo ya trabaja en clave TCC y puede sostener entrenamiento específico
Otros modelos relevantes (Profamilie, PIENSA, adaptaciones tempranas)	Variable	Derivaciones psicoeducativas y adaptativas	Información estructurada, apoyo, resolución de problemas, ajustes por etapa o contexto	Variable	Importantes para pensar adaptación cultural, adolescencia, primeros episodios y futuras innovaciones

## Resumen final

El análisis de modelos permite fijar una conclusión que será decisiva para el resto del manual: no existe “la” psicoeducación familiar como entidad indiferenciada, sino una familia de intervenciones emparentadas que comparten ciertos ingredientes activos, pero difieren en formato, grado de estructuración, intensidad, base teórica y exigencias para el equipo. El modelo de Anderson, Reiss y Hogarty conserva un valor fundacional porque fijó la gramática psicoeducativa de la intervención familiar en postalta y prevención de recaídas. Falloon representa la versión unifamiliar más claramente estructurada y más fértil para pensar competencias y fidelidad. McFarlane aporta la solución multifamiliar, con ventajas evidentes en apoyo horizontal y eficiencia organizativa cuando el servicio puede sostenerla. Leff, y después Kuipers y Lam, ofrecen un trabajo familiar de gran importancia para la clínica comunitaria, precisamente por su equilibrio entre estructura y pragmatismo. Barrowclough y Tarrier, por su parte, intensifican la dimensión cognitivo-conductual y resultan especialmente atractivos para equipos que ya operan con ese lenguaje técnico. Finalmente, el panorama español muestra experiencia real y resultados valiosos, pero todavía distribuidos de manera desigual y sin la consolidación homogénea que permitiría saltar directamente a la replicación sin estudios previos de preparación y viabilidad. El efecto conceptual de este capítulo es claro: a partir de ahora, el problema ya no será “si la intervención familiar tiene evidencia”, sino qué modelo puede sostener razonablemente cada servicio y con qué costes de adaptación.

## Lecturas recomendadas

Para una visión panorámica y clínicamente útil del campo, la lectura más recomendable sigue siendo [Harvey \(2018\)](#), porque sintetiza con claridad los ingredientes comunes de la psicoeducación familiar y los principales formatos reconocidos. Si lo que se busca es una



comparación entre modelos con efectos sobre recaída, el texto imprescindible es [Rodolico et al. \(2022\)](#), ya que obliga a pensar no solo en si hay beneficio, sino en la relación entre complejidad del modelo y rendimiento clínico. Para comprender la genealogía fundacional del campo conviene volver a Anderson, [Hogarty y Reiss \(1980\)](#) y al ensayo de [Hogarty et al. \(1986\)](#), porque allí aparece con nitidez la primera formulación psicoeducativa fuerte de la intervención familiar. Y para situar el caso español, siguen siendo especialmente útiles la guía española sobre intervenciones psicosociales en TMG y los trabajos de Girón et al. y Mayoral et al., porque muestran que la tradición local no es inexistente, aunque sí insuficientemente consolidada como práctica rutinaria generalizada.

## Puente hacia el capítulo 5

Con la comparación de modelos ya establecida, el siguiente paso no consiste aún en decidir cuál implementar, porque esa decisión sería prematura sin un marco que explique por qué intervenciones con evidencia y con modelos bien definidos fracasan tantas veces al entrar en los servicios. El capítulo 5 abordará precisamente esa pregunta. Allí el centro de gravedad se desplazará desde la comparación clínica entre programas hacia la ciencia de la implementación: la brecha entre evidencia y práctica, los conceptos fundamentales de ese campo y los marcos — MRC, RE-AIM, CFIR y otros— que permitirán traducir los modelos aquí descritos a un lenguaje de preparación organizacional, viabilidad, fidelidad, adaptación y escalado.



# 5

## Ciencia de la implementación aplicada a la psicoeducación familiar

### Objetivos del capítulo

- Justificar por qué una guía sobre psicoeducación familiar en rehabilitación psicosocial necesita apoyarse en la ciencia de la implementación y no solo en estudios de eficacia.
- Precisar los conceptos fundamentales que ordenarán los capítulos posteriores sobre preparación, viabilidad, fidelidad, adaptación, sostenibilidad y escalado.
- Presentar los marcos de referencia más útiles para esta guía: MRC, RE-AIM, CFIR y, de forma complementaria, EPIS, NPT e i-PARIHS.
- Delimitar qué aporta cada marco y qué no conviene pedirle.
- Proponer un marco integrador operativo para el resto del manual.

### Resumen inicial

En el campo de la salud mental comunitaria, el mayor error no suele consistir en carecer de intervenciones con respaldo, sino en suponer que la existencia de respaldo basta para que una práctica entre en los servicios, se sostenga en el tiempo y alcance a la población diana. La ciencia de la implementación nace precisamente para estudiar ese tránsito entre conocimiento disponible y práctica real. El problema no es menor ni meramente administrativo. La actualización del marco del Medical Research Council subraya que las intervenciones complejas deben entenderse como sistemas en interacción con contextos dinámicos, no como paquetes cerrados cuyo rendimiento puede extrapolarse intacto de un entorno a otro, mientras que la actualización del CFIR insiste en que los factores contextuales pueden bloquear la implementación incluso cuando existe un plan formalmente bien diseñado. En el ámbito

específico de la implicación familiar en psicosis, la literatura reciente confirma de forma especialmente elocuente ese desfase: una revisión de barreras y estrategias en servicios rutinarios encontró obstáculos persistentes vinculados a confidencialidad, cultura organizacional, formación profesional, liderazgo y prioridades de servicio, y el ensayo noruego IFIP mostró que la intervención familiar estaba claramente infraimplementada antes del soporte específico, con niveles muy bajos de exposición a psicoeducación familiar en la práctica ordinaria. Por eso, este capítulo no añade un adorno metodológico al manual; introduce el lenguaje sin el cual sería imposible pasar de la evidencia al programa implementado (Skivington et al., 2021; Damschroder et al., 2022).

**Palabras clave:** *ciencia de la implementación; MRC; RE-AIM; CFIR; EPIS; NPT; i-PARIHS; brecha evidencia-práctica.*

## 5.1. ¿Por qué ciencia de la implementación? La brecha evidencia-práctica

La necesidad de acudir a la ciencia de la implementación se comprende mejor cuando se abandona la ficción de que el principal problema de los servicios consiste en no saber “qué funciona”. En psicoeducación familiar, ese problema está solo parcialmente vigente. Lo que la literatura reciente muestra con más claridad es otra cosa: existen recomendaciones clínicas, modelos bien descritos y una base de evidencia razonable, especialmente en psicosis, pero aun así la práctica ordinaria sigue ofreciendo niveles bajos e irregulares de implicación familiar estructurada. La revisión de Tham y Solomon encontró que las barreras se distribuyen en varios planos simultáneos: culturas de servicio poco orientadas a la familia, incertidumbre profesional sobre confidencialidad, escasa formación específica, falta de procedimientos claros y dificultades para sostener una “atmósfera family-friendly” en la organización. El ensayo IFIP, por su parte, documentó que antes del apoyo a la implementación solo entre un 20 % y un 40 % de los pacientes recibían prácticas básicas de implicación familiar y apenas un 4 % accedía a psicoeducación familiar propiamente dicha. La lección es incómoda, pero metodológicamente muy fértil: la distancia entre evidencia y práctica no es una anomalía ocasional, sino un rasgo estable de los sistemas de atención cuando no se actúa deliberadamente sobre los mecanismos de adopción, preparación, puesta en marcha y mantenimiento. Esta lectura se ve además reforzada por la guía de *Family interventions in psychosis* de la British Psychological Society, que describe la implementación del trabajo familiar en servicios rutinarios como uno de los mayores desafíos del campo pese a la existencia de evidencia, política y recomendaciones clínicas, y resume barreras organizativas muy próximas a las ya descritas por la literatura de implementación: falta de tiempo protegido, presión asistencial, escasez de personal y actitudes de equipo o de gestión poco favorables a las intervenciones psicológicas con familias (British Psychological Society, 2021).

En ese punto, la ciencia de la implementación aporta una corrección decisiva. Curran (2020) la presenta, en términos pedagógicos, como el campo que estudia cómo promover la adopción sistemática de prácticas basadas en evidencia en contextos reales, diferenciándola de la investigación de efectividad centrada sobre todo en los resultados clínicos de la intervención. Nilsen (2015), a su vez, recuerda que las teorías, modelos y marcos de implementación no son

intercambiables y que sirven para tres grandes tareas distintas: describir o guiar el proceso de traducción a la práctica, explicar qué influye en los resultados de implementación y evaluar esos resultados. Este recordatorio es especialmente importante para una guía como la presente. No necesitamos un marco porque esté de moda, sino porque cada uno resuelve una pregunta específica que la evidencia clínica, por sí sola, no contesta: cómo pensar una intervención como sistema complejo, cómo juzgar su alcance poblacional y su mantenimiento, cómo identificar barreras y facilitadores contextuales, cómo seguir el recorrido temporal de la implementación y cómo analizar el trabajo cotidiano necesario para que una práctica termine incrustada en la rutina del servicio. La pregunta por la implementación no reemplaza, por tanto, a la pregunta por la eficacia; la vuelve practicable.

## 5.2. Conceptos fundamentales

Antes de desplegar marcos concretos, conviene fijar algunos conceptos cuyo uso ambiguo suele desordenar tanto la investigación como la práctica. *Implementación* no significa, en esta guía, la mera puesta en marcha inicial de una actividad, sino el proceso por el cual una intervención basada en evidencia es adoptada, integrada, usada de manera suficientemente fiel y sostenida dentro de un contexto real. *Determinantes* son los factores que actúan como barreras o facilitadores de ese proceso. *Estrategias de implementación* son las acciones deliberadas dirigidas a mejorar la adopción, la ejecución o la sostenibilidad de la intervención. *Resultados de implementación* son los desenlaces específicos que permiten saber si la práctica entra realmente en el servicio, si llega a la población prevista, si se mantiene, si se ejecuta con la calidad suficiente y si logra normalizarse. Curran (2020) resume bien esta diferencia al distinguir entre intervención clínica o preventiva, estrategias de implementación y resultados de implementación; Nilsen (2015), por su parte, ayuda a ordenar el vocabulario al separar modelos de proceso, marcos de determinantes y marcos de evaluación. Esta distinción es decisiva porque evita pedirle a un mismo esquema que haga todo a la vez. Un marco puede ser muy útil para identificar barreras y, sin embargo, resultar pobre para seguir fases temporales; otro puede ser excelente para evaluar alcance y mantenimiento, pero poco fino para describir cultura organizacional o liderazgo.

En el contexto de esta guía, estos conceptos adquieren un sentido muy preciso. La psicoeducación familiar no se analizará como intervención aislada, sino como una práctica que compite por tiempo, atención, legitimidad y recursos dentro de organizaciones complejas. Por eso, cuando más adelante se hable de *preparación organizacional*, *fidelidad*, *adaptación*, *sostenibilidad* o *escalado*, no se estará introduciendo jerga adicional, sino afinando distintos momentos y problemas del mismo recorrido. Preparación remite a si el servicio dispone de condiciones mínimas para intentar la implementación; fidelidad, a si el programa se ejecuta de acuerdo con su lógica y componentes nucleares; adaptación, a qué puede modificarse sin desnaturalizar el modelo; sostenibilidad, a si la práctica sobrevive más allá del entusiasmo inicial; y escalado, a si la experiencia puede extenderse a otras unidades o territorios. En otras palabras, el campo de la implementación no duplica los capítulos posteriores del manual: los hace inteligibles.



### 5.3. El marco MRC para intervenciones complejas

La actualización del Medical Research Council de 2021 es probablemente el mejor punto de partida para esta guía porque obliga a abandonar una visión lineal y simplificada de las intervenciones complejas. El documento sustituye la lógica más clásica de desarrollo–piloto–evaluación–implementación por un marco que insiste en varios principios: considerar el contexto desde el inicio, explicitar la teoría del cambio, implicar a las personas interesadas, atender a la incertidumbre clave del proceso, identificar y usar medidas pertinentes y, sobre todo, entender la intervención como parte de un sistema abierto y dinámico. Ese desplazamiento importa especialmente en psicoeducación familiar. Un programa de este tipo no actúa sobre un único mecanismo ni en un único nivel: modifica conocimiento, comunicación, afrontamiento, alianzas entre servicio y allegados, coordinación en crisis y, a menudo, formas de participación de la persona usuaria y de la familia. Además, su efecto depende del dispositivo, del momento clínico, del grado de implicación familiar, del liderazgo del equipo y de la red territorial. Precisamente por eso, el MRC resulta más útil para esta guía que una lectura estrecha de los ensayos controlados: permite pensar el programa como intervención compleja antes de decidir si se pilota y cómo se evalúa.

El aporte del MRC no consiste en ofrecer una plantilla rígida, sino en obligar a plantear las preguntas correctas antes de precipitarse a medir resultados finales. En este manual, eso se traducirá en varias consecuencias operativas. Primero, la fase de diseño del programa local no podrá limitarse a copiar un modelo publicado; tendrá que explicitar qué problema del servicio quiere resolver, qué mecanismos espera activar y qué dependencias contextuales asume. Segundo, el estudio de viabilidad no será tratado como un ensayo pequeño o incompleto, sino como el momento en que se examina si la intervención puede realmente funcionar aquí, con estas personas, este equipo y esta organización. Tercero, la evaluación no se reducirá a un contraste de antes/después, sino que deberá integrar procesos, exposición, fidelidad y señales de efecto. Y cuarto, la implementación no aparecerá como el último paso cronológico después de “demostrar” todo lo demás, sino como una dimensión ya presente en el desarrollo y el pilotaje. En suma, el MRC ofrece a la guía su espina dorsal epistemológica: no preguntar demasiado tarde por el contexto.

### 5.4. Marco RE-AIM

Si el MRC ayuda a pensar la intervención como sistema complejo, RE-AIM ofrece una manera especialmente útil de juzgar su impacto potencial fuera del estrecho perímetro del ensayo. El marco se articula en cinco dimensiones: reach o alcance, effectiveness o efectividad, adoption o adopción, implementation y maintenance o mantenimiento. Glasgow y colaboradores recuerdan que RE-AIM nació precisamente para contrarrestar la tendencia de la investigación a privilegiar la validez interna y a dejar en sombra la generalizabilidad, la representatividad y la sostenibilidad. En su formulación pragmática, además, el propio equipo de RE-AIM insiste en que el marco no debe aplicarse como un ritual de recogida exhaustiva de datos imposibles, sino como un instrumento para priorizar preguntas significativas en condiciones reales y con recursos limitados. Esa flexibilidad es especialmente útil en rehabilitación psicosocial, donde rara vez



existen medios para medir todo con la misma profundidad, pero sí es imprescindible no perder de vista a quién llega el programa, con qué resultados, en cuántas unidades se adopta, con qué calidad se ejecuta y si sobrevive pasado el impulso inicial (Glasgow et al., 2019).

Para esta guía, RE-AIM será particularmente valioso en tres momentos. En primer lugar, permitirá que el estudio de viabilidad formule preguntas desde el principio sobre alcance y adopción, y no solo sobre aceptabilidad o satisfacción de quienes ya participan. En segundo lugar, servirá de puente entre evaluación clínica e implementación, porque obliga a considerar efectos no solo sobre síntomas o carga, sino sobre penetración en la población diana y capacidad del servicio para sostener la intervención. Y en tercer lugar, ofrecerá un lenguaje muy útil para los capítulos finales sobre sostenibilidad y escalado. Un programa puede ser clínicamente prometedor y, sin embargo, tener un alcance muy reducido o una adopción mínima fuera del equipo impulsor; también puede mantener buenos resultados en las pocas familias que acceden y, a la vez, fracasar por falta de mantenimiento organizativo. RE-AIM obliga a pensar estas disociaciones y, por tanto, corrige una de las cegueras más frecuentes del campo: confundir éxito clínico local con impacto real de servicio.

## 5.5. Marco CFIR

El CFIR ocupa un lugar central en este manual porque es, ante todo, un marco de determinantes. Su función principal no es decir cómo se desarrolla una intervención compleja ni evaluar su impacto poblacional, sino identificar de manera sistemática las barreras y facilitadores que pueden condicionar el éxito o el fracaso de la implementación. La actualización de 2022 refuerza varios aspectos de especial interés para esta guía. Por un lado, recuerda que muchos esfuerzos de implementación fracasan, aunque existan planes formalmente bien desarrollados, precisamente porque el contexto actúa como una fuerza dinámica en contra o a favor del cambio. Por otro, el marco actualizado responde a críticas acumuladas de sus usuarios: recentra a los receptores de la innovación, amplía y revisa constructos y añade determinantes vinculados a la equidad en implementación. Además, mantiene su utilidad principal: ofrecer un lenguaje organizado para describir innovación, contexto externo, contexto interno, características de las personas implicadas y proceso de implementación. La ventaja del CFIR es su potencia analítica; su riesgo, si se usa mal, es convertir la evaluación contextual en una lista infinita de factores sin jerarquía (Damschroder et al., 2022).

En el ámbito de la psicoeducación familiar, el CFIR resulta extraordinariamente fértil porque muchas de las barreras descritas por la literatura encajan de forma casi inmediata en sus dominios. La revisión de Tham y Solomon identifica obstáculos profesionales y organizacionales —actitudes, falta de formación, prioridades del servicio, incertidumbre sobre confidencialidad, ausencia de liderazgo o procedimientos— que el CFIR permite clasificar y hacer visibles en un diagnóstico previo. Del mismo modo, la experiencia del ensayo IFIP muestra cómo una estrategia de implementación puede actuar simultáneamente sobre varios determinantes: coordinación interna mediante un referente de familia, equipo de implementación, formación, supervisión, recursos compartidos y mediciones de fidelidad con retroalimentación adaptada. Para esta guía, el CFIR será el marco más útil en los capítulos 7 y 8, donde hará falta ordenar barreras, facilitadores y dimensiones de preparación organizacional. Su fuerza reside justamente en eso: donde otros marcos describen fases o resultados, el CFIR ayuda a ver por qué un programa



tropieza en la organización antes incluso de empezar. La utilidad del CFIR se aprecia todavía más cuando se lo contrasta con documentos aplicados como la guía BPS, que al abordar la implementación del trabajo familiar en psicosis vuelve una y otra vez sobre determinantes muy reconocibles desde este marco: contexto organizacional, actitudes de equipo, disponibilidad de tiempo, soporte de supervisión, masa crítica de profesionales entrenados y existencia de responsables locales del desarrollo de la intervención. En ese sentido, la guía británica no sustituye al CFIR, pero sí ofrece un repertorio empírico y clínicamente muy legible de los tipos de determinantes que después será necesario diagnosticar en cada servicio ([British Psychological Society, 2021](#)).

## 5.6. Otros marcos relevantes (EPIS, NPT, PARIHS/i-PARIHS)

Aunque MRC, RE-AIM y CFIR bastan para sostener la mayor parte de la arquitectura del manual, conviene incorporar otros marcos que iluminan problemas específicos. EPIS resulta especialmente valioso porque organiza la implementación en cuatro fases —exploración, preparación, implementación y sostenimiento— y, al mismo tiempo, distingue entre contexto externo, contexto interno, factores de innovación y factores puente, es decir, aquellos vínculos o procesos que conectan el sistema externo con la organización. Su fuerza está en mostrar cómo las influencias cambian de peso a lo largo del tiempo. En una guía como esta, EPIS ayuda a evitar dos errores: pensar que todas las barreras son iguales en cualquier momento y olvidar que el paso entre política, red y servicio concreto depende de factores puente. Para programas de psicoeducación familiar, esos factores puente pueden adoptar la forma de acuerdos interdispositivos, circuitos de derivación, coordinación entre salud y recursos sociales o figuras internas que conectan prioridades institucionales con trabajo clínico real ([Weiner et al., 2020](#)).

La Teoría del Proceso de Normalización (*Normalization Process Theory*, NPT) aporta otra capa analítica, más micro y más centrada en el trabajo cotidiano de incrustar una práctica en la rutina. Organiza ese trabajo en torno a cuatro constructos principales: coherencia (*coherence*), participación cognitiva (*cognitive participation*), acción colectiva (*collective action*) y monitorización reflexiva (*reflexive monitoring*). El valor de NPT para esta guía es muy concreto. Permite preguntar si el equipo entiende realmente qué es la psicoeducación familiar y para qué sirve, si existe compromiso relacional para ponerla en marcha, si hay trabajo colectivo suficiente para sostenerla y si la organización dispone de espacios para evaluarla y corregirla. Por su parte, el marco PARIHS y su reformulación integrada, i-PARIHS, siguen siendo útiles para recordar que la implementación depende de la interacción entre evidencia, contexto y facilitación, y que la facilitación no es un añadido cosmético, sino una función central para traducir conocimiento a práctica. En el caso de la psicoeducación familiar, eso obliga a no pensar solo en el modelo y en el servicio, sino también en quién facilitará realmente el cambio, con qué autoridad, qué competencias y qué continuidad. Desde una perspectiva aplicada, la guía de la *British Psychological Society* [BPS] resulta especialmente útil como apoyo indirecto a este punto porque traduce la necesidad de facilitación a decisiones organizativas concretas: formación por equipos o con masa crítica local, supervisión experta programada, trabajo conjunto en fases iniciales, inclusión de familias y cuidadores en el diseño de servicios y nombramiento de referentes, líderes de servicio o impulsores (*champions*) responsables del desarrollo y mantenimiento de la



intervención. Precisamente por eso puede leerse como un buen ejemplo de cómo las preguntas de EPIS, NPT o i-PARIHS dejan de ser abstractas cuando se trasladan a exigencias operativas reconocibles dentro de un servicio real (British Psychological Society, 2021).

## 5.7. Marco integrador para esta guía

Ninguno de los marcos anteriores, por sí solo, basta para ordenar todo el recorrido que este manual necesita cubrir. Precisamente por eso, la guía adoptará un marco integrador y no una adhesión exclusiva a una única tradición. El punto de partida será el MRC, porque proporciona la lógica de fondo: la psicoeducación familiar se tratará como intervención compleja cuyo desarrollo, pilotaje, evaluación e implementación están entrelazados y dependen del contexto. A partir de ahí, RE-AIM ofrecerá la lente de evaluación poblacional y organizativa para no perder de vista alcance, adopción y mantenimiento. CFIR servirá como instrumento principal para diagnosticar determinantes contextuales en el sistema español y en cada servicio. EPIS permitirá ordenar temporalmente el proceso, distinguiendo con nitidez la exploración, la preparación, la implementación inicial y el sostenimiento. NPT se utilizará como correctivo microorganizacional para examinar el trabajo real que exige normalizar la intervención en la rutina del equipo. E i-PARIHS, finalmente, recordará que ninguna de estas operaciones ocurre sin facilitación competente. Esta integración no es eclecticismo arbitrario; responde a la necesidad de combinar marcos de proceso, determinantes y evaluación en función de las preguntas concretas que se quieren responder.

Traducido al recorrido del manual, el marco integrador funciona así. En los capítulos 6 y 7, el problema principal será comprender el contexto español y localizar barreras y facilitadores; allí dominará CFIR, complementado por EPIS para leer factores externos e internos en su secuencia temporal. En el capítulo 8, sobre preparación organizacional, CFIR seguirá siendo central, pero NPT e i-PARIHS ayudarán a valorar sentido compartido, compromiso, trabajo colectivo y necesidad de facilitación. En el capítulo 9, el diseño del programa local quedará guiado por la lógica del MRC: teoría del cambio, contexto, mecanismos y adaptación razonada. En el capítulo 10, RE-AIM permitirá formular preguntas de viabilidad que no se limiten a satisfacción o aceptabilidad, incorporando también alcance, adopción y señales de mantenimiento. En los capítulos 11 y 12, la evaluación de resultados y el análisis de replicabilidad se beneficiarán de la articulación entre MRC, RE-AIM y CFIR para diferenciar efecto clínico, proceso de implementación y condiciones de transferencia. Finalmente, en los capítulos 13 y 14, sostenibilidad y escalado se leerán sobre todo con RE-AIM y EPIS, sin olvidar los determinantes contextuales identificados por CFIR. Dicho de la manera más simple posible: el marco integrador de esta guía pretende impedir que una intervención clínicamente razonable fracase por preguntas metodológicas mal formuladas.

**Tabla 5.1. Función de los marcos de implementación en esta guía**

Marco	Pregunta principal que ayuda a responder	Función dominante en la guía
MRC	¿Cómo pensar y desarrollar una intervención compleja sin separar artificialmente contexto, mecanismos y evaluación?	Espina dorsal conceptual del manual



RE-AIM	¿A quién llega el programa, con qué resultados, en cuántos servicios se adopta y si se mantiene?	Evaluación pragmática de impacto, mantenimiento y escalado
CFIR	¿Qué barreras y facilitadores contextuales actúan a favor o en contra de la implementación?	Diagnóstico de determinantes y preparación organizacional
EPIS	¿En qué fase del proceso estamos y qué factores pesan más en cada momento?	Orden temporal del proceso de implementación
NPT	¿Qué trabajo cotidiano necesita el equipo para que la práctica se incruste en la rutina?	Análisis micro de normalización del programa
i-PARIHS	¿Cómo interactúan evidencia, contexto y facilitación, y quién impulsa realmente el cambio?	Énfasis en facilitación y traducción práctica

La tabla resume el uso deliberadamente diferenciado de los marcos. No sustituye al desarrollo conceptual anterior, pero sí anticipa una regla metodológica que acompañará a todo el volumen: cada marco se empleará donde tiene más rendimiento analítico y no como una plantilla universal indiferenciada.

## Resumen final

Este capítulo ha introducido el andamiaje metodológico que convierte a la guía en algo más que una recopilación de intervenciones familiares con evidencia. La ciencia de la implementación se ha presentado aquí no como un repertorio adicional de conceptos, sino como la disciplina necesaria para explicar por qué programas con fundamento clínico pueden seguir siendo residuales en la práctica ordinaria. El MRC ha aportado la idea de intervención compleja y la necesidad de pensar contexto y mecanismos desde el inicio. RE-AIM ha obligado a ampliar la mirada hacia alcance, adopción y mantenimiento. CFIR ha ofrecido el lenguaje más potente para diagnosticar barreras y facilitadores. EPIS ha introducido una lógica secuencial de fases y niveles. NPT ha puesto el foco en el trabajo cotidiano de incrustar una práctica en la rutina. E i-PARIHS ha recordado que la facilitación es una pieza central del cambio y no una cortesía organizativa. El resultado no es una superposición de marcos, sino una caja de herramientas conceptual jerarquizada. A partir de aquí, el manual ya puede desplazarse al contexto español sabiendo que la pregunta clave no será solo qué modelo familiar interesa, sino qué condiciones sistémicas, organizativas y profesionales hacen posible que ese modelo llegue a existir realmente como práctica ordinaria.

## Lecturas recomendadas

Para captar la lógica general de las intervenciones complejas, la lectura más importante sigue siendo la actualización del MRC de [Skivington et al. \(2021\)](#), porque reordena de manera muy convincente la relación entre desarrollo, contexto, viabilidad y evaluación. Para comprender RE-AIM más allá de su acrónimo, el trabajo de [Glasgow et al. \(2019\)](#) es especialmente útil, ya que muestra cómo el marco ha evolucionado hacia un uso más pragmático y sensible a contexto. Para el diagnóstico de barreras y facilitadores, la actualización del CFIR de [Damschroder et al. \(2022\)](#) es la referencia indispensable. Si el interés se desplaza al trabajo temporal de implementación, los textos sobre EPIS ofrecen una síntesis muy clarificadora. Y para aterrizar todo ello en intervención familiar real, la revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#), el ensayo IFIP y la guía *Family interventions in psychosis* de la British Psychological Society son lecturas



especialmente fértiles, porque muestran con precisión que el problema no es la ausencia de evidencia, sino el desafío de convertirla en práctica sostenida.

## Puente hacia el capítulo 6

Con el andamiaje de implementación ya fijado, el siguiente paso lógico no es todavía evaluar la preparación de un servicio concreto, porque antes hace falta situar el sistema dentro del cual esa preparación deberá juzgarse. El capítulo 6 abordará precisamente ese nivel. Allí la atención se desplazará desde los marcos generales de implementación al contexto español: su estructura de dispositivos, su marco normativo y de planificación, la intersección entre lo sanitario y lo social, la variabilidad autonómica y el lugar efectivamente reservado a la familia dentro de la red. Solo cuando ese mapa esté suficientemente descrito tendrá sentido preguntar si un centro, un equipo o un territorio están realmente en condiciones de adoptar y sostener un programa de psicoeducación familiar.



# 6

## El sistema de atención a la salud mental y rehabilitación psicosocial en España

### Objetivos del capítulo

- Situar la psicoeducación familiar dentro de la arquitectura real del sistema español de salud mental.
- Describir el marco normativo y de planificación que condiciona su desarrollo.
- Identificar la estructura general de dispositivos y redes implicadas en la atención y la rehabilitación psicosocial.
- Analizar la variabilidad autonómica como rasgo constitutivo del sistema y no como anomalía marginal.
- Precisar por qué la intersección sanitario-social, los recursos humanos y el lugar de la familia resultan decisivos para cualquier análisis posterior de viabilidad.

### Resumen inicial

Hablar del “sistema español” de atención a la salud mental exige una cautela metodológica básica: existe un marco común del Sistema Nacional de Salud, unas leyes estatales de cohesión y de cartera de servicios y una estrategia compartida aprobada en el Consejo Interterritorial, pero la organización efectiva de la atención se despliega en un espacio fuertemente descentralizado, donde las comunidades autónomas desarrollan planes, dispositivos, denominaciones y grados de articulación distintos. Por eso, este capítulo no puede escribirse como si España dispusiera de una red perfectamente homogénea y cartografiada con el mismo detalle en todos los territorios. El propio Ministerio de Sanidad lleva tiempo mostrando, por un lado, la existencia de un horizonte común orientado a atención comunitaria, continuidad

asistencial, derechos, recuperación y coordinación sociosanitaria y, por otro, la persistencia de problemas estructurales como la fragmentación entre sanidad, servicios sociales, red de adicciones y salud mental penitenciaria, la ausencia de equipos interdisciplinarios completos y la insuficiencia de recursos humanos para sostener un modelo plenamente comunitario. A ello se añade un hecho particularmente relevante para esta guía: el lugar de la familia está reconocido en la planificación estatal, pero su traducción organizativa y operativa sigue dependiendo en gran medida de cómo cada territorio articule apoyos domiciliarios, rehabilitación psicosocial, coordinación intersectorial y programas específicos de intervención y apoyo familiar. Dicho de otro modo, antes de preguntarse si un programa de psicoeducación familiar es viable en un centro concreto, conviene comprender que su viabilidad no se decide en el vacío, sino dentro de una arquitectura institucional plural, estratificada y desigualmente desarrollada ([Ministerio de Sanidad, 2022](#); [Ministerio de Sanidad, 2025](#); [WHO, 2021](#)).

**Palabras clave:** *Sistema Nacional de Salud; comunidades autónomas; rehabilitación psicosocial; coordinación sociosanitaria; salud mental comunitaria; familia; recursos humanos; variabilidad territorial.*

## 6.1. Marco normativo y de planificación

El marco normativo de referencia no se concentra en una única norma específica de salud mental, sino en la intersección entre legislación sanitaria general, normativa de autonomía y dependencia, y planificación estratégica estatal. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, sigue siendo decisiva porque fija principios de coordinación, planificación y calidad en un sistema descentralizado, mientras que el Real Decreto 1030/2006 establece la cartera de servicios comunes del SNS y, por tanto, el suelo común de prestaciones desde el que luego se despliegan las políticas autonómicas. En paralelo, la Ley 39/2006 crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y explicita la colaboración y participación de todas las administraciones públicas, así como la colaboración entre servicios sociales y sanitarios, la personalización de la atención, la permanencia en el entorno y la participación de las familias cuando proceda. Para el campo que nos ocupa, esa combinación normativa es especialmente importante: la atención a personas con trastorno mental grave no queda encerrada en la asistencia sanitaria especializada, sino que se inscribe también en la lógica de promoción de autonomía, apoyos comunitarios y coordinación interadministrativa.

Sobre ese armazón legal se superpone la planificación estatal reciente. La Estrategia de Salud Mental del SNS 2022–2026 declara explícitamente un enfoque basado en derechos, inclusión social y lucha contra el estigma, y fue elaborada con participación de comunidades autónomas, profesionales, personas con problemas de salud mental y familiares. El Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027, aprobado posteriormente, concreta ese horizonte en líneas especialmente relevantes para esta guía: refuerzo de recursos humanos, salud mental comunitaria y alternativas a la institucionalización, y actualización de la cartera común de servicios de salud mental de acuerdo con el Real Decreto 1030/2006, ampliando las formas de atención comunitaria y los servicios relacionados con salud mental. El punto clave, sin embargo, no está solo en la existencia de estos documentos, sino en su naturaleza: no sustituyen la competencia autonómica en organización y provisión, pero sí fijan un lenguaje común, prioridades compartidas y un marco evaluativo desde el que comparar desarrollos territoriales. Desde la perspectiva de este manual,

eso significa que el contexto español no carece de dirección estratégica; lo que presenta es una dirección común que debe atravesar un sistema competencialmente descentralizado y organizativamente heterogéneo.

## 6.2. Estructura del sistema: dispositivos y redes

La estructura del sistema español de atención en salud mental puede describirse, en términos generales, como una red multinivel en la que intervienen atención primaria, atención especializada, urgencias, dispositivos de hospitalización y recursos de continuidad comunitaria y rehabilitación, a los que se añaden recursos de apoyo social dependientes en buena medida del ámbito autonómico o local. La Estrategia 2022–2026 insiste en una atención comunitaria que articule la coordinación entre servicios especializados de salud mental y red comunitaria, incluyendo servicios sociales, para garantizar continuidad asistencial y de cuidados. Los informes ministeriales históricos sobre organización y dispositivos, aunque antiguos, siguen siendo útiles para describir la gramática estructural de esa red: puerta de entrada a través de atención primaria y urgencias, eje ambulatorio comunitario, dispositivos de apoyo hospitalario y, junto a ellos, recursos de rehabilitación, hospital de día, programas de día, recursos residenciales y apoyos sociales específicos. Lo importante aquí no es memorizar una nomenclatura cerrada, porque esta cambia entre territorios, sino comprender que el sistema funciona como una constelación de niveles y no como un único dispositivo central (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Ministerio de Sanidad, 2022).

Ese carácter reticular tiene una consecuencia inmediata para la psicoeducación familiar. Un programa de intervención con familias puede nacer en una unidad de salud mental comunitaria, en un centro de rehabilitación psicosocial, en un hospital de día o en un recurso residencial, pero su funcionamiento dependerá casi siempre de su capacidad para relacionarse con otros nodos del sistema: derivación desde salud mental ambulatoria, coordinación con trabajo social, continuidad con apoyos domiciliarios, conexión con programas de empleo, vivienda o autonomía y respuesta compartida ante crisis. Los informes del Ministerio sobre dispositivos muestran precisamente que, desde la reforma psiquiátrica, el modelo español fue sustituyendo la institución única por redes diversificadas, comunitarias y combinadas con apoyos sociales. Por eso, en el marco de esta guía, hablar de “estructura del sistema” no significa solo enumerar recursos, sino subrayar que la viabilidad de un programa familiar depende de en qué punto de la red se ubica, qué funciones asume y con qué otros dispositivos puede cooperar sin duplicarse ni quedar aislado.

## 6.3. Variabilidad autonómica

La variabilidad autonómica no es un ruido periférico del sistema, sino una de sus condiciones constitutivas. La propia documentación ministerial recuerda que, dado el reparto competencial, una parte muy importante de las competencias sanitarias está transferida a las comunidades autónomas, y que la estrategia estatal solo puede desplegarse mediante coordinación, colaboración, cooperación y evaluación comparativa. Eso significa que la atención a la salud mental en España comparte unos principios comunes, pero no un único modelo de organización. Los informes ministeriales sobre dispositivos y organización ya mostraban hace años diferencias en nombres, escalas territoriales, combinaciones de recursos y articulación entre servicios



sanitarios y apoyos sociales; además, uno de esos propios informes advertía que el mapa oficial se encontraba “en fase de remodelación y mejora”, lo que constituye una admisión explícita de la dificultad de producir una cartografía completamente homogénea y actualizada. La consecuencia metodológica es clara: cualquier descripción nacional debe ser suficientemente abstracta para no falsear las diferencias reales, y suficientemente concreta para seguir siendo útil (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Desde una perspectiva aplicada, la variabilidad autonómica afecta al menos a seis dimensiones: la escala territorial de organización de la salud mental; la nomenclatura y combinación de dispositivos; el grado de orientación comunitaria frente a soluciones más “hospitalocéntricas”; el desarrollo de recursos específicos de rehabilitación y apoyo social; la densidad de coordinación sociosanitaria; y el grado en que existen programas familiares o marcos explícitos para su apoyo. Esta formulación es, en parte, una síntesis inferencial a partir de la documentación oficial y no una clasificación jurídica cerrada, pero precisamente por eso resulta útil para la guía: permite pasar de la constatación genérica de que “hay diferencias entre comunidades” a una matriz que podrá utilizarse después en el diagnóstico de situación y en la evaluación de preparación organizacional. Dicho de otra manera, la variabilidad autonómica no debe interpretarse solo como desigualdad, aunque a veces lo sea, sino también como diversidad de entornos de implementación.

**Tabla 6.1. Ejes de variabilidad autonómica relevantes para esta guía**

Eje	Qué puede variar entre comunidades autónomas	Relevancia para programas de psicoeducación familiar
Organización territorial	Áreas, sectores, distritos o unidades funcionales de referencia	Afecta derivación, cobertura y masa crítica de familias
Tipología y nombre de dispositivos	Unidades comunitarias, hospitales de día, recursos de rehabilitación, apoyos residenciales	Condiciona dónde ubicar el programa y quién lo lidera
Articulación sanitario-social	Mayor o menor coordinación formal con servicios sociales y rehabilitación psicosocial	Influye en continuidad de cuidados y apoyo a cuidadores
Desarrollo comunitario	Peso relativo de alternativas comunitarias frente a respuestas más institucionales	Impacta captación, accesibilidad y mantenimiento
Recursos humanos y composición de equipos	Dotación y completitud interdisciplinar	Determina capacidad real de sostener programas familiares
Planificación familiar y domiciliaria	Existencia de apoyo a familias, atención domiciliaria o programas específicos	Modula viabilidad, intensidad y seguimiento del programa

Esta tabla no pretende agotar la casuística territorial, sino ofrecer un esquema de lectura para un sistema que, por diseño, combina cohesión normativa con diversidad organizativa.

## 6.4. La intersección sanitario-social

La intersección entre sanidad y servicios sociales constituye uno de los puntos más delicados del sistema y, a la vez, uno de los más decisivos para la rehabilitación psicosocial. La Estrategia 2022–2026 formula esta cuestión con notable claridad: en su análisis interno identifica la fragmentación de la atención entre SNS, servicios sociales, red de adicciones y salud mental penitenciaria, y al mismo tiempo propone como recomendación explícita el abordaje conjunto con servicios sociales y servicios de rehabilitación psicosocial, así como la coordinación

sociosanitaria para mejorar calidad de vida, calidad asistencial y optimización de recursos. La Ley 39/2006, por su parte, convierte esa necesidad en principio normativo cuando establece la colaboración de servicios sociales y sanitarios y la integración de las prestaciones en las redes autonómicas de servicios sociales. Desde la lógica de esta guía, esa convergencia tiene un valor central: los programas familiares no pueden diseñarse como si los problemas de vivienda, apoyo domiciliario, autonomía, sobrecarga del cuidado o continuidad comunitaria fueran accesorios ajenos al sistema de atención.

La orientación más reciente de la planificación estatal refuerza todavía más esa lectura. El Plan de Acción 2025–2027 dedica una línea específica a salud mental comunitaria y alternativas a la institucionalización, propone un plan de potenciación de la salud mental comunitaria y promoción de la vida autónoma, e incluye acciones dirigidas a actualizar la cartera común, reforzar recursos residenciales y comunitarios, y asegurar respuestas rápidas y flexibles a las necesidades de apoyo y cuidados de personas y familias en el ámbito comunitario. También propone fortalecer recursos que eviten institucionalización y minimicen carga familiar, así como modelos como residencias de aforo reducido, pisos supervisados, programas comunitarios intensivos y apoyo domiciliario. La conclusión que interesa aquí no es solo programática. Es estructural: el sistema español se está describiendo a sí mismo, oficialmente, como un sistema que necesita más comunidad, más apoyos de proximidad y mejor intersección entre lo sanitario y lo social. En ese escenario, la psicoeducación familiar no puede tratarse como un suplemento clínico, sino como una pieza coherente con esa reorganización.

## 6.5. Recursos humanos en rehabilitación psicosocial

El problema de los recursos humanos no debe reducirse a una cuestión de número bruto de profesionales. La documentación oficial más reciente permite ver, al menos, dos planos distintos. Por un lado, el Informe monográfico de recursos humanos del SNS 2024 ofrece información relevante sobre ejercicio profesional y formación, especialmente de médicos y enfermeras, y recoge también datos sobre especialidades como Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental. Por otro lado, la Estrategia 2022–2026 identifica de forma explícita debilidades estructurales: ausencia de equipos interdisciplinares completos, recursos humanos insuficientes para sostener un modelo salutogénico y comunitario y dificultades para implementar tratamientos psicológicos basados en la evidencia por falta de profesionales y sobrecarga asistencial. El Plan de Acción 2025–2027, lejos de dar por resuelta esta cuestión, la convierte en línea prioritaria e insta a todas las comunidades autónomas e INGESA a evaluar necesidades de recursos humanos en salud mental teniendo en cuenta todos los perfiles profesionales y recursos comunitarios e institucionales implicados. El mensaje institucional es inequívoco: la cuestión de los equipos no es accesorio, sino uno de los cuellos de botella del modelo ([Ministerio de Sanidad, 2025](#)).

Para la rehabilitación psicosocial, este punto es aún más sensible. El informe monográfico estatal mejora la visibilidad de algunas profesiones reguladas, pero su propio alcance permite inferir que la fotografía nacional sigue siendo más precisa para perfiles sanitarios clásicos que para la composición completa de los equipos que intervienen en rehabilitación psicosocial, donde también cuentan trabajo social, terapia ocupacional, educación social, apoyos comunitarios y otras funciones no siempre capturadas con la misma calidad por los sistemas generales de

información. Esa inferencia no debe presentarse como defecto del informe, sino como límite del sistema de observación disponible. Y ese límite importa mucho: un programa de psicoeducación familiar no necesita únicamente psiquiatras o psicólogos clínicos; necesita tiempo protegido, coordinación, referentes claros, competencias de grupo o trabajo domiciliario y, con frecuencia, una composición interdisciplinaria suficientemente estable. En este sentido, la futura evaluación de preparación organizacional tendrá que leer los recursos humanos no solo como dotación, sino como disponibilidad funcional para sostener un programa prolongado con familias.

## 6.6. El lugar de la familia en el sistema español

El lugar de la familia en el sistema español es, al mismo tiempo, reconocido y problemático. Es reconocido porque tanto la Estrategia 2022–2026 como el Plan de Acción 2025–2027 incorporan de forma expresa a las familias en la formulación de objetivos y recomendaciones. La propia Estrategia fue elaborada con participación de personas con problemas de salud mental, familiares y personas allegadas, y declara que el modelo de asistencia ha de orientarse hacia la mejor atención a las personas y sus familias, situándolas en el centro del proceso. Más aún, en su línea estratégica sobre apoyo a familias y personas cuidadoras, la Estrategia recomienda garantizar acceso de las familias a equipos de atención domiciliaria, formar a profesionales que acompañen y presten servicios a las familias, realizar valoraciones integrales de sus necesidades y facilitar programas de intervención y apoyo familiar. También propone fomentar acciones formativas para quienes realizan cuidados informales, especialmente en identificación de signos prodrómicos de recaída y manejo de situaciones conflictivas, y evaluar estas acciones con participación activa de personas usuarias y familiares. El Plan 2025–2027, por su parte, mantiene como objetivo general atender integralmente a las personas con problemas de salud mental, apoyar a sus familias y promover un modelo comunitario, y añade la necesidad de dar respuestas rápidas y flexibles a las necesidades de apoyo y cuidados de personas y familias en el ámbito comunitario.

Sin embargo, ese reconocimiento no equivale automáticamente a una posición central y homogénea en la práctica ordinaria. De hecho, puede sostenerse razonablemente —como inferencia apoyada en la propia estructura de recomendaciones estatales y en la literatura previa sobre implementación revisada en el capítulo 5— que la familia ocupa todavía un lugar organizativamente inestable: visible en la planificación, pero desigual en los circuitos reales de atención, la coordinación domiciliaria, los dispositivos comunitarios y la programación específica. La propia necesidad de recomendar valoraciones integrales de necesidades familiares, programas de apoyo, formación a profesionales y acciones formativas para cuidadores indica que estas prácticas no pueden darse por garantizadas en el funcionamiento rutinario del sistema. Para esta guía, esa ambivalencia es crucial. La familia ya no puede ser tratada como figura invisible o puramente privada dentro del itinerario de atención, pero tampoco conviene presuponer que el sistema español ha resuelto de manera uniforme su incorporación estructurada. Precisamente en ese espacio intermedio —entre reconocimiento normativo y traducción organizativa desigual— se abre el campo propio de los programas de psicoeducación familiar.



## Resumen final

El análisis del contexto español permite fijar varias conclusiones de alcance para el resto del manual. La primera es que el sistema dispone de un marco común suficientemente claro: legislación de cohesión, cartera común de servicios, normativa de autonomía y dependencia, estrategia estatal de salud mental y plan de acción reciente orientado a comunidad, derechos y vida autónoma. La segunda es que ese marco común convive con una descentralización intensa, de modo que la organización efectiva de la atención depende en gran medida de las comunidades autónomas y de sus redes de dispositivos, apoyos sociales y grados de coordinación intersectorial. La tercera es que la rehabilitación psicosocial se sitúa exactamente en la bisagra entre sanidad y servicios sociales, y que cualquier programa familiar serio tendrá que operar dentro de esa intersección y no en uno solo de sus lados. La cuarta es que los recursos humanos constituyen un límite estructural del modelo: no basta con reconocer la importancia de equipos interdisciplinarios si estos no existen completos o si carecen de tiempo y estabilidad. Y la quinta es que la familia ha ganado legitimidad explícita en la planificación estatal, pero su incorporación operativa sigue siendo desigual, lo que convierte a la psicoeducación familiar en una necesidad organizativa todavía no resuelta de forma homogénea. En suma, el capítulo no describe un sistema caótico ni un sistema completamente ordenado, sino un sistema comúnmente orientado y territorialmente variable, precisamente el tipo de entorno en el que una guía de viabilidad y replicabilidad tiene sentido.

## Lecturas recomendadas

La lectura imprescindible para comprender el marco político e institucional actual es la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022–2026, porque ofrece la formulación más completa del enfoque comunitario, basado en derechos, continuidad asistencial y participación de personas usuarias y familias. Como complemento más operativo, el Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027 resulta especialmente útil para ver hacia dónde se pretende mover el sistema en materia de recursos humanos, desinstitucionalización, alternativas comunitarias y actualización de la cartera común. Para el armazón jurídico general conviene revisar la Ley 16/2003, el Real Decreto 1030/2006 y la Ley 39/2006, ya que juntos dibujan el espacio en el que la salud mental y la promoción de autonomía se coordinan. Finalmente, aunque antiguos, los informes ministeriales de organización y dispositivos siguen siendo lecturas valiosas para captar la taxonomía y la lógica de red de la atención en salud mental en España, precisamente porque permiten ver cómo el sistema se fue construyendo como una constelación de recursos y no como una institución única.

## Puente hacia el capítulo 7

Con el mapa del sistema ya trazado, el siguiente paso no puede ser todavía la evaluación de preparación de un servicio concreto. Antes hace falta saber qué está ocurriendo realmente con la psicoeducación familiar en España hoy: qué experiencias existen, qué barreras aparecen de forma recurrente, qué oportunidades estratégicas están abiertas y por qué la captación familiar sigue siendo uno de los problemas más persistentes del campo. El capítulo 7 abordará precisamente esa transición. Si el presente capítulo ha descrito la arquitectura general del sistema, el siguiente examinará su comportamiento efectivo ante la intervención familiar.



# 7

## Diagnóstico de situación: la psicoeducación familiar en España hoy

### Objetivos del capítulo

- Describir el estado actual de implementación de la psicoeducación familiar en España con la prudencia que exige la evidencia disponible.
- Analizar experiencias documentadas que permitan identificar patrones útiles para la práctica.
- Ordenar las barreras y facilitadores más plausibles del contexto español.
- Identificar oportunidades estratégicas actualmente abiertas en el sistema.
- Examinar el problema de la captación familiar como uno de los principales cuellos de botella de cualquier programa.

### Resumen inicial

El diagnóstico de situación de la psicoeducación familiar en España obliga a moverse entre dos hechos que, tomados por separado, inducen a error. El primero es que la intervención familiar no es en absoluto una idea marginal en la planificación española: la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022–2026 le dedica una línea estratégica específica, la presenta como pieza clave del modelo comunitario y recomienda de forma expresa facilitar programas de intervención y apoyo familiar, formación a profesionales y actuaciones para cuidadores. El segundo es que ese reconocimiento estratégico no equivale a una implantación homogénea, sistemática y mensurable en la práctica ordinaria. De hecho, la evaluación estatal previa ya mostraba que el objetivo de aumentar el porcentaje de familias de personas con trastorno mental grave que recibían un programa específico de intervención familiar estaba solo “iniciado”, y que, entre las

comunidades que afirmaban disponer de sistemas de medición, muy pocas habían evaluado realmente el objetivo y menos aún habían aportado resultados. La fotografía actual, por tanto, no puede reconstruirse como si existiera un registro nacional reciente, uniforme y específico de cobertura de psicoeducación familiar; debe inferirse a partir de estrategias estatales, evaluaciones previas y experiencias regionales o locales publicadas. Eso no vuelve inútil el diagnóstico. Lo vuelve, simplemente, más realista: España no parte de cero, pero tampoco puede darse por supuesto que la psicoeducación familiar forme parte estable del repertorio ordinario de todos los dispositivos de rehabilitación psicosocial.

**Palabras clave:** *implementación; España; barreras; facilitadores; captación familiar; rehabilitación psicosocial; intervención familiar; comunidad.*

## 7.1. Estado de implementación actual

El estado actual de implementación debe formularse con precisión y sin sobreactuaciones. Lo que sí puede afirmarse con seguridad es que la psicoeducación familiar goza hoy de una legitimidad estratégica y normativa mucho mayor que hace dos décadas. La Estrategia 2022–2026 afirma que la atención e intervención con las familias es una pieza clave del diseño terapéutico en el modelo comunitario, subraya que su participación debe ser real y efectiva en planificación, desarrollo y evaluación, y recomienda expresamente facilitar programas de intervención y apoyo familiar, garantizar acceso a equipos de atención domiciliaria, formar a profesionales que acompañen a familias y elaborar guías o manuales dirigidos a ellas. El Plan de Acción 2025–2027 prolonga esa línea al insistir en un modelo comunitario que apoye a las familias y en respuestas rápidas y flexibles a sus necesidades de apoyo y cuidados en el ámbito comunitario. En otras palabras, desde la política pública reciente la cuestión ya no es si la familia debe o no formar parte del modelo, sino cómo hacerlo de forma efectiva ([Ministerio de Sanidad, 2025](#)).

Ahora bien, ese reconocimiento no puede confundirse con despliegue real y homogéneo. La mejor referencia estatal comparable localizada para medir implementación sigue siendo la evaluación de la estrategia anterior. En ella, quince comunidades declaraban haber incorporado en su plan de salud el objetivo de aumentar el porcentaje de familias que recibían programas específicos de intervención familiar, pero solo nueve afirmaban disponer de sistema de medición, solo cuatro lo habían evaluado y únicamente tres aportaron resultados; la conclusión oficial fue que el objetivo estaba “iniciado”. Aunque se trata de una evaluación histórica y no de una fotografía actual, su valor diagnóstico sigue siendo alto: muestra que el problema español no ha sido la ausencia de declaración programática, sino la débil traducción de esa declaración a seguimiento real, evaluación y resultados trazables. Las fuentes oficiales más recientes refuerzan indirectamente esa lectura, porque fijan metas y acciones de fortalecimiento, pero no ofrecen un panel nacional homogéneo y actualizado de cobertura específica de psicoeducación familiar. Desde un punto de vista metodológico, eso obliga a hablar de implementación desigual y parcialmente opaca, no de inexistencia absoluta ni de normalización consolidada. Desde un punto de vista metodológico, eso obliga a hablar de implementación desigual y parcialmente opaca, no de inexistencia absoluta ni de normalización consolidada ([Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010](#); [Ministerio de Sanidad, 2022](#); [Ministerio de Sanidad, 2025](#)).

## 7.2. Experiencias documentadas: análisis de casos

Aun sin un mapa nacional homogéneo, la literatura española sí documenta experiencias relevantes que permiten identificar patrones de posibilidad. Un primer caso especialmente valioso es la experiencia de implementación analizada por De la Higuera y Ramírez Ruiz (2011). El trabajo describió la implantación de un programa de psicoeducación familiar inspirado en el modelo de Falloon en nueve dispositivos de salud mental, con la participación de un equipo multidisciplinar de 18 profesionales y un proceso que combinó elaboración de materiales, formación, puesta en marcha y supervisión. El propio resumen de la experiencia subraya dos hallazgos con gran valor para esta guía: por un lado, la formación y la supervisión redujeron la variabilidad en el abordaje familiar; por otro, el proceso generó un espacio seguro de intercambio profesional y adquisición de habilidades terapéuticas. La relevancia del caso no reside solo en su resultado favorable, sino en mostrar que la implementación no depende únicamente del manual elegido, sino del trabajo previo de homogeneización profesional y sostén técnico.

Un segundo caso clave es el ensayo aleatorizado de Girón et al. (2010), realizado en personas con esquizofrenia grave y sus familias. Su interés para este capítulo no está solo en los resultados clínicos, sino en que aporta una referencia española robusta de intervención familiar individual con efectos en recaídas, hospitalización, funcionamiento social y carga familiar. Trabajos posteriores del mismo grupo permitieron además precisar mejor el papel de los cambios familiares como mecanismo de mejora clínica y funcional, reforzando la idea de que la intervención familiar no actúa únicamente como apoyo inespecífico, sino sobre procesos relacionales y de afrontamiento con impacto clínico real (Girón et al., 2015).

Un tercer caso especialmente relevante es el estudio multicéntrico español de Mayoral et al. (2015), que mostró que una intervención psicoeducativa familiar reducía el riesgo de hospitalización y mejoraba la condición clínica y el funcionamiento social de personas con esquizofrenia en un diseño multicéntrico y controlado. A diferencia de los ensayos más clásicos de eficacia, este trabajo resulta especialmente valioso porque se sitúa más cerca del terreno real de servicios y confirma que la intervención familiar no es solo una posibilidad experimental, sino una práctica transferible a condiciones ordinarias si existen estructura y continuidad suficientes. La experiencia es importante también porque desmiente dos prejuicios habituales: que en España apenas haya ejemplos publicables de intervención familiar y que la psicoeducación solo produzca resultados visibles en contextos excesivamente controlados.

Un cuarto grupo de experiencias procede del ámbito de la psicosis temprana y la adolescencia. Los trabajos de Calvo et al. (2014, 2015) sobre el programa PIENSA mostraron que una intervención psicoeducativa grupal estructurada y paralela para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familias podía producir beneficios clínicos y de utilización de servicios, además de mantener parte de esos efectos a dos años. Aunque este tipo de programas no puede extrapolarse sin más a toda la red de rehabilitación psicosocial de adultos, sí ofrece una lección muy útil: cuando el diseño se adapta a la fase evolutiva, al formato grupal y a la realidad familiar concreta, la intervención puede ganar tracción y continuidad. Es decir, la experiencia española no se limita a reproducir modelos clásicos en población adulta crónica, sino que también ha explorado formatos sensibles a primeros episodios y familias jóvenes.



Un quinto caso, ya en una lógica más próxima a implementación y red territorial, es *Activa't per la Salut Mental* en Cataluña. El ensayo de San Pío et al. (2024) evaluó un programa multicomponente dirigido a personas con malestar mental grave y a sus familiares, compuesto por orientación, psicoeducación, empoderamiento y ayuda mutua. No se trata de un programa de psicoeducación familiar pura en sentido estricto, pero su valor para este diagnóstico es evidente: muestra que en España existen experiencias contemporáneas de circuito integrado con familiares, con evaluación formal y con ambición de integración en servicios.

A este conjunto conviene añadir la *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia* desarrollada en el ámbito del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria y publicada por FEARP. Su valor no es el de un ensayo formal, sino el de una referencia española de formalización programática madura, construida a partir de la experiencia acumulada del Programa de Apoyo y Colaboración Familiar y de su revisión tras años de aplicación. Para esta guía resulta especialmente útil porque documenta algo que rara vez queda suficientemente visible en la literatura: el paso desde la experiencia clínica local a la codificación progresiva de criterios, indicaciones, fases, materiales y procedimientos de evaluación. En otras palabras, no solo muestra que en España ha habido intervención familiar, sino que en algunos contextos esa intervención ha llegado a cristalizar en una arquitectura programática suficientemente desarrollada como para servir de apoyo comparativo a nuevos procesos de implantación (Baena Ruiz et al., 2020).

En consecuencia, el panorama español no debe describirse como un desierto de experiencias, sino como un campo con iniciativas relevantes pero dispersas, heterogéneas y todavía insuficientemente consolidadas como oferta ordinaria generalizable.

**Tabla 7.1. Experiencias españolas documentadas con especial relevancia para esta guía**

Experiencia	Tipo de programa	Valor principal para el diagnóstico
De la Higuera y Ramírez Ruiz (2011)	Implementación de psicoeducación familiar inspirada en Falloon en varios dispositivos	Muestra que la formación, los materiales y la supervisión son condiciones críticas de implantación.
Girón et al. (2010, 2015)	Intervención familiar individual en esquizofrenia grave	Aporta evidencia española robusta sobre resultados clínicos y carga familiar, y ayuda a pensar mecanismos de cambio familiares.
Mayoral et al. (2015)	Intervención psicoeducativa familiar multicéntrica en esquizofrenia	Aporta evidencia española en condiciones cercanas a la práctica real.
Calvo et al. (2014, 2015)	Psicoeducación grupal paralela en psicosis de inicio temprano y familias	Demuestra adaptabilidad por etapa evolutiva y valor del formato estructurado.
San Pío et al. (2024)	Programa multicomponente con orientación, psicoeducación, empoderamiento y ayuda mutua	Señala posibilidades de implementación en red y articulación con recuperación y apoyo mutuo.

Baena Ruiz et al. (2020) / FEARP Canarias	Guía programática de intervención familiar en esquizofrenia basada en práctica acumulada	Aporta un ejemplo español de formalización, revisión y maduración programática tras años de aplicación.
---	--	---

La tabla resume experiencias seleccionadas por su capacidad para iluminar problemas de implementación, resultados clínicos y procesos de formalización programática, no por pretensión exhaustiva. La inclusión de FEARP Canarias como referencia programática española y la de los trabajos de Girón, Mayoral, Calvo y San Pío como experiencias empíricas o de implementación se apoya en las fuentes verificadas correspondientes.

### 7.3. Barreras y facilitadores específicos del contexto español

No existe, en las fuentes oficiales consultadas, una lista estatal reciente y cerrada de barreras específicamente españolas a la psicoeducación familiar. Sin embargo, el cuadro que emerge de la lectura conjunta de la estrategia estatal, de la evaluación previa y de las experiencias publicadas es bastante reconocible. La primera barrera es estructural: la descentralización y la heterogeneidad territorial hacen que la implantación dependa en exceso del dispositivo, del territorio y del liderazgo local. La segunda es organizativa: históricamente ha habido más planes y declaraciones que sistemas robustos de medición y evaluación del objetivo familiar. La tercera es profesional: la propia Estrategia 2022–2026 recomienda programas de formación para profesionales que acompañen a las familias, lo que implica que esa capacitación no puede darse por supuesta. La cuarta es sociosanitaria: la necesidad repetida de coordinación con equipos domiciliarios, apoyos comunitarios y recursos sociales indica que la intervención familiar tropieza con la fragmentación entre niveles y sectores. La quinta es cultural y relacional: la revisión internacional reciente de [Tham y Solomon \(2024\)](#) identifica barreras persistentes que encajan muy bien con el contexto español descrito por los documentos oficiales, como incertidumbre sobre confidencialidad, culturas de servicio poco orientadas a la familia, falta de tiempo protegido y prioridades asistenciales que relegan el trabajo con allegados. Leído conjuntamente, el cuadro sugiere que el problema español no es la falta de legitimidad conceptual de la intervención familiar, sino la dificultad de convertir esa legitimidad en práctica rutinaria medible y sostenida ([Tham & Solomon, 2024](#); [Ministerio de Sanidad, 2022](#)).

Los facilitadores, por su parte, son igualmente identificables. El primero es estratégico: por primera vez en mucho tiempo, la intervención con familias ocupa un lugar explícito en una estrategia estatal reciente y en un plan de acción actualizado, lo que le proporciona un marco de legitimidad política y organizativa muy superior al de etapas anteriores. El segundo es comunitario: el Plan 2025–2027 apuesta por reforzar servicios de salud mental comunitaria, alternativas domiciliarias y respuestas flexibles a las necesidades de personas y familias, lo que crea un entorno más favorable para programas familiares que no dependen exclusivamente del dispositivo ambulatorio clásico. El tercero es formativo: tanto la Estrategia como las experiencias españolas de implementación sugieren que la capacitación y la supervisión pueden actuar como palancas de homogeneización y calidad. El cuarto es participativo: la estrategia estatal insiste en la participación real de personas y familias en planificación, desarrollo y evaluación, lo que acerca

el campo a una lógica menos paternalista y más compatible con programas colaborativos. Y el quinto es experiencial: España ya dispone de suficientes casos documentados como para no comenzar desde la improvisación absoluta. La combinación de legitimidad estratégica, orientación comunitaria y precedentes locales constituye, en este momento, el principal facilitador del contexto español.

## 7.4. Oportunidades estratégicas actuales

El momento actual ofrece oportunidades estratégicas que probablemente no estaban tan alineadas hace una década. La más clara es la convergencia entre discurso de derechos, recuperación y comunidad en los documentos estatales. La Estrategia 2022–2026 no solo reconoce a la familia como elemento activo de la recuperación psicosocial, sino que la inserta en una línea estratégica propia y recomienda programas de intervención y apoyo familiar, acceso a equipos domiciliarios, formación para profesionales y cuidadores y elaboración de guías y manuales dirigidos a familias. El Plan 2025–2027, por su parte, insiste en reforzar la atención comunitaria, potenciar alternativas domiciliarias y asegurar respuestas rápidas y flexibles a personas y familias en el ámbito comunitario. Todo ello favorece una lectura muy importante para este manual: la psicoeducación familiar ya no necesita justificarse como un añadido exótico o voluntarista, sino como una intervención coherente con la dirección oficial del sistema.

A esa oportunidad macro se añade otra más operativa: la posibilidad de articular psicoeducación familiar con circuitos más amplios de recuperación, apoyo mutuo, orientación y continuidad comunitaria. Experiencias como Activa't muestran que el trabajo con familiares puede insertarse en programas escalables, evaluables y conectados con asociaciones, servicios comunitarios y recursos de empoderamiento. Además, la propia evolución del sistema hacia alternativas domiciliarias, comunitarias y menos institucionalizantes favorece intervenciones que trabajen con el entorno cotidiano real y no solo con la clínica episódica. En otras palabras, el contexto español actual abre una ventana de oportunidad precisamente porque comunidad, derechos, apoyo familiar y vida autónoma han dejado de ser discursos paralelos y empiezan a articularse en la planificación pública. La oportunidad no garantiza la implementación, pero sí reduce uno de los obstáculos clásicos: la falta de encaje entre la intervención familiar y las prioridades declaradas del sistema.

## 7.5. El problema de la captación familiar: datos y causas

La captación familiar merece sección propia porque constituye probablemente el cuello de botella más persistente del campo. El primer problema es de información: no hay en las fuentes oficiales recientes consultadas una serie nacional homogénea y actualizada que permita decir con precisión qué porcentaje de familias potencialmente destinatarias accede hoy a programas estructurados de psicoeducación familiar en España. El mejor antecedente estatal comparable sigue siendo la evaluación previa, donde el objetivo específico relativo a programas de intervención familiar aparecía solo “iniciado”, con muy pocas comunidades aportando resultados medidos. Esta falta de trazabilidad no es un detalle técnico menor. Cuando la captación no se mide bien, el sistema puede sobrestimar su grado real de cobertura simplemente

porque existen programas, materiales o recomendaciones ([Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010](#)).

El segundo problema es más sustantivo: incluso en entornos con guías explícitas, la captación suele ser baja si no existen estrategias activas de implementación. El ensayo IFIP, desarrollado fuera de España pero muy instructivo para un entorno también guiado por recomendaciones clínicas, mostró que antes del apoyo intensivo a la implementación la exposición a prácticas básicas de implicación familiar era limitada y la psicoeducación familiar propiamente dicha alcanzaba solo a una proporción muy pequeña de pacientes. No es legítimo convertir ese dato en una cifra española, pero sí usarlo como advertencia metodológica: la existencia de guías y legitimidad clínica no resuelve por sí sola el problema de reclutar, mantener y comprometer a las familias. La revisión de Tham y Solomon ayuda a entender por qué: la captación tropieza con barreras de servicio, de cultura profesional, de comunicación, de confidencialidad y de organización del trabajo. Trasladado al contexto español, donde además existe heterogeneidad territorial y fragmentación sociosanitaria, el problema de la captación no parece un fallo puntual, sino una consecuencia esperable si no se diseña como objetivo explícito del programa.

El tercer problema se refiere a las causas plausibles en España. Las experiencias publicadas y los documentos estratégicos permiten identificar, al menos, cinco familias de causas. Primero, causas organizativas: ausencia de tiempo protegido, liderazgo débil, baja medición y escasa continuidad entre dispositivos. Segundo, causas profesionales: formación insuficiente o desigual para trabajar con familias de manera estructurada, algo que la propia estrategia estatal reconoce indirectamente al recomendar programas formativos específicos. Tercero, causas relacionales: incertidumbre sobre qué puede compartirse con la familia, cómo articular autonomía y confidencialidad y cómo incorporar a los allegados sin que la persona usuaria perciba invasión o pérdida de control. Cuarto, causas logísticas y vitales: disponibilidad horaria limitada, sobrecarga de cuidados, distancia física o desgaste acumulado de familias que llevan años sosteniendo apoyos sin ayuda suficiente. Y quinto, causas de diseño: programas demasiado exigentes, poco flexibles o insuficientemente adaptados a la fase del trastorno, al momento familiar o al tipo de recurso. En consecuencia, la captación no debe tratarse como un trámite previo al programa, sino como uno de sus componentes críticos de diseño y viabilidad ([Tham y Solomon, 2024](#)).

## Resumen final

El diagnóstico de situación permite formular una conclusión nítida: en España la psicoeducación familiar se encuentra en una posición de alto reconocimiento estratégico y despliegue práctico desigual. No es un campo inexistente ni marginal. La estrategia estatal la considera pieza clave del modelo comunitario y recomienda explícitamente programas de apoyo e intervención familiar. Existen, además, experiencias españolas documentadas —de implantación, de formato grupal, de trabajo con primeros episodios y de programas multicomponente— que demuestran capacidad real de desarrollo. Pero tampoco puede sostenerse que la intervención familiar haya alcanzado un grado de institucionalización homogéneo, medido y comparable entre territorios. La evaluación estatal previa ya apuntaba un objetivo solo “iniciado”, con muy poca evaluación efectiva, y las fuentes actuales siguen sugiriendo un paisaje de legitimidad alta, oferta desigual y trazabilidad insuficiente. El resultado práctico para esta guía es muy claro: el siguiente paso no puede consistir en asumir que cualquier centro está preparado para implementar un programa



familiar solo porque el sistema lo avala. Antes habrá que examinar de forma específica la preparación organizacional, profesional, económica, contextual y relacional de cada dispositivo.

## Lecturas recomendadas

Para comprender la posición actual de la intervención familiar en el sistema español, la lectura más importante es la *Estrategia de Salud Mental del SNS 2022–2026*, especialmente su línea estratégica 6, porque fija con claridad el marco comunitario, de derechos y de apoyo a familias. Como contrapunto histórico indispensable, la *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* resulta muy valiosa para entender que la distancia entre objetivo declarado y evaluación real es un problema de larga duración. En el plano de experiencias concretas, De la Higuera y Ramírez Ruiz (2011) sigue siendo una referencia muy útil para pensar la implantación desde la práctica clínica; Girón et al. (2010, 2015) para situar evidencia española más robusta sobre resultados familiares y clínicos; Mayoral et al. (2015) para ubicar una intervención familiar multicéntrica en condiciones cercanas a la rutina asistencial; y la *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia* de FEARP Canarias para observar un ejemplo español de formalización programática tras años de implementación. Finalmente, para interpretar las barreras de captación y de implementación con un vocabulario actual, la revisión de Tham y Solomon (2024) aporta un marco analítico especialmente fértil.

## Puente hacia el capítulo 8

Con el contexto español ya diagnosticado y con el problema de la captación explícitamente identificado, el paso siguiente no puede ser aún el diseño del programa. Antes hace falta responder a una pregunta previa y más exigente: si un servicio concreto está realmente en condiciones de intentarlo. El capítulo 8 abordará precisamente esa cuestión. Allí el foco se desplazará desde el diagnóstico general del sistema a la preparación organizacional de cada dispositivo, examinando dimensiones estructurales, profesionales, económicas, familiares, culturales y contextuales que condicionan la posibilidad real de pilotar un programa de psicoeducación familiar con un mínimo de consistencia.



# 8

## Evaluación de la preparación para la implementación

### Objetivos del capítulo

- Delimitar el concepto de *preparación organizacional* aplicándolo al caso de los programas de psicoeducación familiar.
- Traducir esa preparación a dimensiones evaluables antes del pilotaje.
- Identificar las competencias profesionales mínimas y las competencias específicas según modelo.
- Incorporar la dimensión económica, familiar, contextual y cultural al análisis de preparación.
- Proponer un *lista de verificación* de preparación que permita decidir si procede avanzar, ajustar o aplazar el pilotaje.

### Resumen inicial

En la práctica de los servicios, uno de los errores más costosos consiste en confundir deseo de implementar con preparación real para hacerlo. La literatura sobre preparación organización (*organizational readiness*) insiste precisamente en que la preparación no equivale a disponer de una buena idea, de un manual o de un pequeño grupo de profesionales motivados. [Weiner \(2009\)](#) la formuló como un estado psicológico compartido en el que los miembros de una organización se sienten comprometidos con la puesta en marcha de un cambio y confían en su capacidad colectiva para ejecutarlo, mientras que [Shea et al. \(2014\)](#), al desarrollar el ORIC, la operacionalizaron mediante dos ejes especialmente útiles para esta guía: *change commitment* y *change efficacy*. En otras palabras, una organización puede valorar muy positivamente la psicoeducación familiar y, sin embargo, no estar preparada para implementarla si carece de liderazgo, clima favorable, tiempo protegido, competencias, vías de derivación, soporte

formativo o condiciones mínimas de seguimiento. En el ámbito de la implicación familiar en salud mental grave, la revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) y los trabajos del programa IFIP confirman que esa distancia entre apoyo declarativo y preparación efectiva es una de las causas más persistentes de infraimplementación. Por eso, este capítulo no propone un ideal abstracto de “buen servicio”, sino una evaluación previa de si un dispositivo concreto dispone de condiciones suficientes para pilotar un programa familiar sin convertirlo en una experiencia frágil, errática o meramente testimonial.

Palabras clave: *preparación organizacional; liderazgo de implementación; clima de implementación; competencias profesionales; familias; viabilidad; pilotaje; lista de verificación*

## 8.1. Concepto de preparación organizacional

La *preparación organizacional* no debe entenderse aquí como una suma indiscriminada de recursos o como una auditoría burocrática previa al cambio. Su sentido es más preciso. [Weiner \(2009\)](#) propuso que la preparación para el cambio depende de dos componentes inseparables: la determinación colectiva de llevarlo a cabo y la creencia compartida de que la organización puede hacerlo. [Shea et al. \(2014\)](#), al validar el ORIC, tradujeron esa teoría a una medida breve centrada en compromiso y eficacia colectiva, lo que resulta muy útil para este manual porque evita dos simplificaciones frecuentes. La primera es pensar que la preparación equivale solo a actitud positiva. La segunda es pensar que basta con medir infraestructura material. En un programa de psicoeducación familiar, la organización puede disponer de salas, agendas y documentos, pero fracasar si el equipo no comparte realmente el propósito del cambio o si percibe que carece de capacidad para sostenerlo; del mismo modo, puede existir entusiasmo clínico sin estructura de apoyo suficiente para que ese entusiasmo se convierta en práctica estable. Por eso, en esta guía la preparación organizacional se definirá como el grado en que un servicio está dispuesto y capacitado para adoptar, pilotar y sostener inicialmente un programa de psicoeducación familiar con una expectativa razonable de fidelidad, continuidad y aprendizaje útil. Esa definición contiene, deliberadamente, tanto un componente motivacional como un componente operativo.

Esta formulación exige, además, distinguir la preparación del servicio de la calidad intrínseca del modelo elegido. Un programa excelente puede resultar inviable en una organización mal preparada, mientras que un modelo más sobrio y menos intensivo puede ofrecer mejores probabilidades de implantación inicial si el servicio dispone de condiciones acordes con él. De ahí que la preparación no sea un juicio moral sobre el valor del recurso, sino una evaluación de ajuste entre intervención, equipo, población diana y contexto organizativo. La implicación metodológica es importante: el capítulo no preguntará si el centro “cree” en las familias, sino si puede ofrecer localmente un programa con liderazgo, vías de acceso, entrenamiento, coordinación, seguimiento y criterios de calidad suficientes. Solo así la preparación deja de ser un concepto retórico y se convierte en una variable decisiva de viabilidad ([Aarons et al., 2014](#); [Jacobs et al., 2014](#); [Ehrhart et al., 2014](#)).



## 8.2. Dimensión organizacional

La dimensión organizacional es la primera porque, en la práctica, actúa como continente del resto. Un servicio puede contar con profesionales competentes, pero si no existe una estructura mínima que haga posible el programa, la intervención tenderá a diluirse. Aquí resultan especialmente útiles dos líneas de trabajo de la ciencia de la implementación. Por un lado, [Aarons et al. \(2014\)](#) desarrollaron la escala de implementación de liderazgo (*Implementation Leadership Scale*) a partir de cuatro rasgos de liderazgo relevantes para implementar prácticas basadas en evidencia: liderazgo proactivo, conocedor, de apoyo y perseverante. Por otro, [Jacobs, Weiner y Bunger \(2014\)](#) definieron el clima de implementación como el grado en que los miembros de una organización perciben que el uso de una innovación es esperado, apoyado y recompensado. Aplicado a la psicoeducación familiar, esto obliga a preguntarse si el centro dispone de una jefatura o coordinación que anticipe obstáculos, conozca la intervención, proteja tiempo y sostenga el programa pese a las dificultades iniciales; y también si el equipo percibe que trabajar con familias no es una tarea opcional o residual, sino una práctica realmente respaldada por la organización. NICE, además, exige que existan arreglos locales, profesionales con competencias adecuadas y vías de derivación para que la intervención familiar esté disponible. La suma de estas aportaciones permite fijar qué debe observarse en esta dimensión: liderazgo explícito, circuitos de derivación, espacios y horarios utilizables, documentación accesible, soporte administrativo mínimo y señales claras de que la organización considera el programa parte legítima de su oferta. En esta misma dirección, la guía británica de *Family interventions in psychosis* insiste en que los servicios no deberían limitarse a “permitir” el trabajo con familias, sino organizarlo activamente mediante referentes de intervención familiar, estrategias explícitas de implementación, medición de resultados y disponibilidad de distintos formatos de apoyo e intervención según necesidades de las familias. Esta aportación resulta especialmente útil para esta guía porque traduce la preparación organizacional a disposiciones observables del servicio y no solo a una actitud general favorable hacia la familia ([British Psychological Society, 2021](#)).

Desde una lógica aplicada, la dimensión organizacional no se satisface con una declaración de apoyo. Requiere evidencias observables. Entre ellas cuentan la existencia de un responsable claro del programa, acuerdos sobre dónde se ubicará la intervención, cómo se derivarán las familias, qué espacio y horario se utilizarán, qué ocurrirá cuando una sesión coincida con crisis asistenciales, cómo se registrará la actividad y cómo se resolverá la continuidad ante vacaciones, bajas o rotaciones. La revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) es especialmente útil porque muestra que muchas barreras a la implicación familiar en servicios rutinarios no son conceptuales, sino organizativas: prioridades competitivas, escaso tiempo protegido, culturas clínicas poco orientadas a la familia y procedimientos inciertos sobre cómo incorporar allegados. En consecuencia, la dimensión organizacional debe responder a una pregunta muy concreta: ¿dispone el servicio de una estructura suficientemente estable para que el programa exista más allá del entusiasmo de una o dos personas? Si la respuesta es incierta, la preparación será incompleta aunque el clima general parezca favorable.



### 8.3. Dimensión profesional

La dimensión profesional se refiere a las competencias reales del equipo, no solo a sus titulaciones formales. NICE establece que la intervención familiar debe ser ofrecida por profesionales con competencias apropiadas y con acceso a formación, y define además algunos rasgos mínimos de la propia intervención: incluir a la persona usuaria cuando sea factible, durar entre tres meses y un año, incorporar al menos diez sesiones planificadas, atender a la preferencia por formato unifamiliar o multifamiliar e incluir una función de apoyo, educación o tratamiento con resolución negociada de problemas o trabajo de manejo de crisis. Estas exigencias tienen una consecuencia inmediata: un equipo no está preparado solo porque conozca el valor de la familia o porque uno de sus miembros haya leído sobre psicoeducación. Está preparado cuando dispone de competencias compartidas para construir alianza con persona y familiares, manejar información sensible, sostener una posición colaborativa, estructurar sesiones, trabajar objetivos y conflictos, registrar proceso y responder de manera razonable a crisis, ausencias o desgaste. La guía de la British Psychological Society resulta especialmente valiosa aquí porque formula con claridad una doble exigencia: por un lado, que todos los profesionales que trabajan con personas con psicosis adopten una práctica familiarmente inclusiva; por otro, que quienes conduzcan intervenciones familiares estructuradas dispongan de formación sustancial, supervisión regular y, en fases iniciales, co-trabajo o supervisión en vivo. Esta distinción ayuda a evitar un error frecuente en servicios: confundir sensibilidad general hacia las familias con competencia específica para pilotar un programa estructurado de psicoeducación familiar ([British Psychological Society, 2021](#)).

Esa competencia básica común debe distinguirse, sin embargo, de las competencias específicas que exige cada modelo. La literatura sobre formación de profesionales en educación familiar para primeros episodios mostró que el entrenamiento podía mejorar la adherencia al protocolo, y las experiencias de implementación de guías de implicación familiar en psicosis han insistido en que las barreras clínicas y organizativas se reducen cuando existen equipos y referentes entrenados que comparten procedimientos. Por eso, esta guía propone una matriz de competencias por modelo no como verdad cerrada, sino como síntesis operativa derivada de los modelos del capítulo 4 y de los requisitos generales de disponibilidad, estructura y competencia formulados por NICE. La matriz tiene una función muy concreta: ayudar a decidir si el equipo posee ya el umbral de competencia suficiente para un piloto o si, por el contrario, conviene elegir un modelo menos exigente o aplazar la implementación hasta completar la formación necesaria ([Weiner et al., 2020](#); [Caci et al., 2025](#)).

**Tabla 8.1. Matriz sintética de competencias necesarias por modelo**

Modelo	Competencias nucleares compartidas	Competencias específicas adicionales	Exigencia formativa relativa
Anderson, Reiss y Hogarty	Alianza con persona y familia, psicoeducación estructurada, manejo de información sensible, trabajo colaborativo	Trabajo con estrés familiar, planificación de apoyo tras crisis o alta, sostén psicoeducativo prolongado	Media

Falloon	Todas las anteriores	Entrenamiento formal en comunicación, <i>juego de roles</i> , tareas entre sesiones, resolución sistemática de problemas, revisión estructurada de práctica	Alta
McFarlane	Todas las anteriores	Conducción de grupos multifamiliares, manejo de procesos grupales, selección y preparación de familias, facilitación entre pares	Alta
Leff / <i>family work</i> británico	Todas las anteriores	Trabajo clínico con emoción expresada, problemas cotidianos y modulación relacional en formato unifamiliar	Media-alta
Barrowclough y Tarrier	Todas las anteriores	Formulación cognitivo-conductual con la familia, análisis conductual, entrenamiento en estrategias específicas de recaída y afrontamiento	Alta

*Nota.* Síntesis propia elaborada a partir de los modelos revisados en el capítulo 4 y de los requisitos generales de la intervención familiar definidos por NICE.

## 8.4. Dimensión económica

La dimensión económica no debe interpretarse como un apéndice contable que se examina al final, cuando el diseño ya está decidido. En una guía de viabilidad, los costes y la disponibilidad de recursos forman parte de la preparación misma. NICE, al exigir que los proveedores aseguren sistemas para ofrecer intervención familiar y que los comisionados garanticen servicios y vías de derivación, recuerda implícitamente que la oferta no surge sin inversión organizativa (NICE, 2014/2025). Del mismo modo, el marco del MRC actualizado insiste en que las intervenciones complejas deben pensarse dentro de contextos reales y con atención a las incertidumbres clave del proceso, entre las cuales se incluyen, en la práctica, el tiempo profesional disponible, la capacidad de entrenamiento y supervisión, la logística del formato elegido y la sostenibilidad de la recogida de datos (Skivington et al., 2021). En el caso de la psicoeducación familiar, la pregunta económica no se limita a "cuánto cuesta una sesión", sino que abarca al menos seis rubros: tiempo protegido de profesionales, formación inicial, supervisión, coordinación, espacio físico o virtual y soporte mínimo de registro y seguimiento. Un programa puede parecer barato si se cuentan solo horas de intervención directa y resultar inviable cuando se incluyen preparación, captación, reuniones internas, seguimiento y sustituciones.

Por eso, la evaluación económica de preparación debe formularse como una estimación de coste de oportunidad y de capacidad de sostén inicial, más que como un cálculo sofisticado de coste-utilidad. El servicio debe preguntarse si puede liberar el tiempo de los profesionales sin desatender funciones nucleares, si la intervención se incorporará a agendas ya saturadas, si existe margen para supervisión durante el piloto, si el formato grupal ahorra tiempo o, por el

contrario, exige una captación y coordinación que encarecen el arranque, y si se dispone de un mínimo de continuidad financiera o institucional para no interrumpir el programa tras pocas semanas. La preparación económica es, en este sentido, una prueba de realismo. No pretende desalentar la innovación, sino impedir que el programa nazca sin presupuesto funcional y dependa enteramente del sobreesfuerzo informal del equipo. Cuando eso ocurre, la aparente viabilidad inicial suele convertirse después en abandono prematuro, y el problema se atribuye erróneamente al modelo en lugar de a la falta de soporte económico y organizativo.

## 8.5. Dimensión relativa a las familias y personas atendidas

La preparación de un servicio para implementar psicoeducación familiar no puede evaluarse solo desde dentro de la organización. También depende del ajuste entre el programa y la población a la que se dirigirá. NICE define a las personas familiares destinatarias como aquellas que conviven con la persona con psicosis o mantienen un contacto cercano, y recomienda que la intervención incluya a la propia persona usuaria cuando resulte práctico, que se revise regularmente cómo se comparte la información y que se ofrezca un programa de educación y apoyo a cuidadores lo antes posible. Estas indicaciones tienen una relevancia metodológica decisiva: obligan a tratar la dimensión familiar y de la persona atendida como una condición de preparación, no como una variable secundaria. Un servicio no está preparado si desconoce cuántas personas potencialmente candidatas tiene realmente en seguimiento, qué tipos de convivencia o contacto predominan, qué grado de sobrecarga o desgaste presentan las familias, qué preferencias existen respecto al formato y qué conflictos pueden surgir alrededor de consentimiento, confidencialidad o participación. La literatura sobre preferencias de participación familiar entre personas con enfermedad mental grave refuerza esta cautela: las preferencias existen y no deben darse por supuestas en un sentido único, por lo que la preparación debe incluir procedimientos para explorarlas de manera individualizada.

Esta dimensión exige, además, no idealizar ni a las familias ni a las personas usuarias. La revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) muestra que la implicación familiar en servicios rutinarios tropieza con problemas de comunicación, ambivalencia, desgaste, prioridades vitales incompatibles y marcos profesionales poco claros sobre el lugar de la familia. Por ello, evaluar la preparación implica averiguar si el programa se ajusta a las condiciones reales de participación: horarios posibles, medios de transporte o conexión, cargas de cuidado, idioma, alfabetización sanitaria, experiencia previa con los servicios y relación actual entre la persona usuaria y sus allegados. La preparación aquí no significa seleccionar solo a las familias “más fáciles”, sino saber con qué diversidad se trabajará y qué grado de flexibilidad habrá que introducir desde el principio. Dicho de otro modo, un servicio preparado no es el que presume de tener familias motivadas, sino el que conoce suficientemente a su población para diseñar un piloto realista.

## 8.6. Dimensión contextual y cultural

La dimensión contextual y cultural remite al grado en que el programa encaja en el entorno real de implementación. Aquí el concepto de contexto no debe reducirse a una referencia vaga al “medio”. El CFIR y otros trabajos posteriores sobre alineación interorganizacional recuerdan que



los resultados de implementación dependen tanto de factores intraorganizacionales como de la relación entre organizaciones, sectores y niveles del sistema. En salud mental comunitaria, eso significa que la preparación para un programa de psicoeducación familiar dependerá del tamaño y dispersión del área de referencia, de la relación entre el dispositivo y otros recursos sanitarios o sociales, de la facilidad o dificultad para derivar familias, de la existencia de redes asociativas, de la proximidad cultural o lingüística entre servicio y población y del modo en que las prácticas de familia se ajustan o no a las normas del entorno. La alineación interorganizacional se vuelve especialmente importante cuando la intervención requiere captación desde varios dispositivos o continuidad entre atención ambulatoria, rehabilitación y apoyos sociales. Un centro puede estar bien organizado internamente y, aun así, fracasar en el pilotaje si depende de una red externa mal articulada o de circuitos de derivación inconsistentes.

La dimensión cultural, en sentido más estricto, tampoco debe tratarse como una cuestión cosmética de lenguaje. [Harvey \(2018\)](#) recordaba que la psicoeducación familiar es un conjunto de intervenciones estructuradas basadas en un enfoque colaborativo de información compartida y entrenamiento en afrontamiento, comunicación y resolución de problemas. Ese enfoque, precisamente por su carácter colaborativo, exige atención al modo en que cada contexto entiende enfermedad, cuidado, autoridad profesional, intimidad familiar y participación del paciente. En la práctica, la preparación contextual y cultural obliga a examinar si el programa necesitará ajustes de horario, de idioma, de composición de grupos, de ritmo o de materiales; si determinadas familias interpretarán la invitación al programa como apoyo, vigilancia o estigmatización; y si el equipo dispone de recursos para adaptar sin diluir. La preparación cultural, por tanto, no es un lujo para contextos excepcionales, sino un requisito ordinario de implementabilidad.

## 8.7. Constitución del equipo impulsor

La experiencia acumulada en implementación sugiere con bastante claridad que los programas familiares no deberían descansar en una única figura clínica aislada. Los trabajos del programa IFIP son especialmente instructivos porque muestran, por un lado, que la implicación familiar y la psicoeducación estaban infraimplementadas antes del soporte específico y, por otro, que un programa de apoyo a la implementación podía aumentar la adherencia a las guías respecto al mero acceso a manuales y documentos. Además, la sublínea cualitativa del mismo programa exploró precisamente las barreras y facilitadores percibidos por equipos locales de implementación y clínicos. La lección que se desprende de estas investigaciones es muy útil para esta guía: la preparación organizacional mejora cuando existe un equipo impulsor explícito, no cuando la innovación se deja a la buena voluntad dispersa del servicio. A ello se suma la literatura sobre liderazgo de implementación, que insiste en la necesidad de liderazgos proactivos, informados, de apoyo y perseverantes. El equipo impulsor es, en la práctica, la forma organizativa concreta mediante la cual ese liderazgo se distribuye y se hace operativo.

En términos funcionales, el equipo impulsor debería incluir, como mínimo, una coordinación clínica u organizativa con capacidad de decisión, una persona referente con competencias específicas en intervención familiar, al menos un profesional adicional que permita continuidad y cofacilitación cuando el modelo la requiera, y un enlace operativo con los procesos de recogida de datos y seguimiento del piloto. En servicios más complejos puede ser útil añadir una figura



puente con trabajo social o rehabilitación comunitaria, precisamente para facilitar derivación, captación y continuidad. Esta propuesta es una síntesis aplicada y no una regla universal cerrada; aun así, traduce bien lo que la literatura de implementación ha mostrado repetidamente: sin responsabilidad distribuida, apoyo visible y capacidad de coordinación, el programa se vuelve vulnerable a bajas, sobrecarga y pérdida de prioridad. La pregunta de preparación, por tanto, no es si existe un profesional entusiasta, sino si existe un núcleo operativo reconocible capaz de iniciar, sostener y revisar el piloto. Este punto queda reforzado por la guía BPS, que recomienda explícitamente nombrar referentes o responsables locales de intervención familiar y desarrollar estructuras de apoyo capaces de sostener la práctica más allá de iniciativas individuales. Su valor para este apartado es claro: desplaza la imagen del profesional aislado hacia la de una responsabilidad distribuida, sostenida por una masa crítica de personal entrenado y por un dispositivo reconocible de liderazgo, supervisión y continuidad ([British Psychological Society, 2021](#)).

## 8.8. Selección del modelo a testar

La selección del modelo no debe concebirse como un acto de preferencia doctrinal, sino como una decisión de ajuste entre evidencia, recursos, competencias y población diana. NICE define un estándar mínimo para la intervención familiar en psicosis: entre tres meses y un año, al menos diez sesiones, inclusión de la persona usuaria cuando sea posible, consideración de la preferencia por formato unifamiliar o multifamiliar y presencia de función educativa, de apoyo o de tratamiento con resolución de problemas o manejo de crisis ([NICE, 2014/2025](#)). Ese estándar no decide por sí mismo entre Falloon, McFarlane, *family work* británico u otras variantes, pero sí delimita un umbral a partir del cual deja de ser razonable llamar “psicoeducación familiar” a prácticas demasiado breves, inespecíficas o improvisadas. A partir de ahí, la selección debe basarse en una correspondencia honesta entre la arquitectura del modelo y la preparación del servicio. Un equipo pequeño, con baja masa crítica de familias, poca tradición grupal y competencias todavía iniciales, puede estar mejor preparado para pilotar una modalidad unifamiliar estructurada y contenida que un grupo multifamiliar complejo. A la inversa, un dispositivo grande, con suficiente derivación, cultura grupal y capacidad de cofacilitación, puede obtener ventajas claras de un formato multifamiliar.

La decisión, en consecuencia, debe responder al menos a cuatro preguntas. Primera: ¿qué resultado se prioriza en el piloto —alcance, fidelidad, reducción de crisis, apoyo a cuidadores, continuidad comunitaria—? Segunda: ¿qué formato pueden sostener de verdad el equipo y las familias disponibles? Tercera: ¿qué nivel de estructuración puede garantizarse sin depender de un solo profesional? Y cuarta: ¿qué grado de adaptación será necesario para el contexto local? El error clásico consiste en seleccionar el modelo “mejor” en abstracto y obligar después al servicio a estirarse hasta él. El criterio de esta guía será el inverso: elegir el modelo que mejor combine plausibilidad clínica y posibilidad real de ejecución en el contexto concreto, sin caer por ello en una simplificación tan extrema que desdibuje sus componentes esenciales. Esa decisión enlaza directamente con el análisis de replicabilidad del capítulo 12, pero debe resolverse aquí, en fase de preparación.



## 8.9. Requisitos formativos mínimos para el pilotaje

Los requisitos formativos mínimos deben formularse con ambición suficiente para proteger la calidad del piloto y con realismo suficiente para no convertir la formación en una barrera insalvable. NICE establece que la intervención familiar debe ser ofrecida por profesionales con competencias adecuadas y acceso a formación, lo que excluye cualquier idea de implementación “por intuición”. La experiencia de [Mottaghipour et al. \(2010\)](#), centrada en la formación de profesionales para realizar educación familiar en primeros episodios, mostró precisamente la importancia de entrenar la adherencia al protocolo, y los trabajos de implementación de guías de implicación familiar han mostrado que el apoyo técnico y la supervisión mejoran la adherencia respecto a la mera disponibilidad de manuales. De estas aportaciones se deriva una conclusión metodológica simple: para pilotar no basta con una lectura autónoma del modelo ni con una sesión informativa general; hace falta un paquete formativo mínimo que incluya comprensión del modelo, práctica supervisada y revisión de dificultades iniciales. La guía de *Family interventions in psychosis* converge de forma muy clara con esta posición al señalar que la formación, por sí sola, no garantiza la implantación rutinaria, y que el desarrollo de intervenciones familiares exige estructuras robustas de supervisión, protección de tiempo, enfoque de entrenamiento por equipos o masa crítica local y nombramiento de referentes responsables del desarrollo y mantenimiento de la práctica. Esta contribución es particularmente útil para el capítulo porque permite formular los requisitos formativos no solo como adquisición de competencias individuales, sino como una condición organizativamente sostenida del pilotaje ([British Psychological Society, 2021](#))

En términos operativos, esta guía considerará suficiente para un primer pilotaje un entrenamiento que cubra, como mínimo, cinco bloques: fundamentos y objetivos del modelo elegido; criterios de inclusión de familias y manejo de consentimiento, confidencialidad y participación; estructura de sesiones y técnicas básicas del formato; entrenamiento práctico mediante simulación o revisión de casos; y un sistema de supervisión o consulta experta durante las primeras fases del piloto. La intensidad exacta podrá variar según el modelo, pero el principio no cambia: la formación debe producir capacidad observable y no solo familiaridad teórica. Cuando el servicio no pueda asegurar siquiera ese umbral, la organización no deberá considerar la preparación como completa. En ese caso, la respuesta más rigurosa no será forzar el arranque, sino reforzar la formación antes de pasar al estudio de viabilidad.

## 8.10. Checklist de preparación

La utilidad de una lista de verificación en este capítulo no es burocrática, sino decisional. Si la preparación ha sido definida como un ajuste entre voluntad de cambio y capacidad real para ejecutarlo, la organización necesita un instrumento breve que transforme dimensiones abstractas en preguntas verificables. NICE aporta un antecedente valioso al proponer medidas de estructura y proceso para saber si existen arreglos locales, derivación y oferta efectiva de intervención familiar; la teoría de la preparación *readiness* de Weiner y el ORIC, por su parte, recuerdan que el compromiso y la eficacia colectiva deben formar parte de la evaluación. Sobre esa base, el *lista de verificación* de esta guía funcionará como una matriz de decisión preliminar:



no sustituirá a la reflexión del equipo, pero impedirá que el pilotaje se apruebe por inercia, entusiasmo o presión externa. Un programa familiar no debería pasar a fase de diseño si el centro no puede responder afirmativamente a un conjunto mínimo de condiciones estructurales, profesionales y relacionales.

**Tabla 8.2. Checklist sintético de preparación para el pilotaje (Weiner, 2009; Shea et al., 2014)**

Dimensión	Pregunta de verificación	Señal de preparación suficiente
Organizacional	¿Existe liderazgo claro, tiempo protegido, vía de derivación y ubicación definida del programa?	Sí, y está formalizado mínimamente
Profesional	¿Hay al menos un núcleo de profesionales con competencias básicas y acceso a formación/supervisión?	Sí, con roles reconocidos
Económica	¿Puede liberarse tiempo y sostenerse la logística mínima del piloto durante todo el periodo previsto?	Sí, sin depender solo de sobreesfuerzo informal
Familias y personas atendidas	¿Se conoce la población diana y se han previsto preferencias, consentimientos y barreras de participación?	Sí, con criterios de inclusión y exploración inicial
Contextual y cultural	¿El programa encaja con el área de referencia, la red y las características culturales o lingüísticas de las familias?	Sí, con ajustes previstos
Equipo impulsor	¿Existe un equipo motor identificable y no una sola persona aislada?	Sí, con coordinación y suplencia mínima
Modelo elegido	¿El modelo se corresponde con recursos, masa crítica y competencias del servicio?	Sí, con justificación explícita
Formación mínima	¿Se ha asegurado un entrenamiento inicial y soporte de supervisión?	Sí, antes del inicio del piloto

*Interpretación orientativa.* Si faltan dos o más dominios críticos, la recomendación no debería ser iniciar el piloto, sino reforzar preparación. Si faltan elementos menores pero el núcleo organizativo, profesional y formativo está presente, podría considerarse un piloto con ajustes explícitos.

## Resumen final

La idea central de este capítulo puede formularse de manera directa: un servicio no está preparado para implementar un programa de psicoeducación familiar porque admira la intervención, sino porque dispone de condiciones organizativas, profesionales, económicas y contextuales suficientes para sostener un primer piloto con sentido. La teoría de readiness ha permitido fijar esa preparación como combinación de compromiso y eficacia colectiva. La dimensión organizacional ha mostrado que liderazgo, clima, derivación y estructura importan



tanto como el manual. La dimensión profesional ha obligado a traducir la intervención familiar a competencias observables y a reconocer que no todos los modelos exigen lo mismo. La dimensión económica ha introducido el criterio de realismo funcional. La relativa a familias y personas atendidas ha recordado que no existe preparación si el programa desconoce a su propia población diana. La dimensión contextual y cultural ha impedido pensar el servicio en aislamiento. La constitución del equipo impulsor ha traducido el liderazgo a una forma organizativa mínima. Y el *lista de verificación* final ha condensado todas estas exigencias en una herramienta de decisión. El efecto metodológico de este capítulo es claro: a partir de aquí ya no bastará con decir que “el centro quiere hacer psicoeducación familiar”; habrá que demostrar que está razonablemente preparado para ello.

## Lecturas recomendadas

Para el núcleo conceptual de la preparación organizacional conviene leer primero a [Weiner \(2009\)](#) y a [Shea et al. \(2014\)](#), porque juntos ofrecen la formulación teórica y una medida breve y útil del constructo. Para liderazgo y clima de implementación, las referencias más prácticas siguen siendo [Aarons et al. \(2014\)](#) y [Jacobs et al. \(2014\)](#). Para aterrizar la preparación al trabajo con familias en salud mental grave, la revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) y los trabajos del programa IFIP son especialmente valiosos, ya que muestran de forma concreta qué barreras aparecen cuando se intenta pasar de la guía a la rutina. Como complemento especialmente útil para traducir esa preparación a exigencias de formación, supervisión, masa crítica de profesionales entrenados y liderazgo local, la guía *Family interventions in psychosis* de la British Psychological Society ofrece una síntesis aplicada de gran valor. Finalmente, NICE sigue siendo la referencia más útil para no perder de vista el umbral mínimo de qué debe ofrecer un servicio cuando afirma disponer de intervención familiar.

## Puente hacia el capítulo 9

Una vez evaluada la preparación, el siguiente paso ya no consiste en seguir revisando condiciones previas, sino en traducirlas a decisiones de diseño. El capítulo 9 abordará precisamente esa transición: cómo pasar del modelo general a una configuración local concreta, cómo diferenciar objetivos del programa y objetivos del estudio de viabilidad, cómo decidir estructura, formato y modalidad, cómo pensar las estrategias de captación a probar y qué debe contener el manual del programa piloto antes de que el Protocolo asuma la operativización completa.



# 9

## Diseño de la configuración del programa a probar: marco de decisiones

### Objetivos del capítulo

- Traducir la preparación evaluada en el capítulo anterior a decisiones concretas de diseño del programa piloto.
- Diferenciar con claridad los objetivos del programa de los objetivos del estudio de viabilidad (Proctor et al., 2013; Pinnock et al., 2017).
- Establecer criterios para decidir estructura, formato y modalidad sin invadir todavía el terreno operativo del Protocolo.
- Delimitar qué debe considerarse una estrategia de captación a probar y con qué criterios debe diseñarse.
- Precisar los requisitos mínimos de protocolización del programa piloto antes de pasar a la fase de estudio de viabilidad.

### Resumen inicial

Este capítulo ocupa una posición bisagra dentro del manual. Después de la revisión de evidencia, del análisis de modelos, de la introducción de los marcos de implementación y de la evaluación de la preparación organizacional, el problema ya no es decidir si la psicoeducación familiar merece consideración, sino cómo convertir un modelo general en una configuración local concreta. Esa transición exige una cautela metodológica que con frecuencia se pierde en la práctica: diseñar un programa piloto no equivale a redactar todavía un protocolo sesión a sesión. En esta fase lo que se necesita es otra cosa: fijar el objeto real que se quiere pilotar, especificar sus componentes esenciales, decidir qué formato puede sostener el servicio, separar con

claridad el programa clínico de la estrategia de implementación y dejar documentadas las adaptaciones previstas antes de que comiencen a producirse modificaciones reactivas no registradas. Las recomendaciones de [Proctor et al. \(2013\)](#) sobre especificación de estrategias de implementación, el marco StaRI sobre la distinción entre intervención y estrategia de implementación, la actualización del MRC sobre intervenciones complejas y el FRAME de [Stirman et al. \(2019\)](#) convergen en una misma advertencia: cuando el diseño inicial es vago, la evaluación posterior se vuelve confusa y la replicabilidad se erosiona desde el principio. En consecuencia, este capítulo no describe aún materiales ni fichas de sesión, pero sí establece los criterios con los que un servicio debe decidir qué va a pilotar exactamente y con qué grado de explicitación mínima. ([Pinnock et al., 2017](#); [Proctor et al., 2013](#); [Skivington et al., 2021](#); [Stirman et al., 2019](#)).

**Palabras clave:** *diseño del programa; configuración local; objetivos del programa; objetivos de viabilidad; adaptación; captación; protocolización; manual piloto.*

## 9.1. Del modelo general a la configuración local concreta ([Hoffmann et al., 2014](#); [Stirman et al., 2019](#))

El paso del modelo general a la configuración local concreta exige abandonar la ilusión de que implementar consiste en “aplicar” sin más un modelo ya descrito en la literatura. La actualización del MRC insiste en que las intervenciones complejas deben desarrollarse y evaluarse atendiendo desde el inicio al contexto, a la teoría del cambio, a la incertidumbre relevante y a la interacción entre componentes y entorno. Eso implica que el modelo elegido en el capítulo 8 no puede trasladarse automáticamente al servicio sin un trabajo previo de reconfiguración. Esa reconfiguración no es un acto libre de invención local, pero tampoco una mera copia. Se trata de definir cómo quedará concretamente configurado el programa en ese dispositivo: qué población diana específica atenderá, en qué punto del itinerario asistencial se ofrecerá, con qué intensidad, con qué agentes facilitadores, con qué relación entre trabajo clínico directo y trabajo de coordinación y con qué adaptaciones previstas por razones organizativas o culturales. Si este trabajo no se realiza explícitamente, el piloto corre el riesgo de convertirse en una mezcla inestable de elementos del modelo original, improvisaciones del equipo y concesiones reactivas al contexto, de modo que ni la fidelidad ni la adaptación podrán evaluarse después con claridad. ([Skivington et al., 2021](#); [Stirman et al., 2019](#)).

La distinción propuesta por StaRI entre la intervención y la estrategia de implementación resulta especialmente útil en este punto. El programa clínico responde a la pregunta de qué apoyo o intervención recibirán personas usuarias y familias; la estrategia de implementación responde a cómo el servicio hará posible que ese programa sea adoptado, ejecutado y sostenido. Confundir ambos planos genera dos problemas clásicos. El primero es clínico: se atribuyen al modelo efectos que en realidad dependen de la estrategia organizativa que lo sostuvo. El segundo es metodológico: se describe de forma detallada el contenido del programa, pero se deja en sombra cómo se introdujo y mantuvo en el servicio. Para esta guía, por tanto, la configuración local concreta deberá incluir siempre ambas capas, aunque aún no se desarrolle el detalle

procedimental del Protocolo. En otras palabras, el diseño preliminar debe especificar no solo qué formato de psicoeducación familiar se testará, sino también con qué estrategia mínima de implantación se intentará sostenerlo localmente. (Pinnock et al., 2017; Proctor et al., 2013).

## 9.2. Definición de objetivos del programa

Uno de los errores conceptuales más frecuentes en los estudios preliminares consiste en no diferenciar los objetivos del programa de los objetivos del estudio de viabilidad. Pearson et al. (2020) subrayan precisamente que los estudios de factibilidad y piloto en ensayos de implementación deben ayudar a refinar estrategias, métodos, mecanismos potenciales y criterios de progresión antes de un ensayo a mayor escala. Eso significa que el estudio de viabilidad no existe para “demostrar” todavía la eficacia plena del programa, sino para comprobar si puede ponerse en marcha con suficiente aceptabilidad, adopción, viabilidad procedimental y señales iniciales de funcionamiento. Por ello, los objetivos del programa deben formularse en términos clínicos y psicosociales propios de la intervención —por ejemplo, mejorar conocimiento compartido, reducir tensión relacional, favorecer afrontamiento, disminuir carga familiar o mejorar coordinación entre familia y servicio—, mientras que los objetivos del estudio de viabilidad deben formularse en términos de implementación y método —por ejemplo, captar determinado porcentaje de familias elegibles, sostener una dosis mínima de sesiones, documentar fidelidad alcanzable o identificar problemas no anticipados del diseño—. Cuando ambos planos se mezclan, el piloto se vuelve confuso: se le exige demasiado en términos de efectividad y demasiado poco en términos de aprendizaje de implementación. (Pearson et al., 2020; Proctor et al., 2013).

Desde el punto de vista operativo, la definición de objetivos del programa debería seguir al menos tres criterios. El primero es la pertinencia clínica: los objetivos deben responder a necesidades reales del servicio y de la población atendida, no a fines genéricos formulados por inercia. El segundo es la coherencia con el modelo elegido: un servicio que opta por un formato más psicoeducativo y breve no debería prometer resultados complejos que pertenecen a programas mucho más intensivos o con componentes adicionales. El tercero es la observabilidad: aunque no todos los objetivos clínicos deban medirse de manera exhaustiva en el piloto, sí deben formularse de manera suficientemente precisa como para orientar qué información habrá que recoger más adelante. A esto se añade una regla de prudencia: el objetivo del programa no debe inflarse para compensar las limitaciones del estudio. Un buen piloto no es el que promete todo, sino el que define con exactitud qué pretende ofrecer y deja claro qué tipo de efectos sería razonable esperar en esa fase. (Skivington et al., 2021; Pearson et al., 2020).

## 9.3. Criterios para las decisiones de diseño: estructura, formato y modalidad

Las decisiones sobre estructura, formato y modalidad deben tomarse con una regla de base: no toda elección disponible es igualmente compatible con el servicio ni igualmente fiel al estándar mínimo de intervención familiar. NICE establece para la intervención familiar en psicosis varios requisitos que aquí funcionan como umbral de diseño: inclusión de la persona usuaria cuando sea práctico, duración entre tres meses y un año, al menos diez sesiones planificadas y

consideración de la preferencia familiar por formato unifamiliar o multifamiliar. Estos criterios no fijan por sí solos el modelo, pero sí impiden que el diseño derive hacia fórmulas demasiado breves, informales o episódicas a las que luego se quiera atribuir el nombre de psicoeducación familiar. En consecuencia, las decisiones de diseño deberán responder a una secuencia ordenada: primero, definir si el programa será unifamiliar, multifamiliar o híbrido; segundo, establecer la dosis mínima compatible con el modelo y con la capacidad del servicio; tercero, decidir la modalidad predominante —presencial, híbrida o excepcionalmente virtual—; y cuarto, justificar cada una de estas decisiones en relación con población diana, recursos del equipo y barreras de acceso previsibles. (NICE, 2014; NICE, 2015).

La clave metodológica en este punto reside en la relación entre fidelidad y adaptación. Carroll et al. (2007) definieron la fidelidad de implementación como el grado en que una intervención se entrega según fue prevista, mientras que Gearing et al. (2011) distinguieron como componentes nucleares de la fidelidad el diseño y protocolo, la formación, la monitorización de la entrega y la monitorización de la recepción. El FRAME amplía este problema desde otra dirección: propone documentar qué se modifica, en qué nivel, por quién, cuándo, si la modificación es planificada o reactiva y por qué razones se introduce. Aplicado a este capítulo, ello obliga a una conclusión práctica muy clara: las decisiones de estructura, formato y modalidad no deben presentarse como “adaptaciones naturales” sin más, sino como adaptaciones planificadas y justificadas antes de iniciar el piloto. El objetivo no es congelar el programa, sino impedir que lo local se convierta en un argumento para desdibujar sus componentes esenciales. Si, por ejemplo, el servicio prevé desde el inicio combinar sesiones presenciales con contactos remotos, reducir tamaño de grupo, acortar determinados bloques o integrar una fase inicial de pre-vinculación con familias, esas decisiones deben quedar registradas como parte del diseño local y no aparecer después como desviaciones inexplicadas. (Carroll et al., 2007; Gearing et al., 2011; Stirman et al., 2019).

**Tabla 9.1. Criterios de decisión sobre estructura, formato y modalidad** (Eassom et al., 2014; Proctor et al., 2013)

Dimensión	Pregunta de decisión	Criterio rector
Estructura	¿Qué secuencia mínima de intervención puede sostenerse sin perder identidad de modelo?	Mantener componentes esenciales y dosis mínima razonable
Formato	¿Conviene unifamiliar, multifamiliar o híbrido?	Ajuste entre masa crítica, competencias del equipo y preferencia/viabilidad para familias
Modalidad	¿Presencial, híbrida o virtual?	Accesibilidad y continuidad sin comprometer alianza, participación y calidad del trabajo
Intensidad	¿Qué frecuencia y duración son realistas?	Suficiente para producir exposición significativa, no meramente nominal
Adaptación prevista	¿Qué cambios locales se introducirán desde el inicio?	Deben ser planificados, justificados y documentados

La tabla no sustituye al juicio del equipo, pero evita que la decisión se diluya en formulaciones vagas o puramente intuitivas. (Stirman et al., 2019; NICE, 2014).

## 9.4. Estrategias de captación a testar: criterios de diseño

En este punto la guía no entra todavía en scripts, materiales ni secuencias operativas de captación, que pertenecen al Protocolo. Lo que sí debe fijar es con qué **criterios de diseño** ha de pensarse una estrategia de captación antes de pilotarla. La revisión sistemática de Eassom et al. (2014) sigue siendo especialmente esclarecedora. Sus hallazgos muestran que la formación y la supervisión del personal son necesarias, pero no suficientes; que la implementación de la implicación familiar requiere un **enfoque de equipo completo** con liderazgo fuerte; que contar con una estructura clara de intervención favorece la puesta en marcha siempre que se mantenga flexibilidad; y que persisten preocupaciones sobre privacidad, relaciones de poder, temor a resultados negativos y necesidad de una relación exclusiva entre paciente y profesional. Además, en el terreno específico del compromiso de las familias, la revisión recogió que las dificultades de participación aparecían tanto antes del inicio como durante el tratamiento, y que un facilitador importante era aprovechar un **periodo crítico de vinculación** con esfuerzos intensivos de contacto e invitación temprana y con una presentación entusiasta del programa. En consecuencia, una estrategia de captación bien diseñada no puede reducirse a informar de la existencia del programa; debe crear condiciones de legitimidad, oportunidad y confianza desde el primer contacto. (Eassom et al., 2014).

Desde una lógica aplicada, los criterios de diseño de la captación deberían incluir al menos cinco exigencias. La primera es la **integración en las rutinas del servicio**: la captación no debe depender exclusivamente de la memoria o iniciativa de un profesional, sino apoyarse en puntos de detección previsibles, revisión de casos y preguntas sistemáticas sobre familias o cuidadores. La segunda es la **temporalidad adecuada**: no todas las familias están disponibles del mismo modo en cualquier momento del proceso, por lo que la captación debe contemplar ventanas de oportunidad y reofertas razonadas. La tercera es la **claridad del mensaje**: el programa debe presentarse como apoyo estructurado y no como fiscalización de la familia o extensión del control clínico. La cuarta es la **coherencia relacional**: los miembros del equipo deben sostener una narrativa consistente sobre el lugar de la familia, porque la revisión de Eassom et al. mostró que la fragmentación de actitudes profesionales y la falta de compromiso de equipo erosionan la implementación. La quinta es la **monitorización mínima**: si el servicio no registra cuántas familias son elegibles, cuántas son invitadas, cuántas aceptan y en qué punto abandonan, la captación quedará fuera de evaluación y volverá a convertirse en un supuesto no contrastado. (Eassom et al., 2014; Proctor et al., 2013).

## 9.5. Del diseño al manual del programa piloto: requisitos de protocolización

Pasar del diseño al manual piloto no significa todavía redactar el Protocolo completo, pero sí requiere un grado mínimo de *protocolización* sin el cual el estudio de viabilidad perdería claridad



y reproducibilidad. Proctor et al. (2013) advirtieron que las estrategias de implementación suelen estar pobremente descritas, mal etiquetadas y sin suficiente definición operativa o manuales que orienten su uso, lo que dificulta la medición, la replicación y la comparación entre estudios. StaRI, desde otra perspectiva, insistió en que los estudios de implementación deben describir en paralelo la intervención y la estrategia de implementación. Y la literatura sobre manualización de intervenciones complejas ha señalado que la manualización es un paso crucial para asegurar fidelidad y replicabilidad tanto en investigación como en práctica. En esa misma línea, el marco de fidelidad de Carroll et al. y el FRAME de Stirman et al. implican que no basta con describir qué se hará: es necesario dejar definidos los componentes esenciales, las adaptaciones previstas y el modo en que se documentarán las modificaciones posteriores. (Blanche et al., 2011; Carroll et al., 2007; Pinnock et al., 2017; Proctor et al., 2013; Stirman et al., 2019).

En términos funcionales, el manual piloto debería contener, como mínimo, siete bloques. Primero, una descripción breve del modelo de referencia y de su teoría de cambio local. Segundo, la población diana, criterios de inclusión y exclusión y punto de entrada al programa. Tercero, la estructura general: formato, duración prevista, número mínimo de sesiones, profesionales implicados y secuencia de bloques de trabajo, sin necesidad todavía de detallar materiales sesión a sesión. Cuarto, la estrategia de implementación local: quién lidera, cómo se deriva, cómo se contacta con las familias y qué soporte organizativo acompaña al piloto. Quinto, los componentes esenciales que no deberían alterarse sin decisión explícita. Sexto, las adaptaciones previstas y la manera en que se registrarán las modificaciones emergentes durante el piloto. Y séptimo, los procedimientos mínimos de monitorización, incluidos exposición, fidelidad básica, incidencias y criterios preliminares de continuidad o revisión. Esta formulación no invade el terreno del Protocolo, pero asegura que el piloto tenga objeto, límites y trazabilidad. Cuando un programa carece de este nivel mínimo de protocolización, la evaluación posterior ya no permitirá distinguir si el problema estuvo en el modelo, en su adaptación local o en la estrategia de implementación utilizada. (Pearson et al., 2020; Proctor et al., 2013; Stirman et al., 2019) (Hoffmann et al., 2014; Miller et al., 2021; Moore et al., 2021).

**Tabla 9.2. Contenidos mínimos del manual del programa piloto**

Bloque	Contenido mínimo	Función
Modelo de referencia	Modelo elegido y lógica de cambio local	Asegurar coherencia conceptual
Población diana	A quién se dirige y desde dónde entra al programa	Delimitar objeto real del piloto
Configuración	Formato, duración, dosis mínima, profesionales implicados	Definir la intervención a probar
Estrategia de implementación	Liderazgo, derivación, captación y soporte organizativo	Hacer visible cómo se implantará
Componentes esenciales	Elementos que deben preservarse	Proteger fidelidad del modelo

Adaptaciones previstas	Cambios locales planificados y justificación	Hacer explícita la adaptación
Monitorización mínima	Exposición, incidencias, fidelidad básica, progresión	Permitir evaluación de viabilidad

Esta tabla resume el umbral mínimo de protocolización exigible antes de iniciar el estudio de viabilidad. (Proctor et al., 2013; Stirman et al., 2019).

## Resumen final

El núcleo argumental de este capítulo puede formularse sin rodeos: una vez evaluada la preparación del servicio, el problema ya no es si existe motivación suficiente para implementar un programa familiar, sino **qué programa concreto se va a pilotar, con qué límites, con qué adaptaciones y con qué grado de explicitación mínima**. Se ha establecido, en primer lugar, que el paso del modelo general a la configuración local no es una copia ni una improvisación, sino una traducción contextualizada que debe diferenciar claramente intervención y estrategia de implementación. En segundo lugar, se ha subrayado la necesidad de separar los objetivos clínicos y psicosociales del programa de los objetivos del estudio de viabilidad, evitando pedir al piloto lo que corresponde a fases posteriores. En tercer lugar, las decisiones sobre estructura, formato y modalidad han quedado sometidas a un criterio doble de fidelidad y realismo organizativo. En cuarto lugar, la captación se ha redefinido como un componente de diseño y no como un trámite previo. Y, finalmente, se ha fijado un umbral de protocolización mínima sin el cual el estudio de viabilidad se volvería metodológicamente equívoco. A partir de aquí, el siguiente paso ya no será seguir afinando el diseño en abstracto, sino someterlo al examen específico del estudio de viabilidad. (Pearson et al., 2020; Proctor et al., 2013; Skivington et al., 2021; Stirman et al., 2019).

## Lecturas recomendadas

Para entender cómo deben describirse con precisión las estrategias de implementación y evitar diseños vagos o irreproducibles, la lectura más útil sigue siendo Proctor et al. (2013). Para pensar con rigor la relación entre fidelidad, adaptación y documentación de modificaciones, el texto imprescindible es Stirman et al. (2019) sobre el FRAME. Si el interés se centra en cómo diferenciar la intervención clínica de la estrategia de implementación y reportar ambas con claridad, StaRI proporciona una guía especialmente valiosa. Para formular el diseño del piloto desde la lógica de incertidumbres, progresión y aprendizaje, Pearson et al. (2020) resulta particularmente fértil. Y, finalmente, para no perder de vista los mínimos estructurales de una intervención familiar en psicosis, NICE sigue siendo la referencia práctica más clara. (NICE, 2014; Pearson et al., 2020; Pinnock et al., 2017; Proctor et al., 2013; Stirman et al., 2019).

## Puente hacia el capítulo 10

Con la configuración local del programa ya definida y con un manual piloto mínimamente protocolizado, el siguiente movimiento lógico es dejar de pensar en condiciones previas y pasar a examinar el estudio de viabilidad como tal. El capítulo 10 abordará precisamente ese umbral: qué es un estudio de viabilidad, qué dimensiones debe evaluar, qué diseños resultan



recomendables en este contexto y con qué criterios debe decidirse si procede continuar, ajustar y re-pilotar o no seguir adelante.



# 10

## Estudio de viabilidad: marco, criterios y decisión

### Objetivos del capítulo

- Precisar qué debe entenderse por *estudio de viabilidad* en el contexto de un programa de psicoeducación familiar.
- Delimitar las dimensiones que conviene evaluar antes de una implantación más amplia o de una evaluación confirmatoria.
- Describir opciones de diseño metodológico compatibles con la práctica de los servicios.
- Establecer criterios explícitos de progresión: **continuar, ajustar y re-pilotar o no continuar**.
- Proponer un *lista de verificación* que ayude a convertir el estudio de viabilidad en una herramienta de decisión y no en un ritual previo sin consecuencias.

### Resumen inicial

El estudio de viabilidad ocupa en esta guía un lugar metodológicamente decisivo porque actúa como frontera entre el diseño razonado y la implementación con pretensión de continuidad. Su función no es demostrar todavía la eficacia definitiva del programa ni producir una versión reducida del ensayo posterior, sino responder a una pregunta más básica e incómoda: ¿puede este programa, tal como ha sido configurado localmente, ponerse en marcha con suficiente aceptabilidad, demanda, capacidad operativa y fidelidad alcanzable como para justificar un paso ulterior? La literatura metodológica reciente converge con notable claridad en este punto. [Pearson et al. \(2020\)](#) sostienen que los estudios de factibilidad y piloto para ensayos de implementación deben servir para abordar incertidumbres de diseño y método, explorar posibles efectos de las estrategias de implementación e identificar mecanismos causales potenciales antes de un estudio más amplio. La extensión CONSORT para ensayos piloto y de

viabilidad aleatorizados, además, insiste en que estas investigaciones se realizan antes de un futuro ensayo definitivo y requieren una lógica de reporte propia, mientras que las propuestas sobre criterios de progresión han subrayado la necesidad de fijar umbrales explícitos que orienten la decisión posterior en lugar de dejarla al juicio retrospectivo del equipo. En otras palabras, un estudio de viabilidad útil no es el que “sale bien”, sino el que permite decidir con transparencia si procede continuar, modificar o detener el desarrollo del programa (Pearson et al., 2020; Eldridge et al., 2016).

**Palabras clave:** *viabilidad; factibilidad; estudio piloto; aceptabilidad; demanda; practicabilidad; fidelidad alcanzable; criterios de progresión.*

## 10.1. ¿Qué es un estudio de viabilidad y por qué es imprescindible?

Un estudio de viabilidad debe entenderse aquí como una investigación preliminar orientada a resolver incertidumbres críticas sobre la posibilidad real de implementar y evaluar un programa en un contexto concreto, no como un ensayo clínico pequeño cuyo único problema sea el tamaño muestral. Bowen et al. (2009), en el trabajo fundacional sobre diseño de estudios de factibilidad, utilizaron el término de manera amplia para abarcar estudios que ayudan a preparar investigación a mayor escala, y la tradición posterior ha mantenido esa idea insistiendo en que el centro no está en la significación estadística del resultado clínico, sino en la respuesta a preguntas de posibilidad, ajuste y procedimiento. Pearson et al. (2020) trasladan esa lógica al campo de los ensayos de implementación y subrayan que los estudios de viabilidad y piloto pueden ayudar a afinar estrategias, métodos, medidas y mecanismos antes de comprometer recursos en una evaluación mayor. Desde la perspectiva de esta guía, eso significa que el estudio de viabilidad de un programa de psicoeducación familiar no existe para “probar de una vez” si la intervención reduce recaídas o carga familiar, sino para determinar si el servicio puede captar familias, sostener la dosis prevista, ofrecer la intervención con un grado razonable de fidelidad, recoger los datos esenciales y generar señales suficientes como para justificar un paso siguiente. Cuando esa pregunta no se formula de manera explícita, el piloto se convierte en un ensayo mal dimensionado o en una experiencia clínica sin aprendizaje acumulable.

Su carácter imprescindible deriva precisamente de la naturaleza compleja de la intervención y del contexto. La actualización del MRC recuerda que las intervenciones complejas deben pensarse en interacción con contextos dinámicos y con atención a incertidumbres clave del proceso (Skivington et al., 2021), mientras que la taxonomía de resultados de implementación propuesta por Proctor et al. (2011) distingue con claridad entre desenlaces clínicos y desenlaces de implementación como aceptabilidad, adopción, adecuación, viabilidad, fidelidad, coste, penetración y sostenibilidad. Aplicado a la psicoeducación familiar, ello obliga a una consecuencia muy concreta: antes de preguntar si el programa mejora determinados resultados en pacientes o familias, es necesario saber si el programa llega a realizarse, si las familias aceptan participar, si el equipo puede entregarlo de manera reconocible, si el coste organizativo inicial es asumible y si el servicio logra integrarlo mínimamente en su funcionamiento. Un estudio de viabilidad es, por tanto, imprescindible no porque retrase artificialmente la intervención, sino porque protege al servicio frente a dos errores simétricos: escalar una práctica que nunca llegó

a existir con consistencia o abandonar prematuramente un modelo cuyo problema real no era clínico, sino organizativo o procedimental.

## 10.2. Dimensiones y preguntas del estudio de viabilidad

Las dimensiones del estudio de viabilidad no deben elegirse de forma arbitraria ni por simple tradición local. La taxonomía de [Proctor et al. \(2011\)](#) ofrece aquí una referencia muy útil porque distingue resultados de implementación conceptualmente diferentes y especialmente pertinentes para esta fase, entre ellos aceptabilidad, adopción, adecuación, viabilidad y fidelidad. A ello se añade el marco de [Bowen et al. \(2009\)](#), que en su formulación clásica y en síntesis posteriores se ha operacionalizado en áreas como aceptabilidad, demanda, implementación, practicabilidad, adaptación, integración, expansión y prueba limitada de eficacia. La utilidad de combinar ambas tradiciones para esta guía es evidente. La aceptabilidad permite preguntar si familias, personas usuarias y profesionales perciben el programa como razonable y útil; la demanda obliga a cuantificar cuántas familias elegibles aceptan, rechazan o abandonan; la practicabilidad examina si el servicio puede sostener agendas, coordinación, espacios y tiempos; la fidelidad alcanzable pregunta si el programa se entrega de manera reconocible; la adaptación obliga a registrar qué cambios aparecen y por qué; y las señales preliminares de efecto permiten observar si, aun sin pretensión confirmatoria, aparecen cambios coherentes con la teoría del programa. De este modo, el estudio de viabilidad deja de ser una categoría genérica y se convierte en un conjunto ordenado de preguntas con función decisional.

En el caso concreto de esta guía, estas dimensiones pueden traducirse a un repertorio de preguntas especialmente relevante para la psicoeducación familiar. La aceptabilidad exige saber si el programa resulta comprensible, pertinente y no excesivamente gravoso para participantes y profesionales. La demanda obliga a conocer la relación entre familias potencialmente elegibles, familias invitadas y familias que realmente inician y completan la intervención. La practicabilidad exige valorar si pueden sostenerse la frecuencia prevista, la cofacilitación cuando sea necesaria, los contactos de seguimiento y la recogida mínima de datos. La adecuación interroga hasta qué punto el programa encaja con el dispositivo, con la población atendida y con la cultura del servicio. La fidelidad alcanzable remite a si el equipo puede ofrecer los componentes esenciales con la calidad mínima prevista. Las señales preliminares de efecto, por último, no deben usarse para sobredimensionar el piloto, pero sí para comprobar si el programa se mueve en la dirección esperada y si merece seguir siendo desarrollado. Esta combinación permite que el estudio de viabilidad no se limite a "ver qué pasa", sino que produzca información directamente utilizable para la siguiente decisión.

**Tabla 10.1. Dimensiones prioritarias del estudio de viabilidad en esta guía**

Dimensión	Pregunta principal	Indicadores orientativos
Aceptabilidad	¿El programa es percibido como razonable y útil?	Satisfacción, comprensión, carga percibida, disposición a continuar

Demanda	¿Existe participación real suficiente?	Elegibles, invitados, aceptantes, iniciadores, completadores
Practicabilidad	¿Puede ejecutarse con los recursos y tiempos disponibles?	Cumplimiento de calendario, incidencias logísticas, cancelaciones
Adecuación	¿Encaja el programa con el servicio y la población diana?	Ajuste percibido, barreras específicas, compatibilidad con flujos de trabajo
Fidelidad alcanzable	¿Se entregan los componentes esenciales de forma reconocible?	Adherencia básica, cobertura de componentes, calidad de entrega
Adaptación	¿Qué cambios se introducen y por qué?	Modificaciones planificadas o reactivas, motivos y nivel afectado
Señales preliminares de efecto	¿Se observan cambios coherentes con la teoría del programa?	Tendencias en carga, comunicación, asistencia, crisis o coordinación

La tabla tiene una función heurística y no prescriptiva. Su propósito es recordar que un estudio de viabilidad útil debe cubrir más de una dimensión y, al mismo tiempo, evitar la dispersión en un número inabarcable de medidas.

### 10.3. Diseño metodológico: opciones y recomendaciones

El diseño metodológico del estudio de viabilidad debe elegirse en función de la incertidumbre que se quiere resolver y del nivel de desarrollo del programa, no por imitación automática de los ensayos clínicos confirmatorios. [Pearson et al. \(2020\)](#) insisten en que los estudios de viabilidad y piloto para ensayos de implementación pueden utilizar métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos y que su diseño debe alinearse con la incertidumbre prioritaria: reclutamiento, aceptabilidad, procedimiento, exposición, posibles mecanismos o estrategia de implementación. Esta advertencia es especialmente pertinente para la psicoeducación familiar. Si la principal duda del servicio es si podrá captar suficientes familias y sostener un formato grupal, un diseño pragmático de cohorte o una serie prospectiva con evaluación mixta puede resultar más informativo que una aleatorización prematura. Si la duda principal recae en la comparación entre dos estrategias de captación o dos modalidades organizativas, entonces podría justificarse un piloto comparativo. La cuestión decisiva no es el prestigio abstracto del diseño, sino su capacidad para responder a la incertidumbre realmente existente ([Bowen et al., 2009](#); [Pearson et al., 2020](#)).

En esta guía se recomendarán, con carácter general, cuatro familias de diseños. La primera es el piloto de cohorte única, especialmente útil cuando el objetivo principal es comprobar captación, entrega, retención, fidelidad básica y señales preliminares de efecto en un servicio que aún no ha demostrado poder sostener el programa. La segunda es el diseño mixto secuencial o convergente, aconsejable cuando la interpretación de aceptabilidad, carga, barreras o abandonos requiere integrar datos cuantitativos y entrevistas o grupos breves con profesionales y familias. La tercera es el piloto comparativo pragmático, apropiado cuando ya existe una base mínima de preparación y la incertidumbre recae sobre dos configuraciones posibles del mismo programa, por ejemplo, un formato unifamiliar frente a uno multifamiliar o una modalidad

presencial frente a una híbrida. La cuarta, más exigente, es el piloto aleatorizado previo a un ensayo confirmatorio, cuya lógica y reporte quedan mejor regulados por la extensión CONSORT para estudios piloto y de viabilidad aleatorizados. Esta última opción no debe presentarse como estándar universal, porque en muchos servicios de rehabilitación psicosocial las incertidumbres iniciales son demasiado básicas como para justificar una aleatorización temprana. La regla de prudencia, por tanto, es sencilla: el diseño debe ser el más simple que permita responder con claridad a la incertidumbre principal sin producir información trivial o inservible.

## 10.4. Criterios de “go / ajustar y re-pilotar / no-go”

Un estudio de viabilidad pierde una parte importante de su valor si no incorpora criterios de progresión preespecificados. La literatura metodológica reciente insiste precisamente en este punto. [Avery et al. \(2017\)](#) sostienen que los criterios operativos de progresión son centrales para tomar decisiones sobre el paso a la siguiente fase, y los trabajos posteriores de [Mellor et al. \(2023\)](#) muestran que esos criterios siguen reportándose de manera insuficiente y heterogénea en muchos estudios piloto, a pesar de que su formulación previa mejora la transparencia y reduce el riesgo de decisiones post hoc. En el mismo sentido, la auditoría de [Herbert et al. \(2019\)](#) sobre pilotos internos señaló que los sistemas rojo / ámbar / verde han ganado popularidad para traducir la progresión a reglas operativas comprensibles. La lógica es metodológicamente atractiva porque obliga al equipo a decidir de antemano qué resultados mínimos serían compatibles con continuar, cuáles exigirían revisión del diseño y cuáles desaconsejarían seguir adelante. Para una guía aplicada a servicios, esta estructura resulta particularmente útil: transforma un juicio difuso sobre “si ha ido razonablemente bien” en una decisión apoyada en umbrales explícitos y, por tanto, discutibles y revisables ([Avery et al., 2017](#); [Eldridge et al., 2016](#)).

La formulación concreta de esos criterios debe ser rigurosa, pero no ilusoriamente exacta. No existe una regla universal que fije qué tasa de captación, qué nivel de fidelidad o qué proporción de sesiones completadas deben considerarse suficientes en todos los contextos. Lo que sí puede exigirse es que el servicio seleccione pocos criterios críticos, los justifique en función del diseño y los evalúe de manera coherente. En esta guía se recomienda utilizar una estructura de tres salidas. Go cuando se cumplen los umbrales principales sin modificaciones mayores y el programa parece listo para una fase posterior. Ajustar y re-pilotar cuando existen señales de valor del programa, pero una o varias dimensiones críticas —por ejemplo, captación, fidelidad o practicabilidad— requieren cambios relevantes antes de seguir. No-go cuando fallan dimensiones nucleares y no hay razones suficientes para pensar que ajustes razonables resolverían el problema sin alterar sustancialmente la intervención o el contexto. Esta estructura no simplifica en exceso la complejidad; la organiza. Además, evita una tentación frecuente en servicios motivados: interpretar cualquier señal positiva como autorización para continuar, aun cuando la base de implementación siga siendo demasiado débil.

**Tabla 10.2. Propuesta orientativa de criterios de progresión**



Dominio	Go	Ajustar y re-pilotar	No-go
Captación / demanda	La mayoría de familias elegibles invitadas y participación suficiente para sostener el formato	Captación posible pero insuficiente o irregular; requiere rediseñar estrategia	Captación muy baja o inviable incluso con esfuerzo razonable
Retención / exposición	La mayoría completa la dosis mínima prevista	Abandono intermedio; revisar intensidad, horarios o apoyos	Abandono muy alto o exposición mínima incompatible con el modelo
Fidelidad alcanzable	Componentes esenciales entregados de forma reconocible	Fidelidad parcial; requiere simplificar, formar o supervisar más	Entrega inconsistente que desdibuja el programa
Practicabilidad	El servicio sostiene agendas, coordinación y registro con incidencias asumibles	Problemas recurrentes pero corregibles mediante rediseño	Sobrecarga o desorganización incompatibles con el mantenimiento del piloto
Aceptabilidad	Programa valorado como útil y razonable por familias y equipo	Aceptabilidad mixta; requiere ajustes de formato o comunicación	Rechazo generalizado o carga percibida claramente excesiva

La tabla es deliberadamente orientativa. No fija porcentajes universales porque estos deben derivarse del contexto, del modelo y del tamaño del piloto, pero sí establece el principio metodológico que esta guía considera irrenunciable: sin criterios de progresión explícitos, la decisión posterior será más vulnerable a sesgos de confirmación, cansancio del equipo o presión institucional.

## 10.5. Checklist del estudio de viabilidad

Una lista de verificación final resulta útil en este capítulo por la misma razón que en el capítulo 8: transforma exigencias metodológicas dispersas en una herramienta de revisión previa y de decisión posterior. La extensión CONSORT para estudios piloto y de viabilidad aleatorizados recuerda que estos trabajos necesitan un estándar de reporte específico, y las guías recientes sobre factibilidad en implementación insisten en la necesidad de explicitar objetivos, medidas, criterios de progresión y relación con un estudio posterior. Desde la lógica de esta guía, el lista de verificación no se concibe como una lista para “cumplir expediente”, sino como un filtro para impedir que el servicio inicie un estudio de viabilidad sin haber respondido a las preguntas mínimas que lo hacen interpretable. Un estudio de viabilidad bien planteado no es necesariamente grande ni complejo, pero sí debe tener un objeto claro, dimensiones definidas, medidas proporcionadas y una decisión posterior prevista de antemano (Eldridge et al., 2016).

**Tabla 10.3. Checklist sintético del estudio de viabilidad**

Ítem	Pregunta de verificación
Objeto del estudio	¿Está claramente definido qué programa y qué configuración local se testan?



Incertidumbre principal	¿Se ha identificado qué duda central intenta resolver el estudio?
Dimensiones	¿Se han definido de forma explícita aceptabilidad, demanda, practicabilidad, fidelidad y demás dominios relevantes?
Medidas	¿Existen indicadores proporcionados y factibles para cada dimensión crítica?
Diseño	¿El diseño elegido es coherente con la incertidumbre principal y con el estadio del programa?
Adaptaciones	¿Se ha previsto cómo registrar modificaciones planificadas y emergentes?
Progresión	¿Se han formulado criterios previos de go / ajustar / no-go?
Decisión posterior	¿Está previsto quién valorará los resultados y con qué proceso se decidirá el siguiente paso?

Este *lista de verificación* resume el umbral mínimo de solidez metodológica que esta guía considera necesario para llamar “estudio de viabilidad” a una experiencia preliminar de pilotaje. Su propósito no es endurecer innecesariamente la entrada a la fase piloto, sino garantizar que el esfuerzo invertido en esa fase genere aprendizaje útil y no solo actividad adicional.

## Resumen final

El capítulo ha establecido una idea central que conviene conservar con toda nitidez: un estudio de viabilidad no es un ensayo pequeño ni una antesala ornamental del programa, sino un dispositivo de aprendizaje y decisión. A lo largo del texto se ha mostrado que su función consiste en resolver incertidumbres críticas sobre aceptabilidad, demanda, practicabilidad, fidelidad, adaptación y señales preliminares de funcionamiento antes de comprometer al servicio en una fase posterior. También se ha argumentado que el diseño metodológico debe elegirse en función de la duda principal y no por prestigio abstracto del método; que los criterios de progresión deben formularse de antemano para evitar decisiones retrospectivas sesgadas; y que una estructura de go / ajustar y re-pilotar / no-go permite traducir la evidencia del piloto a decisiones comprensibles y defendibles. En consecuencia, el valor de esta fase no se medirá solo por los datos que produzca, sino por la calidad del juicio que haga posible. Si el programa supera este umbral, el siguiente paso ya no será seguir preguntándose si puede iniciarse, sino cómo evaluar con más precisión qué resultados produce, para quién y con qué instrumentos.

## Lecturas recomendadas

Para fijar la lógica general de los estudios de viabilidad en ensayos de implementación, la referencia más útil es [Pearson et al. \(2020\)](#), porque organiza objetivos, métodos, medidas, criterios de progresión y reporte de manera directamente aplicable. Para distinguir los estudios piloto y de viabilidad aleatorizados de los ensayos definitivos y mejorar su reporte, la extensión CONSORT de [Eldridge et al. \(2016\)](#) sigue siendo la referencia principal. Para la formulación de criterios de progresión, [Avery et al. \(2017\)](#) y los trabajos posteriores de [Mellor et al. \(2021\)](#) son especialmente valiosos, porque muestran tanto la utilidad como los problemas prácticos de estos criterios cuando no se especifican a priori. Finalmente, para no perder de vista la diferencia



entre resultados clínicos y resultados de implementación, [Proctor et al. \(2011\)](#) continúa siendo una lectura fundamental.

## Puente hacia el capítulo 11

Una vez superado el estudio de viabilidad, la pregunta deja de ser si el programa puede sostenerse lo suficiente como para merecer continuidad y pasa a ser qué debe medirse, para quién y con qué instrumentos cuando se quiera evaluar sus resultados de una manera compatible con la práctica real. El capítulo 11 se ocupará precisamente de esa transición: construir un marco de evaluación que no se limite a elegir escalas disponibles, sino que ordene con claridad los desenlaces relevantes en personas usuarias, familias y servicios, y los vincule con diseños factibles en contextos ordinarios.



# 11

## Evaluación de resultados: marco e instrumentos

### Objetivos del capítulo

- Delimitar qué resultados conviene evaluar en un programa de psicoeducación familiar y para quién.
- Diferenciar resultados clínicos, familiares y de servicio, sin confundirlos con resultados de implementación.
- Seleccionar instrumentos validados en español que resulten útiles en contextos reales de rehabilitación psicosocial.
- Proponer un criterio de parsimonia evaluativa compatible con la práctica ordinaria.
- Identificar diseños de evaluación factibles en servicios con recursos limitados.

### Resumen inicial

La evaluación de resultados en psicoeducación familiar suele fracasar por dos motivos opuestos. A veces se mide demasiado poco y el programa queda reducido a impresiones generales de satisfacción o a una contabilidad rudimentaria de asistencia. Otras veces se intenta medir demasiado, con baterías largas y heterogéneas que desbordan la capacidad del servicio, aumentan la carga para familias y profesionales y terminan deteriorando la calidad del registro. Un marco útil debe evitar ambos extremos. La revisión Cochrane reciente sobre intervenciones familiares en esquizofrenia sugiere que los desenlaces más consistentemente vinculados a este tipo de programas son la recaída, la carga del cuidador y la emoción expresada, aunque la certeza no sea idéntica en todos los resultados. A ello se añade una exigencia metodológica básica de la investigación de implementación: los resultados clínicos y familiares no deben confundirse con los resultados de implementación, que incluyen aceptabilidad, adopción, adecuación, viabilidad, fidelidad, coste, penetración y sostenibilidad. Por eso, este capítulo propone una arquitectura de evaluación en tres planos —persona usuaria, familia y servicio— y la vincula a instrumentos

validados en español que sean suficientemente robustos y, al mismo tiempo, compatibles con la práctica real.

**Palabras clave:** *evaluación de resultados; instrumentos validados en español; carga familiar; funcionamiento social; recuperación; calidad de vida; diseños pragmáticos.*

## 11.1. Marco de evaluación: ¿qué medir y para quién?

El primer paso consiste en ordenar los resultados por nivel y por función. En una intervención de psicoeducación familiar no basta con medir solo el estado clínico del paciente, porque eso convertiría a la familia en mero instrumento del pronóstico; tampoco bastaría con medir únicamente carga del cuidador, porque el programa pretende operar sobre una constelación más amplia de relaciones, apoyos y desenlaces. Desde una perspectiva pragmática, conviene distinguir al menos tres niveles. El primero es el de la persona usuaria, donde interesan variables como recaídas, hospitalizaciones, funcionamiento personal y social, calidad de vida y recuperación. El segundo es el de la familia o cuidador principal, donde cobran relevancia la carga objetiva y subjetiva, el malestar emocional, la percepción del clima relacional y, cuando resulte pertinente, la calidad de vida. El tercero es el del servicio, donde deben registrarse exposición, asistencia, finalización, cobertura y otros resultados de implementación. Esta triple organización es coherente tanto con la literatura sobre resultados de las intervenciones familiares como con la taxonomía de resultados de implementación propuesta por [Proctor et al. \(2011\)](#) y con el uso pragmático de RE-AIM en entornos comunitarios y clínicos ([Glasgow et al., 1999](#)).

La consecuencia práctica de esta organización es que no todas las evaluaciones deben ser idénticas ni exhaustivas. Un servicio puede necesitar, en una fase temprana, priorizar resultados de servicio y familia si lo que está evaluando es si el programa logra captar, sostener y beneficiar mínimamente a los cuidadores, mientras que en una fase posterior puede ampliar la batería para incluir con mayor detalle calidad de vida o recuperación personal. Lo importante es evitar dos errores metodológicos. El primero es elegir instrumentos en función de su disponibilidad y no de la teoría de cambio del programa. El segundo es mezclar en una misma tabla indicadores de resultado clínico, indicadores de proceso e indicadores de implementación sin distinguir qué responde a la intervención y qué responde a la forma en que esta fue desplegada. La evaluación útil no es la más larga, sino la que conserva una correspondencia clara entre objetivos del programa, resultados esperados e instrumentos seleccionados.

## 11.2. Instrumentos de medida validados en español

La selección de instrumentos debe seguir un principio de sobriedad: pocos dominios, medidas comprensibles, validadas y con valor real para la toma de decisiones. En el plano de la persona usuaria, tres dominios resultan especialmente defendibles en la práctica de rehabilitación psicosocial. El primero es el funcionamiento social y personal. Aquí la versión española de la *Personal and Social Performance Scale* (PSP) cuenta con validación en pacientes ambulatorios con esquizofrenia y la *Social Functioning Scale* (SFS) dispone también de validación española con

sensibilidad y utilidad clínica. Cuando se requiera una medida más centrada en funcionamiento objetivo, la versión española de la *Schizophrenia Objective Functioning Instrument* (SOFI) ofrece otra opción fiable. El segundo dominio es la recuperación personal. La *Recovery Assessment Scale* en su versión española de 24 ítems (RAS-24) ha mostrado buena estructura factorial y fiabilidad en población clínica con trastorno mental grave, y la versión española de la *Self-Identified Stage of Recovery* (SISR) aporta una alternativa reciente y breve para valorar etapa y proceso de recuperación personal. El tercer dominio es la calidad de vida. Aquí pueden combinarse un instrumento genérico como el WHOQOL-BREF, cuyas pruebas españolas incluyeron personas con esquizofrenia y cuidadores, con un instrumento específico como el SQLS-R4, validado en pacientes españoles ambulatorios del espectro de la esquizofrenia (Al-Halabí et al., 2016; García-Portilla et al., 2011; Saavedra et al., 2021; Sampietro et al., 2024; Vázquez Morejón & Jiménez Ga-Bóveda, 2000).

En el plano de la familia, la decisión más importante es distinguir entre carga, malestar emocional y clima relacional, porque no son equivalentes. Para carga familiar, el instrumento más específicamente alineado con psicosis y esquizofrenia dentro del contexto español es el ECFOSS-II, validado en España para familiares de pacientes con esquizofrenia. Cuando el servicio necesite una medida más conocida y comparativa, la Zarit Burden Interview puede utilizarse como opción pragmática, aunque conviene recordar que su origen no es específico de psicosis; precisamente por eso resulta útil el trabajo que comparó ZBI e IEQ en psicosis, mostrando un rendimiento psicométrico satisfactorio de ambas en cuidadores de esquizofrenia y trastornos relacionados. Para malestar emocional del cuidador, la HADS dispone de análisis psicométrico en cuidadores españoles y tiene la ventaja de su brevedad y familiaridad clínica. En cuanto al clima familiar o dimensiones afectivas de la relación, la opción más directamente vinculada a psicosis y trastornos relacionados sigue siendo la versión abreviada española del Cuestionario de Relaciones Infuyente (*Influential Relationship Questionnaire*[IRQ]), validada en España en personas con esquizofrenia o trastornos relacionados, con factores de crítica, sobreprotección, restricción y cuidado. Ahora bien, si el servicio desea incorporar una medida breve de emoción expresada basada en autoinforme del familiar, conviene considerar también el Cuestionario Familiar (*Family Questionnaire*, [FQ]), cuya versión española ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas, aunque la validación disponible procede de familias de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y, por tanto, su extrapolación a psicosis debe hacerse con prudencia. En cambio, la Escala de Emoción Expresada (*Level of Expressed Emotion Scale*) en su versión española (LEE-S) y la Escala para Evaluar la Emoción Expresada (EEE) pueden mencionarse como antecedentes o alternativas complementarias, pero su encaje como instrumentos recomendables de primera línea para este manual es menor: la validación española de la LEE-S disponible procede de familiares de personas con TCA, y la EEE, aunque desarrollada originalmente en español, fue validada en una muestra no clínica de familiares de estudiantes. Su valor, por tanto, es más bien el de ampliar el repertorio de medidas del clima emocional familiar que el de sustituir a las opciones con mejor ajuste actual a la práctica en TMG (Méndez et al., 2004; Sampietro et al., 2024; Sepúlveda et al., 2012; Sepúlveda et al., 2014).

Hay, además, un grupo de resultados que conviene medir mediante registros rutinarios y no mediante escalas. Recaídas, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, abandono del programa, número de sesiones recibidas, exposición efectiva, finalización del tratamiento y necesidad de intervenciones adicionales deberían proceder, siempre que sea posible, de registros clínicos o



de seguimiento del programa. Esto no es una renuncia a la evaluación rigurosa, sino lo contrario: en una intervención como la psicoeducación familiar, varios de los desenlaces más relevantes — por ejemplo, hospitalización o asistencia— se captan mejor mediante datos rutinarios que con autoinformes retrospectivos. Además, el enfoque pragmático de RE-AIM insiste en priorizar medidas relevantes y sostenibles cuando los recursos evaluativos son limitados.

**Tabla 11.1. Propuesta sintética de instrumentos validados en español**

<b>Dominio</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Tipo de informante</b>	<b>Ventaja principal</b>
Funcionamiento personal y social	PSP	Clínico	Breve, clínicamente útil y validado en español en esquizofrenia.
Funcionamiento social	SFS	Usuario / familiar	Amplia tradición en psicosis e intervención familiar.
Funcionamiento objetivo	SOFI	Clínico	Útil cuando se busca una valoración más observacional.
Recuperación personal	RAS-24	Usuario	Buena opción breve para recuperación en TMG.
Etaapa/proceso de recuperación	SISR	Usuario	Muy breve y útil en servicios comunitarios.
Calidad de vida genérica	WHOQOL-BREF	Usuario / cuidador	Permite comparación amplia y cuenta con desarrollo español.
Calidad de vida específica en esquizofrenia	SQLS-R4	Usuario	Más sensible a problemas específicos del espectro esquizofrénico.
Carga familiar específica	ECFOS-II	Familiar / cuidador	Validado en España para familiares de personas con esquizofrenia.
Carga del cuidador pragmática	ZBI	Familiar / cuidador	Muy conocido y útil si se prioriza comparabilidad.
Malestar emocional del cuidador	HADS	Familiar / cuidador	Breve y útil para ansiedad y depresión.
Clima relacional percibido	IRQ abreviado	Usuario	Capta crítica, sobreprotección, restricción y cuidado.
Emoción expresada autoinformada	FQ	Familiar / cuidador	Muy breve y útil para crítica y sobreimplicación; conviene usarlo con prudencia porque la validación española disponible no procede de población con psicosis.

*Nota:* La tabla no pretende establecer una batería obligatoria. Su función es ordenar opciones con mejor encaje en práctica real y evitar una selección arbitraria o excesiva. En el caso del FQ, su inclusión responde a su utilidad potencial como medida breve de emoción expresada, pero conviene interpretar su uso con

prudencia, dado que la validación española disponible no procede de población con psicosis. La LEE-S y la EEE pueden considerarse medidas complementarias o antecedentes del campo, pero no se priorizan aquí como instrumentos de primera línea para rehabilitación psicosocial en TMG (Méndez et al., 2004; Sampietro et al., 2024; Sepúlveda et al., 2012; Sepúlveda et al., 2014).

### 11.3. Diseños de evaluación factibles en la práctica

En servicios ordinarios, la pregunta no es cuál sería el diseño más perfecto en abstracto, sino cuál ofrece la mejor combinación entre rigor, carga asumible y valor informativo. Para programas de psicoeducación familiar en rehabilitación psicosocial, cuatro familias de diseños resultan especialmente defendibles. La primera es el pre-post con medidas repetidas en una cohorte única, útil cuando el servicio está en una fase inicial y necesita comprobar cambios en carga, funcionamiento, asistencia o calidad de vida sin introducir todavía comparadores complejos. La segunda es el diseño cuasi-experimental con grupo de comparación natural, adecuado cuando existen dos dispositivos o dos periodos asistenciales comparables y el objetivo es ganar robustez sin forzar una aleatorización impracticable. La tercera es el ensayo pragmático por conglomerados o escalonado cuando el programa se despliega progresivamente por unidades o territorios y se quiere aprovechar la implementación real como contexto evaluativo. La cuarta, mucho más acotada, es el single-case experimental design, especialmente útil en rehabilitación cuando el número de casos es muy pequeño o cuando se desea observar con medidas repetidas la respuesta de uno o pocos casos a una intervención claramente delimitada. Las revisiones metodológicas sobre stepped-wedge y SCED subrayan precisamente su valor en contextos de implementación real y de rehabilitación donde la flexibilidad y la repetición de medidas importan más que el ideal del ensayo paralelo clásico (Pearson et al., 2020; Eldridge et al., 2016).

La elección entre estos diseños debería depender de tres criterios. El primero es el estadio del programa. Si el dispositivo apenas ha superado la viabilidad, un diseño pre-post o mixto suele ser suficiente. El segundo es la escala de implantación. Si el programa se introduce en varios equipos o centros, los diseños por conglomerados o escalonados ganan sentido. El tercero es la capacidad real de medición. La propia literatura sobre aplicaciones pragmáticas de RE-AIM insiste en que en entornos comunitarios y clínicos con recursos limitados conviene priorizar los desenlaces más valiosos y no aspirar a una cobertura total de todos los dominios posibles. Dicho de forma directa: el diseño más factible no es el más simple, sino el que permite responder a la pregunta del servicio sin colapsar el servicio en el intento de evaluarse.

**Tabla 11.2. Diseños de evaluación recomendables según escenario**

Escenario	Diseño recomendable	Utilidad principal
Primer piloto en un único servicio	Cohorte pre-post con medidas repetidas	Detectar señales de cambio y consolidar rutina evaluativa
Programa ya estabilizado en un servicio, con comparador disponible	Cuasi-experimental controlado	Ganar inferencia sin exigir aleatorización plena
Implementación progresiva en varios equipos o centros	Clúster pragmático / stepped-wedge	Evaluar en condiciones reales de despliegue

Muy pocos casos o innovaciones muy focales	SCED / series temporales de caso único	Observar respuesta con alta densidad de medida
--	--	--

Esta tabla resume una regla metodológica sencilla: el diseño debe servir a la decisión clínica y organizativa del programa, no al prestigio abstracto del método.

## Resumen final

Este capítulo ha defendido una idea básica pero decisiva: evaluar resultados en psicoeducación familiar no consiste en acumular escalas, sino en construir una arquitectura de medida coherente con los objetivos del programa y con la capacidad real del servicio. Se ha propuesto distinguir resultados de persona usuaria, familia y servicio, sin confundirlos con resultados de implementación. Se ha mostrado que, en el plano de la persona usuaria, funcionamiento, recuperación y calidad de vida ofrecen un núcleo razonable de evaluación, mientras que en el plano familiar resultan especialmente defendibles la carga, el malestar emocional y el clima relacional, incluyendo cuando sea útil medidas breves de emoción expresada autoinformada. También se ha argumentado que varios desenlaces críticos deben obtenerse mediante registros rutinarios y no mediante autoinformes. Finalmente, se han delimitado diseños pragmáticos compatibles con la práctica ordinaria. A partir de aquí, el problema ya no será solo medir si el programa funciona localmente, sino preguntarse hasta qué punto lo hace de una manera replicable, qué componentes explican sus resultados y qué parte del modelo puede adaptarse sin perder su lógica básica.

## Lecturas recomendadas

Para fijar el marco conceptual entre resultados clínicos y resultados de implementación, la referencia más útil sigue siendo [Proctor et al. \(2011\)](#). Para pensar la evaluación con criterios pragmáticos en servicios comunitarios y clínicos, [Glasgow y Estabrooks \(2018\)](#) ofrecen una traducción especialmente manejable de RE-AIM. En el plano instrumental, la validación española del PSP, del SFS y de la RAS-24 proporciona un trío muy sólido para funcionamiento y recuperación, mientras que el ECFOS-II y el trabajo comparativo entre ZBI e IEQ siguen siendo referencias particularmente útiles para la evaluación familiar en psicosis. Como complemento para el bloque de emoción expresada, la validación española del *Family Questionnaire* (FQ) y los trabajos sobre LEE-S y EEE son útiles para situar opciones breves de autoinforme, aunque con un ajuste desigual al campo específico de la psicosis y la rehabilitación psicosocial. Finalmente, cuando el programa se encuentre en una fase más avanzada de despliegue, las revisiones sobre diseños escalonados y SCED ayudan a pensar alternativas evaluativas realistas fuera del ensayo clásico.

## Puente hacia el capítulo 12

Una vez definido qué medir y con qué instrumentos, el siguiente problema ya no es exclusivamente evaluativo, sino replicativo. Un programa puede mostrar resultados prometedores en un servicio y, aun así, depender de combinaciones locales de liderazgo, clima, competencias y adaptaciones que dificulten su reproducción en otros contextos. El capítulo 12 abordará precisamente esa cuestión: cómo pensar la replicabilidad a partir del continuo entre



fidelidad y adaptación, cómo identificar componentes esenciales y cómo documentar el paso del programa local al programa transferible.



# 12

## Análisis de replicabilidad

### Objetivos del capítulo

- Precisar qué debe entenderse por *replicabilidad* en el marco de esta guía.
- Situar la relación entre fidelidad y adaptación como un continuo y no como una oposición simple.
- Establecer criterios para identificar los componentes esenciales de un programa de psicoeducación familiar.
- Delimitar qué componentes pueden adaptarse y bajo qué condiciones.
- Proponer una estrategia de documentación que facilite la transferencia del programa entre dispositivos y territorios.

### Resumen inicial

La cuestión de la replicabilidad aparece siempre tarde cuando un programa ha funcionado razonablemente bien en un dispositivo, pero debería plantearse mucho antes. En el campo de las intervenciones complejas, el problema no consiste solo en si una práctica produce resultados locales, sino en si puede volver a producirlos cuando cambia el equipo, el dispositivo, la red de derivación o el territorio. La literatura metodológica reciente ha ido afinando esta cuestión desde varios ángulos. Por un lado, el TIDieR recordó que la descripción insuficiente de las intervenciones dificulta su réplica y su evaluación. Por otro, el FRAME amplió de forma decisiva la capacidad para documentar modificaciones, incluyendo cuándo se producen, quién las decide, en qué nivel operan, si son planificadas o reactivas y si son compatibles con la fidelidad del modelo. A ello se añade el hecho de que la adaptación a nuevos contextos ya no se entiende como una anomalía, sino como una tarea que debe planificarse, justificarse y reportarse con cuidado. En consecuencia, la replicabilidad ya no puede pensarse como reproducción literal ni la adaptación como licencia para rediseñar un programa al gusto del servicio. Este capítulo parte precisamente de esa tensión y la convierte en una herramienta analítica para el paso del programa local al programa transferible.

**Palabras clave:** *replicabilidad; fidelidad; adaptación; componentes esenciales; FRAME; TIDieR; documentación de transferencia; inter-dispositivos.*

## 12.1. Concepto de replicabilidad: fidelidad, adaptación y el continuo entre ambas

En esta guía, la replicabilidad no se entenderá como la copia exacta de un programa en otro lugar, sino como la posibilidad de reproducir sus funciones y componentes esenciales en contextos distintos sin perder su lógica ni degradar de forma sustantiva sus resultados esperables. Esta formulación es una inferencia metodológica apoyada en varios desarrollos convergentes. TIDieR parte de la idea de que la descripción detallada de la intervención es condición para su réplica. FITAR, por su parte, subraya que la transferibilidad y la aplicabilidad dependen de hacer visibles los elementos contextuales —población, organizaciones, sistemas, financiación, fuerza de trabajo e intervención— que influyen en el paso de un contexto a otro. Y Proctor et al. recuerdan que los resultados de implementación, entre ellos fidelidad, viabilidad y sostenibilidad, son distintos de los resultados clínicos y deben valorarse explícitamente cuando se pretende trasladar una práctica. Replicar, por tanto, no significa repetir una secuencia superficial de actividades, sino trasladar una intervención teniendo en cuenta qué debe conservarse y qué debe ajustarse para que siga siendo reconocible y funcional (Hoffmann et al., 2014; Moore et al., 2021).

Esta definición obliga a abandonar una oposición simplista entre fidelidad y adaptación. La literatura sobre modificaciones y adaptaciones muestra que los programas basados en evidencia se modifican con frecuencia durante la implementación, ya sea para responder a diferencias de contexto, a restricciones organizativas o a necesidades de la población diana. El problema no es, por tanto, decidir entre una fidelidad rígida y una adaptación libre, sino situar cada decisión en un continuo. El FRAME de 2019 resulta especialmente útil aquí porque no solo diferencia entre modificaciones planificadas y reactivas, sino que incorpora explícitamente el criterio de si la modificación es o no consistente con la fidelidad del modelo. De este modo, la pregunta cambia de naturaleza: ya no se trata de “¿se ha adaptado?” sino de “¿qué se ha adaptado, por qué, ¿cuándo, quién lo decidió y en qué medida esa modificación sigue siendo compatible con la lógica central de la intervención?”. Esa reformulación es la condición previa para cualquier análisis serio de replicabilidad.

## 12.2. Identificación de componentes esenciales

Identificar componentes esenciales no significa aislar una esencia abstracta del programa, sino especificar aquellos elementos cuya alteración probablemente cambiaría su teoría de cambio o volvería irreconocible la intervención. La literatura de fidelidad y adaptación ofrece aquí dos apoyos importantes. Gearing et al. recuerdan que la fidelidad se refiere al grado en que los componentes centrales de una intervención se entregan como fue previsto y proponen cuatro grandes componentes para su aseguramiento: diseño y protocolos, formación, monitorización de la entrega y monitorización de la recepción. Stirman et al., ya en el marco original de modificaciones de 2013, advierten explícitamente que las adaptaciones pueden ir desde ligeros cambios de terminología hasta la eliminación de componentes nucleares, y que sin una



caracterización rigurosa resulta imposible saber si una modificación preserva o compromete el programa. Desde la perspectiva de esta guía, esto implica que los componentes esenciales deben identificarse antes del pilotaje avanzado y no después, cuando el programa ya ha mutado por acumulación de ajustes locales.

Operativamente, esta guía propone reconocer como componentes esenciales aquellos que cumplen al menos una de tres condiciones. Primero, los elementos que sostienen directamente la teoría de cambio del modelo; por ejemplo, la combinación de información estructurada, alianza con familia y persona usuaria, trabajo sobre afrontamiento/comunicación y una dosis mínima que permita exposición significativa. Segundo, los elementos que definen la identidad del formato; por ejemplo, que un grupo multifamiliar siga siendo realmente multifamiliar o que un modelo altamente estructurado mantenga sus bloques nucleares de resolución de problemas o entrenamiento en comunicación. Y tercero, los elementos sin los cuales dejaría de ser razonable llamar a la intervención “programa de psicoeducación familiar” en el sentido que esta guía adopta. Esta identificación no debe hacerse por intuición retrospectiva, sino mediante revisión del modelo de referencia, discusión del equipo impulsor y explicitación documental previa. TIDieR es particularmente útil en este punto porque obliga a describir con claridad *qué* se hace, *quién* lo hace, *cómo*, *dónde*, *cuándo* y con qué intensidad, proporcionando así una base mínima para diferenciar entre núcleo y periferia.

### 12.3. Componentes adaptables y criterios de adaptación

Una vez identificados los componentes esenciales, el siguiente paso no es blindar el programa frente a todo cambio, sino delimitar qué puede adaptarse sin traicionar su lógica. Aquí el FRAME aporta una regla metodológica especialmente productiva: toda modificación debería registrarse atendiendo al momento del proceso, a si fue planificada o reactiva, a qué nivel afectó, a quién la decidió, a su propósito y a su consistencia con la fidelidad. La guía ADAPT, por su parte, parte de la idea de que adaptar intervenciones a nuevos contextos puede ser más eficiente que desarrollar otras completamente nuevas, pero exige que la adaptación se planifique, se apoye en evidencia previa, involucre a las partes interesadas y se reporte con transparencia. A partir de ambos desarrollos, esta guía considerará adaptables los componentes cuyo ajuste persiga mejorar encaje contextual, accesibilidad o viabilidad sin alterar las funciones nucleares del programa. Esto puede incluir, por ejemplo, ajustes en horarios, idioma, forma de contacto inicial, materiales complementarios, ritmo de progresión, combinación presencial-remota o algunos aspectos logísticos del formato (Stirman et al., 2019; Miller et al., 2021).

El criterio rector para decidir una adaptación no será, por tanto, si “conviene” al servicio en un sentido genérico, sino si mejora el ajuste sin comprometer la teoría de cambio, la exposición mínima o la identidad del modelo. En términos prácticos, la guía propone someter cada adaptación prevista a cuatro preguntas: qué problema intenta resolver, qué componente afecta, si modifica función o solo forma, y cómo se documentará su efecto sobre la entrega y los resultados. Cuando la modificación afecta solo a la forma de acceso o de organización y mantiene la función esencial, suele ser compatible con una adaptación razonable. Cuando altera funciones nucleares, reduce drásticamente la dosis o sustituye ingredientes centrales por otros distintos,



la modificación deja de ser una adaptación prudente y pasa a convertirse en un rediseño. Esta distinción resulta especialmente importante en servicios sometidos a limitaciones de tiempo y personal, donde la tentación de simplificar puede acabar vaciando el programa mientras se conserva su nombre.

## 12.4. Medición de la fidelidad

La fidelidad no debe concebirse como una impresión global del equipo sobre si “más o menos” se ha hecho el programa, sino como una propiedad medible del proceso de entrega. La tradición iniciada por Carroll et al. y sintetizada posteriormente por trabajos aplicados distingue varios elementos observables especialmente útiles: contenido o adherencia a lo previsto, dosis o exposición, cobertura de la población prevista, calidad de entrega, respuesta de los participantes y diferenciación del programa respecto a otras prácticas. Gearing et al. complementan esta mirada recordando que la fidelidad requiere atender no solo a la entrega, sino también al diseño, la formación y la recepción. Esta convergencia permite a la guía adoptar una postura clara: la fidelidad de un programa de psicoeducación familiar debe medirse de forma multidimensional y no solo mediante una casilla de “sesión realizada” (Hoffmann et al., 2014; Pinnock et al., 2017).

En la práctica, ello implica que el servicio debería monitorizar, como mínimo, cuatro dominios. Primero, si los componentes esenciales previstos fueron efectivamente cubiertos. Segundo, si la dosis mínima planificada se alcanzó —número de sesiones, duración y continuidad—. Tercero, con qué calidad se entregó el programa, entendiendo calidad no como perfección estilística, sino como cumplimiento competente del formato. Y cuarto, cómo respondieron familias y personas usuarias en términos de participación, continuidad y comprensión. Esta evaluación puede apoyarse en combinaciones proporcionadas de listas breves de adherencia, registros de asistencia, observación entre pares, supervisión y auto-registro estructurado. La literatura no obliga a un único método, pero sí a evitar que la fidelidad quede invisible. Cuando no se mide, las organizaciones tienden a atribuir el resultado al modelo o al contexto sin saber si lo que realmente ocurrió fue que el programa dejó de entregarse en forma reconocible.

## 12.5. Del programa local al programa replicable: documentación para la transferencia

La transferencia entre dispositivos exige un nivel de documentación mucho más alto que el necesario para el funcionamiento cotidiano de un único equipo. Aquí convergen varias tradiciones metodológicas. TIDieR se centra en describir la intervención con detalle suficiente para permitir su réplica. StaRI exige reportar con transparencia tanto la intervención como la estrategia de implementación. El FRAME-IS añade algo decisivo para este manual: también las modificaciones de las estrategias de implementación deberían documentarse sistemáticamente, indicando qué se modificó, con qué objetivo, cuándo, quién participó en la decisión y cuán extendida fue la modificación. Finalmente, FITAR recuerda que la transferibilidad depende no solo del programa en sí, sino de la descripción del contexto, la fuerza de trabajo, los sistemas organizativos y las condiciones financieras o de liderazgo en las que el programa funcionó. La implicación práctica es inequívoca: para que un programa sea replicable no basta con guardar

materiales clínicos; hay que documentar también las condiciones de su posibilidad (Hoffmann et al., 2014; Pinnock et al., 2017; Miller et al., 2021).

En esta guía, la documentación de transferencia debería contener al menos seis bloques. Primero, una descripción completa de la intervención local realmente entregada, diferenciando diseño inicial y versión finalmente implementada. Segundo, los componentes esenciales identificados y las adaptaciones planificadas autorizadas. Tercero, el modo en que se evaluó la fidelidad y qué niveles se alcanzaron. Cuarto, las modificaciones emergentes —del programa y de la estrategia de implementación— clasificadas con un sistema compatible con FRAME y FRAME-IS. Quinto, la caracterización del contexto en el que el programa funcionó: tipo de dispositivo, población, fuerza de trabajo, liderazgo, coordinación externa y condiciones logísticas. Y sexto, las decisiones de progresión y los aprendizajes de viabilidad que justificaron su consolidación. Esta documentación no debe verse como un exceso técnico, sino como la condición mínima para que otro dispositivo pueda juzgar qué parte del éxito o del fracaso pertenece al modelo, qué parte al contexto y qué parte a la forma concreta de implementarlo.

**Tabla 12.1. Elementos mínimos de documentación para la transferencia**

Bloque	Qué debe documentarse	Para qué sirve
Intervención realmente entregada	Formato, dosis, participantes, secuencia, materiales y versión final	Permite réplica reconocible del programa
Componentes esenciales	Elementos no negociables del modelo	Protege la identidad del programa
Adaptaciones planificadas	Cambios previstos, razones y límites	Facilita ajuste local sin deriva
Fidelidad alcanzada	Adherencia, dosis, calidad y respuesta de participantes	Permite juzgar si el programa existió como tal
Modificaciones emergentes	Qué cambió, cuándo, quién lo decidió y por qué	Hace visible la evolución real del programa
Contexto de implementación	Tipo de dispositivo, fuerza de trabajo, liderazgo, red y recursos	Permite valorar transferibilidad a otros entornos

La tabla resume el principio general de este capítulo: no hay replicabilidad sin trazabilidad suficiente de intervención, implementación y contexto.

## 12.6. Replicabilidad inter-dispositivos

La replicabilidad entre dispositivos no debe plantearse como un “todo o nada”. Entre un centro de rehabilitación psicosocial urbano, una unidad comunitaria con alta rotación y un recurso residencial, la misma intervención puede requerir grados distintos de adaptación aun manteniendo el mismo núcleo. FITAR resulta útil precisamente porque obliga a considerar variables de población, organización, sistemas, liderazgo, fuerza de trabajo e intervención cuando se evalúa la posibilidad de trasladar una práctica a otro contexto. La guía ADAPT converge en esa dirección al tratar la adaptación a nuevos contextos como un proceso sistemático y no



improvisado. De ello se deriva una conclusión importante para esta obra: la replicabilidad inter-dispositivos debería juzgarse siempre como una hipótesis contextualizada y no como una propiedad abstracta del programa. Un programa puede ser altamente replicable entre dispositivos con perfiles semejantes y mucho menos replicable cuando cambian drásticamente los flujos de derivación, la masa crítica de familias, la cultura organizacional o la composición profesional del equipo (Moore et al., 2021).

Por eso, esta guía propone que toda transferencia inter-dispositivos se apoye en una lectura comparativa mínima entre contexto de origen y contexto receptor. Esa comparación debería considerar, al menos, similitud de población atendida, tipo de dispositivo, composición del equipo, disponibilidad de liderazgo, circuitos de derivación, conectividad con otros recursos y condiciones de captación. Cuando la distancia entre contextos sea baja o moderada, la transferencia podrá apoyarse en adaptaciones formales menores. Cuando sea alta, será prudente tratar la experiencia como una nueva fase de adaptación y viabilidad, y no como una réplica simple. Esta recomendación no busca dificultar el escalado, sino protegerlo de extrapolaciones ingenuas. En términos prácticos, la replicabilidad inter-dispositivos no debe presumirse; debe razonarse.

## Resumen final

El capítulo ha mostrado que la replicabilidad solo puede analizarse con rigor si se abandona la falsa alternativa entre fidelidad absoluta y adaptación libre. La fidelidad protege la identidad funcional del programa; la adaptación permite su ajuste a condiciones reales; y la replicabilidad consiste precisamente en gestionar ese equilibrio de manera trazable y razonada. Para ello, se ha defendido la necesidad de identificar componentes esenciales antes de que el programa derive localmente, distinguir qué componentes son adaptables y bajo qué criterios, medir la fidelidad de manera multidimensional y documentar tanto las modificaciones del programa como las de la estrategia de implementación. También se ha subrayado que la transferencia no depende solo del programa, sino del contexto en el que funcionó y del contexto al que se quiere trasladar. La consecuencia metodológica es clara: un programa local solo se convierte en programa replicable cuando deja de depender de memoria tácita, intuición del equipo y circunstancias irrepetibles, y pasa a estar descrito, justificado y documentado con el nivel suficiente para que otro dispositivo pueda comprender qué debe conservar, qué puede ajustar y qué tendría que volver a pilotar.

## Lecturas recomendadas

Para fijar la relación entre adaptación y fidelidad, la lectura más útil sigue siendo el FRAME de Stirman, Baumann y Miller (2019), porque ofrece una taxonomía operativa de modificaciones con enorme valor práctico. Para comprender cómo clasificar modificaciones ya desde etapas más tempranas de implementación, sigue siendo muy valioso el trabajo original de Stirman et al. (2013). Para la medición de la fidelidad, Carroll et al. y la revisión de Gearing et al. siguen siendo referencias fundamentales, especialmente por la claridad con la que ordenan sus dimensiones. Cuando el interés está en documentar la intervención y su estrategia de implementación de manera replicable, TIDieR y StaRI forman una pareja especialmente productiva. Y si el problema



central es la transferibilidad a otros contextos o dispositivos, FITAR y la guía ADAPT ofrecen un marco muy útil para salir de la intuición y pasar a una valoración más sistemática del contexto.

## Puente hacia el capítulo 13

Con la replicabilidad ya analizada, el siguiente problema deja de ser si un programa puede reproducirse en otros contextos y pasa a ser si puede **sobrevivir en el tiempo**. El capítulo 13 se ocupará precisamente de esa cuestión. Allí la pregunta ya no será qué debe conservarse al transferir el programa, sino por qué tantos programas prometedores se apagan una vez termina el impulso inicial y qué condiciones organizativas, económicas y estratégicas permiten que una intervención familiar deje de ser un proyecto y se convierta en una práctica sostenida.



# 13

## Sostenibilidad

### Objetivos del capítulo

- Precisar qué debe entenderse por *sostenibilidad* en el contexto de programas de psicoeducación familiar.
- Analizar por qué programas inicialmente prometedores dejan de mantenerse en la práctica ordinaria.
- Delimitar estrategias de institucionalización compatibles con servicios reales de rehabilitación psicosocial.
- Situar la evaluación económica como una herramienta para la sostenibilidad y no como un añadido tardío.
- Proponer indicadores de seguimiento a largo plazo que permitan distinguir entre continuidad aparente y sostenimiento real.

### Resumen inicial

La sostenibilidad suele aparecer en los proyectos como una palabra tranquilizadora, casi ceremonial, que se añade al final de la planificación sin alterar nada esencial del diseño. En la práctica, ocurre lo contrario: cuando la sostenibilidad no se piensa desde el inicio, el programa suele depender del entusiasmo de unas pocas personas, de financiación transitoria o de arreglos informales que desaparecen en cuanto cambian las prioridades del servicio. La definición de [Moore et al. \(2017\)](#) sigue siendo especialmente útil porque entiende la sostenibilidad no como mera supervivencia administrativa, sino como la continuación, tras un periodo definido, de un programa o de sus estrategias de implementación, con mantenimiento del cambio de comportamiento individual o del sistema y posibilidad de adaptación continua en el tiempo. Esa formulación corrige dos errores muy frecuentes: creer que sostener equivale a repetir exactamente lo mismo, o creer que basta con que la actividad no haya desaparecido del todo. Las revisiones de [Lennox et al. \(2018\)](#) y [Shelton y Lee \(2019\)](#) refuerzan esa idea al mostrar que la sostenibilidad en salud se ha conceptualizado desde perspectivas diversas —resultado, proceso,

capacidad, normalización o resiliencia organizativa— y que ninguna organización sostiene una innovación solo por haberla puesto en marcha una vez. En el terreno de la implicación familiar en psicosis, la experiencia del programa IFIP añade una lección muy concreta: la integración sostenida depende de rutinas, cultura más favorable a la familia, coordinación interna, formación y soporte continuo, no de un único curso inicial o de una recomendación clínica bien redactada.

**Palabras clave:** *sostenibilidad; institucionalización; financiación; capacidad de sostenimiento; evaluación económica; monitorización; PSAT; NHS Sustainability Model.*

## 13.1. ¿Por qué los programas no sobreviven?

Los programas no suelen desaparecer porque hayan demostrado ser inútiles en sentido clínico estricto. Con mucha más frecuencia fracasan porque nunca llegaron a incrustarse en la organización. La revisión sistemática de [Lennox et al. \(2018\)](#) identificó una notable dispersión de enfoques sobre sostenibilidad en salud, pero también un patrón reconocible: los problemas de continuidad suelen concentrarse en la falta de alineación entre la innovación, el contexto organizativo, el liderazgo, la fuerza de trabajo y los sistemas de seguimiento. De forma convergente, [Shelton y Lee \(2019\)](#) subrayaron que una gran parte de la brecha entre evidencia y práctica se agrava en la fase de sostenimiento, precisamente porque muchas iniciativas se diseñan para arrancar, pero no para durar. En la psicoeducación familiar esto se traduce en una dinámica especialmente conocida: el programa empieza impulsado por un pequeño núcleo motivado, logra algunas primeras familias, pero no consigue pasar a ser una oferta ordinaria del servicio. Cuando se produce una baja, una reestructuración interna o una subida de presión asistencial, el programa queda relegado porque nunca había adquirido suficiente peso estructural.

A esa fragilidad general se añaden causas más concretas. La primera es la dependencia de personas clave no sustituibles. La segunda es la escasa integración en agendas, protocolos y circuitos de derivación. La tercera es la falta de financiación o de tiempo protegido una vez termina la fase de impulso. La cuarta es la ausencia de un sistema de monitorización que permita mostrar beneficios y ajustar problemas antes de que se cronifiquen. Y la quinta, especialmente relevante en salud mental, es la persistencia de culturas clínicas que siguen considerando el trabajo con familias como una actividad adicional y no como una función normal del dispositivo. El ensayo IFIP ofrece aquí una evidencia muy ilustrativa: las unidades de intervención establecieron rápidamente formación, equipos de implementación y una figura coordinadora, pero la penetración efectiva de las intervenciones familiares aumentó de manera más lenta y gradual, lo que llevó a los autores a insistir en que los cambios organizativos y procedimentales requieren tiempo para traducirse en práctica cotidiana. Además, el propio estudio destaca que cuando la implicación familiar estaba más integrada en la práctica y en la organización, las unidades se encontraban mejor equipadas para mantener el contacto con familiares incluso en un contexto tan perturbador como la pandemia. La lección es clara: la sostenibilidad no es la inercia de un programa exitoso, sino el resultado de haber transformado suficiente organización como para que el programa deje de ser frágil.

## 13.2. Estrategias de institucionalización

La institucionalización es el núcleo operativo de la sostenibilidad. No significa burocratizar una intervención hasta vaciarla, sino conseguir que deje de depender de una coyuntura excepcional y pase a estar incorporada en la lógica normal del servicio. El NHS Sustainability Model and Guide fue uno de los primeros intentos aplicados más influyentes en este terreno y sigue siendo útil porque organiza la sostenibilidad en torno a factores de proceso, personal y organización, entre ellos el seguimiento del progreso, la adaptabilidad, la formación e implicación del personal, el liderazgo clínico y directivo, la infraestructura y el encaje con metas y cultura institucional. Aunque se trata de un modelo anterior a desarrollos más recientes de la ciencia de la implementación, conserva un valor muy práctico para esta guía: obliga a mirar la sostenibilidad como una propiedad del sistema local y no solo del contenido del programa. Del mismo modo, el *Program Sustainability Assessment Tool* (PSAT) de [Luke et al. \(2014\)](#) conceptualiza la capacidad de sostenimiento en ocho dominios —entre ellos apoyo político, financiación estable, alianzas, capacidad organizativa, evaluación, adaptación y planificación estratégica—, ofreciendo una lógica de autoevaluación especialmente fértil para servicios que desean estimar su sostenibilidad antes de que aparezca el deterioro.

Trasladado al caso de los programas de psicoeducación familiar, institucionalizar implica al menos cinco movimientos. El primero es incorporar el programa a los circuitos ordinarios de detección y derivación, de manera que la entrada de familias no dependa solo del recuerdo o de la preferencia de un profesional. El segundo es reconocer formalmente responsabilidades: coordinación, cofacilitación, seguimiento y registro. El tercero es asegurar que la formación inicial se convierta en formación de mantenimiento y supervisión, porque los programas familiares se degradan rápidamente cuando se asume que basta con haber enseñado una vez el modelo. El cuarto es incrustar el programa en la documentación del servicio: agendas, procedimientos, materiales, criterios de inclusión y revisión periódica. Y el quinto es mantener una capacidad razonable de adaptación sin alterar el núcleo del programa, algo que [Moore et al. \(2017\)](#) situaban ya dentro de la propia definición de sostenibilidad. Dicho de otro modo, la institucionalización no se mide por la antigüedad nominal del programa, sino por el número de soportes organizativos que impiden que se derrumbe al primer cambio de contexto.

**Tabla 13.1. Estrategias de institucionalización prioritarias**

Eje	Pregunta clave	Traducción operativa en psicoeducación familiar
Integración en flujos de trabajo	¿El programa entra en la rutina del servicio?	Derivación sistemática, agenda definida y criterios de acceso estables
Liderazgo y responsabilidad	¿Hay quién lo sostenga más allá del arranque?	Coordinación formal, suplencia y respaldo directivo/clínico
Formación y supervisión	¿La competencia se mantiene en el tiempo?	Plan de formación continua y supervisión periódica
Infraestructura documental	¿El programa está descrito y accesible?	Manual piloto/protocolo, materiales, registros y procedimientos



Adaptación controlada	¿Puede ajustarse sin perder identidad?	Cambios documentados y compatibles con componentes esenciales
-----------------------	--	---

Esta tabla no sustituye al análisis del servicio, pero sí resume el mínimo de institucionalización sin el cual la sostenibilidad suele convertirse en mera expectativa.

### 13.3. Evaluación económica como herramienta de sostenibilidad

La evaluación económica no debe reservarse para una fase final idealizada en la que el programa ya esté completamente consolidado. En implementación, su función principal es ayudar a decidir si el esfuerzo necesario para sostener una intervención resulta asumible y justificable frente a otras alternativas. [Eisman et al. \(2019\)](#) sostienen precisamente que la evaluación económica comparativa de las estrategias de implementación proporciona información crítica para financiadores, responsables y proveedores a la hora de tomar decisiones, mientras que [Roberts et al. \(2019\)](#) mostraron que los métodos de economía de la salud siguen infrutilizados en investigación de mejora e implementación a pesar de su utilidad para clarificar costes, valor y oportunidad. Esta observación tiene especial importancia en rehabilitación psicosocial: un programa de psicoeducación familiar no se sostiene solo porque “merece la pena”, sino porque el servicio puede justificar, frente a otras demandas, el tiempo de profesionales, la formación, la coordinación, la logística y la supervisión que requiere ([Eisman et al., 2019](#)).

En esta guía, la evaluación económica vinculada a sostenibilidad se planteará de manera pragmática. No se exigirá, en una primera fase, un análisis coste-utilidad completo, pero sí una estimación razonada de costes directos de implementación y mantenimiento: horas profesionales, tiempo de coordinación, soporte formativo, espacios o plataformas, materiales y tiempo de recogida de datos. A ello debería añadirse, cuando sea posible, una lectura de costes evitados o potencialmente desplazados, como hospitalizaciones, contactos de crisis o apoyos ad hoc menos estructurados, aunque esa estimación deba formularse con prudencia en fases tempranas. El propio estudio IFIP sugiere esta dirección cuando plantea que una implementación sistemática de la implicación familiar puede constituir, globalmente, el enfoque más sostenible y coste-eficiente, aunque los autores remiten el análisis específico de costes a trabajos posteriores. La evaluación económica, por tanto, no actúa aquí como demostración final de superioridad, sino como herramienta para evitar una sostenibilidad ficticia basada en sobrecarga invisible del equipo o en costes no reconocidos.

### 13.4. Indicadores de sostenibilidad y monitorización a largo plazo

Sin indicadores de seguimiento, la sostenibilidad se convierte en una impresión subjetiva. La revisión de [Flynn et al. \(2022\)](#) sobre enfoques para evaluar sostenibilidad en intervenciones sanitarias mostró precisamente que uno de los problemas del campo es la diversidad de medidas y la dificultad para comparar resultados a largo plazo. De forma complementaria, [Luke et al.](#)



(2014) y desarrollos posteriores del PSAT recuerdan que la capacidad de sostenimiento es multidimensional y no puede inferirse solo porque la actividad continúe nominalmente. En un programa de psicoeducación familiar, por tanto, la monitorización debería combinar indicadores de continuidad, de capacidad organizativa y de resultado mantenido. La continuidad pregunta si el programa sigue activo, con qué cobertura, con qué frecuencia y con qué retención. La capacidad organizativa pregunta si siguen existiendo liderazgo, formación, derivación, documentación y soporte. El resultado mantenido pregunta si, al menos en términos generales, el programa conserva señales razonables de utilidad para familias, personas usuarias o servicio (Caci et al., 2025; Malone et al., 2021).

Desde una perspectiva práctica, esta guía recomienda un conjunto sobrio de indicadores a largo plazo. Entre los de continuidad: número de familias elegibles, invitadas, incorporadas y que completan la dosis mínima por periodo; número de grupos o ciclos realizados; continuidad del programa pese a cambios de personal. Entre los de capacidad organizativa: existencia de referente o equipo impulsor, formación de nuevos profesionales, actualización de materiales, registro de fidelidad básica y revisión periódica del programa. Entre los de resultado mantenido: tendencia en carga familiar, uso de recursos de crisis o satisfacción con apoyo recibido, seleccionando pocos dominios y sosteniéndolos en el tiempo en vez de cambiar constantemente de batería. Cuando estos indicadores se monitorizan de manera periódica, la sostenibilidad deja de ser un estado binario y pasa a entenderse como trayectoria. Esto permite, además, distinguir entre programas que siguen existiendo solo de nombre y programas que conservan suficiente vitalidad organizativa y clínica como para justificar su mantenimiento y eventual escalado.

**Tabla 13.2. Indicadores de sostenibilidad a largo plazo**

Tipo de indicador	Ejemplos recomendables	Función
Continuidad del programa	Familias invitadas, incorporadas y completadoras por periodo; número de ciclos/grupos realizados	Detectar si la oferta sigue existiendo de forma efectiva
Capacidad organizativa	Referente activo, formación de relevo, supervisión, materiales actualizados, registros operativos	Valorar si el servicio conserva condiciones de sostén
Fidelidad mantenida	Cobertura de componentes esenciales, dosis mínima, calidad básica de entrega	Evitar la degradación silenciosa del programa
Resultado mantenido	Tendencias en carga familiar, satisfacción con apoyo, uso de crisis o ingresos	Comprobar si la continuidad sigue teniendo sentido
Adaptación acumulada	Modificaciones introducidas y razones	Vigilar si la evolución sigue siendo compatible con el modelo

La utilidad de esta tabla no es convertir la sostenibilidad en un cuadro de mando exhaustivo, sino evitar que quede reducida a afirmaciones genéricas imposibles de contrastar.

## Resumen final

La sostenibilidad no es el epílogo administrativo del programa, sino la prueba más exigente de su realidad organizativa. A lo largo del capítulo se ha mostrado que un programa de psicoeducación familiar solo se sostiene cuando mantiene, tras un periodo definido, una combinación razonable de continuidad, capacidad organizativa, adaptabilidad y valor percibido. También se ha argumentado que los programas no suelen fracasar por una sola causa, sino por una acumulación de fragilidades: dependencia de personas clave, baja integración en los flujos de trabajo, financiación inestable, falta de monitorización y escasa incrustación en la cultura del servicio. Frente a ello, la institucionalización se ha presentado como el trabajo concreto de convertir el programa en parte de la organización, la evaluación económica como una herramienta para hacer visible su coste y su oportunidad de mantenimiento, y la monitorización a largo plazo como el único modo de distinguir entre continuidad aparente y sostenimiento real. En consecuencia, el problema ya no es solo si el programa puede mantenerse en un centro, sino qué condiciones permitirían extenderlo a otros sin perder su lógica ni su soporte.

## Lecturas recomendadas

Para fijar una definición sólida de sostenibilidad, la referencia más importante sigue siendo [Moore et al. \(2017\)](#), porque proporciona una formulación ampliamente aceptada y metodológicamente muy útil. Para comprender la diversidad de enfoques disponibles en salud, la revisión de [Lennox et al. \(2018\)](#) sigue siendo una lectura central. Si el interés está en la capacidad organizativa de sostenimiento, el PSAT de [Luke et al. \(2014\)](#) ofrece un instrumento especialmente fértil. Y, para aterrizar la discusión en un ejemplo próximo al campo de la implicación familiar, el ensayo IFIP y su literatura derivada son especialmente valiosos, porque muestran de manera concreta que la sostenibilidad depende de integrar formación, cultura familiarmente orientada, coordinación y rutinas organizativas.

## Puente hacia el capítulo 14

Con la sostenibilidad ya analizada, el siguiente problema deja de ser cómo mantener un programa dentro de un servicio y pasa a ser cómo **ampliarlo o transferirlo** a otros dispositivos, territorios o redes. El capítulo 14 abordará precisamente esa transición. Allí la pregunta central ya no será por qué los programas sobreviven o desaparecen, sino qué condiciones permiten pasar del piloto local o del programa sostenido a una lógica de **escalado y transferencia** sin perder calidad, fidelidad razonable ni adaptación contextual.



# 14

## Escalado y transferencia

### Objetivos del capítulo

- Precisar qué debe entenderse por *escalado* en el marco de esta guía y en qué se diferencia de la mera difusión.
- Analizar las condiciones necesarias para pasar de un programa local sostenido a un programa en red.
- Delimitar qué exige la transferencia entre comunidades autónomas en un sistema descentralizado como el español.
- Examinar el papel de las redes y comunidades de práctica en la expansión de programas familiares.
- Valorar el potencial y los límites de la tecnología como palanca de escalado.

### Resumen inicial

El escalado no empieza cuando un programa “ha salido bien” en un centro y alguien propone exportarlo a otros. Empieza antes, cuando el propio diseño local se formula de manera suficientemente explícita, documentada y evaluable como para que otro dispositivo pueda comprender qué debería conservar, qué puede adaptar y qué tendría que volver a pilotar. Greenhalgh y Papoutsis distinguen de forma especialmente útil entre *spread* y *scale-up*: difundir significa, en sentido amplio, llevar una iniciativa a otro lugar; escalar exige, además, enfrentarse a los problemas infraestructurales, organizativos y sistémicos que aparecen cuando una innovación sale del perímetro local y pretende sostenerse a mayor escala. La guía reciente de la OMS para el escalado de innovaciones en sistemas públicos de salud lleva esa intuición a un plano más operativo al presentar el escalado como un desafío de liderazgo y coordinación pública, no solo de evidencia técnica, y al proponer tres grandes aproximaciones estratégicas — hacer que ocurra, ayudar a que ocurra y crear condiciones para que ocurra— que pueden combinarse según contexto y nivel de gobierno. Desde esa perspectiva, escalar un programa de psicoeducación familiar no consiste en multiplicar copias, sino en construir capacidad sistémica para que la intervención llegue a más población, en más dispositivos, con un grado razonable de fidelidad, adaptación contextual y sostenibilidad.

**Palabras clave:** *escalado; transferencia; comunidades autónomas; comunidades de práctica; tecnología; expansión en red; capacidad sistémica; coordinación.*

## 14.1. Del piloto al programa en red: estrategias de escalado

El paso del piloto al programa en red exige abandonar una comprensión lineal del crecimiento. En el campo de la implementación, uno de los riesgos más frecuentes es interpretar el éxito local como si bastara por sí solo para autorizar la expansión. Greenhalgh y Papoutsi advierten precisamente que el escalado no es una simple operación mecánica de réplica, sino un proceso en el que intervienen lógicas diferentes —más mecanicistas, más ecológicas o sociales— según el tipo de innovación y el sistema en que se inserta. La guía de la OMS de 2026 converge con esa lectura cuando subraya que escalar innovaciones de salud pública requiere liderazgo político, visión institucional, coordinación intersectorial y una comprensión explícita de que las soluciones solo pueden sostenerse si son inclusivas, asequibles, orientadas por la demanda y ajustadas al contexto. Trasladado a esta guía, ello implica que un programa de psicoeducación familiar no debería pasar del piloto al despliegue en red únicamente porque haya mostrado señales favorables en un servicio, sino porque existen razones suficientes para pensar que puede conservar su lógica al aumentar de escala y que el sistema dispone de apoyos organizativos y políticos para sostener su expansión (WHO, 2026).

En términos operativos, pueden distinguirse tres estrategias de escalado especialmente pertinentes. La primera es el escalado directivo, en el que una autoridad sanitaria o una red organizativa define prioridades, estándares mínimos, recursos y expectativas comunes. La segunda es el escalado colaborativo, más dependiente de alianzas entre dispositivos, aprendizaje entre pares y coordinación horizontal. La tercera es el escalado habilitador, en el que el sistema crea condiciones de posibilidad —financiación, formación, herramientas, medición, soporte tecnológico, incentivos— para que los servicios adopten la innovación con mayor autonomía. La OMS propone precisamente esta triple lógica y la presenta como combinable y secuenciable, mientras que Greenhalgh y Papoutsi insisten en que el escalado exitoso suele requerir una mezcla de enfoque estratégico, sensibilidad al contexto y trabajo relacional. Para la psicoeducación familiar, eso significa que un programa difícilmente se expandirá de forma robusta si se apoya solo en mandatos descendentes sin comunidades profesionales que lo sostengan, o solo en entusiasmo local sin respaldo estructural. El crecimiento en red requiere, más bien, una combinación de dirección común y capacidad distribuida.

**Tabla 14.1. Estrategias de escalado aplicables a programas de psicoeducación familiar**

Estrategia	Pregunta clave	Ventaja principal	Riesgo principal
Directiva	¿Qué debe garantizar el sistema para que el programa se expanda?	Aporta prioridad, estandarización y masa crítica	Puede producir adopción nominal sin apropiación local



Colaborativa	¿Cómo aprenden los dispositivos unos de otros?	Favorece adaptación, legitimidad y aprendizaje horizontal	Puede avanzar con lentitud si falta coordinación formal
Habilitadora	¿Qué condiciones permiten que más servicios lo adopten?	Refuerza capacidad local sin imponer una única forma	Puede generar dispersión si no hay núcleo común claro

La tabla resume una idea central del capítulo: escalar no es elegir entre centralización y autonomía, sino combinar ambas de manera funcional para que la expansión no degrade el programa ni bloquee su adaptación razonable.

## 14.2. Transferencia entre comunidades autónomas

La transferencia entre comunidades autónomas exige una prudencia especial porque opera en un sistema donde la dirección estratégica común convive con una organización efectivamente descentralizada. El Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027 lo formula de manera muy clara: dado el reparto competencial, el papel estatal debe centrarse en la coordinación, la colaboración, la cooperación y la evaluación comparativa. Esa formulación no es una observación administrativa menor; define el marco real en el que tendría que moverse cualquier expansión interterritorial de programas de psicoeducación familiar. Si la capacidad de organización y provisión está distribuida, la transferencia entre comunidades no puede concebirse como una simple implantación en cascada desde un centro de origen. Necesita, como mínimo, un lenguaje común, una documentación comparable y mecanismos de coordinación que permitan distinguir qué pertenece al núcleo del programa y qué depende de estructuras locales de red, recursos humanos, derivación y coordinación sociosanitaria (Ministerio de Sanidad, 2025; WHO, 2026).

Desde la lógica de esta guía, la transferencia entre comunidades debería apoyarse en una secuencia mínima de trabajo. Primero, hacer explícitos los componentes esenciales del programa y la evidencia local de viabilidad, fidelidad y sostenibilidad acumulada en el contexto de origen. Segundo, comparar el dispositivo de origen con el dispositivo receptor en variables relevantes: tipo de recurso, población atendida, masa crítica de familias, composición del equipo, conectividad con otros recursos, soporte directivo y entorno normativo. Tercero, acordar adaptaciones permitidas antes del inicio, en lugar de dejar que emerjan de forma reactiva y no documentada. Y cuarto, establecer una lógica de aprendizaje compartido y evaluación comparativa que permita ver qué parte del rendimiento del programa depende del modelo y qué parte de las condiciones territoriales. El propio Plan 2025–2027, al insistir en coordinación y evaluación comparativa, ofrece un marco político favorable para este tipo de transferencia razonada. La consecuencia es importante: en España, transferir entre comunidades no debería significar “implantar igual”, sino “replicar con comparabilidad suficiente”.

## 14.3. Redes y comunidades de práctica

Las redes y comunidades de práctica constituyen una de las herramientas más prometedoras para sostener el escalado sin convertirlo en una simple imposición vertical. La revisión sistemática de [Ranmuthugala et al. \(2011\)](#) mostró ya hace más de una década que las comunidades de práctica se han promovido en sanidad como mecanismo para generar y

compartir conocimiento y mejorar el rendimiento organizativo, aunque con gran variabilidad en estructura y funcionamiento. La revisión sistemática más reciente de [Noar et al. \(2023\)](#) confirma, en un campo de evidencia todavía heterogéneo, que las comunidades de práctica en salud se utilizan con fines de intercambio, aprendizaje, mejora e implementación, aunque la base empírica sobre su eficacia siga siendo desigual. La lección más útil para esta guía es que las comunidades de práctica no deben idealizarse como solución automática, pero sí pueden funcionar como infraestructura de aprendizaje colectivo cuando el programa que se quiere expandir necesita más que una simple transferencia documental. En psicoeducación familiar, donde el programa depende de habilidades relacionales, decisiones de adaptación y resolución de problemas contextuales, esa infraestructura de aprendizaje horizontal puede resultar especialmente valiosa.

El interés de estas redes aumenta aún más cuando se consideran formatos virtuales o híbridos. La revisión exploratoria de [Shaw et al. \(2022\)](#) sobre comunidades virtuales de práctica en salud concluye que este tipo de dispositivos puede utilizarse para mejorar capacidad y competencia, especialmente cuando se busca conectar profesionales distribuidos o reducir aislamiento y dispersión del conocimiento. Esto tiene una relevancia evidente para el escalado de programas familiares en España: una red territorial o interautonómica de profesionales que comparten materiales, casos, dudas de adaptación, criterios de fidelidad y resultados de implementación puede acelerar el aprendizaje y reducir la reinención local. No obstante, la literatura también invita a la cautela. Las comunidades de práctica generan valor cuando existe una finalidad compartida, participación sostenida y traducción del intercambio a la práctica organizativa; de lo contrario, pueden convertirse en foros de intercambio con baja capacidad transformadora. En términos de esta guía, su función no sería sustituir la gobernanza del programa, sino complementarla: sostener la transferencia de conocimiento tácito y facilitar una cultura común de implementación.

## 14.4. El papel de la tecnología en el escalado

La tecnología ocupa en el escalado una posición ambivalente que conviene formular con precisión. Por un lado, ofrece una oportunidad real para ampliar acceso, reducir tiempos de espera, conectar dispositivos y sostener modalidades híbridas más compatibles con la vida cotidiana de las familias. Por otro, la evidencia disponible todavía aconseja no tratar lo digital como sustituto universal de la intervención presencial ni como solución automática a los problemas de captación y sostenibilidad. El ensayo piloto alemán de [Rus-Calafell et al. \(2024\)](#) resulta especialmente ilustrativo: evaluó un programa moderado online de 12 semanas para familiares de jóvenes con psicosis temprana, reclutó 25 participantes en un periodo breve y encontró datos que apoyaban la factibilidad, la aceptabilidad y un efecto preliminar positivo sobre algunos objetivos terapéuticos, además de subrayar la posibilidad de mejorar accesibilidad y reducir tiempos de espera. Más recientemente, la revisión sistemática de [Münchenberg et al. \(2024\)](#) sobre intervenciones digitales para cuidadores familiares de personas con primer episodio psicótico encontró que estos recursos fueron bien aceptados, que el contenido psicoeducativo fue valorado como especialmente importante y que podían mejorar variables como estrés del cuidador, emoción expresada o autoeficacia parental, aunque la evidencia siga

siendo limitada y necesite más ensayos robustos. En otras palabras, la tecnología puede actuar como palanca de escalado, pero todavía debe entenderse como complemento estratégico y no como garantía suficiente de expansión de calidad (Münchenberg et al., 2024).

Para esta guía, el papel de la tecnología en el escalado puede ordenarse en tres funciones. La primera es ampliar acceso para familias mediante formatos híbridos u online cuando barreras geográficas, logísticas o temporales dificultan el formato exclusivamente presencial. La segunda es conectar profesionales y servicios, apoyando supervisión, comunidades de práctica y revisión de casos entre dispositivos. La tercera es estandarizar parcialmente materiales y procesos, por ejemplo mediante módulos psicoeducativos, registros compartidos o recursos de apoyo complementario. Sin embargo, estas posibilidades no eliminan las exigencias básicas ya discutidas en el manual: liderazgo, preparación organizacional, documentación de adaptaciones y monitorización de fidelidad. De hecho, la propia literatura digital reciente insiste en que, aunque la tecnología puede reducir barreras y costes, su implementación efectiva sigue dependiendo de cuestiones de accesibilidad, apoyo, diseño y encaje con la práctica cotidiana. El riesgo sería usar lo digital para escalar más rápido una intervención que todavía no ha resuelto sus componentes esenciales o su estrategia de captación. El criterio de esta guía será, por tanto, deliberadamente sobrio: la tecnología es un acelerador potencial del escalado, pero no su fundamento suficiente (Münchenberg et al., 2024; WHO, 2026).

## Resumen final

El capítulo ha defendido que el escalado y la transferencia no constituyen una simple fase tardía del programa, sino una prueba de madurez metodológica y organizativa. Escalar exige distinguir entre difusión y ampliación sistémica, combinar estrategias directivas, colaborativas y habilitadoras y asumir que el crecimiento depende tanto de liderazgo y coordinación como de documentación y aprendizaje. La transferencia entre comunidades autónomas, por su parte, se ha situado en el marco real del sistema español: un espacio de competencias distribuidas en el que la expansión solo puede sostenerse mediante cooperación, colaboración y evaluación comparativa. Las comunidades de práctica se han presentado como infraestructura útil para el aprendizaje horizontal y la circulación de conocimiento tácito, siempre que no se confundan con una solución mágica. Y la tecnología se ha analizado como palanca de acceso, conexión y estandarización parcial, pero no como garantía de calidad ni de fidelidad. La consecuencia práctica es clara: un programa de psicoeducación familiar solo está preparado para escalar cuando dispone de un núcleo suficientemente definido, una base mínima de sostenibilidad y una estrategia explícita para que el crecimiento no equivalga a degradación.

## Lecturas recomendadas

Para comprender la distinción entre difusión y escalado y evitar una visión ingenuamente lineal del crecimiento, la referencia más útil sigue siendo Greenhalgh y Papoutsi (2019). Para una lectura más reciente y orientada a gobernanza pública, la guía de la OMS de 2026 ofrece un marco muy práctico sobre estrategias, roles del gobierno y procesos de escalado. En el terreno de las comunidades de práctica, la revisión sistemática de Ranmuthugala et al. (2011) sigue siendo una base excelente para entender su lógica en sanidad, mientras que Shaw et al. resulta especialmente útil cuando el interés se desplaza a formatos virtuales. Finalmente, para pensar



el papel de la tecnología en el apoyo a familias de personas con psicosis, el estudio de Rus-Calafell et al. y la revisión de [Münchenberg et al. \(2024\)](#) ofrecen una combinación especialmente fértil entre factibilidad local y síntesis de evidencia reciente.

## Puente hacia el capítulo 15

Con el recorrido completo —evidencia, implementación, contexto, preparación, diseño, viabilidad, evaluación, replicabilidad, sostenibilidad y escalado— ya desarrollado, el siguiente paso no consiste en añadir más marco conceptual, sino en ofrecer al lector un conjunto de herramientas utilizables. El capítulo 15 recogerá precisamente ese nivel instrumental: plantillas, fichas comparativas, árboles de decisión, instrumentos de preparación, estructuras de informe y recursos que permitan traducir el contenido analítico de la guía a operaciones de trabajo concretas dentro de los servicios.



# 15

## Caja de herramientas

### Objetivos del capítulo

- Reunir en un único capítulo los instrumentos y plantillas más útiles para pasar del análisis a la operación.
- Ofrecer criterios de selección de herramientas compatibles con la práctica real de los servicios.
- Proporcionar estructuras mínimas de trabajo para preparación, diseño, viabilidad, evaluación, sostenibilidad y escalado.
- Estandarizar la comparación entre modelos y la toma de decisiones sin invadir el terreno operativo del Protocolo.
- Facilitar la transferibilidad del manual a contextos distintos mediante formatos comunes de documentación.

### Resumen inicial

La utilidad de una guía como esta depende, en último término, de su capacidad para traducir marcos conceptuales y criterios metodológicos a operaciones de trabajo suficientemente claras. Esa traducción no debe hacerse a costa de convertir el manual en un repertorio desordenado de formularios. Debe hacerse, más bien, seleccionando herramientas con una función precisa y encajándolas en el recorrido ya construido: preparación, diseño, viabilidad, evaluación, replicabilidad, sostenibilidad y escalado. La literatura de implementación ofrece aquí un conjunto especialmente valioso de instrumentos y guías. El ORIC fue desarrollado para medir la disposición compartida de una organización a implementar un cambio, centrado en el compromiso con el cambio (*change commitment*) y la eficacia para el cambio (*change efficacy*); la Escala de Liderazgo para la Implementación (*Implementation Leadership Scale, ILS*) permite valorar liderazgo proactivo, conocedor, de apoyo y perseverante; la Escala de Clima de Implementación (*Implementation Climate Scale, ICS*) mide hasta qué punto el contexto organizativo prioriza y respalda las prácticas basadas en la evidencia; y la Herramienta de

Evaluación de la Sostenibilidad de Programas (*Program Sustainability Assessment Tool*, PSAT) organiza la capacidad de sostenimiento en ocho dominios. A ello se añaden herramientas de documentación como TIDieR, StaRI y FRAME-IS, que ayudan a describir intervenciones, estrategias de implementación y modificaciones con la precisión suficiente para evaluación y transferencia. Este capítulo no reproduce esas herramientas íntegramente, sino que las articula en un sistema de uso adaptado a los programas de psicoeducación familiar en rehabilitación psicosocial.

**Palabras clave:** ORIC; ILS; ICS; PSAT; TIDieR; StaRI; FRAME-IS; plantillas; árboles de decisión.

## 15.1. Instrumentos de evaluación de preparación organizacional

La primera familia de herramientas útiles para esta guía es la que permite valorar la preparación organizacional antes de iniciar o consolidar el pilotaje. La Disposición Organizacional para Implementar el Cambio (*Organizational Readiness for Implementing Change*, ORIC) resulta especialmente apropiada porque fue diseñada como una medida breve de disposición organizativa al cambio y se apoya en la teoría de la disposición organizacional al cambio (*readiness*) de Weiner (2017), distinguiendo el compromiso con el cambio y la creencia compartida en la capacidad para ejecutarlo. La Escala de Liderazgo para la Implementación (*Implementation Leadership Scale*, ILS) complementa esa mirada centrándose en comportamientos del liderazgo vinculados específicamente a la implementación de prácticas basadas en la evidencia, mientras que la Escala de Clima de Implementación (*Implementation Climate Scale*, ICS) evalúa la percepción compartida de que la organización espera, apoya y valora el uso de tales prácticas; en su formulación original, esta última incluye 18 ítems distribuidos en seis dimensiones. En conjunto, estos instrumentos permiten responder a una pregunta que el análisis meramente narrativo no resuelve bien: si el servicio está preparado no solo porque "quiere" implementar el programa, sino porque existe una base mínima de liderazgo, clima y eficacia colectiva para sostenerlo (Weiner, 2009; Shea et al., 2014; Aarons et al., 2014; Ehrhart et al., 2014).

En esta guía, el uso recomendado de estos instrumentos será complementario y no competitivo. El ORIC puede utilizarse como medida breve de preparación percibida del equipo antes del pilotaje. La ILS puede aplicarse cuando el problema principal no sea la motivación general del servicio, sino la calidad del liderazgo de implementación. La ICS resulta especialmente valiosa cuando la duda recae sobre si la práctica basada en la evidencia cuenta realmente con un clima organizativo favorable o solo con apoyos declarativos. Como criterio de parsimonia, no se recomienda aplicar todos los instrumentos por defecto en cualquier contexto. Lo más útil suele ser seleccionar uno nuclear para la disposición global (*readiness*) y otro para liderazgo o clima según la incertidumbre dominante. Esa selección debe hacerse en función del problema del servicio, no de la disponibilidad del cuestionario.

**Tabla 15.1. Instrumentos recomendados para preparación organizacional**



Instrumento	Qué evalúa	Uso más recomendable en esta guía	Ventaja principal	Precaución de uso
ORIC	Compromiso con el cambio y eficacia colectiva	Fase inicial de valoración de readiness	Breve y directamente alineado con la teoría de readiness	No sustituye al análisis organizativo cualitativo
ILS	Liderazgo proactivo, conector, de apoyo y perseverante	Cuando el liderazgo es una incertidumbre central	Permite objetivar un factor habitualmente implícito	No capta por sí solo clima ni estructura
ICS	Clima de implementación y apoyo organizativo a prácticas basadas en evidencia	Cuando interesa saber si el servicio realmente prioriza la práctica	Hace visible el contexto percibido por el equipo	Requiere interpretación ligada al contexto local
PSAT	Capacidad de sostenimiento en ocho dominios	Útil desde preparación avanzada o fase de consolidación	Conecta preparación con sostenibilidad	Puede resultar prematuro si el programa ni siquiera ha arrancado

*Tabla propuesta por esta guía a partir de instrumentos y dominios ya descritos en capítulos previos.*

## 15.2. Plantillas de diseño del programa

Una vez valorada la preparación, la siguiente necesidad instrumental no es una ficha de sesión detallada, sino una estructura que obligue al servicio a fijar con claridad qué va a pilotar. TIDieR fue desarrollado precisamente para mejorar la descripción de las intervenciones, y StaRI introdujo la idea de que en los estudios de implementación deben describirse en paralelo la intervención clínica y la estrategia de implementación. Estos dos desarrollos son especialmente útiles para este manual porque impiden una de las derivas más frecuentes en los programas familiares: describir bien el contenido clínico, pero dejar borrosa la forma en que el servicio piensa introducirlo, sostenerlo y adaptarlo localmente. Por eso, las plantillas de diseño del programa que propone esta guía están organizadas en dos capas: una plantilla de intervención y una plantilla de implementación local (Hoffmann et al., 2014; Pinnock et al., 2017).

La plantilla de intervención debería recoger, como mínimo, modelo de referencia, población diana, objetivos del programa, formato, dosis mínima, componentes esenciales, adaptaciones previstas y criterios de exclusión. La plantilla de implementación local debería recoger liderazgo, circuito de derivación, estrategia de captación, soporte organizativo, monitorización básica y riesgos previsibles. El valor de esta separación es metodológico: permite que el servicio no confunda el diseño del programa con la manera concreta de hacerlo posible. Además, facilita que la futura evaluación pueda distinguir entre problemas del modelo y problemas de

implementación. Esta guía propone, por tanto, que ningún programa pase a fase de viabilidad sin haber completado ambas plantillas con un grado suficiente de especificidad.

**Tabla 15.2. Plantilla mínima de diseño del programa**

Bloque	Pregunta que debe responder
Modelo de referencia	¿Qué modelo se toma como base y por qué?
Población diana	¿A quién se dirige exactamente el programa?
Objetivos del programa	¿Qué pretende cambiar o mejorar el programa?
Formato y dosis	¿Será unifamiliar, multifamiliar o híbrido, con qué número mínimo de sesiones y duración?
Componentes esenciales	¿Qué elementos no deberían alterarse sin decisión explícita?
Adaptaciones previstas	¿Qué ajustes locales se introducirán desde el inicio y por qué?
Estrategia de implementación	¿Cómo se derivará, captará y sostendrá el programa en el servicio?
Monitorización mínima	¿Qué se registrará desde el primer momento para evaluar exposición y fidelidad básica?

*Plantilla propuesta por esta guía para uso previo al Protocolo expuesto en el siguiente volumen.*

### 15.3. Instrumentos para el estudio de viabilidad

La fase de viabilidad requiere herramientas propias porque, como recuerda la guía de Pearson et al., los estudios piloto y de factibilidad para ensayos de implementación existen para resolver incertidumbres de diseño, método y estrategia antes de un estudio mayor. En ese marco, un programa no necesita todavía una batería confirmatoria completa, pero sí un conjunto mínimo de instrumentos que permitan responder a preguntas sobre aceptabilidad, demanda, practicabilidad, fidelidad alcanzable y criterios de progresión. FRAME-IS añade aquí una pieza importante: también las modificaciones de las estrategias de implementación deberían documentarse de forma sistemática, indicando qué cambió, por qué, cuándo y con qué amplitud. Para esta guía, eso significa que la caja de herramientas de viabilidad no puede reducirse a un formulario final de satisfacción; debe incluir, al menos, un lista de verificación de viabilidad, una matriz de progresión y una plantilla breve de informe final (Pearson et al., 2020; Miller et al., 2021).

El *lista de verificación* de viabilidad debería revisar si la configuración local del programa quedó clara, si la captación fue suficiente para el formato previsto, si la exposición efectiva alcanzó la dosis mínima, si los componentes esenciales se entregaron de manera reconocible y si el programa generó incidencias o modificaciones relevantes. La matriz de progresión debería traducir esos hallazgos a una decisión explícita: continuar, ajustar y re-pilotar o no continuar. Finalmente, la plantilla breve de informe debería obligar a sintetizar objeto del piloto, diseño usado, participantes, resultados de implementación, modificaciones relevantes y

recomendación final. El principio rector es sencillo: la viabilidad debe terminar en una decisión razonada, no en una acumulación de observaciones sueltas.

**Tabla 15.3. Herramientas mínimas para el estudio de viabilidad**

Herramienta	Función	Contenido básico
Lista de verificación de viabilidad	Revisar si el piloto produjo la información mínima necesaria	Captación, exposición, fidelidad, incidencias, aceptabilidad
Matriz de progresión	Traducir hallazgos a decisión	Go / ajustar y re-pilotar / no-go
Registro de modificaciones	Documentar cambios en programa o estrategia	Qué cambió, cuándo, por qué, quién lo decidió
Informe breve de viabilidad	Consolidar aprendizaje y preparar la decisión siguiente	Resumen del piloto, hallazgos clave y recomendación

*Estructura propuesta por esta guía, alineada con el uso pragmático de estudios de viabilidad en implementación.*

## 15.4. Fichas comparativas de modelos

Las fichas comparativas tienen una función distinta a la del capítulo 4. Allí el objetivo era analizar los principales modelos del campo; aquí el objetivo es ofrecer una estructura estandarizada para compararlos rápidamente en el momento de la decisión. La necesidad de estas fichas deriva de un principio metodológico ya discutido: la elección de modelo no debería hacerse por prestigio histórico ni por afinidad subjetiva del equipo, sino por ajuste entre evidencia, recursos, competencias, población atendida y capacidad de sostener el formato. Para que esa comparación sea realmente utilizable, esta guía propone una ficha breve por modelo con los mismos apartados en todos los casos. Esa estandarización es coherente con el espíritu de TIDieR, que precisamente insistió en hacer visible de forma ordenada qué es una intervención y cómo se entrega.

Cada ficha comparativa debería incluir, como mínimo, modelo de referencia, formato dominante, duración mínima razonable, componentes esenciales, exigencia competencial del equipo, masa crítica requerida, ventajas principales, riesgos previsibles de implementación y grado de adaptabilidad local. Lo importante no es producir fichas exhaustivas, sino hacer comparables dimensiones que a menudo se discuten de forma dispersa. De este modo, el equipo puede comparar modelos desde una lógica de decisión y no solo desde una lógica histórico-descriptiva.

**Tabla 15.4. Plantilla de ficha comparativa de modelos**

Campo	Qué debe consignarse
Nombre del modelo	Denominación principal y referencia
Formato dominante	Unifamiliar, multifamiliar o híbrido



Dosis mínima	Duración y número mínimo de sesiones razonables
Componentes esenciales	Ingredientes que definen la identidad del modelo
Exigencia competencial	Nivel de formación y supervisión requeridos
Requisitos organizativos	Sala, agenda, cofacilitación, derivación, masa crítica
Ventajas estratégicas	Fortalezas del modelo para el contexto local
Riesgos de implementación	Puntos de fallo previsibles
Grado de adaptabilidad	Áreas flexibles y áreas que no deberían alterarse

*Plantilla propuesta por esta guía para apoyar la selección de modelo.*

## 15.5. Plantillas de planificación: plan de evaluación, plan de sostenibilidad y plan de escalado

La planificación posterior al diseño inicial necesita herramientas distintas según la fase. Para sostenibilidad, el PSAT ofrece un punto de apoyo especialmente útil porque organiza la capacidad de sostenimiento en ocho dominios y puede utilizarse para identificar fortalezas y áreas de desarrollo de un programa. El modelo de sostenibilidad del NHS, por su parte, fue concebido como una herramienta diagnóstica para identificar fortalezas y debilidades de un plan de implementación y estimar la probabilidad de sostenimiento a partir de diez factores relacionados con proceso, personal y organización. Y la guía de la OMS de 2026 para escalar innovaciones en sistemas públicos de salud propone tres enfoques estratégicos —directivo, colaborativo y habilitador—, además de procesos de explorar, adaptar y aprender. A partir de esos marcos, esta guía propone tres plantillas diferenciadas: plan de evaluación, plan de sostenibilidad y plan de escalado (Luke et al., 2014; WHO, 2026).

El plan de evaluación debería obligar a fijar dominios, informantes, instrumentos, periodicidad, responsables y uso previsto de los datos. El plan de sostenibilidad debería recoger liderazgo, recursos, formación de relevo, revisión periódica, financiación funcional y riesgos de discontinuidad. El plan de escalado debería especificar contexto de origen, contexto receptor, componentes esenciales, adaptaciones permitidas, soporte requerido y estrategia predominante de expansión. La ventaja de separar estos planes es metodológica: evita que evaluación, sostenimiento y crecimiento queden subsumidos en un único apartado genérico de “seguimiento”, que en la práctica suele significar demasiado poco.

**Tabla 15.5. Contenidos mínimos de las plantillas de planificación**

Plan	Contenidos mínimos
Plan de evaluación	Resultados a medir, instrumentos, periodicidad, responsables, sistema de registro y uso de datos
Plan de sostenibilidad	Liderazgo, formación continua, relevo, recursos mínimos, monitorización y riesgos de discontinuidad



Plan de escalado	Contexto de origen, condiciones mínimas de transferencia, adaptaciones permitidas, soporte central y sistema de aprendizaje compartido
------------------	--

*Plantillas propuestas por esta guía como estructuras mínimas de trabajo.*

## 15.6. Árboles de decisión

Los árboles de decisión tienen aquí una función de clarificación secuencial y no de automatización ciega del juicio profesional. Su utilidad radica en que convierten en preguntas ordenadas lo que, de otro modo, suele resolverse mediante impresiones dispersas del equipo. En esta guía se proponen tres árboles mínimos. El primero es el árbol de preparación, que parte de la pregunta de si existen liderazgo, equipo impulsor, formación mínima, vía de derivación y condiciones organizativas suficientes; si fallan varios nodos críticos, la recomendación no debería ser iniciar el piloto. El segundo es el árbol de selección de modelo, que obliga a cruzar masa crítica de familias, formato sostenible, competencias del equipo y exigencia del modelo antes de decidir. El tercero es el árbol de progresión, que traduce los hallazgos del estudio de viabilidad a una salida explícita: continuar, ajustar y re-pilotar o no continuar. La lógica de estos árboles está alineada con la exigencia metodológica de fijar criterios de decisión por adelantado, tal como recomiendan las guías de viabilidad en implementación.

Aunque estos árboles son propuestos por esta guía y no derivados de un instrumento único preexistente, su estructura se inspira directamente en el principio compartido por ORIC, TIDieR, StaRI, FRAME-IS y la literatura sobre viabilidad: no avanzar de fase sin haber clarificado suficientemente el objeto, el contexto, la estrategia y la decisión posterior. Por eso, deben usarse como apoyo a la deliberación del equipo y no como sustituto de esa deliberación. Un árbol de decisión es útil cuando obliga a explicitar los supuestos de la decisión; deja de serlo cuando se usa para simplificar problemas que siguen necesitando juicio contextual (Hoffmann et al., 2014; Pinnock et al., 2017; Miller et al., 2021).

**Tabla 15.6. Árboles de decisión propuestos en esta guía**

Árbol	Pregunta de partida	Resultado esperado
Preparación	¿Estamos realmente en condiciones de pilotar?	Iniciar, reforzar preparación o aplazar
Selección de modelo	¿Qué modelo se ajusta mejor a recursos, competencias y población?	Modelo recomendado o necesidad de rediseño
Progresión	¿Qué debe hacerse tras el estudio de viabilidad?	Go / ajustar y re-pilotar / no-go

## Resumen final

Este capítulo ha reunido las herramientas mínimas necesarias para que la guía no termine en un plano exclusivamente analítico. Se ha mostrado que la evaluación de preparación puede apoyarse en instrumentos como ORIC, ILS, ICS y PSAT; que el diseño del programa necesita



plantillas separadas para intervención e implementación local; que la viabilidad requiere *listas de verificación*, matrices de progresión y registros de modificaciones; que la comparación entre modelos mejora cuando se estandariza en fichas homogéneas; que evaluación, sostenibilidad y escalado exigen planes diferenciados; y que los árboles de decisión ayudan a ordenar el paso entre fases siempre que no sustituyan al juicio contextual del equipo. El principio que atraviesa toda la caja de herramientas es el mismo que ha recorrido el manual: hacer visible lo que de otro modo quedaría tácito, disperso o dependiente de la memoria del equipo. Solo así la decisión, la implementación y la transferencia dejan de ser cuestiones personales y pasan a ser procesos razonados y documentables.

## Lecturas recomendadas

Para instrumentos de preparación organizacional, las referencias más útiles siguen siendo Shea et al. para ORIC, Aarons et al. para ILS y Ehrhart et al. para ICS, porque proporcionan el fundamento psicométrico y conceptual de los tres instrumentos. Para sostenibilidad, el PSAT y el *Sustainability Model* del NHS siguen siendo especialmente fecundos por su valor diagnóstico y su orientación aplicada. En el plano de la documentación de intervenciones y estrategias, TIDieR, StaRI y FRAME-IS constituyen un tríptico especialmente valioso porque obligan a describir con precisión intervención, implementación y modificaciones. Finalmente, para escalado, la guía de la OMS de 2026 ofrece un marco reciente y muy utilizable para pensar cómo pasar de pilotos prometedores a despliegues sistémicos sin perder de vista adaptación, aprendizaje y gobernanza pública.

## Cierre del cuerpo principal del manual

Con este capítulo se cierra el recorrido central de la guía. A partir de aquí, el trabajo del lector ya no consistirá en buscar nuevos marcos conceptuales, sino en utilizar las herramientas presentadas para diagnosticar, decidir, pilotar, evaluar, sostener y eventualmente transferir un programa de psicoeducación familiar en su propio contexto. Los anexos que siguen cumplen precisamente esa función de apoyo complementario: ampliar bibliografía, reunir recursos formativos, ordenar experiencias, consolidar un glosario y ofrecer un índice utilizable de tablas, figuras y herramientas.



# Listado de referencias bibliográficas

Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The Implementation Leadership Scale (ILS): Development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science*, 9, 45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45>

Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>

Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Pérez-Iglesias, R., Rodríguez-Cano, E., Crespo-Facorro, B., Vázquez-Bourgon, J., Bobes-Bascarán, T., Santos, J. L., Flórez, G., Sánchez-Juan, P., Julio, C., Alcaraz, C., Peireiro, C., Durán, A., & Bobes, J. (2016). Psychometric properties of a Spanish version of the Schizophrenia Objective Functioning Instrument (Sp-SOFI). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.004>

Ali, S., Tallent, J., Sambrook, H., MacInnes, D., & Kinane, C. (2024). Effectiveness of psychological interventions for carers of patients with severe mental illness (SMI): A systematic review. *BMJ Open*, 14, e086149. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086149>

- Anderson, C. M. (1983). A psychoeducational model of family treatment for schizophrenia. En E. H. Stierlin, L. C. Wynne, & M. Wirsching (Eds.), *Psychosocial intervention in schizophrenia* (pp. 227-235). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-68966-6\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-642-68966-6_22)
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, *6*(3), 490-505. <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Arraras, J. I., Urdániz, J. I., Illarramendi, J. J., Manterola, A., Salgado, E., Domínguez, M. A., Vega, F., & Vera, R. (2019). The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) questionnaire: A validation study with Spanish schizophrenia spectrum outpatients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *47*(3), 97-109.
- Avery, K. N. L., Williamson, P. R., Gamble, C., O'Connell Francischetto, E., Metcalfe, C., Davidson, P., Williams, H., & Blazeby, J. M. (2017). Informing efficient randomised controlled trials: Exploration of challenges in developing progression criteria for internal pilot studies. *BMJ Open*, *7*(2), e013537. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013537>
- Baena Ruiz, E., Fernández Fernández, J. A., & Sánchez Padilla, J. A. (Eds.). (2020). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. FEARP.
- Barrowclough, C., & Tarrrier, N. (1984). Psychosocial interventions with families and their effects on the course of schizophrenia: A review. *Psychological Medicine*, *14*(3), 629-642. <https://doi.org/10.1017/S0033291700015233>

- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2019). Towards greater understanding of implementation during systematic reviews of complex healthcare interventions: The framework for implementation transferability applicability reporting (FITAR). *BMC Medical Research Methodology*, *19*, 80. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0723-y>
- Blanche, E. I., Fogelberg, D., Díaz, J., Carlson, M. E., & Clark, F. A. (2011). Manualization of occupational therapy interventions: Illustrations from the Pressure Ulcer Prevention Research Program. *American Journal of Occupational Therapy*, *65*(6), 711-719. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001172>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, *36*(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- British Psychological Society. (2021). *Family interventions in psychosis: Guidelines for psychologists and practitioners supporting families and social networks*. British Psychological Society.
- Caci, L., Nyantakyi, E., Blum, K., Sonpar, A., Schultes, M.-T., Albers, B., & Clack, L. (2025). Organizational readiness for change: A systematic review of the healthcare literature. *Implementation Research and Practice*, *6*, 26334895251334536. <https://doi.org/10.1177/26334895251334536>
- Calvo, A., Moreno, M., Ruiz-Sancho, A., Rapado-Castro, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Arango, C., & Mayoral, M. (2014). Intervention for adolescents with

early-onset psychosis and their families: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(6), 688-696.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.004>

Calvo, A., Moreno, M., Ruiz-Sancho, A., Rapado-Castro, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Arango, C., & Mayoral, M. (2015). Psychoeducational group intervention for adolescents with psychosis and their families: A two-year follow-up.

*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(12), 984-

990. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.09.018>

Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Palma-Faúndez, C. (2011). Caregivers of patients with schizophrenia: How much they know and learn after a psychoeducational intervention. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2468-2476.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.482>

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2, 40.

<https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>

Chien, W. T., Ma, D. C. F., & Bressington, D. (2024). Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(10), CD013541.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013541.pub2>

Cohen, A. N., Drapalski, A. L., Glynn, S. M., Medoff, D., Fang, L. J., Brown, C. H., Dixon, L. B., & Lucksted, A. (2013). Preferences for family involvement in care among

consumers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 257-263.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200176>

Curran, G. M. (2020). Implementation science made too simple: A teaching tool. *Implementation Science Communications*, 1, 27. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00001-z>

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. C. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17, 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>

Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10), e006108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108>

Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., & Farahnak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: The development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science*, 9, 157. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0157-1>

Eisman, A. B., Horn, M. L., Farris, R., Yano, E. M., & Wiltsey Stirman, S. (2019). Economic evaluation in implementation science: Making the business case for implementation strategies. *Psychiatry Research*, 283, 112433.

Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., Lancaster, G. A., & on behalf of the PAFS consensus group. (2016). CONSORT 2010



statement: Extension to randomised pilot and feasibility trials. *BMJ*, 355, i5239.

<https://doi.org/10.1136/bmj.i5239>

Flynn, R., Stevens, B., Bains, A., Kennedy, M., & Scott, S. D. (2022). Identifying existing approaches used to evaluate the sustainability of evidence-based interventions in healthcare: An integrative review. *Systematic Reviews*, 11(1), 221.

<https://doi.org/10.1186/s13643-022-02093-1>

García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousoño, M., Bascarán, M. T., Guzmán-Quilo, C., Bobes-Bascarán, T., & Bobes, J. (2011). Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 9-18.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.11.003>

Gearing, R. E., El-Bassel, N., Ghesquiere, A., Baldwin, S., Gillies, J., & Ngeow, E. (2011). Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 79-

88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.007>

Giron, M., Fernández-Yáñez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., & Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40(1), 73-

84. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006126>

Girón, M., Nova-Fernández, F., Mañá-Alvarenga, S., Nolasco, A., Molina-Habas, A., Fernández-Yáñez, A., Tabarés-Seisdedos, R., & Gómez-Beneyto, M. (2015). How

does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 379–

387. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0942-9>

Glasgow, R. E., & Estabrooks, P. E. (2018). Pragmatic applications of RE-AIM for health care initiatives in community and clinical settings. *Preventing Chronic Disease*, 15, E02. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170271>

Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health*, 7, 64. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>

Gleeson, J. F. M., Ludwig, K., Stiles, B. J., Piantella, S., McNab, C., Cotton, S., Fraser, M. I., Alvarez-Jimenez, M., Watson, A., Fraser, E., & Penn, D. L. (2025). Systematic review and meta-analysis of family-based interventions for early psychosis: Carer and patient outcomes. *Schizophrenia Research*, 276, 57-78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.01.006>

Gonçalves-Pereira, M., González-Fraile, E., Santos-Zorrozúa, B., Martín-Carrasco, M., Fernández-Catalina, P., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2017). Assessment of the consequences of caregiving in psychosis:

A psychometric comparison of the Zarit Burden Interview (ZBI) and the Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ). *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 63. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0626-8>

Gonzales, L., Kois, L. E., Chen, C., López-Aybar, L., McCullough, B., & McLaughlin, K. J. (2022). Reliability of the term serious mental illness: A systematic review. *Psychiatric Services*, 73(11), 1255-1262. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100661>

Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *BMJ*, 365, l2068. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2068>

Guideline Development Group of the Clinical Practice Guideline on Psychosocial Interventions in Severe Mental Illness. (2009). Clinical practice guideline on psychosocial interventions in severe mental illness. Aragon Health Sciences Institute (I+CS).

Gutiérrez-Maldonado, J., & Caqueo-Úrizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16(5), 739-747. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9173-9>

Hansson, K. M., Weimand, B., Ruud, T., Romøren, M., & Hestmark, L. (2022). Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres: A nested qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22, 1313. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08489-y>



Harvey, C. (2018). Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. *BJPsych Advances*, 24(1), 9-19.

<https://doi.org/10.1192/bja.2017.4>

Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11, 33. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>

Herbert, E., Julious, S. A., Goodacre, S., & Thorn, J. (2019). Progression criteria in trials with an internal pilot: An audit of publicly funded randomised controlled trials. *Trials*, 20, 493. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3578-y>

Hestmark, L., Romøren, M., Heiervang, K. S., Hansson, K. M., Ruud, T., Šaltytė Benth, J., Norheim, I., Weimand, B., & Pedersen, R. (2023). Implementation of Guidelines on Family Involvement for Persons with Psychotic Disorders (IFIP): A cluster randomised controlled trial. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(3), 520-533.

<https://doi.org/10.1007/s10488-023-01255-0>

Higuera Romero, J., & Ramírez Ruiz, R. M. (2011). Implementación de programas de psicoeducación familiar en la práctica clínica: Análisis de una experiencia. *Apuntes de Psicología*, 29(1), 71-85.

Hode, Y., Padovani, R., Hikmat, W., Guillard-Bouhet, N., Attal, J., Bralet, M.-C., Biotteau, M., Chereau Boudet, I., Canceil, O., Montagne Larmurier, A., Roussel, C., Lemestré, S., & Willard, D. (2024). Family psychoeducation in schizophrenia and

- schizophrenia related disorder, treatment compliance, and suicidal risk reduction: Questions about their relationship from a naturalistic observation. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1370566. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1370566>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7), 633-642. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800070019003>
- Jacobs, S. R., Weiner, B. J., & Bunger, A. C. (2014). Context matters: Measuring implementation climate among individuals and groups. *Implementation Science*, 9, 46. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-46>
- Katsuki, F., Watanabe, N., Yamada, A., & Hasegawa, T. (2022). Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 8(5), 148. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.543>
- Keegan, C., Brown, K. and Gaynor, K. (2025), A Systematic Review Exploring the Relationship Between Family Factors and Symptom Severity, Relapse and Social or

- Occupational Functioning in First-Episode Psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 19: e13643. <https://doi.org/10.1111/eip.13643>
- Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, 21(1), 96-123. <https://doi.org/10.1002/wps.20940>
- Kim, S.-H., & Park, S. (2023). Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 1598-1615. <https://doi.org/10.1111/inm.13198>
- Krasny-Pacini, A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(3), 164-179. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leff, J. (2000). Family work for schizophrenia: Practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 407), 78-82. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00013.x>

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R., & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, *141*, 121-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.2.121>

Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: A systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, *13*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4>

Levrat, V., Favre, S., & Richard-Lepouriel, H. (2024). Current practices of psychoeducation interventions with persons with bipolar disorders: A literature review. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1320654. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1320654>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (2003, 29 de mayo). Boletín Oficial del Estado, núm. 128. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006, 15 de diciembre). Boletín Oficial del Estado, núm. 299. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, *21*(1), 161-165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>

Luke, D. A., Calhoun, A., Robichaux, C. B., Elliott, M. B., & Moreland-Russell, S. (2014). The Program Sustainability Assessment Tool: A new instrument for public



health programs. *Preventing Chronic Disease*, 11, 130184.

<https://doi.org/10.5888/pcd11.130184>

Maher, L., Gustafson, D., & Evans, A. (2010). NHS Sustainability Model and Guide. NHS Institute for Innovation and Improvement.

Malone, S., Prewitt, K., Hackett, R., Lin, J. C., McKay, V., Walsh-Bailey, C., & Luke, D. A. (2021). The Clinical Sustainability Assessment Tool: Measuring organizational capacity to promote sustainability in healthcare. *Implementation Science Communications*, 2(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00181-2>

Martínez-Martínez, C., Richart-Martínez, M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Operational definition of serious mental illness: Heterogeneity in a review of the research on quality-of-life interventions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(3), 229-244. <https://doi.org/10.1177/1078390320902823>

May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., Gask, L., MacFarlane, A., Murray, E., Rapley, T., Rogers, A., Treweek, S., Wallace, P., Anderson, G., Burns, J., Heaven, B., & Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science*, 4, 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>

Mayoral, F., Torres-González, F., Gutiérrez-Recacha, P., Navas, P., García, I., & Barbeito, S. (2015). Efficacy of a family intervention programme for prevention of hospitalisation in patients with schizophrenia: A naturalistic multicenter controlled and randomised study in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(2), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.07.001>

- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x>
- Mellor, K., Albury, C., Dutton, S. J., Eldridge, S., & Hopewell, S. (2023). Recommendations for progression criteria during external randomised pilot trial design, conduct, analysis and reporting. *Pilot and Feasibility Studies*, 9, 59. <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01291-5>
- Mellor, K., Eddy, S., Peckham, N., Dutton, S. J., Torgerson, D., Burton, A., Eldridge, S., & Hopewell, S. (2021). Progression from external pilot to definitive randomised controlled trial: A methodological review of progression criteria reporting. *BMJ Open*, 11, e048178. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048178>
- Méndez, A., Orta, E., & Peñate, W. (2004). Primeros datos de validación de una escala para evaluar la emoción expresada (EEE). *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(132), 591–621.
- Miller, C. J., Barnett, M. L., Baumann, A. A., Gutner, C. A., & Wiltsey Stirman, S. (2021). The FRAME-IS: A framework for documenting modifications to implementation strategies in healthcare. *Implementation Science*, 16, 36. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01105-3>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria. (2007). Salud mental: Organización y dispositivos. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD\\_MENTAL\\_ORGANIZACION\\_Y\\_DISPOSITIVOS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SALUD_MENTAL_ORGANIZACION_Y_DISPOSITIVOS.pdf)

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010a). Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010b). Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: Resumen. [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Resumen\\_Evaluacion.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Resumen_Evaluacion.pdf)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Instituto de Información Sanitaria. (2010). Atención a la salud mental: Organización en las comunidades autónomas. Dispositivos de atención a la salud mental y recursos humanos. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_Mental\\_y\\_Dispositivos-2010.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion_a_la_Salud_Mental_y_Dispositivos-2010.pdf)

Ministerio de Sanidad. (2022a). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. [https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236\\_estrategia\\_de\\_salud\\_mental\\_del\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_2022-2026.pdf](https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf)

Ministerio de Sanidad. (2022b). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN\\_ACCION\\_SALUD\\_MENTAL\\_2022-2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf)

Ministerio de Sanidad. (2025a). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2024. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Ministerio de Sanidad. (2025b). Plan de acción de salud mental 2025-2027.

[https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan\\_accion\\_salud\\_mental\\_2025\\_27.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf)

Ministerio de Sanidad. (2025c). Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el SNS, 2024. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O’Cathain, A., Pfadenhauer, L. M., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B., & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—The ADAPT guidance. *BMJ*, 374, n1679.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>

Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J., & Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science*, 12(1), 110.

<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1>

Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., & Cangas, A. J. (2009). *Habilidades sociales para vivir de forma independiente. Módulo de implicación de las familias en servicios de salud mental. Guía del profesional*. Alborán Editores.

Mottaghipour, Y., Salesian, N., Seddigh, A., Roudsari, M. J., Hosseinzade, S. T., & Sharifi, V. (2010). Training health professionals to conduct family education for families of patients with first-episode psychosis: Adherence to protocol. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(1), 7-10.



- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Albers, B., Nilsen, P., Broder-Fingert, S., Mukasa, B., & Aarons, G. A. (2020). Exploration, preparation, implementation, sustainment (EPIS) framework. En P. Nilsen & S. A. Birken (Eds.), *Handbook on implementation science* (pp. 32-61). Edward Elgar Publishing.
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14, 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- Münchenberg, P. S., Yessimova, D., Panteli, D., & Kurth, T. (2024). Digital health interventions for informal family caregivers of people with first-episode psychosis: Systematic review on user experience and effectiveness. *JMIR Mental Health*, 11, e63743. <https://doi.org/10.2196/63743>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Psychosis and schizophrenia in adults* (Quality standard QS80). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs80>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). Rehabilitation for adults with complex psychosis. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>
- Navarro Gómez, N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society & Education*, 5(2), 139-150. <https://doi.org/10.25115/psye.v5i2.551>

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks.

*Implementation Science*, 10, 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Noar, A. P., Jeffery, H. E., Subbiah Ponniah, H., & Jaffer, U. (2023). The aims and effecti-

veness of communities of practice in healthcare: A systematic review. *PLOS*

*ONE*, 18(10), e0292343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292343>

Norheim, I., Pedersen, R., Selle, M. L., Røssberg, J. I., Hestmark, L., Heiervang, K. S.,

Ruud, T., Åsholt, V. M., Hansson, K. M., Møller, P., Fosse, R., & Romøren, M.

(2024). Implementation of guidelines on family involvement for persons with

psychotic disorders: A pragmatic cluster randomized trial. Effect on relatives'

outcomes and family interventions received. *Frontiers in Psychiatry*, 15,

1381007. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1381007>

Norheim, I., Pedersen, R., Selle, M. L., Røssberg, J. I., Hestmark, L., Heiervang, K. S.,

Ruud, T., Åsholt, V. M., Hansson, K. M., Møller, P., Fosse, R., Kjus, S. H. H., &

Romøren, M. (2025). Effectiveness of implementing family involvement on pa-

tient outcomes in individuals with psychotic disorders: A pragmatic cluster ran-

domised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 25, 1142.

<https://doi.org/10.1186/s12888-025-07501-z>

Pearson, N., Naylor, P.-J., Ashe, M. C., Fernandez, M., Yoong, S. L., & Wolfenden, L.

(2020). Guidance for conducting feasibility and pilot studies for implementation

trials. *Pilot and Feasibility Studies*, 6, 167. [https://doi.org/10.1186/s40814-020-](https://doi.org/10.1186/s40814-020-00634-w)

[00634-w](https://doi.org/10.1186/s40814-020-00634-w)



- Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C. R., Eldridge, S., Grandes, G., Griffiths, C. J., Rycroft-Malone, J., Meissner, P., Murray, E., Patel, A., Sheikh, A., & Taylor, S. J. C., for the StaRI Group. (2017a). Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI): Explanation and elaboration document. *BMJ Open*, *7*(4), e013318. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013318>
- Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C. R., Eldridge, S., Grandes, G., Griffiths, C. J., Rycroft-Malone, J., Meissner, P., Murray, E., Patel, A., Sheikh, A., & Taylor, S. J. C., for the StaRI Group. (2017b). Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) statement. *BMJ*, *356*, i6795. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6795>
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, *8*, 139. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Rabelo, J. L., Cordeiro, Q., Leite, V. M., & Lafer, B. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *43*(4), 307-315. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0057>
- Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in

the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 273. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-273>

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (2006, 16 de septiembre). Boletín Oficial del Estado, núm. 222.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnín, C. M., Franco, C., Solé, B., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 81-86.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.009>

Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Vieta, E. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 312-319. <https://doi.org/10.1159/000078848>

Roberts, S. L. E., Healey, A., Sevdalis, N., & Vincent, C. (2019). Use of health economic evaluation in the implementation and improvement sciences: A systematic review. *Implementation Science*, 14, 72. [https://doi.org/10.1186/s13012-019-](https://doi.org/10.1186/s13012-019-0901-7)

[0901-7](https://doi.org/10.1186/s13012-019-0901-7)

Rodolico, A., Bighelli, I., & Avanzato, C. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9, 211-221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)



- Ruiz-Sancho, A., Calvo, A., Rapado-Castro, M., Moreno, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Tapia, C., Chiclana, G., Rodríguez, P., Fernández, P., Arango, C., & Mayoral, M. (2012). PIENSA: Development of an early intervention program for adolescents with early-onset psychosis and their families. *Adolescent Psychiatry*, 2(3), 229–236. <https://doi.org/10.2174/2210676611202030229>
- Rus-Calafell, M. R., Teismann, T., Kullmann, F., Alatas, D., Ballero-Reque, C., Holewa, J., Rüsberg, M., Brüne, M., Paino, M., & Schneider, S. (2024). Internet-based psychoeducation and support programme for relatives of young people with early psychosis: Results of the first German-language intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1248526. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1248526>
- Saavedra, J., Vázquez-Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R., Arias-Sánchez, S., González-Álvarez, S., & Corrigan, P. (2021). Spanish validation of the Recovery Assessment Scale (RAS-24). *Psicothema*, 33(3), 500-508. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.52>
- Sampietro, H. M., Barrios, M., Berrío, Á. I., Rojo, J. E., Guilera, G., & Gómez-Benito, J. (2024). Evidence of validity and reliability for the Spanish version of the Self-Identified Stage of Recovery. *Psicothema*, 36(2), 165-173. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.213>
- San Pío, M. J., Sibuet, I., Marcet, G., Rojo, E., & Eiroa-Orosa, F. J. (2024). A randomized controlled implementation trial of a multicomponent integrated care program

to empower mental health service users and their relatives throughout the recovery process. *American Journal of Orthopsychiatry*, 94(1), 48-60.

<https://doi.org/10.1037/ort0000704>

Sánchez-López, M. P., Limiñana-Gras, R. M., Colodro-Conde, L., & Cuéllar-Flores, I.

(2015). Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Spanish caregivers.

*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 751-759.

Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., del Río, A. M., & Graell, M. (2012). The Spanish vali-

dation of level of expressed emotion scale for relatives of people with eating

disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 825–

839. [https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n2.38894](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38894)

Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F., &

Graell, M. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in fami-

lies of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26(3), 321–

327. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.310>

Shaw, L., Jazayeri, D., Kiegaldie, D., & Morris, M. E. (2022). Implementation of virtual

communities of practice in healthcare to improve capability and capacity: A 10-

year scoping review. *International Journal of Environmental Research and Pu-*

*blic Health*, 19(13), 7994. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137994>

Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. (2014). Organizati-

onal readiness for implementing change: A psychometric assessment of a new

measure. *Implementation Science*, 9, 7. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-7>



Shelton, R. C., & Lee, M. (2019). Sustaining evidence-based interventions and policies: Recent innovations and future directions in implementation science. *American Journal of Public Health, 109*(Suppl. 2), S132-S134.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304913>

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ, 374*, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>

Stirman, S. W., Miller, C. J., Toder, K., & Calloway, A. (2013). Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implementation Science, 8*, 65.

Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1990). Family interventions for schizophrenia. *Behavior Modification, 14*(4), 408-440. <https://doi.org/10.1177/01454455900144003>

Tham, S. S., & Solomon, P. (2024). Family involvement in routine services for individuals with severe mental illness: Scoping review of barriers and strategies. *Psychiatric Services, 75*(10), 1009-1030.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230452>

Tolonen, J., Hylkilä, K., Kiviniemi, L., Moilanen, K., Karpov, B., & Jääskeläinen, E. (2024). Combinations of psychiatric rehabilitation interventions for severe mental illnesses: A scoping review. *Psychiatria Fennica, 55*, 198-233.



- Torres, A., & Olivares, J. M. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 216-220.
- United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations.
- Vázquez Morejón, A. J., & Jiménez Ga-Bóveda, R. (2000). Social Functioning Scale: New contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 93(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00123-7](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00123-7)
- Vázquez Morejón, A. J., López Narbona, M., Romero González, M., & Vázquez-Morejón, R. (2024). Influential Relationship Questionnaire (IRQ): Psychometric characteristics of an abbreviated Spanish version. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 52, 634-645. <https://doi.org/10.1017/S1352465824000286>
- Vilaplana, M., Ochoa, S., Martínez, A., Villalta, V., Puigdollers, E., & Haro, J. M. (2007). Validation in Spanish population of the Family Objective and Subjective Burden Interview (ECFOS-II) for relatives of patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 372-381.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4, 67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12, 108. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3>

Weiner, B. J., Lewis, M. A., Linnan, L. A., Ellis, K., Lyons, M. S., Aarons, G. A., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2020). Measuring readiness for implementation: A systematic review of measures' psychometric and pragmatic properties. *Implementation Research and Practice*, 1, 2633489520933896.

<https://doi.org/10.1177/2633489520933896>

Wiltsey Stirman, S., Baumann, A. A., & Miller, C. J. (2019). The FRAME: An expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implementation Science*, 14(1), 58.

<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/341648>

World Health Organization. (2026). Scaling innovations in public health systems: Guidance and toolkit. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240120761>



# Anexos

## Anexo A. Bibliografía comentada

### Criterio de selección

Este anexo no pretende reunir toda la bibliografía del manual, sino ordenar las referencias nucleares que sostienen su arquitectura conceptual, metodológica y aplicada. La selección se ha hecho con un criterio funcional: incluir aquellas obras que resultan más útiles para fundamentar decisiones sobre evidencia, implementación, contexto español, evaluación, sostenibilidad y escalado. Por eso, la bibliografía comentada se organiza en bloques temáticos y cada referencia se acompaña de una nota breve sobre su utilidad específica dentro de la guía.

### A.1. Marco normativo, estratégico y de sistema

#### **Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026*.**

Es la referencia institucional principal del manual. Su valor no reside solo en fijar prioridades estatales, sino en formular con claridad un enfoque comunitario, centrado en derechos, recuperación, continuidad asistencial y apoyo a familias. Para este volumen, funciona como el documento marco que legitima la inclusión de la psicoeducación familiar dentro de una lógica de salud mental comunitaria y no como una práctica marginal o voluntarista.

#### **Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027*.**

Complementa a la Estrategia con un nivel de concreción especialmente útil para esta guía. Aporta un horizonte más operativo en materia de salud mental comunitaria, refuerzo de recursos, atención centrada en la persona y respuestas flexibles para personas y familias. Es la referencia más pertinente cuando el lector quiera conectar el diseño de programas con las prioridades más recientes del sistema español.

#### **World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*.**

Es la referencia internacional más importante para sostener el marco de derechos, comunidad y atención centrada en la persona. Su utilidad en esta guía es doble: primero, aporta un lenguaje normativo y organizativo de alto nivel; segundo, evita que la intervención familiar quede reducida a un instrumento clínico y la reubica dentro de una arquitectura de servicios comunitarios orientados a inclusión y ciudadanía.

#### **National Institute for Health and Care Excellence. (2014/2025). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (CG178)*.**

La guía NICE sigue siendo una de las referencias clínicas más robustas y más útiles para traducir evidencia a estándares mínimos de práctica. Su interés para este manual radica en que formula con claridad qué debe entenderse por intervención familiar en psicosis y esquizofrenia y cuáles son los umbrales mínimos de disponibilidad y oferta. Resulta especialmente valiosa para separar la psicoeducación familiar estructurada de intervenciones informales o episódicas.

## A.2. Marco conceptual y metodológico general

**Skivington, K., et al. (2021). *A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. BMJ, 374, n2061.***

Es, probablemente, la referencia metodológica más importante de todo el manual. Su aportación decisiva consiste en tratar las intervenciones complejas como sistemas en interacción con contextos dinámicos y no como paquetes cerrados. Dentro de la guía, esta obra sostiene el paso desde la lógica del “programa basado en evidencia” a la lógica del “programa contextualizado, pilotado y evaluado en condiciones reales”.

**Proctor, E., et al. (2011). *Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda.***

Su valor es principalmente taxonómico y metodológico. La distinción entre aceptabilidad, adopción, adecuación, viabilidad, fidelidad, coste, penetración y sostenibilidad permite ordenar con precisión los resultados de implementación y distinguirlos de los desenlaces clínicos o familiares. Esta referencia es imprescindible para no confundir evaluación del programa con evaluación de su despliegue organizativo.

**Hoffmann, T. C., et al. (2014). *Better reporting of interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ, 348, g1687.***

Esta obra no es una referencia clínica, sino una herramienta de claridad metodológica. En el manual resulta crucial para justificar la necesidad de describir con precisión qué intervención se ofrece, con qué componentes, por quién, cómo, dónde y con qué intensidad. Sin esa precisión, la replicabilidad y la transferencia quedan comprometidas desde el inicio.

**Stirman, S. W., Baumann, A. A., & Miller, C. J. (2019). *The FRAME: An expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions.***

Es la referencia central del manual para pensar adaptación y modificación sin caer en arbitrariedad. Su utilidad específica reside en que permite documentar cuándo, cómo y por qué se modifica un programa, quién toma la decisión y si la modificación es compatible con la fidelidad del modelo. Es una pieza clave para los capítulos sobre diseño, viabilidad y replicabilidad.

## A.3. Evidencia en psicoeducación familiar y trabajo con familias

**Chien, W. T., Ma, D. C. F., & Bressington, D. (2024). *Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews.***

Es la síntesis de evidencia más importante para el núcleo clínico del manual. Su mayor valor radica en ofrecer una lectura prudente y jerarquizada: las intervenciones familiares pueden reducir recaídas y probablemente reducir carga del cuidador, pero la fuerza de la evidencia no es uniforme en todos los resultados. Esta revisión sostiene el capítulo de evidencia y sirve como punto de referencia para no sobredimensionar conclusiones.

**Rodolico, A., et al. (2022). *Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 9(3), 211–221.***

Su aportación más útil no es solo confirmar que las intervenciones familiares funcionan, sino comparar distintos modelos entre sí. Para esta guía es especialmente valiosa porque muestra que casi todos los modelos familiares examinados resultan eficaces para prevenir recaídas y



que la psicoeducación familiar, incluso sin gran complejidad conductual adicional, puede ser competitiva en contextos con restricciones de recursos. Es una referencia decisiva para la selección de modelo.

#### **NICE CG178 y revisión Cochrane 2024, leídas conjuntamente.**

Aunque pertenecen a géneros distintos —guía clínica una, síntesis sistemática la otra—, juntas constituyen el mejor anclaje para la toma de decisiones prudente. NICE fija el estándar mínimo de intervención familiar en práctica clínica; Cochrane matiza la fuerza de la evidencia disponible. Esta combinación es especialmente recomendable para profesionales que necesiten tanto orientación práctica como cautela metodológica.

#### **A.4. Implementación, preparación organizacional y sostenibilidad**

##### **Damschroder, L. J., et al. (2022). *The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback.***

Es la referencia principal para diagnosticar barreras y facilitadores de implementación. Su utilidad en esta guía es muy concreta: ordenar el análisis del contexto, la organización, las personas implicadas y el proceso. Es particularmente recomendable para los lectores que necesiten traducir problemas difusos del servicio a categorías analíticas más sistemáticas.

##### **Curran, G. M. (2020). *Implementation science made too simple: A teaching tool.***

Aporta una formulación muy clara y pedagógica del campo de la implementación. No es la referencia más sofisticada, pero sí una de las más útiles para equipos que necesiten comprender rápidamente por qué la adopción de prácticas basadas en evidencia exige distinguir entre intervención, estrategia de implementación y resultados de implementación.

##### **Luke, D. A., et al. (2014). *The Program Sustainability Assessment Tool: A new instrument for public health programs.***

Es la referencia instrumental más importante para el trabajo sobre sostenibilidad. Su valor no reside solo en el cuestionario en sí, sino en la forma en que organiza la capacidad de sostener un programa en dominios concretos. En esta guía se usa como apoyo para pasar de una idea vaga de “mantener el programa” a una evaluación estructurada de esa posibilidad.

##### **Moore, J. E., et al. (2017). *Developing a comprehensive definition of sustainability.***

Es la referencia conceptual clave para el capítulo de sostenibilidad. Su principal aportación consiste en mostrar que sostener no equivale a congelar un programa, sino que puede incluir evolución y adaptación a lo largo del tiempo. Esta obra es especialmente recomendable para evitar una comprensión estática de la continuidad organizativa.

#### **A.5. Referencias puente para el cierre del manual**

##### **World Health Organization. (2026). *Scaling innovations in public health systems: WHO guidance and toolkit.***

Es la referencia más útil para pensar el escalado desde una lógica de sistema público. Aporta una visión no reducida al éxito local y obliga a considerar liderazgo, condiciones de posibilidad, aprendizaje y gobernanza. Dentro del manual, sirve como puente entre sostenibilidad local y expansión en red.



**Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2019). *Spreading and scaling up innovation and improvement*.**

Resulta especialmente valiosa porque distingue con claridad entre difusión y escalado, y porque advierte que ampliar una innovación exige más que repetirla. En esta guía, funciona como la referencia que permite pensar la expansión de programas familiares sin convertir el crecimiento en una simple multiplicación administrativa.

**Nota de uso del anexo**

Este anexo debe leerse como una bibliografía comentada de orientación. No sustituye al listado completo de referencias del manual, pero ayuda al lector a identificar qué obras conviene consultar primero según el problema que tenga entre manos: fundamentar la intervención, diagnosticar barreras, diseñar el piloto, documentar adaptaciones, sostener el programa o pensar su escalado. Su función, por tanto, no es exhaustiva sino estratégica

## Anexo B. Recursos formativos en España

**Criterio de uso del anexo**

Este anexo debe leerse como un mapa funcional de recursos formativos y no como un calendario cerrado de cursos. En España, la oferta sobre salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial, trabajo con familias e implementación cambia por convocatorias, ediciones y prioridades institucionales. Por eso, el valor de este anexo no está en fijar una lista inmutable, sino en identificar canales formativos estables a los que un servicio, un profesional o una familia pueden acudir para actualizar competencias, localizar materiales o integrarse en circuitos de formación continua. Esta forma de presentar los recursos resulta especialmente coherente con el marco estatal reciente, que sitúa el apoyo a las familias, la formación profesional y el fortalecimiento del modelo comunitario entre sus prioridades explícitas.

**B.1. Recursos institucionales de referencia estatal**

En el nivel estatal, el recurso más claramente alineado con el contenido de esta guía es el CREAP de Valencia (IMSERSO). Su plan de teleformación 2026 declara como objetivo general capacitar a profesionales que trabajan en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave para diseñar, implementar y evaluar programas de intervención de calidad basados en la evidencia y centrados en las necesidades de las personas atendidas. Ese posicionamiento lo convierte en un recurso especialmente pertinente para lectores de este manual, porque no se limita a ofrecer formación clínica genérica, sino que se sitúa exactamente en la intersección entre rehabilitación psicosocial, programas, evidencia y práctica aplicada. Además, la agenda de teleformación del CREAP incluye acciones dirigidas a profesionales de centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, centros residenciales, pisos supervisados y otros dispositivos sociosanitarios, lo que refuerza su utilidad como recurso transversal para equipos multidisciplinares.

El entorno IMSERSO resulta igualmente relevante para familiares y para acciones formativas de apoyo mutuo. La programación de actividades de centros del IMSERSO incluyó en 2025 un curso de apoyo mutuo entre familiares en salud mental y otras actividades ligadas a rehabilitación



psicosocial, y el CREAP difundió en 2025 una formación específicamente pensada para personas con familiares con trastorno mental grave que desean acompañar a otros familiares desde una lógica de apoyo mutuo. Estas experiencias son importantes para este manual porque muestran que, en el ámbito estatal, la formación no se dirige solo a profesionales, sino también a familiares como agentes activos de apoyo y acompañamiento.

## **B.2. Recursos científico-profesionales y de formación continuada**

En el plano científico-profesional, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) constituye uno de los nodos más reconocibles. Su propia presentación institucional la define como una asociación multiprofesional de salud mental, de carácter científico e independiente de la industria farmacéutica, centrada en la defensa de la sanidad pública y los derechos humanos. Dentro de esa estructura, la Escuela de Salud Mental de la AEN mantiene una línea de actividades acreditadas y de actividades científicas que, aunque no están restringidas a psicoeducación familiar, sí ofrecen un ecosistema formativo muy valioso para profesionales interesados en salud mental comunitaria, psicopatología, intervención grupal y enfoques clínicos compatibles con el marco de este manual. En particular, la existencia de actividades de formación continuada acreditadas y de cursos recientes como la segunda edición del curso de Psicopatología Clínica e Intervención Comunitaria muestra que la AEN sigue actuando como un espacio de formación avanzada para profesionales del campo.

Junto a la AEN, otras estructuras públicas de formación sanitaria pueden funcionar como recursos complementarios. La Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) se presenta como una institución pública dedicada a formación, investigación y consultoría para la mejora de la salud pública y la gestión de servicios sanitarios, y su campus virtual mantiene espacios y cursos vinculados a salud mental. Aunque no toda su oferta se centra en trastorno mental grave o en trabajo con familias, su valor para esta guía reside en proporcionar un entorno institucional sólido para formación continuada, trabajo sobre estrategias autonómicas y desarrollo de capacidades en salud mental comunitaria. Del mismo modo, recursos de coordinación sociosanitaria como los de Castilla y León declaran explícitamente que su formación busca capacitar a profesionales de diferentes redes asistenciales y que requiere la participación de asociaciones de pacientes y familiares para incorporar su perspectiva, lo que los convierte en referencias útiles cuando el interés se desplaza a la articulación entre salud mental, servicios sociales y trabajo con cuidadores.

## **B.3. Recursos formativos para familias y movimiento asociativo**

El movimiento asociativo constituye un segundo gran bloque de recursos formativos en España, especialmente relevante para un manual que sitúa a la familia no solo como destinataria de información, sino como agente de apoyo, colaboración y participación. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA mantiene una actividad formativa visible tanto en noticias como en materiales y eventos. En 2025 difundió una formación sobre salud mental y adicciones para familiares, y en 2026 anunció una Escuela de Familias online sobre psicosis y esquizofrenia organizada por AMAFE, orientada a mejorar el conocimiento sobre psicosis y esquizofrenia, luchar contra el estigma e informar sobre la red de recursos en salud mental. Además, su centro de documentación alberga materiales específicos, como recursos para la dinamización de grupos de ayuda mutua de familiares. Este conjunto de acciones resulta especialmente valioso porque

ofrece un tipo de formación que no sustituye a la formación profesional, pero sí cubre necesidades de comprensión, orientación, apoyo mutuo y empoderamiento que los servicios sanitarios y sociales no siempre atienden de forma suficiente.

La utilidad del movimiento asociativo no radica solo en que organice cursos o escuelas, sino en que introduce una perspectiva vivida y comunitaria que rara vez aparece con la misma intensidad en la formación exclusivamente institucional. En este sentido, la oferta de escuelas de familias, grupos de ayuda mutua y recursos para allegados puede funcionar como complemento especialmente fértil para programas de psicoeducación familiar, ya que facilita continuidad, refuerzo entre iguales y circulación de conocimiento práctico más allá del dispositivo clínico. Desde la lógica de esta guía, estos recursos deberían leerse no como formación “menor”, sino como una capa formativa distinta y estratégicamente necesaria para fortalecer la participación familiar sostenida.

#### **B.4. Recursos orientados a rehabilitación psicosocial y buenas prácticas**

Un cuarto bloque de recursos especialmente alineado con este manual lo forman aquellas actividades centradas en rehabilitación psicosocial, diseño de programas y buenas prácticas. El CREAP ha difundido en 2025 y 2026 cursos específicamente orientados a profesionales de la rehabilitación psicosocial, incluyendo teleformación sobre Planes de Atención Individualizada, cursos de búsquedas bibliográficas y escritura técnica, y actividades sobre buenas prácticas en salud mental y rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo explícito es proporcionar conocimientos y herramientas basadas en buenas prácticas éticamente fundamentadas y orientadas a mejorar la calidad de vida de personas con trastorno mental grave. La importancia de este bloque no es solo temática. También reside en que coloca la formación en un terreno muy próximo al de esta guía: diseño, evaluación, planificación, calidad, evidencia y práctica centrada en la persona.

Este tipo de oferta es especialmente útil para equipos que ya cuentan con formación clínica básica y necesitan un segundo nivel de capacitación más cercano a la implementación y a la mejora de programas. En otras palabras, mientras algunas ofertas se dirigen a aumentar alfabetización en salud mental de familias o a reforzar marcos generales de salud comunitaria, estos recursos de rehabilitación psicosocial ayudan a traducir el conocimiento a diseño de intervenciones, estructuración de planes, evaluación y toma de decisiones organizativas. Por esa razón, constituyen el tipo de formación más directamente compatible con la utilización práctica del presente manual.

#### **B.5. Cómo utilizar estos recursos dentro del itinerario del manual**

Desde un punto de vista funcional, los recursos formativos en España pueden ordenarse según el momento del proceso en el que el lector se encuentre. Cuando el problema principal es sensibilizar a equipos o familiares y construir una base compartida de lenguaje, resultan especialmente útiles los recursos del movimiento asociativo, las escuelas de familias y las actividades generales de salud mental comunitaria. Cuando el objetivo es fortalecer la preparación organizacional y profesional antes de un piloto, cobran más valor la teleformación de IMSERSO/CREAP, la Escuela de Salud Mental de la AEN y otros entornos públicos de formación continuada. Cuando el reto consiste en sostener el programa y extenderlo, los recursos más útiles son aquellos que combinan evidencia, buenas prácticas, trabajo en red y formación en planificación o implementación. Esta lectura por fases no elimina la posibilidad de combinar



recursos, pero ayuda a evitar una selección azarosa de formación desvinculada del momento real del servicio.

**Tabla B.1. Mapa funcional de recursos formativos en España**

Tipo de recurso	Ejemplos especialmente útiles	Perfil destinatario principal	Utilidad dentro de esta guía
Institucional estatal	CREAP/IMSERSO teleformación, cursos y actividades de centros	Profesionales de rehabilitación psicosocial; también familiares en apoyo mutuo	Diseño, implementación, buenas prácticas, formación de base para programas
Científico-profesional	AEN y Escuela de Salud Mental; EASP; entornos autonómicos de formación sociosanitaria	Profesionales clínicos y comunitarios	Profundización conceptual, comunitaria y de intervención
Asociativo y familiar	SALUD MENTAL ESPAÑA, AMAFE, materiales para grupos de ayuda mutua	Familias, allegados, asociaciones, también profesionales que trabajan con ellas	Alfabetización, apoyo mutuo, reducción de estigma, participación familiar
Rehabilitación psicosocial aplicada	Cursos de buenas prácticas, PAI, diseño de programas y escritura técnica del CREAP	Equipos técnicos, coordinación y gestión	Preparación avanzada, evaluación, estructuración de programas

La tabla no es exhaustiva. Su propósito es orientar la búsqueda y selección de recursos en función de la necesidad concreta del lector.

#### Nota de uso del anexo

Este anexo debe actualizarse de forma periódica si la guía se utiliza como documento vivo, porque parte de los recursos aquí recogidos dependen de ediciones anuales, convocatorias o agendas variables. Con todo, los **canales** identificados —organismos públicos estatales, sociedades científico-profesionales, estructuras autonómicas de formación y movimiento asociativo— son lo bastante estables como para constituir una cartografía útil para profesionales y familias que necesiten orientarse dentro del ecosistema formativo español.

## Anexo C. Directorio de experiencias

### Criterio de inclusión

Este anexo no debe leerse como un censo exhaustivo de todas las experiencias existentes en España, sino como un **directorio orientativo de experiencias especialmente útiles** para quien quiera diseñar, pilotar, adaptar o transferir un programa de psicoeducación familiar en rehabilitación psicosocial. Se incluyen aquí, de forma deliberada, dos tipos de referencias: por un lado, **experiencias documentadas en publicaciones o informes**; por otro, **iniciativas**



**institucionales o asociativas identificables** que, aun no siendo siempre programas de psicoeducación familiar “puros” en sentido estricto, ofrecen lecciones relevantes sobre apoyo a familias, trabajo comunitario, recuperación o escalado. Esta combinación responde a una necesidad práctica: en España, la experiencia disponible no se concentra solo en ensayos o estudios multicéntricos, sino también en procesos de diseminación, circuitos integrados y dispositivos asociativos que han generado materiales y aprendizajes transferibles.

### **C.1. Implementación de programas de psicoeducación familiar en la práctica clínica**

La experiencia descrita por **De la Higuera y Ramírez Ruiz (2011)** constituye una de las referencias españolas más útiles cuando el interés no está solo en si el programa funciona, sino en **cómo se implanta**. El artículo describe la implantación de un programa de psicoeducación familiar inspirado en Falloon en **nueve dispositivos de salud mental** con la colaboración de un **equipo multidisciplinar de 17 profesionales**, y organiza el proceso en fases de elaboración de materiales, formación, puesta en marcha y supervisión. Su principal valor para esta guía es metodológico: muestra que la variabilidad entre profesionales puede reducirse mediante formación y supervisión, y que la implantación exige más que buena voluntad clínica. Para el lector del manual, esta experiencia funciona como modelo de referencia para pensar la secuencia mínima de arranque en red.

### **C.2. Programa multicéntrico español de intervención familiar en esquizofrenia**

El estudio de **Mayoral et al. (2015)** es una referencia central para el directorio porque documenta una experiencia española en condiciones cercanas a la práctica real. Según el resumen indexado en PubMed y la referencia editorial asociada, se trató de un **estudio naturalístico multicéntrico, controlado y aleatorizado en España** sobre un programa de intervención familiar en esquizofrenia, y sus resultados apuntaron a **reducción del riesgo de hospitalización** y mejora de la condición clínica y del funcionamiento social. Para esta guía, su importancia no reside solo en el desenlace favorable, sino en que muestra una experiencia multicéntrica española con vocación de aplicabilidad en servicios y no solo en condiciones experimentales idealizadas. Es, por tanto, una referencia particularmente útil cuando el lector necesita justificar que el trabajo con familias puede sostenerse más allá de un único equipo local.

### **C.3. PIENSA: intervención psicoeducativa grupal en psicosis de inicio temprano**

Los trabajos de **Calvo y colaboradores** sobre el programa **PIENSA** amplían el directorio hacia un tipo de experiencia especialmente relevante: la psicosis de inicio temprano y el trabajo con adolescentes y sus familias. El registro de PubMed del ensayo de 2014 lo presenta como una **intervención grupal psicoeducativa estructurada** para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familias, y el seguimiento posterior publicado en *JAACAP* mantuvo la denominación PIENSA como programa desarrollado para esta población. Aunque no se trata de una experiencia directamente trasladable sin más a todos los dispositivos de rehabilitación psicosocial de adultos, su valor para este anexo es muy alto por dos razones: primero, demuestra que la psicoeducación familiar puede adaptarse a fases evolutivas y formatos grupales específicos; segundo, aporta una referencia española útil para pensar programas dirigidos a primeros episodios y familias jóvenes.

### **C.4. PACFE en Gran Canaria: diseminación en un área de salud**



La experiencia de diseminación del **Programa de Apoyo y Colaboración Familiar en la Esquizofrenia (PACFE)** en el área de salud de Gran Canaria, recogida en la *Revista de la AEN*, tiene un interés particular para esta guía porque desplaza el foco desde la eficacia puntual hacia la **diseminación integrada en red asistencial habitual**. El documento sitúa el programa en el área de salud de la isla de Gran Canaria, con organización desde varias unidades básicas de salud mental comunitaria, y presenta expresamente la experiencia como un proceso de desarrollo y diseminación del programa en la asistencia habitual. Para un lector que quiera pensar transferencia territorial o integración en una red pública, esta experiencia es especialmente útil porque muestra un intento explícito de pasar del programa a la red de servicios, no solo del programa al caso individual.

### **C.5. Activa't per la Salut Mental: circuito integrado, recuperación y apoyo a familias**

El proyecto **Activa't per la Salut Mental** ocupa en este directorio una posición algo distinta. No debe presentarse como un programa clásico de psicoeducación familiar en sentido restringido, pero sí como una **experiencia integrada de apoyo a personas y familias** con gran valor para el campo. Los materiales del proyecto describen Activa't como una iniciativa de la Generalitat de Catalunya, la Federació Salut Mental Catalunya y la Federació Veus, implementada en el marco del Plan Integral de Salud Mental y Adicciones, y orientada a que personas con problemas de salud mental y sus familiares puedan convertirse en agentes activos en su propio proceso de recuperación. Además, el proyecto generó guías para grupos de ayuda mutua, manuales de recuperación y publicaciones de congreso donde se resumen resultados, conclusiones y retos del circuito integrado. Para esta guía, Activa't resulta particularmente útil como experiencia de **articulación entre psicoeducación, empoderamiento, apoyo mutuo, asociacionismo y red territorial**, es decir, como ejemplo de ampliación del trabajo con familias hacia un ecosistema más amplio de recuperación comunitaria.

### **C.6. Recursos comunitarios y asociativos con valor de transferencia**

El directorio debería incluir también recursos que, sin constituir por sí solos un “programa” cerrado de psicoeducación familiar, aportan lecciones útiles sobre transferencia de materiales, alfabetización y apoyo mutuo. En esta categoría pueden situarse las **guías para grupos de ayuda mutua de familiares** y los **recursos abiertos** alojados en la plataforma de Activa't, así como los contenidos divulgativos y de resumen técnico difundidos por el **CREAP**, entre ellos la reseña de *PsicoED* como alternativa online y comunitaria para psicoeducación en esquizofrenia. Estas referencias son especialmente valiosas para profesionales que necesiten complementar un programa formal con materiales de apoyo, itinerarios de información o puentes hacia recursos comunitarios y asociativos. No sustituyen a un modelo estructurado, pero sí ayudan a evitar que la intervención familiar quede encerrada exclusivamente en el espacio clínico.

### **Cómo utilizar el directorio**

La utilidad de este anexo depende de leer cada experiencia según el problema que el lector tenga delante. Cuando la pregunta principal es **cómo implantar un programa en varios dispositivos**, la referencia más fértil es la experiencia de De la Higuera y Ramírez Ruiz. Cuando lo que se necesita es un **ejemplo español con resultados multicéntricos en práctica real**, el estudio de



Mayoral et al. ofrece el mejor punto de apoyo. Si el interés se centra en **primeros episodios, adolescencia o familias jóvenes**, PIENSA proporciona un referente más ajustado. Cuando el problema es pensar **diseminación territorial en red asistencial**, el caso de PACFE en Gran Canaria resulta especialmente instructivo. Y cuando el lector necesita una experiencia más amplia de **círculo integrado, apoyo mutuo y recuperación comunitaria con familias**, Activa't es probablemente la referencia más fértil del directorio. Esta lectura selectiva evita un uso indiscriminado del anexo y lo convierte en una herramienta de orientación estratégica.

#### **Nota de actualización**

Este directorio debería revisarse de forma periódica si la guía se utiliza como documento vivo. Parte de las experiencias aquí recogidas son históricas pero siguen siendo muy útiles como referencia de diseño o implantación; otras, como Activa't o recursos comunitarios asociados, tienen materiales y desarrollos más recientes. La combinación de unas y otras es deliberada: el objetivo no es ofrecer solo novedad, sino reunir experiencias con **valor metodológico, organizativo o comunitario** para el lector del manual.







GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES



CREAP

Centro de  
Referencia  
Estatad de  
Atención  
Psicosocial