



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



Centro de
Referencia
Estatad de
Atención
Psicosocial

Programa de Psicoeducación Familiar en Rehabilitación Psicosocial.

Manual operativo para su implantación, pilotaje y monitorización

Julio de 2026

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CREAP)

EDITA:

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Imerso (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)

<https://creap.imerso.es/documents/20123/924348/20260716-programa-psicoeducacion-familiar-rehabilitacion-psicosocial.pdf>

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

NIPO: 235-26-013-5

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 5 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 AL PROTOCOLO	1
Resumen inicial.	1
1.1. Propósito y alcance del protocolo	1
1.2. Relación con la Guía de Viabilidad y Replicabilidad	2
1.3. Destinatarios y condiciones de uso	3
1.4. Estructura del volumen y lógica de lectura	3
Resumen final.....	4
FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA.....	6
Resumen inicial.	6
2.1. La familia como contexto clínico de la rehabilitación psicosocial	6
2.2. Qué muestra la evidencia y qué problema clínico intenta modificar la intervención	7
2.3. Modelos de referencia y criterios para seleccionar uno operativamente.....	8
2.4. Qué enseñan las experiencias españolas y por qué importan para este manual	9
Resumen final.....	10
ESTRUCTURA DEL PROGRAMA	12
Resumen inicial.	12
3.1. Qué debe entenderse por estructura del programa	13
3.2. Formato y modalidad: unifamiliar, multifamiliar y opciones híbridas.....	13
3.3. Estructura temporal: duración, intensidad y secuencia	14
3.4. Perfil de familias destinatarias: criterios de inclusión, timing y diversidad.....	15
3.5. Articulación del programa con el PAI y otras intervenciones concurrentes.....	16
Resumen final.....	17
CONTENIDOS Y DESARROLLO SESIÓN A SESIÓN	19
Resumen inicial.	19
4.1. Lógica clínica de la secuencia	20
4.2. La ficha de sesión como herramienta de estandarización flexible.....	20
4.3. Componentes informativos: qué debe enseñarse y cómo	21
4.4. Componentes de habilidades: comunicación, resolución de problemas y prevención de crisis.....	22
4.5. Componentes emocionales y relacionales: carga, culpa, ambivalencia y esperanza realista.....	23

4.6. Sesiones especiales: acogida, cierre y seguimiento	23
Resumen final.....	24
MATERIALES PSICOEDUCATIVOS.....	26
Resumen inicial.	26
5.1. Criterios de calidad: exactitud, accesibilidad, accionabilidad y respeto	26
5.2. Materiales para familias: qué debe entregarse y con qué función	27
5.3. Materiales para profesionales: manualización, consistencia y transferencia	28
5.4. Recursos audiovisuales y digitales: potencial clínico y límites	29
5.5. Adaptación, testado y producción propia de materiales	30
Resumen final.....	30
CAPÍTULO 6. CAPTACIÓN DE FAMILIAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
Resumen inicial.	32
6.1. La captación como primera fase clínica del programa	32
6.2. Vías de acceso y derivación: de la discrecionalidad al circuito claro.....	33
6.3. El primer contacto: información, estilo de acercamiento y papel de las familias veteranas.....	34
6.4. Barreras de acceso: no atribuir a la familia lo que produce el sistema.....	35
6.5. Protocolo operativo de captación	35
Resumen final.....	36
CAPÍTULO 7. ENGANCHE, RETENCIÓN Y PARTICIPACIÓN	38
Resumen inicial.	38
7.1. Qué debe entenderse por enganche en un programa familiar	39
7.2. La alianza terapéutica familiar como núcleo de la permanencia	40
7.3. Retención y prevención del abandono: sostener el vínculo antes de que se deteriore	41
7.4. La participación del usuario: colaboración, autonomía y confidencialidad	42
Resumen final.....	42
CAPÍTULO 8. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	44
Resumen inicial.	44
8.1. La formación como condición de posibilidad del programa	44
8.2. Qué competencias deben formarse	45
8.3. Plan de formación tipo para el equipo implementador	46
8.4. Certificación y estándares mínimos propuestos	47
Resumen final.....	47
CAPÍTULO 9. SUPERVISIÓN Y APOYO PROFESIONAL CONTINUO	49

Resumen inicial.	49
9.1. La supervisión como continuidad necesaria de la formación	49
9.2. Modalidades de supervisión: clínica, de línea y práctica reflexiva	50
9.3. Qué debe revisarse en supervisión: competencia, fidelidad y adaptación	51
9.4. Apoyo profesional continuo, desgaste y sostenibilidad del equipo	52
Resumen final.....	52
CAPÍTULO 10. EJECUCIÓN DEL ESTUDIO DE VIABILIDAD.....	54
Resumen inicial.	54
10.1. Del marco de viabilidad a la ejecución: qué debe comprobar realmente el pilotaje.	54
10.2. Qué dimensiones e instrumentos debe incluir el estudio de viabilidad	55
10.3. Procedimiento del pilotaje: diseño, muestra y recogida de datos	56
10.4. Aspectos éticos, consentimiento y gestión del riesgo durante el pilotaje	58
10.5. Análisis e interpretación: cómo leer los datos sin convertir el pilotaje en un falso ensayo de eficacia	59
10.6. Criterios de progresión, adaptación e iteración tras el pilotaje	60
Resumen final.....	61
CAPÍTULO 11. IMPLANTACIÓN OPERATIVA Y PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA	62
Resumen inicial.	62
11.1. Del pilotaje a la práctica ordinaria: qué cambia realmente	63
11.2. Gobernanza, liderazgo y responsabilidad de implantación.....	63
11.3. Capacidad operativa real: agendas, circuitos y condiciones de entrega	64
11.4. Fidelidad inicial y adaptación controlada: el equilibrio decisivo.....	64
11.5. La implantación como trabajo colectivo: soporte, mejora y aprendizaje rápido	65
11.6. Cuándo puede considerarse que el programa ha entrado en fase estable.....	66
CAPÍTULO 12. MONITORIZACIÓN DE RESULTADOS E INDICADORES DE IMPLEMENTACIÓN	68
Resumen.....	68
12.1. Qué debe entenderse por monitorización en este programa	69
12.2. Niveles de resultado	70
12.3. Indicadores mínimos del programa.....	72
12.4. Organización de la recogida de datos.....	75
12.5. Interpretación de resultados	76
12.6. De la monitorización a la mejora continua.....	77
CAPÍTULO 13. MANEJO DE INCIDENCIAS Y DESVIACIONES	80
Resumen inicial.	80
13.1. Qué debe entenderse por incidencia y qué debe entenderse por desviación.....	81

13.2. Tipología básica de incidencias en este programa	81
13.3. Secuencia general de respuesta ante una incidencia.....	82
13.4. Incidencias frecuentes y respuesta propuesta	82
13.5. Desviaciones del modelo: adaptación legítima frente a deriva	84
13.6. Registro, revisión y aprendizaje a partir de incidencias	84
Resumen final.....	85
CAPÍTULO 14. REGISTRO, DOCUMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS	87
Resumen inicial.	87
14.1. La documentación no es un apéndice administrativo del programa	87
14.2. Qué debe ir a la historia clínica, qué debe quedar en el PAI y qué debe permanecer en la documentación interna del programa.....	88
14.3. Protección de datos de salud: base jurídica, consentimiento y responsabilidad proactiva.....	89
14.4. Accesos, perfiles y confidencialidad: quién puede ver qué y con qué límites	90
14.5. Conservación, custodia, seguridad y trazabilidad	91
14.6. Arquitectura documental mínima del programa.....	92
Resumen final.....	93
CAPÍTULO 15. SISTEMA DE MATERIALES OPERATIVOS DEL PROGRAMA.....	95
Resumen inicial.	95
15.1. Función del sistema de materiales.....	95
15.2. Criterios generales de diseño	96
15.3. Materiales obligatorios.....	98
15.4. Materiales recomendados.....	102
15.5. Materiales opcionales o ampliados.....	104
15.6. Adaptación local y versionado.....	105
15.7. Producción y revisión de materiales	106
15.8. Uso proporcionado del sistema de materiales.....	107
LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

1

Introducción al protocolo

Resumen inicial.

Este protocolo parte de una constatación sencilla, pero decisiva para la rehabilitación psicosocial contemporánea: la intervención familiar en psicosis y otros cuadros de trastorno mental grave dispone de respaldo clínico suficiente como para haber dejado de ser un complemento opcional, y sin embargo su incorporación efectiva a los dispositivos comunitarios continúa siendo irregular, heterogénea y, con frecuencia, dependiente de la iniciativa de equipos concretos más que de una arquitectura estable de implementación. Las recomendaciones internacionales siguen insistiendo en ofrecer intervenciones familiares y psicoeducativas a las personas con psicosis y a sus allegados, y la evidencia reciente continúa mostrando beneficios tanto para familiares como para usuarios, especialmente en variables como carga, emoción expresada, distrés del cuidador y utilización de servicios. Este capítulo introduce el protocolo precisamente en ese punto de fricción entre evidencia y práctica: no para volver a demostrar que la intervención familiar “funciona”, sino para delimitar qué hace este documento, a quién va dirigido, cómo debe usarse y por qué su función no se agota en la “viabilidad” anunciada por el título, sino que se extiende al ciclo operativo completo del programa (Chien et al., 2024; Gleeson et al., 2025; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014; World Health Organization [WHO], 2023).

Palabras clave: *psicoeducación familiar; rehabilitación psicosocial; trastorno mental grave; implementación; recovery; intervención familiar; pilotaje; monitorización.*

1.1. Propósito y alcance del protocolo

El propósito de este documento no consiste en ofrecer una revisión general sobre intervención familiar, ni en reproducir una guía clínica más dentro del ecosistema ya existente, sino en traducir una base de conocimiento suficientemente consolidada a una secuencia de decisiones y procedimientos utilizables por equipos reales en contextos reales. Esa precisión es importante porque la literatura reciente muestra dos hechos simultáneos: por un lado, las intervenciones familiares siguen apareciendo entre las recomendaciones fuertes o estructurales de los

principales marcos internacionales para psicosis y esquizofrenia; por otro, la distancia entre recomendación y prestación rutinaria continúa siendo amplia, hasta el punto de que estudios de implementación en servicios ordinarios siguen describiendo una cobertura baja, inconsistente y de calidad variable. Desde esa perspectiva, este protocolo se sitúa deliberadamente en el espacio intermedio entre la justificación clínica y la ejecución organizada. No pretende volver a abrir, en cada capítulo, el debate sobre si la intervención familiar debe ofrecerse, porque ese punto se considera suficientemente establecido; su tarea es distinta y más exigente: definir con qué criterios se diseña el programa, cómo se estructura, cómo se capta e implica a las familias, cómo se forma al equipo, cómo se pilota, cómo se implanta y cómo se monitoriza con suficiente fidelidad, seguridad y trazabilidad institucional (NICE, 2014; NICE, 2015; Norheim et al., 2024; WHO, 2023).

Conviene, además, despejar desde el inicio un posible malentendido inducido por el propio título. Aunque el término *viabilidad* figure en la denominación editorial del documento, el alcance efectivo del protocolo no se restringe al estudio piloto ni a la mera comprobación preliminar de factibilidad. Si así fuera, quedarían fuera del volumen cuestiones que la implementación contemporánea considera inseparables de la calidad asistencial: la definición del modelo, la secuencia de sesiones, la formación del equipo, la supervisión, la gestión de incidencias, la documentación, la protección de datos y la evaluación continuada de resultados e indicadores de implementación. La experiencia acumulada en servicios comunitarios y la literatura reciente sobre brecha entre evidencia y práctica sugieren, precisamente, que uno de los errores más frecuentes consiste en reducir la “viabilidad” a una fase breve de prueba, como si el verdadero problema empezara y terminara ahí. En realidad, la viabilidad útil es la que permite sostener el programa en el tiempo, integrarlo en la organización, hacerlo legible para el equipo y mantener su coherencia con una atención centrada en la persona, comunitaria y orientada a la recuperación. Por eso, este protocolo debe leerse como un documento de ejecución progresiva del ciclo completo del programa, no como un apéndice metodológico dedicado únicamente al pilotaje (NHS England, 2024a; Norheim et al., 2024; Sampietro et al., 2023; WHO, 2023).

1.2. Relación con la Guía de Viabilidad y Replicabilidad

La relación entre este protocolo y la Guía de Viabilidad y Replicabilidad debe entenderse en términos funcionales, no nominales. Ambos documentos comparten un campo temático y, por razones editoriales ya fijadas, comparten incluso una proximidad terminológica que podría inducir confusión si no se explicita desde el comienzo su división del trabajo. La Guía cumple una función de análisis y decisión: ayuda a determinar si conviene implantar un programa de psicoeducación familiar en un contexto institucional concreto, con qué justificación, bajo qué condiciones y con qué criterios de evaluación estratégica. Este protocolo, en cambio, asume que esa decisión ya ha sido tomada y se ocupa de la fase posterior: convertirla en una práctica organizada, reproducible y evaluable. La diferencia no es menor. Allí donde la Guía pregunta si el programa debe ponerse en marcha y con qué arquitectura general, este documento pregunta cómo debe hacerse en la práctica cotidiana para no perder consistencia clínica ni calidad organizativa. La articulación entre ambos textos responde, por tanto, a una lógica ya reconocida

por la literatura de implementación: los servicios no fracasan solo por falta de evidencia, sino también por ausencia de documentos intermedios capaces de traducir la evidencia a procedimientos, formación, supervisión, sostenibilidad e implicación real de usuarios y familias. En ese sentido, la Guía decide y este protocolo ejecuta; la Guía fundamenta y este protocolo operativiza; la Guía orienta la adopción y este protocolo ordena la puesta en práctica (NHS England, 2024a; [Norheim et al., 2024](#); [WHO, 2023](#)).

1.3. Destinatarios y condiciones de uso

El destinatario principal de este protocolo es el profesional de rehabilitación psicosocial en ejercicio que necesita un documento de trabajo, no una exposición introductoria. Eso incluye, en primer término, a psicólogos clínicos y generales sanitarios con responsabilidad directa en el diseño o la conducción del programa, pero también a otros perfiles del equipo interdisciplinar —enfermería de salud mental, trabajo social, terapia ocupacional o educación social— cuando participen en la captación, la coordinación con el plan individualizado, la ejecución parcial de componentes o la monitorización del proceso. La literatura y las guías más recientes coinciden en que la expansión de intervenciones psicológicas y psicosociales en trastorno mental grave exige una doble condición: competencias específicas y una estructura organizativa que no limite su prestación a especialistas aislados, sino que la inserte en equipos comunitarios más amplios, entrenados y supervisados. Por ello, este protocolo no está escrito para familias ni pretende sustituir los materiales dirigidos a ellas; tampoco está dirigido prioritariamente a gestores que aún se hallan en fase de deliberación estratégica. Su lector natural es el equipo que ya ha asumido el compromiso de implantar el programa y necesita saber qué hacer, en qué secuencia, con qué exigencias formativas, con qué márgenes de adaptación y con qué estándares mínimos de calidad. Esa definición del destinatario implica también una condición de uso: el documento debe consultarse como herramienta profesional continua, por fases y problemas, y no solo como lectura lineal de inicio a fin ([NHS England, 2024a](#); [NICE, 2015](#); [WHO, 2023](#)).

1.4. Estructura del volumen y lógica de lectura

La estructura del protocolo responde a una lógica de progresión operativa que arranca en la fundamentación mínima necesaria, pasa al diseño del programa, se desplaza después hacia la captación y el *enganche*, continúa con la preparación del equipo, entra en el pilotaje, se consolida en la implementación y termina en la monitorización, la gestión de incidencias, la documentación y las herramientas reproducibles. Esta organización no es puramente expositiva; intenta reflejar la secuencia real por la que un programa pasa cuando pretende integrarse en servicios orientados a la recuperación, centrados en la persona y articulados con la red comunitaria. En el contexto español, donde la orientación *recovery* ha ganado presencia explícita en políticas y estrategias recientes, esa secuencia resulta especialmente importante porque evita dos simplificaciones frecuentes: la de reducir la intervención familiar a un conjunto de sesiones educativas descontextualizadas y la de tratar la implementación como un problema exclusivamente administrativo. Aquí, por el contrario, diseño clínico, organización del servicio, formación del equipo, participación de las familias, seguridad jurídica y evaluación se presentan como dimensiones entrelazadas del mismo proceso. De ahí que el protocolo deba poder leerse de dos maneras complementarias: de forma secuencial, cuando el equipo inicia el programa

desde cero, y de forma modular, cuando necesita resolver una fase concreta —por ejemplo, revisar criterios de inclusión, ajustar el pilotaje o decidir cómo documentar datos familiares— sin rehacer todo el recorrido previo (NHS England, 2024a; Sampietro et al., 2023; WHO, 2023).

Resumen final

Este primer capítulo fija, por tanto, cuatro decisiones de lectura que deben permanecer activas en todo el volumen. La primera es que la psicoeducación familiar no se introduce aquí como una innovación marginal, sino como una intervención suficientemente respaldada y todavía insuficientemente incorporada a la rutina asistencial. La segunda es que el término *viabilidad* del título no debe leerse en sentido estrecho, porque el documento cubre el conjunto del ciclo operativo del programa. La tercera es que la relación con la Guía de Viabilidad y Replicabilidad es de complementariedad funcional estricta: aquella decide y esta obra ejecuta. La cuarta es que el lector previsto no es un público general, sino un profesional de posgrado que necesita un texto técnicamente exigente, pero directamente utilizable en su práctica. Con esas cuatro premisas establecidas, el capítulo siguiente puede ocuparse ya de la fundamentación clínica del programa sin tener que volver a justificar qué tipo de documento es este ni para qué ha sido escrito (Gleeson et al., 2025; NICE, 2014; Norheim et al., 2024; WHO, 2023).

2

Fundamentación clínica

Resumen inicial.

La justificación clínica de un programa de psicoeducación familiar para personas con trastorno mental grave no puede construirse hoy como si la familia fuese un contexto accesorio del tratamiento. La evidencia acumulada y las recomendaciones institucionales más robustas sitúan la intervención familiar dentro del núcleo de los abordajes psicosociales basados en la evidencia para psicosis y esquizofrenia, no como una ayuda periférica ni como una prestación opcional que dependa del estilo de un equipo concreto. Sin embargo, convertir ese consenso general en una decisión de diseño exige un paso adicional: identificar qué problemas clínicos intenta modificar la intervención, qué componentes parecen explicar sus efectos, qué modelos históricos han estructurado el campo y qué enseñanzas ofrece la experiencia española cuando se observa no solo la eficacia en condiciones controladas, sino también la implementación en contextos reales. Este capítulo cumple precisamente esa función de bisagra. No pretende agotar el estado de la cuestión, que se desarrolla de forma más extensa en la Guía de Viabilidad y Replicabilidad, sino fijar el andamiaje clínico mínimo sobre el que descansarán las decisiones operativas de los capítulos siguientes. En otras palabras, su tarea no es reabrir un debate general sobre si conviene trabajar con familias, sino establecer por qué este manual puede asumir ese punto como ya suficientemente acreditado y concentrarse, desde aquí, en la organización rigurosa del programa.

Palabras clave: *psicoeducación familiar; trastorno mental grave; emoción expresada; carga familiar; recaída; implementación; intervención temprana; recovery.*

2.1. La familia como contexto clínico de la rehabilitación psicosocial

La primera premisa clínica de este manual es que, en psicosis y otros cuadros de trastorno mental grave, la familia no constituye un mero entorno social del usuario, sino una parte activa del

campo terapéutico. Esa afirmación no implica idealizar a la familia ni atribuirle una función causal simple sobre el curso del trastorno; implica reconocer que la convivencia cotidiana con síntomas positivos, síntomas negativos, fluctuaciones funcionales, crisis, ingresos, incertidumbre pronóstica y exigencias de cuidado modifica la vida familiar de forma sostenida, y que esa modificación retroactúa sobre la evolución clínica, la adherencia, la detección temprana de recaídas y la capacidad del sistema informal de apoyo para sostener procesos de recuperación. En esa dirección, las guías de NICE para adultos con psicosis y esquizofrenia siguen considerando que la atención de calidad debe incluir apoyo a familias y cuidadores, mientras que la actualización de la OMS de 2023 refuerza la idea de que las intervenciones familiares y la psicoeducación deben ofrecerse durante la fase de mantenimiento, con planificación sostenible e implicación activa de usuarios y familias en el diseño, la implementación y la evaluación. En paralelo, revisiones recientes sobre intervenciones psicosociales en esquizofrenia recuerdan que la farmacoterapia, siendo necesaria en muchos casos, no resuelve por sí sola los déficits de funcionamiento, la carga del cuidado ni las necesidades relacionales y comunitarias que condicionan el pronóstico a medio y largo plazo. Desde el punto de vista de la rehabilitación psicosocial, por tanto, trabajar con la familia no es “añadir” un componente externo al tratamiento, sino intervenir sobre uno de los espacios donde ese tratamiento se juega realmente.

Esta premisa obliga, además, a una precisión importante. La familia entra en el campo clínico no porque deba ser corregida o normalizada desde una posición culpabilizadora, sino porque también ella soporta impacto, incertidumbre y necesidad de apoyo. La literatura sobre psicoeducación familiar ha sido clara en este punto desde hace años, y las revisiones más recientes lo confirman: la intervención no solo busca reducir recaídas o ingresos del usuario, sino disminuir carga, estrés, desorientación, conflictividad relacional y emociones de criticismo o sobreimplicación que, sin apoyo técnico, tienden a cronificarse como estilos desadaptativos de afrontamiento. La familia es, en ese sentido, simultáneamente contexto de riesgo y sujeto legítimo de cuidado. Esa doble condición encaja de forma especialmente nítida con el paradigma *recovery* y con la lógica de la rehabilitación psicosocial, porque desplaza el foco desde una visión exclusivamente individual del trastorno a una comprensión situada, relacional y comunitaria de la recuperación. No se trata de sustituir el trabajo centrado en la persona por un trabajo centrado en la familia, sino de asumir que la recuperación sostenida rara vez se produce al margen de los vínculos significativos, de los climas emocionales cotidianos y de los recursos prácticos que las familias movilizan o dejan de poder movilizar cuando el sistema no les ofrece orientación suficiente. Esa es la razón por la que este capítulo parte de la familia como unidad de intervención clínicamente relevante y no como simple audiencia secundaria de materiales informativos.

2.2. Qué muestra la evidencia y qué problema clínico intenta modificar la intervención

La segunda cuestión no es si existe evidencia, sino qué tipo de evidencia es clínicamente útil para sostener un programa. La revisión Cochrane de Chien et al. (2024) actualiza un cuerpo de literatura amplio y heterogéneo y mantiene una conclusión relevante para la lógica de este manual: frente a la atención estándar, las intervenciones familiares tienden a producir beneficios

en variables de familiares y pacientes, aunque la magnitud exacta de esos efectos dependa del diseño, la calidad metodológica y la composición concreta de los programas. En el campo de la psicosis temprana, la revisión y metaanálisis de [Gleeson et al. \(2025\)](#) refuerza esa dirección, mostrando beneficios tanto para cuidadores como para usuarios en comparación con la atención habitual. A su vez, la red metaanalítica de [Rodolico et al. \(2022\)](#) añade un dato especialmente importante para un manual operativo: casi todos los modelos de intervención familiar orientados a prevención de recaídas resultaron eficaces, y la psicoeducación familiar sin añadidos complejos de entrenamiento conductual o de habilidades no quedó por debajo de los modelos más sofisticados; en algunos análisis comparativos, incluso apareció como alternativa especialmente razonable cuando el contexto impone restricciones de recursos. Este punto es decisivo, porque desplaza la discusión desde la fascinación por programas maximalistas hacia una pregunta más útil para los servicios: cuáles son los ingredientes activos mínimos que conviene preservar para obtener beneficios clínicamente relevantes y organizativamente sostenibles.

Desde esa perspectiva, el problema clínico que intenta modificar la psicoeducación familiar no se reduce a “enseñar información sobre la enfermedad”. Lo que intenta modificar es un conjunto de procesos interrelacionados: la desorganización de significados alrededor del trastorno, la dificultad para reconocer señales tempranas de descompensación, los patrones de comunicación que amplifican el conflicto, el aislamiento progresivo del núcleo familiar, la sobrecarga del cuidador y los climas emocionales de alta emoción expresada que se han asociado históricamente con peor evolución y mayor riesgo de recaída. Por eso, cuando la OMS recomienda que las intervenciones familiares se ofrezcan durante la fase de mantenimiento y subraya que deben planificarse de forma sostenible, con profesionales competentes y supervisados, está diciendo algo más que una preferencia de estilo: está reconociendo que la intervención familiar actúa sobre mecanismos clínicos y organizativos que no se resuelven con una charla puntual, un folleto o una derivación inespecífica. También por eso la literatura reciente insiste en que los beneficios observados en recaída, utilización de urgencias, ambiente familiar o carga del cuidador no autorizan lecturas triunfalistas: los efectos son consistentes, pero no mágicos; requieren continuidad, buena definición del modelo, entrenamiento del equipo y una inserción real en la práctica ordinaria. Un manual operativo serio debe partir de ese equilibrio y no de la retórica de la “intervención milagro”.

2.3. Modelos de referencia y criterios para seleccionar uno operativamente

El campo de la intervención familiar en psicosis no ha sido históricamente uniforme. Su desarrollo ha oscilado entre formatos conductuales centrados en resolución de problemas y comunicación, modelos psicoeducativos estructurados, dispositivos multifamiliares y propuestas más integradas que han ido incorporando sensibilidades sistémicas, comunitarias y orientadas a recuperación. La revisión de [McFarlane \(2016\)](#) resume bien esa evolución y permite extraer una conclusión útil: la diversidad de escuelas no invalida la existencia de un núcleo técnico compartido. [Harvey \(2018\)](#), en una revisión específicamente centrada en psicoeducación familiar para esquizofrenia, vuelve sobre ese punto al describir los ingredientes que reaparecen de manera consistente en los programas con mayor plausibilidad clínica: información estructurada

y comprensible, alianza colaborativa con la familia, trabajo sobre comunicación, entrenamiento en resolución de problemas, atención a necesidades sociales y clínicas del usuario, y duración suficiente para consolidar cambios. La consecuencia práctica de esta lectura es que el debate entre modelos no debería resolverse, en este manual, mediante una adscripción doctrinal rígida, sino mediante la elección de un modelo de referencia capaz de preservar esos ingredientes activos y de adaptarse a las condiciones reales de los dispositivos donde se implantará el programa. En un documento de ejecución, la selección del modelo no se justifica porque “sea el más elegante” teóricamente, sino porque articula mejor evidencia, factibilidad, entrenabilidad del equipo y compatibilidad con la lógica organizativa del servicio.

Esa conclusión permite ordenar una decisión que en muchos contextos se toma mal: elegir un programa por prestigio nominal o por tradición local, en vez de por correspondencia entre componentes activos y capacidad real de implementación. La evidencia comparativa disponible no obliga a convertir el manual en una defensa exclusivista de un formato único. Más bien sugiere que el valor clínico depende de que ciertos elementos estén presentes y bien ejecutados, no de que el equipo utilice una etiqueta histórica determinada. De ahí que, a efectos de este protocolo, el modelo de referencia deba entenderse como una arquitectura operativa con cinco rasgos mínimos: estructura clara de sesiones; psicoeducación no reducida a mera transmisión de datos, sino integrada con afrontamiento y resolución de problemas; trabajo explícito sobre comunicación y clima emocional; participación del usuario cuando clínicamente sea pertinente y éticamente viable; y continuidad suficiente para que la familia desarrolle competencias observables, no solo buena disposición subjetiva. El capítulo siguiente traducirá esa elección a formato, temporalización y perfil de familias. Aquí basta con fijar el principio: el modelo no se selecciona para “representar” una escuela, sino para sostener un programa clínicamente defendible y organizativamente reproducible. La discusión comparativa más extensa de modelos corresponde a la Guía de Viabilidad y Replicabilidad; este manual retiene de esa discusión solo lo necesario para operar con consistencia.

2.4. Qué enseñan las experiencias españolas y por qué importan para este manual

Ahora bien, esa misma experiencia española también enseña algo menos cómodo, pero más útil para un manual de ejecución: disponer de evidencia y de experiencias previas no garantiza su traducción estable a red asistencial. La experiencia de Sant Pere Claver resulta especialmente pertinente porque incorpora activamente a las familias dentro del programa, combinando intervención psicoterapéutica, psicoeducación y trabajo familiar en el marco de una atención temprana e integrada (Domínguez-Martínez et al., 2011). En este punto, la *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia* vinculada al Programa de Apoyo y Colaboración Familiar de la Red de Salud Mental de Gran Canaria constituye una referencia especialmente relevante, porque no se limita a describir una intervención técnicamente plausible, sino que documenta la evolución de un programa implantado durante años en dispositivos reales de rehabilitación psicosocial. El propio documento señala que el PACF fue diseñado en 1998 y que su implementación multifamiliar en la Red de Salud Mental de Gran Canaria acumuló trabajo con 76 grupos y 440 familias, lo que obligó, tras veinte años de experiencia, a revisar en profundidad la estructura, el enfoque y los contenidos del programa (Baena Ruiz et al., 2020). Esa trayectoria aporta una

enseñanza central para este manual: la intervención familiar no se consolida únicamente por estar basada en evidencia, sino por ser revisada, adaptada y sostenida dentro de una red concreta, con dispositivos, profesionales, materiales y decisiones de implementación. La actualización del PACF, realizada entre 2016 y 2020, modificó su diseño inicial de dos módulos para incorporar un módulo intermedio centrado en comunicación familia-usuario y autocuidado familiar, precisamente porque la experiencia mostró que la resolución de problemas cotidianos no podía abordarse eficazmente si antes no se trabajaban habilidades comunicacionales, estrés, sobrecarga y cuidado de los propios familiares.

En el contexto español, la incorporación del enfoque de recuperación a las políticas públicas de salud mental permite entender la intervención familiar como parte de una transformación más amplia de los servicios, orientada a participación, derechos y apoyos comunitarios (Sampietro et al., 2023).

Por tanto, la lección española no es solo que existen programas familiares con valor clínico, sino que algunos de ellos han producido conocimiento operativo sobre cómo sostenerlos, revisarlos y adaptarlos. La versión actualizada del programa canario resulta especialmente útil porque sitúa el PACF dentro del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial y de la Red de Salud Mental de Gran Canaria, y porque documenta su aplicación en distintos dispositivos, incluidos centros de rehabilitación psicosocial, unidades de salud mental, hospital de día infanto-juvenil y unidad de media estancia. Además, el documento registra una media aproximada de seis familias por grupo y abandonos tras el inicio en torno al 20-25%, datos que no deben leerse como indicadores universales, pero sí como información práctica infrecuente en manuales clínicos españoles. Desde la lógica de este volumen, FEARP Canarias refuerza así una tesis fundamental: el problema no es importar un modelo ideal, sino construir un programa que pueda circular por una red asistencial real, mantener una estructura reconocible, admitir revisión y generar aprendizaje institucional. Precisamente por eso, este capítulo concluye donde debe empezar el resto del volumen: la fundamentación clínica de la psicoeducación familiar es suficientemente sólida como para desplazar el foco desde la discusión abstracta sobre su conveniencia hacia la construcción detallada de las condiciones que permiten hacerla real, estable y replicable en servicios ordinarios

Resumen final.

La fundamentación clínica del programa descansa, así, en cuatro tesis que conviene mantener unidas. La primera es que la familia debe ser entendida como contexto clínico relevante y como sujeto legítimo de apoyo, no como periferia del tratamiento. La segunda es que la evidencia disponible, lejos de ser marginal, sitúa la intervención familiar entre los abordajes psicosociales con apoyo empírico más consistente para psicosis y esquizofrenia, aunque con heterogeneidad suficiente como para exigir prudencia metodológica y claridad de componentes. La tercera es que la selección de un modelo de referencia no debe resolverse en clave de fidelidad doctrinal a una escuela, sino de preservación de ingredientes activos compatibles con la realidad organizativa del servicio. La cuarta es que la experiencia española confirma tanto la plausibilidad clínica de estos programas como la necesidad de pasar de iniciativas valiosas pero dispersas a dispositivos mejor protocolizados y monitorizados. Sobre esa base, el capítulo siguiente podrá abordar ya la estructura del programa sin necesidad de volver a justificar por qué trabajar con

familias no es aquí una opción accesorio, sino una decisión clínicamente razonable y estratégicamente necesaria.

3

Estructura del programa

Resumen inicial.

Una vez establecida la fundamentación clínica del programa, la cuestión ya no es si la intervención familiar debe ofrecerse, sino con qué arquitectura conviene hacerlo para que el programa sea simultáneamente clínicamente defendible, organizativamente sostenible y suficientemente flexible para contextos asistenciales distintos. Ese problema de diseño no es menor. Una parte de la literatura ha tendido a presentar la intervención familiar como un repertorio de componentes relativamente estables —psicoeducación, trabajo sobre comunicación, resolución de problemas, prevención de recaídas—, mientras que otra ha insistido en que el verdadero cuello de botella está en su formato, su duración, sus criterios de inclusión y su capacidad de integrarse en los circuitos ordinarios de atención. Las guías de NICE siguen aportando un umbral mínimo claro para la intervención familiar en psicosis y esquizofrenia en adultos: entre tres meses y un año, al menos diez sesiones planificadas, inclusión del usuario cuando sea posible y consideración explícita de la preferencia por formato unifamiliar o multifamiliar. La OMS, por su parte, añade un matiz crucial para este manual: estas intervenciones deben planificarse de forma sostenible, con profesionales competentes y supervisados, e involucrando activamente a usuarios y familias en su diseño e implementación. En consecuencia, la estructura del programa no puede reducirse a una suma de sesiones temáticas. Debe entenderse como una decisión clínica y de implementación a la vez (NICE, 2015; WHO, 2023).

Palabras clave: *estructura del programa; formato unifamiliar; formato multifamiliar; temporalización; criterios de inclusión; diversidad cultural; intervención temprana; plan individualizado.*

3.1. Qué debe entenderse por estructura del programa

La estructura del programa no designa aquí solo un calendario ni una secuencia administrativa de sesiones. Designa, en sentido más preciso, la forma en que se organizan los componentes activos de la intervención para que produzcan efectos clínicos razonables sin volverse inviables en la práctica ordinaria. Esa definición es importante porque la evidencia comparativa más reciente no apunta a que solo los modelos más complejos sean los más útiles. La red metaanalítica de [Rodolico et al. \(2022\)](#) mostró que casi todos los modelos de intervención familiar orientados a prevención de recaídas resultaban eficaces frente al tratamiento habitual y, además, que la psicoeducación familiar “sola”, sin añadidos conductuales especialmente sofisticados, podía constituir una opción muy defendible en contextos con recursos limitados. La revisión crítica de [Barlati et al. \(2024\)](#) llega en la misma dirección al situar la intervención familiar entre las intervenciones psicosociales con mejor apoyo empírico en esquizofrenia, lo que refuerza una conclusión operativa central para este manual: el problema del diseño no es tanto inventar formatos cada vez más densos, como decidir qué configuración permite preservar los ingredientes clínicamente relevantes con un grado suficiente de fidelidad, accesibilidad y sostenibilidad. En otras palabras, la estructura debe optimizar una relación de equilibrio entre intensidad, claridad, entrenabilidad del equipo y posibilidad de integración en la red asistencial ([Barlati et al., 2024; Rodolico et al., 2022](#)).

Desde esa premisa, este manual entiende la estructura del programa como una arquitectura de cinco decisiones inseparables: el propósito clínico principal, el formato de trabajo, la temporalización, el perfil de familias destinatarias y el encaje del programa en el tratamiento ordinario del usuario. Desacoplar estas decisiones produce programas frágiles. Por ejemplo, un diseño teóricamente excelente puede fracasar si no define qué familias son elegibles o si exige una dedicación que el servicio no puede sostener; del mismo modo, un formato muy accesible puede perder potencia clínica si reduce la intervención a información general sin entrenamiento sobre señales tempranas, comunicación o manejo del estrés familiar. La experiencia de desarrollo culturalmente adaptado de intervenciones familiares en Indonesia es especialmente ilustrativa en este punto: el trabajo de [Renwick et al. \(2025\)](#) mostró que la discusión sobre formato y contenido no puede separarse de las preferencias de usuarios, cuidadores y profesionales ni del análisis de barreras y facilitadores de implementación. Su teoría de cambio integró precisamente esos elementos con los mecanismos de cambio mejor respaldados, entre ellos psicoeducación, comunicación y prevención de recaídas. Esa lógica —mecanismos activos más adaptación ecológica— es la que debe gobernar también la estructura propuesta en este protocolo ([Renwick et al., 2025](#)).

3.2. Formato y modalidad: unifamiliar, multifamiliar y opciones híbridas

Las guías de NICE no resuelven la elección entre formato unifamiliar y multifamiliar imponiendo un modelo único, sino que exigen que el diseño tenga en cuenta la preferencia de la familia por

uno u otro, además de la relación entre cuidador principal y usuario. Esa formulación sigue siendo clínicamente sensata. El formato unifamiliar ofrece ventajas evidentes cuando existe elevada conflictividad, dificultades de confidencialidad, necesidad de mayor ajuste al ritmo de una familia concreta o presencia de temas que difícilmente podrían abordarse con comodidad en grupo. El formato multifamiliar, en cambio, suele aportar beneficios relacionales y normalizadores que no deben infravalorarse: reduce aislamiento, favorece aprendizaje vicario, disminuye vergüenza y permite que la psicoeducación no se viva como una relación vertical entre expertos y receptores, sino como un trabajo compartido donde la experiencia de otras familias tiene valor terapéutico propio. La literatura comparativa disponible no obliga a decidir que uno deba sustituir al otro en todos los contextos; obliga, más bien, a construir un criterio de indicación. Por eso, la estructura operativa que se propone en este manual no parte de una defensa dogmática del formato multifamiliar ni de una preferencia automática por lo unifamiliar, sino de la idea de que el servicio debe disponer de un modelo base y de criterios explícitos para modularlo (NICE, 2015; Rodolico et al., 2022).

En términos de modalidad, la cuestión contemporánea no se agota en lo presencial. Los estudios recientes sobre apoyos digitales para familiares de personas con primer episodio psicótico muestran que los formatos *online* o híbridos pueden reducir barreras de acceso, aumentar flexibilidad y facilitar una entrada más temprana al soporte, especialmente cuando las familias están sometidas a sobrecarga, restricciones horarias o dificultades geográficas. La revisión sistemática de Münchenberg et al. (2024) sobre intervenciones digitales para cuidadores informales en primer episodio psicótico concluye precisamente que estos formatos ofrecen una vía prometedora para mejorar acceso y resultados de cuidadores, aunque la base empírica siga siendo todavía limitada y heterogénea. En la misma línea, Rus-Calafell et al. (2024) describieron resultados de una intervención alemana *online* de psicoeducación y apoyo para familiares de jóvenes con psicosis temprana, subrayando su potencial para mejorar accesibilidad y reducir tiempos de espera. Todo ello autoriza una conclusión prudente: el componente digital puede ser útil como vía de ampliación del acceso, apoyo entre sesiones o modalidad alternativa en contextos específicos, pero no debería utilizarse como excusa para degradar la intervención a mera entrega remota de información. El propio NHS England insiste en que, incluso cuando se ofrezcan intervenciones psicoeducativas u otras modalidades dentro del abanico comunitario, las personas deben seguir teniendo acceso a terapias completas y basadas en la evidencia. En este manual, por tanto, la modalidad híbrida se entiende como intensificación del acceso y no como sustitución del estándar clínico (Münchenberg et al., 2024; NHS England, 2024a; Rus-Calafell et al., 2024).

3.3. Estructura temporal: duración, intensidad y secuencia

La duración del programa no puede fijarse por comodidad organizativa, sino por la lógica del cambio que se pretende producir. NICE mantiene un umbral pragmático que sigue siendo muy útil para diseño: entre tres meses y un año y un mínimo de diez sesiones planificadas. Ese estándar no debe leerse como una fórmula rígida, sino como una advertencia contra dos errores frecuentes. El primero consiste en condensar la intervención familiar en un número tan pequeño de contactos que solo permite informar, pero no modificar patrones de comunicación,

atribuciones de culpa, detección de señales tempranas ni estrategias de afrontamiento. El segundo consiste en diseñar programas tan extensos y exigentes que resultan teóricamente admirables,

pero administrativamente insostenibles. La estructura temporal que se desprende de la evidencia reciente favorece, por ello, una intensidad suficiente para producir aprendizaje y práctica, seguida de un cierre con seguimiento o consolidación. También los desarrollos de rutina, como el programa multifamiliar Profamille descrito en 2024, muestran que los formatos prolongados y estructurados pueden producir resultados de interés, pero al mismo tiempo recuerdan que esos formatos exigen condiciones de fidelidad, certificación y recogida sistemática de resultados que no todos los servicios pueden sostener. Para este manual, la conclusión no es imitar los programas más largos, sino preservar un nivel mínimo de dosis terapéutica sin perder capacidad de implementación (Hode et al., 2024; NICE, 2015).

Esa lógica temporal obliga también a distinguir entre intervención nuclear y seguimiento. La OMS señala que estas intervenciones deben mantenerse tanto tiempo como lo necesiten el usuario y su familia y planificarse de forma sostenible, lo que sugiere que la temporalización no debe cerrarse con un criterio puramente administrativo de alta. En los servicios comunitarios y de rehabilitación, lo clínicamente más sensato suele ser diferenciar una fase principal de trabajo estructurado —con sesiones secuenciadas y objetivos claros— de una fase posterior de seguimiento o refuerzo, más espaciada, orientada a consolidar habilidades, revisar dificultades nuevas y prevenir abandono o desenganche. En familias en primer episodio o en fases tempranas del trastorno, esta secuencia cobra aún más sentido, porque la carga y el desconcierto inicial suelen ser mayores y porque muchas decisiones del cuidado aún se están sedimentando. Por ello, este manual propone pensar la temporalización como una curva con tres momentos: una entrada suficientemente rápida, una fase central con densidad técnica real y un cierre que no equivalga a desconexión brusca del soporte. Estructurar así el tiempo del programa no solo mejora su plausibilidad clínica; también facilita después su pilotaje, su monitorización y su inserción en cronogramas realistas de equipo (Rus-Calafell et al., 2024; WHO, 2023).

3.4. Perfil de familias destinatarias: criterios de inclusión, timing y diversidad

Uno de los errores más dañinos en este tipo de programas consiste en definir la población destinataria con criterios implícitos, informales o excesivamente restrictivos. La estructura del programa debe especificar desde el inicio qué se entiende por familia candidata y en qué momentos del curso clínico la oferta tiene más sentido. En el marco de este manual, familia no se restringe a vínculo legal ni a convivencia estricta, sino al conjunto de personas con papel significativo de apoyo y contacto relevante con el usuario. Este criterio se alinea con la definición operativa de NICE, que incluye a familiares y cuidadores que conviven o mantienen contacto estrecho con la persona con psicosis o esquizofrenia. Al mismo tiempo, la evidencia y las guías actuales apoyan una intervención temprana, especialmente en primeros episodios o fases iniciales, cuando muchos usuarios siguen vinculados intensamente al hogar y cuando las familias suelen presentar altos niveles de distrés, sobrecarga y necesidad de orientación. Rus-Calafell et al. (2024) y Münchenberg et al. (2024) insisten precisamente en que, en psicosis temprana, la

necesidad de apoyo familiar aparece pronto y con intensidad. Por ello, el programa no debe reservarse solo para situaciones de crisis repetidas o recaídas ya cronificadas; debe poder ofrecerse en fases tempranas, en mantenimiento y en momentos de reorganización del cuidado tras episodios agudos (Münchenberg et al., 2024; NICE, 2015; Rus-Calafell et al., 2024).

Ahora bien, intervenir temprano no equivale a intervenir indiscriminadamente. El diseño requiere criterios de inclusión y exclusión clínicamente razonables, pero también exige evitar exclusiones automáticas por variables que, en realidad, demandan adaptación y no denegación. En los estándares de calidad del Royal College of Psychiatrists [RCP] para servicios de intervención temprana en psicosis, los equipos no deberían excluir a personas únicamente por autolesiones, consumo de sustancias, discapacidad intelectual, problemas del neurodesarrollo o comorbilidad psiquiátrica; cuando el cuadro no está del todo claro, se contempla incluso la utilidad de una evaluación extendida para aclarar si el caso pertenece o no al ámbito del programa. Ese criterio es valioso más allá de los servicios específicos de primer episodio, porque traduce un principio de diseño general: el acceso no debe bloquearse por complejidad clínica si lo que se necesita es una evaluación más fina o una articulación con otros dispositivos. La diversidad cultural y lingüística debe tratarse del mismo modo. La investigación de Renwick et al. (2025) mostró que las creencias sobre la enfermedad, la culpa, la esperanza, la autoridad profesional o el papel de la familia modifican la aceptabilidad y la utilidad ecológica de la intervención. En consecuencia, la estructura del programa debe incorporar la diversidad no solo al nivel de los materiales, sino ya en la elegibilidad, el ritmo, la modalidad y la formulación de objetivos. No se trata de crear un programa distinto para cada familia, sino de evitar un formato aparentemente neutro que en la práctica solo funcione para una franja estrecha de familias muy alineadas con el lenguaje biomédico estándar (Renwick et al., 2025; RCP, 2025).

3.5. Articulación del programa con el PAI y otras intervenciones concurrentes

Un programa de psicoeducación familiar bien diseñado no debe operar como una isla dentro del dispositivo. La orientación actual de implementación en salud mental comunitaria subraya que las terapias psicológicas y psicosociales para problemas mentales graves forman parte de una oferta integrada, multidisciplinar y centrada en la persona. El documento de NHS England de 2024 insiste, en este sentido, en que estas terapias son una pieza clave de la nueva oferta integrada para personas adultas con problemas mentales graves, y añade dos principios particularmente útiles para este manual: que muchos profesionales distintos participan en su provisión dentro de equipos multidisciplinarios y que el acceso a terapia debe formar parte del plan de tratamiento de la persona, con opciones discutidas tanto con ella como con el equipo. Trasladado a la arquitectura de este protocolo, eso significa que la psicoeducación familiar debe articularse con el PAI del usuario y con las demás intervenciones concurrentes —tratamiento farmacológico, seguimiento psiquiátrico, terapia individual, apoyo ocupacional, intervención social, trabajo sobre empleo o estudio, y otros recursos del itinerario— sin confundirse con ellas ni duplicarlas. Su función no es reemplazar el resto del plan, sino modificar variables familiares y de apoyo que influyen sobre la evolución del usuario y la carga del entorno (NHS England, 2024a, 2024b).

Esta articulación debe traducirse, por tanto, en reglas concretas de diseño. Primero, la derivación al programa familiar no debería depender de circuitos informales o del entusiasmo individual de un profesional concreto, sino estar prevista dentro de la planificación asistencial ordinaria. Segundo, los objetivos del programa familiar deben formularse de modo compatible con los objetivos del PAI, distinguiendo con claridad qué metas son del usuario, cuáles de la familia y cuáles son compartidas. Tercero, cuando existan otras intervenciones simultáneas, el programa debe definir cómo se coordinan mensajes, tiempos y responsabilidades para evitar contradicciones, sobreintervención o lagunas. Este principio es especialmente importante en primer episodio y dispositivos comunitarios complejos, donde los estándares de calidad contemporáneos exigen que usuarios y familias reciban paquetes completos de cuidados basados en la evidencia, no intervenciones fragmentadas. La propia lógica de la monitorización posterior dependerá de esta decisión: si el programa familiar no se integra en el plan global, después será difícil interpretar resultados, atribuir cambios o decidir ajustes. En resumen, la estructura del programa solo queda clínicamente cerrada cuando su encaje con el PAI y con el resto de la atención deja de ser una cortesía organizativa y pasa a formar parte explícita de su diseño (NHS England, 2024b; RCP, 2025).

Resumen final.

La estructura del programa debe sostenerse sobre un criterio de suficiencia clínica y de realismo organizativo al mismo tiempo. Eso implica, en primer lugar, asumir que la intervención familiar no necesita complejidad máxima para ser útil, pero sí un núcleo técnico reconocible y una dosis temporal suficiente. Implica, en segundo lugar, escoger entre formato unifamiliar, multifamiliar o híbrido con criterios explícitos y no por inercia. Implica, en tercer lugar, definir a qué familias se dirige el programa y en qué momentos del curso clínico conviene ofrecerlo, evitando exclusiones precipitadas y contemplando diversidad cultural, lingüística y clínica. E implica, finalmente, integrar la intervención familiar en el PAI y en el resto del tratamiento, de modo que el programa sea una pieza coordinada del itinerario asistencial y no una actividad lateral. Sobre esta base, el capítulo siguiente puede pasar ya del diseño estructural al contenido de las sesiones, porque el marco formal dentro del que esas sesiones deben cobrar sentido ha quedado fijado (NICE, 2015; NHS England, 2024a; WHO, 2023).

4

Contenidos y desarrollo sesión a sesión

Resumen inicial.

Definir la estructura general del programa no basta para hacerlo clínicamente utilizable. Un programa de psicoeducación familiar solo adquiere consistencia real cuando traduce esa estructura a una secuencia de sesiones con objetivos diferenciados, componentes reconocibles, progresión interna y criterios explícitos sobre qué debe ocurrir en cada tramo del proceso. La guía NICE para psicosis y esquizofrenia en adultos sigue siendo especialmente útil en este punto porque, además de exigir un mínimo de diez sesiones durante un periodo de entre tres meses y un año, establece que la intervención familiar debe tener una función específica de apoyo, educación o tratamiento, e incluir trabajo negociado de resolución de problemas o manejo de crisis. Esa formulación es importante porque impide reducir el programa a una simple transferencia de información sobre el diagnóstico. La literatura de revisión converge en la misma dirección: la psicoeducación familiar eficaz tiende a combinar información comprensible, alianza colaborativa, entrenamiento en afrontamiento, mejora de la comunicación y resolución de problemas, todo ello dentro de un formato estructurado y suficientemente prolongado como para consolidar aprendizaje y transferencia a la vida cotidiana. Por ello, este capítulo no presenta un listado rígido de temas, sino una lógica de secuenciación clínica que ordena qué contenidos deben aparecer, en qué momento conviene introducirlos y qué función cumple cada sesión dentro del proceso global del programa (Harvey, 2018; NICE, 2014; WHO, 2023).

Palabras clave: *fichas de sesión; psicoeducación familiar; comunicación; resolución de problemas; afrontamiento; prevención de recaídas; sesión de acogida; seguimiento.*

4.1. Lógica clínica de la secuencia

La secuencia de sesiones no debe organizarse por acumulación de asuntos “interesantes”, sino por una lógica de preparación progresiva. En la práctica, eso significa que la intervención no debería comenzar por los contenidos más técnicos ni por los más confrontativos, sino por aquellos que permiten construir alianza, disminuir incertidumbre, ordenar expectativas y ofrecer un mapa compartido del trabajo que se va a realizar. [Harvey \(2018\)](#) resume esta lógica al describir la psicoeducación familiar como un conjunto de intervenciones estructuradas en las que los profesionales adoptan un enfoque colaborativo de intercambio de información y entrenamiento en afrontamiento, comunicación y resolución de problemas. NICE, por su parte, añade que la intervención debe incluir al usuario cuando sea factible, atender a la preferencia de la familia por formato unifamiliar o multifamiliar y contemplar explícitamente trabajo de resolución de problemas o crisis. La consecuencia para el sesionado es clara: primero se establece la base relacional y de significado; después se introducen contenidos informativos que reduzcan confusión y culpa; más tarde se pasa a habilidades que requieren práctica conjunta; y, solo cuando existe suficiente alianza y comprensión compartida, se abordan problemas más sensibles relacionados con conflicto, prevención de recaídas, manejo de crisis o reorganización del cuidado cotidiano. Esta progresión no es un adorno pedagógico, sino una forma de reducir abandono, defensividad y sobrecarga temprana en familias que con frecuencia llegan al programa cansadas, ambivalentes o desconfiadas ([Harvey, 2018; NICE, 2014](#)).

Desde el punto de vista clínico, esa secuencia también protege de un error frecuente: convertir la psicoeducación en una sucesión de “clases” desvinculadas de las necesidades reales de cada familia. La recomendación de la OMS de ofrecer intervenciones psicoeducativas y familiares de forma rutinaria a personas con trastornos psicóticos y a sus familiares, así como la recomendación complementaria de considerar intervenciones para cuidadores que utilicen enfoques de resolución de problemas y elementos cognitivo-conductuales, sugieren precisamente que el valor de estas intervenciones no reside en la mera exposición verbal, sino en su capacidad para modificar cómo la familia interpreta, comunica y afronta situaciones concretas. Por ello, la secuencia propuesta en este manual se apoya en tres movimientos: una fase inicial de acogida y orientación, una fase central de trabajo sobre conocimiento y habilidades, y una fase de cierre y seguimiento en la que se consolidan aprendizajes, se revisan obstáculos y se pactan criterios de continuidad o reentrada. La sesión individual o grupal no es, por tanto, una unidad cerrada sobre sí misma, sino un eslabón de una progresión con memoria clínica ([WHO, 2023a, 2023b](#)).

4.2. La ficha de sesión como herramienta de estandarización flexible

Para que un programa pueda pilotarse, supervisarse y después implementarse con fidelidad razonable, cada sesión debe apoyarse en una ficha de sesión estandarizada. Esa ficha no debe entenderse como una plantilla burocrática ni como un guion teatral que se recita con independencia de lo que ocurra en el grupo o en la familia. Debe funcionar, más bien, como un instrumento de memoria técnica que permita preservar los componentes esenciales del modelo,

hacer visible la intención clínica de cada encuentro y documentar adaptaciones justificadas. La recomendación NICE de que la intervención familiar tenga una función específica de apoyo, educación o tratamiento, e incluya resolución de problemas o manejo de crisis, implica ya que el trabajo no puede dejarse a improvisación pura. Del mismo modo, la insistencia de NHS England en ampliar el acceso a terapias basadas en la evidencia para problemas mentales graves dentro de equipos multidisciplinares presupone formatos de trabajo reconocibles, entrenables y revisables. En ese marco, la ficha de sesión resulta imprescindible porque convierte el programa en algo transmisible entre profesionales, supervisable por el equipo y auditable en pilotaje e implementación (NHS England, 2024a; NICE, 2014).

Una ficha clínicamente útil debería contener, al menos, seis bloques. El primero debe recoger el objetivo principal de la sesión, formulado en términos observables y no solo temáticos. El segundo debe especificar los contenidos nucleares, distinguiendo entre información, habilidades y procesamiento emocional-relacional. El tercero debe describir las técnicas previstas —por ejemplo, explicación guiada, modelado, práctica de comunicación, resolución estructurada de problemas o revisión de señales de recaída—. El cuarto debe prever materiales de apoyo y tareas entre sesiones. El quinto debe reservar espacio para incidencias clínicas o adaptaciones necesarias, de manera que la desviación respecto al plan no quede como opacidad tácita, sino como decisión argumentada. El sexto debe recoger una valoración breve del nivel de participación, comprensión y *enganche* de los asistentes. La estandarización, así concebida, no elimina la flexibilidad; la vuelve legible. Permite saber qué parte de la variación responde a singularidad clínica y qué parte responde, en cambio, a inconsistencia técnica del equipo. En un manual operativo, esa diferencia es crucial porque de ella dependerán más adelante la formación, la supervisión y la medición de fidelidad (Harvey, 2018; NHS England, 2024a; NICE, 2014).

4.3. Componentes informativos: qué debe enseñarse y cómo

La primera capa de contenidos del programa es informativa, pero conviene precisar inmediatamente que “informativa” no significa unidireccional, exhaustiva ni biomédicamente hipertrofiada. NICE recomienda que los cuidadores reciban información verbal y escrita accesible sobre diagnóstico, manejo, recuperación, apoyos disponibles, papel de los servicios y ayuda en crisis, y además que se revise de forma periódica cómo se comparte la información cuando existen dificultades de comunicación o colaboración entre usuario y familiares. Esa formulación obliga a entender la psicoeducación como producción compartida de inteligibilidad, no como descarga de datos. La familia necesita comprender qué está ocurriendo, pero necesita comprenderlo de una manera que pueda metabolizar sin aumentar culpa, miedo o sensación de incompetencia. Por eso, los contenidos informativos básicos del programa deberían cubrir, en un lenguaje claro y no estigmatizante, la naturaleza del trastorno o del episodio psicótico, el curso clínico posible, el papel del tratamiento farmacológico y psicológico, las señales tempranas de descompensación, el lugar de la recuperación y de la funcionalidad cotidiana, y los recursos formales e informales de apoyo. El orden importa: no conviene abrir el programa con detalles técnicos sobre pronóstico o cronicidad si antes no se ha consolidado un clima de colaboración y esperanza realista (NICE, 2014).

Además, la información debe ser clínicamente útil, no enciclopédica. La OMS recomienda ofrecer psicoeducación de manera rutinaria a personas con trastornos psicóticos y a sus familiares, y NICE incluye entre los contenidos de programas de apoyo y automanejo la identificación y manejo de síntomas, el afrontamiento del estrés, el acceso a apoyos, la actuación en crisis y la prevención de recaídas. Traducido a sesiones concretas, esto significa que los bloques informativos más valiosos son los que ayudan a responder preguntas operativas: qué síntomas o cambios conviene observar, qué señales justifican pedir ayuda, qué tipo de estrés familiar precipita deterioro, cómo sostener un rol de apoyo sin sustituir totalmente al usuario, y qué expectativas son realistas en cada fase del proceso. Cuando la intervención se desplaza a entornos híbridos o *online*, los estudios recientes sobre familiares de jóvenes con psicosis temprana recuerdan además que la claridad, la modularidad y la accesibilidad de la información se vuelven todavía más importantes para evitar abandono y fatiga. En este manual, por tanto, los contenidos informativos deben dosificarse y vincularse siempre a preguntas del cuidado real, no a un ideal abstracto de “completar el temario” (Münchenberg et al., 2024; Rus-Calafell et al., 2024; WHO, 2023a).

4.4. Componentes de habilidades: comunicación, resolución de problemas y prevención de crisis

La segunda capa del programa es la de habilidades familiares, y aquí la literatura es especialmente consistente. Harvey (2018) identifica la comunicación, el afrontamiento y la resolución de problemas como técnicas comunes de la psicoeducación familiar, mientras que NICE exige expresamente que la intervención incluya trabajo negociado de resolución de problemas o manejo de crisis. La recomendación de la OMS sobre intervenciones psicosociales para cuidadores de personas con psicosis o trastorno bipolar también subraya enfoques psicoeducativos con resolución de problemas y componentes cognitivo-conductuales. Ese consenso permite una decisión clara de diseño: el programa no debe limitarse a que la familia “entienda” mejor la enfermedad; debe entrenarla para actuar de otra manera en situaciones repetidas de tensión, confusión o bloqueo. Por eso, al menos tres grupos de habilidades deberían aparecer en la secuencia central de sesiones: habilidades de comunicación, habilidades de resolución estructurada de problemas y habilidades de prevención y respuesta ante crisis o recaídas (Harvey, 2018; NICE, 2014; WHO, 2023b).

Las habilidades de comunicación deberían centrarse en reducir pautas de crítica, hostilidad, mensajes dobles, escalada emocional y conversaciones caóticas, favoreciendo formas más concretas, breves y reguladas de pedir, escuchar, validar y negociar. Las habilidades de resolución de problemas, por su parte, requieren un formato estructurado: definir un problema en términos observables, generar varias opciones, valorar ventajas e inconvenientes, elegir una acción, ensayarla y revisar resultados. La prevención de crisis no debe enseñarse como dramatización de emergencias, sino como lectura temprana de señales, anticipación de escenarios y clarificación de qué hacer, quién hace qué y cuándo conviene activar apoyos. NICE incorpora explícitamente el manejo de crisis dentro del estándar de intervención familiar, y sus recomendaciones para cuidadores incluyen información sobre cómo obtener ayuda en crisis y cómo identificar y manejar síntomas. Una sesión bien diseñada sobre estas competencias no termina cuando el profesional ha explicado la técnica, sino cuando la familia ha podido

practicarla sobre problemas reales o verosímiles. Sin esa traducción a conducta, la sesión puede ser satisfactoria como experiencia subjetiva, pero pobre como intervención transformadora (NICE, 2014).

4.5. Componentes emocionales y relacionales: carga, culpa, ambivalencia y esperanza realista

La tercera capa del programa es la más fácil de infravalorar y, a menudo, la que decide si la familia permanece o abandona. El trabajo con familiares de personas con psicosis no se desarrolla sobre una superficie neutra de buena disposición racional, sino sobre emociones densas: cansancio, culpa, rabia, vergüenza, miedo, decepción, hipervigilancia, sobreprotección, desesperanza y, con frecuencia, ambivalencia hacia el propio programa. La revisión sistemática de [Di Lorenzo et al. \(2024\)](#), centrada en el significado y la efectividad de la psicoeducación para cuidadores, subraya precisamente que el valor de estas intervenciones no puede medirse solo por transmisión de conocimientos, sino también por su impacto sobre carga, bienestar psicológico y capacidad de afrontamiento. Las recomendaciones de NICE de ofrecer apoyo a cuidadores con un mensaje positivo sobre recuperación y la insistencia de la OMS en incorporar a usuarios y familias en la implementación y evaluación refuerzan la misma idea: el programa no puede ser emocionalmente ciego. Debe generar espacios donde se legitime el malestar sin cristalizarlo en identidad de víctima permanente, donde la crítica pueda reformularse como preocupación mal regulada y donde la esperanza no adopte forma de promesa ingenua, sino de horizonte realista de mejora posible ([Di Lorenzo et al., 2024](#); [NICE, 2014](#); [WHO, 2023a](#)).

Esto tiene consecuencias directas sobre el desarrollo sesión a sesión. Los contenidos emocionales y relacionales no deberían concentrarse al final como un añadido “más humano” tras las sesiones verdaderamente técnicas. Deben entrelazarse con los bloques informativos y de habilidades desde el principio. Cuando se trabaja comprensión del trastorno, es necesario abordar al mismo tiempo cómo esa comprensión reordena culpa, rabia o agotamiento. Cuando se entrena comunicación, hay que reconocer que cambiar la forma de hablar también implica renunciar a estilos de control o defensa muy sedimentados. Cuando se enseña prevención de recaídas, conviene atender a cómo la familia gestiona el miedo a volver a pasar por lo ya vivido. En términos de diseño, esto significa que varias sesiones deben reservar tiempo para validar la experiencia del cuidador, explorar atribuciones rígidas, trabajar expectativas y detectar sobrecarga. La revisión de [Harvey \(2018\)](#) ya mostraba que la psicoeducación familiar aborda no solo técnicas, sino necesidades emocionales y de apoyo de las familias. Un manual operativo debe hacer visible ese trabajo para que no quede delegado al “estilo personal” del terapeuta más sensible del equipo ([Harvey, 2018](#)).

4.6. Sesiones especiales: acogida, cierre y seguimiento

Dentro del sesionado global existen al menos tres tipos de sesiones con función singular: la sesión de acogida o evaluación inicial, la sesión de cierre y las sesiones de seguimiento o refuerzo. La sesión de acogida no puede ser tratada como un trámite administrativo previo a la

“verdadera” intervención. En muchos casos, ahí se decide la continuidad del vínculo. NICE recomienda negociar tempranamente con usuarios y cuidadores cómo se compartirá la información, subrayando la importancia de equilibrar confidencialidad, comprensión de riesgos y perspectiva del usuario. También recomienda revisar regularmente cómo se comparte la información cuando existen dificultades de comunicación o colaboración. Eso convierte la acogida en una sesión clínicamente densa: no solo se recoge información, sino que se empieza a modelar el estilo de trabajo, se clarifican reglas básicas, se explora motivación, se detectan temores y se establece la gramática relacional del programa. La sesión de acogida debería, por tanto, incluir una formulación preliminar de necesidades, una explicación clara del dispositivo, un primer acuerdo sobre expectativas y, cuando proceda, una negociación cuidadosa sobre la participación del usuario y los límites de confidencialidad (NICE, 2014).

La sesión de cierre tampoco debe reducirse a una recapitulación cordial. En términos clínicos, su tarea es consolidar aprendizajes, identificar qué cambios son mantenibles, explicitar señales de riesgo futuro y pactar el modo de pedir ayuda o reactivar apoyo si aparecen dificultades. La lógica de seguimiento se desprende tanto del umbral temporal NICE como de la insistencia de la OMS en intervenciones sostenibles y adaptadas a necesidad. En la práctica, eso justifica un cierre que no sea brusco y, siempre que la organización lo permita, una o más sesiones posteriores de revisión, espaciadas en el tiempo, para comprobar transferencia a situaciones reales. Los formatos *online* o híbridos pueden ser especialmente útiles en esta fase de seguimiento, no para sustituir el núcleo presencial o interactivo del programa, sino para reducir barreras y mantener una puerta de contacto funcional. Esta decisión es coherente con la evidencia reciente sobre intervenciones digitales para familiares, que sugiere potencial para mejorar acceso y continuidad, aunque todavía con base empírica heterogénea. La estructura global del programa queda así mejor cerrada: empieza construyendo marco y alianza, despliega contenidos y habilidades con secuencia intencional, y termina asegurando que lo trabajado no se deshaga al salir del espacio terapéutico (Münchenberg et al., 2024; Rus-Calafell et al., 2024; WHO, 2023a).

Resumen final.

El desarrollo sesión a sesión del programa debe preservar una lógica progresiva y no una simple acumulación temática. Primero se construyen alianza, inteligibilidad y marco; después se trabajan contenidos informativos que permitan comprender el trastorno y el lugar de la familia en su manejo; a continuación, se entrenan habilidades de comunicación, resolución de problemas y prevención de crisis; y, de forma transversal, se atienden procesos emocionales y relacionales sin los cuales la intervención pierde profundidad y sostenibilidad. La ficha de sesión funciona como instrumento que estandariza sin rigidizar, y las sesiones especiales de acogida, cierre y seguimiento garantizan que el programa tenga entrada, núcleo y salida clínicamente coherentes. Sobre esta base, el capítulo siguiente podrá centrarse ya en los materiales psicoeducativos, porque el papel que esos materiales deben desempeñar dentro de la secuencia terapéutica ha quedado definido (Harvey, 2018; NICE, 2014; NHS England, 2024a; WHO, 2023a).

5

Materiales psicoeducativos

Resumen inicial.

Los materiales psicoeducativos ocupan un lugar ambiguo en muchos programas de intervención familiar. Con frecuencia se los trata como un complemento secundario —folletos, hojas resumen, presentaciones o enlaces— cuando, en realidad, constituyen uno de los principales dispositivos de traducción entre el modelo clínico y la experiencia concreta de las familias. Un programa puede estar bien fundamentado y mal implementado si sus materiales son densos, estigmatizantes, culturalmente opacos, desordenados o simplemente inútiles para la toma de decisiones cotidianas. La propia guía NICE para psicosis y esquizofrenia en adultos exige que a los cuidadores se les proporcione información verbal y escrita en un formato accesible sobre diagnóstico y manejo, resultados positivos y recuperación, apoyos disponibles, papel de los equipos y ayuda en crisis. Esa exigencia, leída con atención, desplaza el problema desde la mera existencia de materiales hacia su calidad comunicativa y su función clínica. La literatura reciente sobre intervenciones digitales para familiares de personas con primer episodio psicótico añade además que los materiales pueden ampliar acceso, ahorrar tiempo y facilitar apoyo remoto, pero también tropezar con problemas de *enganche*, alfabetización digital y desigualdad de acceso si no se diseñan con criterios estrictos de usabilidad. Este capítulo parte de esa doble premisa: los materiales importan y no todos los materiales sirven (CDC, 2025a; Münchenberg et al., 2024; NICE, 2014).

Palabras clave: *materiales psicoeducativos; accesibilidad; alfabetización en salud; lenguaje claro; adaptación cultural; recursos digitales; materiales para familias; materiales para profesionales.*

5.1. Criterios de calidad: exactitud, accesibilidad, accionabilidad y respeto

El primer criterio de calidad de un material psicoeducativo es que sea clínicamente correcto, pero ese criterio es insuficiente si no va acompañado de otros tres: que sea comprensible, que sea utilizable y que sea respetuoso con la experiencia de quienes lo reciben. La CDC resume esta

lógica en una fórmula especialmente útil para el diseño de materiales sanitarios: la información debe ser accurate, accessible and actionable, es decir, exacta, accesible y accionable. La NIH, en una línea convergente, sitúa la comunicación clara dentro de una estrategia explícita de alfabetización en salud y recomienda investigar la audiencia, adaptar el mensaje al destinatario y evaluar el éxito comunicativo con criterios definidos desde el inicio. Aplicado al campo de la psicoeducación familiar en psicosis, esto significa que un buen material no es el que “contiene mucho”, sino el que permite a una familia entender qué le está ocurriendo, identificar qué puede hacer, reconocer cuándo pedir ayuda y conservar un marco de esperanza realista sin banalizar la gravedad de la situación. NICE concreta bastante bien ese umbral mínimo al exigir que los cuidadores reciban información accesible sobre manejo del trastorno, recuperación, apoyos, funciones del servicio y respuesta en crisis. Por tanto, el material de calidad no es un apéndice ornamental del programa, sino una herramienta clínica que selecciona contenidos, organiza prioridades y orienta conducta (CDC, 2024; NIH, 2025; NICE, 2014).

Ahora bien, la accesibilidad no se agota en usar frases cortas o evitar tecnicismos. También exige evitar jerga profesional innecesaria, estructurar la información en bloques legibles, destacar el mensaje principal, permitir lectura escaneable y definir con claridad qué se espera que la familia haga con esa información. La CDC subraya justamente que el lenguaje claro facilita que la audiencia entienda y use la información de salud, y además recuerda que incluso textos científicamente correctos fracasan cuando conservan un registro profesional que el público no puede decodificar. A esto se suma una exigencia ética que en salud mental resulta especialmente importante: el material no debe reforzar estigma ni reducir a la persona a su diagnóstico. En este sentido, las guías contemporáneas de lenguaje en salud mental apoyadas por la APA Foundation recomiendan formulaciones centradas en la persona y desaconsejan expresiones que identifican al individuo con el trastorno. En un manual como este, esa orientación no debe tratarse como un gesto cosmético de estilo, sino como una extensión del propio modelo clínico. Si el programa pretende sostener una perspectiva de recuperación y de atención centrada en la persona, sus materiales no pueden hablar el lenguaje contrario (APAF, 2021; CDC, 2025a).

5.2. Materiales para familias: qué debe entregarse y con qué función

Los materiales dirigidos a familias no deberían organizarse como un “dossier general” indiferenciado entregado el primer día, sino como un conjunto graduado de apoyos que acompañan la progresión clínica del programa. NICE establece ya un contenido mínimo de información escrita y verbal para cuidadores: diagnóstico y manejo, resultados positivos y recuperación, tipos de apoyo, papel de los servicios y ayuda en crisis. La OMS, además, insiste en que las intervenciones psicoeducativas y familiares para trastornos psicóticos deben ofrecerse de manera rutinaria y que la intervención con cuidadores puede incorporar resolución de problemas y componentes cognitivo-conductuales. Estas dos referencias obligan a una conclusión práctica: los materiales familiares deben estar alineados con la secuencia terapéutica y no limitarse a “explicar el trastorno”. Por ello, un paquete básico de materiales para familias debería incluir, como mínimo, una hoja de orientación inicial sobre el programa, materiales breves y progresivos sobre síntomas y curso, fichas sobre señales tempranas y crisis, guías sencillas sobre comunicación y resolución de problemas, y un mapa actualizado de recursos del

entorno formal e informal. La función clínica de cada material debe ser inequívoca: informar, apoyar la práctica entre sesiones o facilitar decisiones en situaciones críticas (NICE, 2014; WHO, 2023a; WHO, 2023b).

También conviene distinguir entre materiales de apoyo a la sesión y materiales de uso autónomo. Los primeros sirven para acompañar el trabajo presencial o grupal y no deberían saturar de texto ni anticipar contenidos aún no procesados en la intervención. Los segundos sí pueden funcionar como consulta entre sesiones, pero solo si están diseñados para ser utilizados sin la mediación constante del profesional. La revisión sistemática de Münchenberg et al. (2024) sobre intervenciones digitales para cuidadores de personas con primer episodio psicótico sugiere que los recursos remotos pueden mejorar acceso, satisfacción y apoyo percibido, además de ahorrar tiempo y recursos, pero al mismo tiempo alerta sobre retos de implementación vinculados a alfabetización digital, seguridad y *enganche*. El estudio de Rus-Calafell et al. (2024), centrado en un programa *online* moderado para familiares de jóvenes con psicosis temprana, refuerza esta idea: los materiales digitales pueden ser factibles y aceptables, pero funcionan mejor cuando se integran en un dispositivo moderado, no cuando se abandonan como simple biblioteca pasiva. En consecuencia, los materiales familiares más útiles no son los más extensos ni los más “completos”, sino los que pueden ser recordados, revisitados y activados en el momento en que una familia realmente los necesita (Münchenberg et al., 2024; Rus-Calafell et al., 2024).

5.3. Materiales para profesionales: manualización, consistencia y transferencia

La intervención familiar no se vuelve reproducible solo porque existan materiales para familias; necesita también materiales para profesionales que garanticen consistencia técnica entre terapeutas, entre cohortes de familias y entre fases del programa. El documento de implementación de NHS England de 2024 insiste en que la ampliación de terapias psicológicas para problemas mentales graves exige competencias, formación, monitorización de resultados y una organización capaz de sostener intervenciones basadas en la evidencia dentro de equipos multidisciplinares. La OMS, por su parte, publicó en 2024 un manual específico de implementación de intervenciones psicológicas manualizadas que organiza el proceso en cinco pasos: planificar, adaptar al contexto, preparar a la fuerza de trabajo, identificar y apoyar a los beneficiarios y monitorizar y evaluar el servicio. Aunque ese manual no está dedicado exclusivamente a psicosis, su lógica es directamente aplicable aquí: si una intervención quiere pasar de buena idea clínica a práctica sostenible, necesita materiales de implementación dirigidos al equipo. En el contexto de este protocolo, eso incluye manual del facilitador, fichas de sesión, guías breves de técnicas, criterios de adaptación permitida, registro de incidencias, plantillas de coordinación con el PAI y soportes para supervisión y fidelidad (NHS England, 2024a; WHO, 2024).

La función de estos materiales profesionales no es uniformar mecánicamente la intervención, sino hacer visible su lógica. Un buen material para profesionales debe permitir que dos terapeutas distintos comprendan qué constituye el núcleo no negociable de una sesión, qué puede modularse según el perfil de la familia y qué adaptaciones deben registrarse para no

destruir la trazabilidad del programa. También debe facilitar la incorporación de nuevos miembros al equipo, reducir la dependencia de la memoria individual y mejorar la calidad de la supervisión. En este sentido, los materiales profesionales son el puente entre el capítulo 4 y los capítulos posteriores sobre formación, supervisión, pilotaje e implementación. Sin ellos, la intervención queda excesivamente expuesta al estilo personal de quien la conduce; con ellos, el programa se vuelve entrenable, discutible y evaluable. Por esa razón, los materiales para profesionales deben redactarse con una lógica diferente de la utilizada para familias: aquí sí es legítimo emplear lenguaje técnico, siempre que esté ordenado y orientado a la toma de decisiones clínicas. La claridad también importa, pero al servicio de la consistencia técnica y de la transferencia del modelo (NHS England, 2024a; WHO, 2024).

5.4. Recursos audiovisuales y digitales: potencial clínico y límites

Los recursos audiovisuales y digitales no deben considerarse una simple modernización estética de los materiales escritos. En determinadas condiciones, pueden ampliar acceso, facilitar revisión autónoma de contenidos, permitir apoyo asíncrono y ofrecer vías de contacto especialmente valiosas para familias con restricciones de tiempo, distancia o sobrecarga. La revisión de Münchenberg et al. (2024) concluye que las intervenciones digitales para cuidadores de personas con primer episodio psicótico muestran un potencial real para mejorar resultados del cuidador y presentan altos niveles de satisfacción, al tiempo que permiten acceso remoto más sencillo a apoyo y educación. Rus-Calafell et al. (2024) llegan a una conclusión compatible al mostrar que un programa alemán *online* moderado para familiares de jóvenes con psicosis temprana fue factible, aceptable y con efectos preliminares positivos en variables relevantes. Los formatos digitales pueden ampliar el acceso a la psicoeducación familiar, especialmente cuando existen barreras geográficas, laborales o de disponibilidad, siempre que no sustituyan la mediación profesional ni reduzcan la intervención a una mera entrega de información (Mueser et al., 2022). En consecuencia, un programa contemporáneo de psicoeducación familiar debería prever, al menos, el uso complementario de vídeos breves, recursos interactivos, materiales descargables, recordatorios digitales y repositorios de apoyo bien curados. La clave, sin embargo, no está en digitalizar por digitalizar, sino en decidir qué función clínica se delega al recurso (Münchenberg et al., 2024; Rus-Calafell et al., 2024).

Ese potencial no justifica, sin embargo, una sustitución acrítica del trabajo terapéutico por plataformas o bibliotecas de recursos. La misma revisión de Münchenberg et al. (2024) advierte que la evidencia robusta aún es limitada y que persisten barreras relacionadas con seguridad de datos, regulación, alfabetización digital y *enganche*. NICE, además, no recomienda recursos informativos aislados como sustitutos de la intervención familiar, sino información accesible integrada en una oferta más amplia de apoyo, educación y tratamiento. Por ello, este manual adopta un criterio de complementariedad estricta: los materiales digitales y audiovisuales deben ampliar, reforzar o facilitar la intervención, no degradarla a consumo de contenidos. Esto obliga a diseñarlos con especial cuidado. Un vídeo o una infografía pueden ser excelentes para reforzar mensajes clave, pero malos para abordar temas complejos de culpa, ambivalencia o conflicto. Del mismo modo, una plataforma digital puede mejorar seguimiento, pero también aumentar desigualdad si presupone habilidades tecnológicas o conectividad que no todas las familias

poseen. La regla, por tanto, no es “más digital”, sino “digital cuando mejora realmente la función clínica del material”. (Münchenberg et al., 2024; NICE, 2014).

5.5. Adaptación, testado y producción propia de materiales

La decisión más delicada de este capítulo no es qué materiales usar, sino cómo adaptarlos o crearlos sin degradar el modelo clínico. Aquí la literatura reciente aporta una enseñanza especialmente importante. El estudio de [Renwick et al. \(2025\)](#), orientado a adaptar culturalmente una intervención familiar para esquizofrenia en Indonesia, mostró que la adaptación útil no consiste en traducir literalmente un material ya existente, sino en revisar creencias sobre la enfermedad, normas relacionales, expectativas sobre el papel de la familia, condiciones de acceso y mecanismos de cambio que el propio programa quiere movilizar. La CDC llega a una conclusión convergente desde la salud pública: las ideas sobre salud, lengua, alfabetización y contexto comunicativo reflejan culturas concretas, y la comunicación mejora cuando los equipos reconocen y salvan esas diferencias; además, recomienda desarrollar y probar materiales para asegurar que sean exactos, accesibles y accionables. Estas dos líneas, una clínica y otra comunicativa, obligan a un principio operativo claro: en un programa de psicoeducación familiar no existe material universalmente neutro. Todo material debe situarse, probarse y, si es necesario, rediseñarse ([CDC, 2024](#); [CDC, 2025b](#); [Renwick et al., 2025](#)).

De ahí se derivan cuatro reglas para la producción propia de materiales. Primero, no crear desde cero lo que ya está bien resuelto, salvo que existan razones clínicas o contextuales claras. Segundo, cuando se adapte un material, documentar qué se ha cambiado y por qué, distinguiendo entre simplificación de lenguaje, adaptación cultural, actualización clínica y ajuste de formato. Tercero, probar los materiales con usuarios reales —familias y, cuando proceda, usuarios y profesionales— antes de consolidarlos en la versión estable del programa. La CDC y la NIH insisten precisamente en investigar la audiencia, probar mensajes y evaluar si la comunicación cumple sus objetivos. Cuarto, establecer una política de revisión periódica: los materiales se desactualizan no solo cuando cambia la evidencia, sino también cuando cambian las rutas asistenciales, la oferta de apoyos, las necesidades digitales de las familias o los problemas de comprensión detectados en supervisión y monitorización. En otras palabras, producir materiales propios no es un acto editorial puntual, sino una tarea clínica y organizativa continua. Si este capítulo se toma en serio, el capítulo 15 no recogerá meras plantillas bonitas, sino instrumentos realmente usables porque ya habrán sido pensados desde esta lógica de claridad, adaptación y prueba ([CDC, 2024](#); [CDC, 2025a](#); [NIH, 2025](#); [Renwick et al., 2025](#); [WHO, 2024](#)).

Resumen final.

Los materiales psicoeducativos solo cumplen su función cuando dejan de concebirse como anexos informativos y pasan a entenderse como parte estructural del programa. Su calidad depende de una combinación exigente de exactitud clínica, claridad lingüística, utilidad práctica, sensibilidad cultural y coherencia con una perspectiva no estigmatizante y orientada a la recuperación. Los materiales para familias deben acompañar la secuencia terapéutica y servir

para comprender, practicar y decidir; los materiales para profesionales deben sostener la manualización, la adaptación controlada y la supervisión; y los recursos digitales deben utilizarse cuando amplían acceso o continuidad sin erosionar el núcleo clínico de la intervención. Finalmente, toda adaptación o producción propia exige prueba, revisión y documentación. Sobre esta base, el capítulo siguiente puede pasar ya de los materiales al problema de la captación, porque el programa dispone ahora no solo de una estructura y un contenido, sino también de un soporte comunicativo clínicamente defendible (CDC, 2025a; Münchenberg et al., 2024; NICE, 2014; Renwick et al., 2025)

6

Captación de familias

Resumen inicial.

Un programa de psicoeducación familiar puede estar bien diseñado, manualizado y clínicamente justificado, y aun así fracasar si no resuelve de forma explícita una cuestión previa: cómo llegan realmente las familias al dispositivo. La captación no es un momento periférico del programa, sino la primera operación clínica y organizativa que decide quién accede, en qué condiciones lo hace y con qué disposición inicial se inicia el trabajo. La literatura reciente sobre participación familiar en servicios de salud mental y psicosis ha mostrado de forma consistente que existe una brecha importante entre el reconocimiento normativo del valor de la familia y la presencia efectiva de prácticas estables de implicación familiar en la atención rutinaria. Esa brecha no se explica solo por la reticencia de algunas familias o por la complejidad de las situaciones clínicas, sino también por culturas organizativas ambiguas, protocolos poco claros, incertidumbre sobre confidencialidad, horarios rígidos, diferencias culturales y una tendencia persistente a dejar la relación con la familia a discreción del profesional individual en lugar de convertirla en parte del diseño del servicio. Por ello, este capítulo se ocupa de la captación como proceso estructurado: desde la identificación de familias potencialmente destinatarias hasta el primer contacto, la reducción de barreras de acceso y la formalización de una entrada al programa que no dependa del azar, del entusiasmo individual ni de la demanda espontánea (Demarais et al., 2024; NICE, 2014; Tham & Solomon, 2024).

Palabras clave: *captación; derivación; acceso; familias; psicosis; barreras de acceso; familias veteranas; primer contacto; protocolo de derivación.*

6.1. La captación como primera fase clínica del programa

La captación debe entenderse, en primer lugar, como una intervención clínica temprana y no como un procedimiento administrativo neutro. NICE recomienda ofrecer a todos los cuidadores, lo antes posible, un programa de apoyo y educación centrado en cuidadores, que puede formar

parte de una intervención familiar y que debe estar disponible según necesidad y transmitir un mensaje positivo sobre recuperación. Esa formulación tiene implicaciones directas para este manual. Si el acceso a la familia se produce tarde, de forma errática o solo después de varias recaídas, el servicio no está simplemente “llegando con retraso”; está perdiendo una ventana clínica en la que la orientación, la validación y la organización temprana del apoyo familiar podrían modificar la trayectoria del cuidado. Los estándares de intervención temprana del RCP refuerzan la misma idea al exigir que a los cuidadores de personas con primer episodio psicótico se les ofrezca apoyo y educación tan pronto como sea posible, incluyendo recuperación, manejo de síntomas, señales tempranas, bienestar del cuidador y ayuda en crisis. Desde esta perspectiva, la captación no empieza cuando la familia acepta asistir a una sesión, sino cuando el servicio asume que la familia es un interlocutor clínicamente relevante y organiza la oferta en consecuencia (NICE, 2014; RCP, 2025).

Además, los datos más recientes en servicios de psicosis temprana y atención especializada sugieren que la implicación familiar no solo beneficia a familiares y cuidadores, sino que también se asocia con una mejor participación del propio usuario en la atención. En la red EPINET de Minnesota, Demarais et al. (2024) encontraron que la presencia de participación familiar en el tratamiento se asociaba con un mayor número total de visitas en los primeros seis meses y con una mayor intención autoinformada del cliente de asistir a sus citas. Del mismo modo, el estudio de preferencias multiactor de Martin et al. (2026) mostró un consenso amplio entre usuarios, familias y clínicos en torno a la importancia de mantener contacto continuado entre familia y equipo tratante a lo largo del seguimiento, aunque la forma, frecuencia y contenido de ese contacto deban ajustarse a factores clínicos, familiares y culturales. Para la lógica de este capítulo, el mensaje es claro: captar a la familia no significa añadir un “acompañamiento externo” al tratamiento principal, sino activar una vía de colaboración que puede facilitar continuidad asistencial, coordinación y mejor aprovechamiento del propio programa (Demarais et al., 2024; Martin et al., 2026).

6.2. Vías de acceso y derivación: de la discrecionalidad al circuito claro

Una captación consistente exige que el acceso esté protocolizado. Los estándares del Royal College de 2025 son especialmente útiles aquí porque convierten esta exigencia en requisitos concretos: el servicio debe proporcionar información clara sobre cómo derivar y sobre tiempos de evaluación y tratamiento; debe poder triar derivaciones directas de personas y de sus familias o cuidadores; y no debe excluir automáticamente a personas solo por autolesiones, consumo de sustancias, antecedentes judiciales, discapacidad intelectual, problemas del neurodesarrollo o comorbilidad psiquiátrica. Aunque estos estándares proceden del ámbito de intervención temprana en psicosis, su valor trasciende ese contexto y ofrece un principio general para este protocolo: la captación no puede basarse en criterios implícitos ni en filtros informales que conviertan la complejidad clínica en motivo de cierre prematuro. Allí donde el programa existe, deben existir también criterios de derivación visibles, un punto de entrada reconocible y la posibilidad de que la familia o el entorno activen el contacto, no solo el clínico derivador (RCP, 2025).

La literatura reciente sobre implicación familiar en servicios rutinarios refuerza esa necesidad de explicitación. La revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) mostró que una parte sustancial de la inconsistencia en la participación familiar no proviene de la ausencia de voluntad general, sino de culturas organizativas donde la implicación de la familia carece de estándares claros, donde persiste incertidumbre respecto a políticas de confidencialidad y donde la experiencia previa de las familias con los servicios ha sido lo bastante negativa como para debilitar su disposición a participar. [Martin et al. \(2026\)](#) añaden un dato complementario: en muchos servicios, el contacto con familias sigue produciéndose de manera *ad hoc*, dependiendo más del estilo y la iniciativa de profesionales concretos que del diseño del programa. Por eso, un manual operativo no debería limitarse a recomendar “sensibilidad hacia la familia”, sino traducir esa sensibilidad a circuitos concretos: quién puede derivar, cómo se registra la oferta, en qué momento se propone el programa, qué documentación mínima se entrega y cómo se reactiva la invitación si la familia no responde en un primer momento ([Martin et al., 2026](#); [Tham & Solomon, 2024](#)).

6.3. El primer contacto: información, estilo de acercamiento y papel de las familias veteranas

El primer contacto con la familia decide mucho más que la asistencia a una sesión informativa. Decide, sobre todo, el tono desde el que el servicio va a ser leído: como un dispositivo que informa, acompaña y organiza, o como otro agente institucional que demanda colaboración sin haber construido todavía confianza. La experiencia del ensayo noruego IFIP es ilustrativa en este punto. Antes de la intervención, el mapeo preliminar mostró que solo entre un 20% y un 40% de pacientes recibían prácticas básicas de implicación familiar y que la psicoeducación familiar alcanzaba apenas al 4%; la respuesta organizativa no empezó directamente por grupos intensivos, sino por prácticas básicas sistematizadas: al menos tres conversaciones sobre implicación familiar —una con el paciente, una con familiares y una conjunta—, información escrita sobre el trabajo con familias y seminarios psicoeducativos para allegados. La lección práctica es importante: el primer contacto no tiene por qué ser ya la intervención completa, pero sí debe constituir una oferta clara, estructurada y reconocible, capaz de abrir la puerta al trabajo posterior sin confundirlo con una llamada informal o con una mera invitación vaga a “pasarse por el servicio”. ([Norheim et al., 2024](#)).

En esa primera aproximación, la forma importa tanto como el contenido. El estudio FAMES de [Oluwoye et al. \(2026\)](#), desarrollado en programas de *coordinated specialty care* para psicosis, mostró la viabilidad y aceptabilidad de una estrategia breve de captación basada en contactos semanales flexibles —teléfono, mensajes o correo, según preferencia— y en un enfoque culturalmente sensible orientado a mejorar la participación familiar temprana. Aunque el estudio no prueba todavía eficacia a gran escala, sí ofrece una orientación muy útil para este manual: la captación mejora cuando se adapta a preferencias de comunicación, cuando se produce pronto y cuando el contacto no se limita a citar, sino que intenta comprender qué hace que una familia vea o no vea relevancia en participar. A eso puede añadirse, de manera complementaria, la participación acotada de familias veteranas o de figuras con experiencia vivida familiar. No deben sustituir al equipo ni absorber funciones clínicas, pero sí pueden actuar como mediadores de acceso, validación y orientación práctica. El informe de SAMHSA sobre *family peer support services* subraya precisamente que el apoyo entre iguales a familiares puede

ayudar a navegar sistemas complejos, a conectar con recursos y a reducir aislamiento, siempre que existan definición de rol, formación y supervisión adecuados. En este manual, por tanto, la familia veterana no se concibe como reclamo testimonial, sino como recurso complementario y cuidadosamente delimitado de acercamiento inicial (Oluwoye et al., 2026; SAMHSA, 2025).

6.4. Barreras de acceso: no atribuir a la familia lo que produce el sistema

Un error recurrente en los programas mal implementados consiste en interpretar la ausencia de respuesta o la baja asistencia inicial como prueba suficiente de “falta de motivación” familiar. La revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) desaconseja claramente esa lectura simplista. Entre las barreras detectadas aparecen la ambigüedad institucional sobre el lugar de la familia, las actitudes sociales hacia la enfermedad mental, la negación por parte de profesionales de la experiencia familiar como forma válida de conocimiento, la incertidumbre sobre confidencialidad y, además, experiencias negativas previas de las familias con el sistema de salud mental. A esto se añaden, en contextos de psicosis temprana, factores de orden más práctico y contextual: conflictos de horarios, dificultades de transporte, baja percepción de relevancia, desajuste cultural y problemas de comunicación. [Oluwoye et al. \(2026\)](#) identificaron precisamente ese conjunto de razones —falta de relevancia percibida, desalineación cultural, barreras de transporte y conflictos laborales, entre otras— como parte del problema de baja participación familiar en programas tempranos. Captar bien exige, por tanto, no psicologizar de forma precipitada lo que a menudo son fallos de accesibilidad, diseño o clima relacional ([Oluwoye et al., 2026; Tham & Solomon, 2024](#)).

Esa lectura debe ampliarse todavía más cuando se incorpora la cuestión de la confidencialidad. [Martin et al. \(2026\)](#) mostraron que pacientes, familias y clínicos coincidían en considerar imprescindible la participación familiar, pero también en que las cuestiones de consentimiento, privacidad y autonomía del usuario debían revisarse de forma periódica y no usarse como un obstáculo total y permanente para cualquier forma de contacto. Los estándares del Royal College van en la misma línea al exigir que la confidencialidad y sus límites se expliquen verbalmente y por escrito, que las preferencias del paciente sobre compartir información se revisen regularmente y que el equipo conozca qué puede y qué no puede ofrecer a los cuidadores cuando no hay consentimiento explícito. Para la captación, esto tiene una consecuencia muy concreta: el servicio debe ser capaz de explicar desde el primer momento qué puede ofrecer a la familia incluso cuando ciertos detalles clínicos del usuario no puedan compartirse, y debe hacerlo sin convertir la confidencialidad en una coartada para la desvinculación. Si ese punto no se maneja bien en la entrada, muchas familias interpretarán el programa como inaccesible o contradictorio antes siquiera de haber comenzado ([Martin et al., 2026; RCP, 2025](#)).

6.5. Protocolo operativo de captación

A la luz de lo anterior, la captación debería protocolizarse en una secuencia breve, clara y repetible. Primero, el servicio debe identificar de manera sistemática si existe familia o red

significativa y registrar desde la evaluación inicial quiénes podrían ser interlocutores relevantes. Segundo, debe ofrecer una invitación temprana y explícita al programa o al menos a una conversación inicial, sin esperar a que la familia “la pida” espontáneamente. Tercero, esa oferta debe acompañarse de información accesible, verbal y escrita, sobre el sentido del programa, el tipo de ayuda que ofrece, los límites de confidencialidad y los pasos siguientes. Cuarto, si la familia no responde, no debería darse por cerrada la vía con un único intento: los estándares del Royal College recomiendan seguimiento flexible y persistente, aplicando principios de *assertive outreach* y evitando que la dificultad inicial de implicación se convierta automáticamente en motivo de cierre o descarga. Quinto, cuando la familia acepta el contacto, conviene programar una conversación específica de entrada antes de la incorporación plena al programa, con espacio para resolver dudas, explorar barreras y ajustar formato, horario o modalidad (NICE, 2014; RCP, 2025).

La experiencia del IFIP permite afinar aún más este protocolo. Sus prácticas básicas de implicación familiar —conversación con el paciente, conversación con familiares, conversación conjunta, información escrita y seminarios iniciales— ofrecen una base muy útil para servicios que todavía no pueden desplegar de inmediato un programa completo, pero sí quieren dejar de depender de contactos esporádicos. Del mismo modo, los hallazgos de FAMES sugieren que, especialmente en fases tempranas, conviene adaptar el canal de comunicación a la preferencia de la familia y establecer un ritmo breve, continuado y flexible de acercamiento. En consecuencia, la captación que propone este manual no se reduce a “derivar a un grupo”, sino que incluye una secuencia mínima: identificación, oferta, información, aclaración de consentimiento, seguimiento flexible y acceso a una puerta de entrada reconocible al programa. Todo lo que ocurre después —alianza, retención, participación sostenida, manejo de ambivalencias— pertenece ya al capítulo siguiente. Aquí basta con fijar un principio operativo que debería ser innegociable: ninguna familia queda realmente captada porque el profesional la haya nombrado en una historia clínica; queda captada cuando el servicio ha creado condiciones reales para que pueda entrar, entender, decidir y empezar a participar (Martin et al., 2026; Norheim et al., 2024; Oluwoye et al., 2026).

Resumen final.

La captación debe tratarse como una fase clínica temprana del programa y no como una formalidad administrativa. Su calidad depende de que el servicio disponga de vías de derivación claras, criterios explícitos, información accesible, manejo competente de la confidencialidad y una actitud persistente y flexible ante las dificultades de acceso. La investigación reciente ha mostrado que la baja implicación familiar se asocia tanto a barreras organizativas como a experiencias previas negativas, conflictos de horario, desajustes culturales y estilos de contacto poco sensibles a las necesidades reales de las familias. También ha mostrado que una implicación familiar más temprana y mejor diseñada puede favorecer la propia participación del usuario en el tratamiento. Por ello, la captación no debe confiarse a la buena voluntad individual ni a la demanda espontánea, sino convertirse en una secuencia protocolizada, registrable y revisable. Sobre esa base puede abrirse ya el trabajo del capítulo siguiente, dedicado no a cómo llegar por primera vez a la familia, sino a cómo sostener su *enganche*, su permanencia y su participación

activa una vez que la puerta de entrada ha quedado efectivamente abierta (Demarais et al., 2024; Martin et al., 2026; Tham & Solomon, 2024).

7

Enganche, retención y participación

Resumen inicial.

La captación resuelve solo el umbral de entrada al programa. Una vez que la familia ha aceptado un primer contacto, el problema clínico y organizativo cambia de naturaleza: ya no se trata de conseguir que aparezca, sino de sostener una implicación suficientemente estable, colaborativa y útil como para que la intervención produzca efectos reales. En servicios de psicosis temprana y de atención comunitaria, la literatura reciente ha insistido en que el enganche no puede reducirse a asistencia formal ni a cumplimiento pasivo de citas. [Ferrari et al. \(2024\)](#) proponen, de hecho, ir “más allá de la asistencia” y concebir el enganche como un proceso dinámico, distribuido en varios dominios —relaciones, comunicación, salud mental, tratamiento, bienestar, vida cotidiana— donde la vinculación con el servicio se negocia continuamente. Ese desplazamiento conceptual es importante para este manual, porque una familia puede asistir y seguir profundamente desvinculada del sentido del programa, mientras que otra puede atravesar dificultades puntuales de asistencia sin haber perdido por ello la alianza ni la disposición a trabajar. Al mismo tiempo, las revisiones sobre servicios rutinarios muestran que la implicación familiar sigue siendo inconsistente cuando no se apoya en una cultura institucional clara, en prácticas estables y en un manejo competente de la confidencialidad y de las diferencias de expectativas entre usuario, familia y equipo. Este capítulo se sitúa precisamente en ese punto: cómo convertir la entrada al programa en una relación de trabajo sostenida, cómo prevenir abandono evitable y cómo integrar la participación del usuario sin degradar ni la autonomía individual ni la cooperación familiar ([Ferrari et al., 2024](#); [Martin et al., 2026](#); [Tham & Solomon, 2024](#)).

Palabras clave: *enganche; alianza terapéutica familiar; retención; abandono; participación del usuario; confidencialidad; psicosis; intervención familiar.*

7.1. Qué debe entenderse por enganche en un programa familiar

En un programa de psicoeducación familiar, el enganche no equivale a mera presencia física ni puede describirse adecuadamente como simple “adherencia” de la familia a una oferta diseñada por el servicio. La investigación sobre servicios de intervención temprana en psicosis ha mostrado que la implicación es un fenómeno relacional y cambiante, no un atributo fijo de las personas usuarias o de sus allegados. [Ferrari et al. \(2024\)](#), a partir de entrevistas con profesionales y usuarios, desarrollaron un modelo en espectro en el que la vinculación con el servicio no se agota en la asistencia clínica, sino que atraviesa dominios como comunicación, relaciones, salud, tratamiento y participación en actividades vitales. Esta formulación resulta especialmente útil para el trabajo con familias, porque evita dos simplificaciones frecuentes. La primera consiste en considerar “no implicada” a una familia que aún no ha desarrollado una participación activa, cuando en realidad puede encontrarse en una fase inicial de observación, ambivalencia o ajuste. La segunda consiste en dar por supuesto que la asistencia regular refleja ya una alianza suficiente, cuando puede esconder incomprensión del programa, temor a disentir, sobrecarga o una participación exclusivamente defensiva. Si el enganche se entiende de forma más amplia, el objetivo del equipo deja de ser “que la familia venga” y pasa a ser que la familia comprenda para qué está allí, encuentre un lugar reconocible dentro del dispositivo y perciba que su experiencia importa en la formulación del trabajo ([Ferrari et al., 2024](#); [Loughlin et al., 2020](#)).

Esa ampliación conceptual obliga, además, a situar el enganche como tarea clínica activa del equipo y no como característica moral de la familia. La revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) mostró que la baja implicación familiar en servicios de salud mental grave no puede atribuirse sin más a resistencia familiar, porque con frecuencia emerge de culturas organizativas poco orientadas al trabajo con familias, incertidumbre sobre confidencialidad, falta de estándares, negación de la experiencia familiar como conocimiento legítimo y experiencias previas negativas con el sistema. [Martin et al. \(2026\)](#) añaden que los distintos actores —usuarios, familias y clínicos— comparten en general la idea de que la participación familiar es importante, pero difieren en cómo, cuándo y con qué intensidad debe producirse. En la práctica, eso significa que el enganche no se sostiene solo con motivación individual, sino con claridad de propósito, canales de comunicación previsibles, revisión periódica de expectativas y una oferta suficientemente flexible para que la familia no tenga que elegir entre participar “a la manera del servicio” o retirarse. De ahí que este manual trate el enganche como un proceso progresivo: se inicia en el primer contacto, se consolida en las primeras sesiones y se renegocia de manera

continúa a medida que cambian las necesidades, los temores y el grado de implicación posible de cada sistema familiar (Martin et al., 2026; Tham & Solomon, 2024).

7.2. La alianza terapéutica familiar como núcleo de la permanencia

Una vez que la familia entra en el programa, el factor más decisivo para transformar asistencia inicial en permanencia útil es la alianza terapéutica. En el contexto familiar, sin embargo, la alianza no funciona como una simple ampliación de la relación diádica terapeuta-paciente. Friedlander et al. (2018), en su metaanálisis sobre alianza y resultado en terapia de pareja y familia, mostraron que la alianza se asocia significativamente con el resultado y, además, que las alianzas desequilibradas o divididas predicen peores resultados. La importancia de este dato para un programa de psicoeducación familiar es difícil de exagerar. Aquí no basta con que un miembro de la familia sienta confianza en el profesional, ni con que el usuario perciba cierto apoyo general; es necesario construir una alianza suficientemente equilibrada entre los distintos participantes, lo que implica acuerdos razonables sobre objetivos, tareas y sentido del trabajo compartido. En familias donde existen conflictos previos, posiciones muy asimétricas sobre el problema o tensiones acumuladas con los servicios, la alianza no aparece como condición dada, sino como una tarea clínica permanente. Precisamente por eso, la sesión familiar no debería confundirse con un espacio de persuasión unilateral del equipo, sino con un lugar donde se negocia una definición compartida, aunque sea parcial y provisional, de qué se va a intentar cambiar y por qué (Friedlander et al., 2018).

La literatura más reciente sobre experiencias de clientes en terapia familiar refuerza esta lectura. Todd et al. (2025), en una revisión cualitativa sistemática, identificaron como factores especialmente valorados por las familias las cualidades del terapeuta que favorecen alianza, el uso de técnicas comprensibles, la forma de entrega de la intervención y la manera en que el profesional gestiona las dinámicas familiares sin alinearse de modo rígido con una sola posición. Dicho de otro modo, para la familia no es indiferente cómo se ofrece el programa. La percepción de escucha, equilibrio, claridad, validación y utilidad práctica forma parte constitutiva del tratamiento, no de su “envoltorio relacional”. Esto obliga a una conclusión operativa clara: en un programa de psicoeducación familiar, la alianza debe trabajarse de forma explícita y temprana. Eso incluye aclarar objetivos, revisar expectativas, legitimar ambivalencias, evitar lecturas culpabilizadoras y mostrar que el programa no va dirigido a corregir a “la familia problema”, sino a crear un espacio donde distintos actores puedan comprender mejor la situación y organizar respuestas más útiles. Sin ese núcleo relacional, la intervención puede conservar estructura y contenidos, pero perderá el principal soporte de continuidad que permite que esas técnicas sean recibidas y puestas en práctica (Todd et al., 2025).

7.3. Retención y prevención del abandono: sostener el vínculo antes de que se deteriore

La retención no debe tratarse como un problema que aparece solo cuando la familia ya ha dejado de acudir. En servicios de psicosis temprana, las revisiones sobre desenganche han mostrado que el abandono es suficientemente frecuente como para exigir una vigilancia específica. [Robson y Greenwood \(2022\)](#), en una revisión sistemática y metaanálisis sobre desenganche en servicios de intervención temprana, estimaron una tasa media de desvinculación del 15,60%, con heterogeneidad considerable entre estudios. [Ferrari et al. \(2024\)](#) subrayan, además, que el problema se agrava cuando enganche y disenganche se definen de modo estrecho y administrativo, por ejemplo como un número de citas perdidas, sin atender a los procesos relacionales y contextuales que llevan a esa pérdida de contacto. [Loughlin et al. \(2020\)](#), en su metasíntesis sobre experiencias de usuarios y cuidadores en servicios de intervención temprana, encontraron precisamente que la calidad de la relación con un profesional concreto, la sensación de continuidad en las conversaciones y la experiencia de ser comprendidos eran factores centrales para la permanencia. Para este manual, la traducción es directa: la retención no se protege solo recordando citas o flexibilizando agendas, sino cuidando los procesos que hacen que la familia siga encontrando sentido en participar ([Ferrari et al., 2024](#); [Loughlin et al., 2020](#); [Robson & Greenwood, 2022](#)).

Por eso, la prevención del abandono debe incorporarse desde el inicio como función ordinaria del equipo. No se trata de desarrollar una vigilancia intrusiva, sino de identificar señales precoces de desenganche: asistencia irregular, cambio brusco en la participación, respuestas cada vez más formales o defensivas, dificultades repetidas para completar tareas, conflictos no abordados en sesión, cansancio del cuidador principal o dudas crecientes sobre la utilidad del programa. Cuando estas señales aparecen, lo clínicamente más eficaz suele ser reabrir conversación sobre expectativas, barreras y sentido del trabajo antes de interpretar la retirada como desinterés consolidado. La revisión de [Tham y Solomon \(2024\)](#) sugiere justamente que muchas dificultades de implicación se agravan porque los servicios no poseen una cultura suficientemente explícita de trabajo con familias ni estrategias compartidas para responder a tensiones previsibles. En el contexto de este protocolo, eso significa que la retención debe apoyarse en varias prácticas estables: revisión periódica de objetivos, seguimiento activo tras ausencias relevantes, flexibilidad razonable de formato u horario, coordinación interna del equipo para evitar mensajes contradictorios y capacidad de reconocer que la familia puede necesitar reajustar el nivel o modo de implicación sin que ello implique necesariamente fracaso del programa. La permanencia se protege mejor cuando se normaliza la necesidad de renegociar la participación que cuando se espera continuidad lineal y se interpreta cualquier oscilación como señal de resistencia ([Tham & Solomon, 2024](#)).

7.4. La participación del usuario: colaboración, autonomía y confidencialidad

La participación del usuario en un programa familiar no debe resolverse mediante un sí o no abstracto. Ya en el capítulo 3 se estableció que la decisión de incluirlo forma parte del diseño del programa; aquí corresponde precisar sus condiciones clínicas y relacionales. NICE recomienda revisar regularmente cómo se comparte la información cuando existen dificultades de comunicación y colaboración entre usuario y cuidador, e incluir a los cuidadores en la toma de decisiones si el usuario está de acuerdo. Esa formulación sigue siendo extraordinariamente útil porque sitúa la participación del usuario en un terreno de negociación continua y no de permiso único otorgado una vez para siempre. [Martin et al. \(2026\)](#) encontraron precisamente que pacientes, familias y clínicos compartían una preferencia general por mantener contacto continuado entre familia y equipo, pero también que la privacidad, el consentimiento y la autonomía del usuario debían revisarse de forma periódica. Para el trabajo familiar, esto implica que la participación del usuario debe ser clínicamente indicada, éticamente negociada y revisable. No puede imponerse automáticamente en nombre de la transparencia total, pero tampoco debería excluirse por defecto como si la familia y el usuario ocuparan mundos clínicos sin intersección ([Martin et al., 2026](#); [NICE, 2014](#)).

Además, la evidencia disponible sugiere que la implicación familiar puede tener efectos favorables sobre la propia participación del usuario en el tratamiento. [Demarais et al. \(2024\)](#), en programas de coordinated specialty care para primer episodio psicótico, observaron que la participación familiar se asociaba con un mayor número total de visitas y con mayor intención autoinformada del cliente de acudir a tratamiento. Este hallazgo no autoriza a pensar que cualquier forma de presencia familiar mejora automáticamente la adherencia, pero sí respalda la idea de que la familia puede funcionar como contexto de continuidad y no solo como fuente de presión o conflicto. La tarea del equipo consiste, por tanto, en modular esa presencia para que apoye autonomía y recuperación en lugar de sustituirlas. En términos prácticos, eso exige aclarar desde el principio qué espacios serán conjuntos, cuáles serán solo con familiares, cuáles requerirán consentimiento específico y cómo se manejarán discrepancias cuando el usuario no quiera compartir ciertos aspectos. El objetivo no es borrar la tensión entre colaboración y privacidad, sino hacerla trabajable dentro del programa. Una participación del usuario bien negociada aumenta la coherencia del trabajo familiar; una participación confusa o impuesta tiende, por el contrario, a deteriorar alianza y a multiplicar malentendidos sobre los límites del dispositivo ([Demarais et al., 2024](#); [Martin et al., 2026](#)).

Resumen final.

El enganche familiar debe entenderse como un proceso relacional y progresivo, no como mera asistencia a un número de sesiones. Su sostén principal es la alianza terapéutica familiar, que en

este contexto requiere equilibrio entre distintas posiciones, claridad sobre objetivos y manejo cuidadoso de las ambivalencias y divisiones internas del sistema familiar. La retención depende menos de medidas administrativas aisladas que de la capacidad del equipo para detectar tempranamente signos de desenganche, revisar expectativas y ofrecer una participación flexible pero estructurada. Por último, la participación del usuario debe organizarse como una negociación continua entre colaboración, autonomía y confidencialidad, evitando tanto la exclusión automática como la exposición forzada. Sobre esta base, el capítulo siguiente podrá abordar ya la formación de los profesionales, porque sostener enganche, prevenir abandono y manejar alianzas complejas exige competencias específicas y no solo buena disposición relacional (Ferrari et al., 2024; Friedlander et al., 2018; Martin et al., 2026; Robson & Greenwood, 2022).

8

Formación de los profesionales

Resumen inicial.

Después de haber definido la estructura del programa, sus contenidos, sus materiales, la captación y las condiciones de *enganche* y permanencia, el manual llega a un punto que decide silenciosamente la viabilidad real de todo lo anterior: la formación del equipo. En intervención familiar en psicosis y trastorno mental grave, el problema no suele ser la ausencia total de buena voluntad profesional, sino la distancia entre reconocer que el trabajo con familias es importante y disponer de competencias efectivas para sostenerlo con seguridad, consistencia y continuidad. La guía de NHS England de 2024 es especialmente clara al respecto: la ampliación de terapias psicológicas para problemas mentales graves exige reforzar y ampliar la fuerza de trabajo especializada, pero también reconoce que muchos otros profesionales de los equipos comunitarios participan en la provisión de apoyos e intervenciones dentro de un marco multidisciplinar. La OMS, en su manual de implementación de intervenciones psicológicas, sitúa además la preparación de la fuerza de trabajo como uno de los cinco pasos nucleares de cualquier despliegue serio de intervenciones manualizadas. En otras palabras, la formación no es un complemento deseable del programa, sino uno de sus prerequisites estructurales. Si el equipo no sabe qué hacer, cómo hacerlo, con qué límites y con qué criterios de adaptación, el programa queda reducido a una suma de iniciativas bienintencionadas pero inestables (NHS England, 2024a; WHO, 2024).

Palabras clave: *formación profesional; competencias clínicas; intervención familiar; psicosis; implementación; fidelidad; supervisión; equipo multidisciplinar.*

8.1. La formación como condición de posibilidad del programa

En este manual, la formación no debe entenderse como una actividad preliminar aislada, concentrada en unas pocas horas antes del inicio del programa. Debe entenderse como la

operación por la cual el servicio convierte una recomendación clínica en una práctica técnicamente transmisible. Esa definición es importante porque la investigación sobre práctica familiar en salud mental viene mostrando, de manera bastante consistente, que uno de los principales obstáculos para la implantación no es la oposición frontal del profesional, sino su falta de confianza, de entrenamiento específico y de apoyo organizativo. La revisión sistemática de Gregg et al. (2021), aunque ligeramente anterior al horizonte temporal prioritario del manual, sigue siendo muy útil aquí porque sintetiza precisamente factores modificables del profesional y del lugar de trabajo: creencias sobre el rol, inseguridad técnica, escasez de formación y falta de recursos o apoyo institucional. Aass et al. (2026), desde una perspectiva nórdica más reciente, llegan a una conclusión compatible: aunque el discurso sobre práctica centrada en la familia ha ganado presencia, los profesionales siguen priorizando con frecuencia la alianza exclusivamente individual con el paciente y persisten limitaciones importantes para consolidar enfoques realmente familiares en la práctica rutinaria. Si se aceptan estos hallazgos, la consecuencia es clara: la formación no corrige solo déficits de conocimiento; corrige también una manera de entender el trabajo clínico que, si no se revisa, deja a la familia en la periferia del dispositivo (Aass et al., 2026; Gregg et al., 2021).

A esto se añade un dato decisivo desde el plano normativo y de calidad asistencial. Los estándares del *Early Intervention in Psychosis Network* del RCP, actualizados en 2025, siguen considerando que los pacientes con primer episodio psicótico y sus familias deben recibir intervenciones familiares basadas en la evidencia. Ese estándar, sin embargo, carecería de sentido si no presupusiera profesionales capaces de ofrecerlas. De forma aún más explícita, la guía de implementación del estándar de acceso y tiempo de espera en intervención temprana del NHS señala que los psicólogos clínicos y terapeutas psicológicos deberían haber recibido formación formal en CBT para psicosis y/o intervención familiar, y ser evaluados como competentes para entregar estas intervenciones conforme a los marcos de competencia disponibles. El principio que se desprende de ambos documentos es sencillo: no basta con que el servicio declare que “ofrece” intervención familiar; debe poder demostrar que dispone de profesionales formados y competentes para realizarla. En un manual operativo, esa exigencia obliga a tratar la formación como parte del diseño del programa y no como un asunto externo que cada centro resolverá como pueda (NHS England, 2023; RCP, 2025).

8.2. Qué competencias deben formarse

Las competencias que requiere este programa no se reducen a conocer el temario de las sesiones. La formación debe abarcar, al menos, cuatro niveles. El primero es un nivel de comprensión del modelo: fundamentos de la intervención familiar en psicosis y trastorno mental grave, lugar de la psicoeducación dentro del tratamiento, lógica de sus componentes y relación entre objetivos familiares, objetivos del usuario y estructura del plan individualizado. El segundo es un nivel de competencia clínica aplicada: conducción de sesiones, manejo de la alianza con varios interlocutores, clarificación de expectativas, trabajo con ambivalencia, habilidades de comunicación y resolución de problemas, manejo básico de crisis y lectura de señales tempranas de descompensación. El tercero es un nivel ético-organizativo: confidencialidad, consentimiento, límites del trabajo con familias, coordinación con otros profesionales y documentación del proceso. El cuarto es un nivel de implementación: uso de materiales, adaptación controlada,

registro de incidencias, fidelidad al modelo y lectura de indicadores básicos del programa. Esta estratificación es coherente con la guía de NHS England, que no limita el problema de la capacitación a terapeutas altamente especializados, sino que reconoce la necesidad de una fuerza de trabajo más amplia y de entornos psicológicamente informados; también coincide con la OMS, que sitúa la preparación de la fuerza de trabajo dentro de una secuencia que incluye adaptación al contexto, identificación de beneficiarios y monitorización del servicio (NHS England, 2024a; WHO, 2024).

Dicho de forma más concreta, un equipo que vaya a poner en marcha este programa debería salir de la formación con capacidad para hacer al menos seis cosas. Debería poder explicar el sentido del programa con lenguaje claro y no culpabilizador; conducir una sesión inicial sin deteriorar la alianza con usuario y familiares; enseñar y practicar técnicas básicas de comunicación y resolución de problemas; distinguir entre adaptación legítima y deriva del modelo; manejar conversaciones complejas sobre confidencialidad y participación del usuario; y registrar lo ocurrido de forma útil para supervisión, pilotaje e implementación. El problema de muchas formaciones breves no es que transmitan ideas erróneas, sino que confunden familiaridad conceptual con competencia clínica. La evidencia disponible sobre implementación de prácticas familiares sugiere precisamente que la falta de confianza, entrenamiento específico y soporte continuado limita la adopción real de enfoques centrados en la familia. Por ello, en este manual la competencia se entenderá siempre como capacidad de desempeño observable, no como mera exposición a contenidos (Aass et al., 2026; Gregg et al., 2021).

8.3. Plan de formación tipo para el equipo implementador

La experiencia acumulada en implementación de intervenciones familiares en psicosis sugiere que los modelos sostenibles no se apoyan en un curso único, sino en un dispositivo formativo escalonado. El ensayo IFIP en Noruega es especialmente instructivo porque no trató la implementación como simple distribución de una guía, sino como un programa de apoyo que incluía formación clínica y supervisión, nombramiento de un coordinador familiar y un equipo de implementación, una *toolkit* y mediciones repetidas de fidelidad con retroalimentación in situ. En ese estudio, la adherencia a las guías aumentó de forma significativamente mayor en el brazo experimental que en el control, con medias de 4,00 o más en las escalas de fidelidad y diferencias con valores de p inferiores a .001. No es necesario copiar miméticamente ese modelo para entender la lección principal: la formación produce más efecto cuando está integrada en una arquitectura de soporte y seguimiento, no cuando se ofrece como evento aislado (Hestmark et al., 2023).

Esa misma idea aparece, con un tono más experiencial, en el trabajo de Langeveld et al. sobre el enfoque TIPS en Stavanger. Su revisión de veinticinco años de trabajo con grupos psicoeducativos familiares muestra que la integración sostenida de la psicoeducación familiar en la práctica rutinaria fue posible, en buena medida, por una combinación de formación continua del personal y asignación suficiente de recursos. Los autores subrayan que esa continuidad formativa y ese respaldo estructural fueron decisivos para mantener el modelo en el tiempo. La consecuencia para este manual es directa: el plan de formación tipo debería concebirse en tres

tiempos. Un primer tiempo intensivo, previo al inicio del programa, para fijar el modelo, sus técnicas y sus reglas de funcionamiento. Un segundo tiempo de práctica acompañada, donde los profesionales comienzan a aplicar el programa con observación, codocencia o revisión estrecha de sesiones. Y un tercer tiempo de consolidación, donde la formación se convierte en *booster training*, actualización de dificultades frecuentes y revisión de fidelidad. La lógica no es sofisticada, pero sí exigente: enseñar, acompañar, consolidar (Langeveld et al., 2025).

8.4. Certificación y estándares mínimos propuestos

El panorama actual de acreditación es heterogéneo. Existen ofertas formativas, estándares de servicios y marcos de competencia, pero no puede asumirse sin más que todos los entornos dispongan de una vía homogénea y cerrada de certificación específicamente orientada a intervención familiar en psicosis. La guía de NHS England de 2024 muestra, no obstante, que sí existe ya una oferta nacional de formación que incluye intervenciones familiares para psicosis y trastorno bipolar, además de entrenamiento de equipo en comprensión de psicosis y bipolaridad. Por su parte, la guía del estándar EIP deja claro que la formación formal y la evaluación de competencias no son un lujo opcional, sino un requisito de buena práctica. En consecuencia, este manual no necesita esperar a que exista una acreditación universalmente estandarizada para fijar criterios mínimos. Puede y debe proponer un umbral local de calidad compatible con la evidencia y con las guías disponibles (NHS England, 2023, 2024).

Ese umbral mínimo debería incluir, al menos, cuatro requisitos. El primero es formación formal inicial en el modelo y en sus técnicas básicas, no reemplazable por lectura autodidacta o por cursos breves genéricos sobre trabajo con familias. El segundo es una evaluación de competencia basada en desempeño, ya sea mediante observación directa, grabación de sesiones, codocencia o revisión estructurada de casos. El tercero es supervisión clínica periódica durante la fase de pilotaje y en la implementación inicial. El cuarto es evidencia de mantenimiento de competencia, mediante sesiones de actualización, revisión de fidelidad o participación en espacios de mejora. Esta propuesta no excede lo que ya sugieren los documentos oficiales y la literatura de implementación; más bien organiza sus implicaciones de forma operativa. Si el servicio no puede garantizar estos mínimos, lo prudente no es declarar que el programa ya está implantado, sino reconocer que se encuentra todavía en una fase preparatoria. El valor de fijar estos estándares no reside en burocratizar la formación, sino en evitar que el programa dependa indefinidamente del carisma, la intuición o la experiencia previa no formalizada de unos pocos profesionales (Aass et al., 2026; Hestmark et al., 2023; NHS England, 2023; WHO, 2024).

Resumen final.

La formación de los profesionales debe concebirse como una infraestructura del programa y no como una actividad periférica. La evidencia y las guías recientes apuntan en la misma dirección: la práctica familiar basada en la evidencia no se consolida por mera recomendación normativa, sino cuando el servicio prepara a su fuerza de trabajo, define competencias, acompaña el desempeño y sostiene el aprendizaje con supervisión y recursos. Los equipos que vayan a implementar este programa no necesitan solo conocer contenidos; necesitan saber conducir sesiones, manejar alianzas múltiples, trabajar con confidencialidad, adaptar sin perder fidelidad y documentar lo realizado de manera útil para pilotaje e implementación. Sobre esa base, el

capítulo siguiente podrá centrarse en la supervisión y el apoyo profesional continuo, porque la formación inicial, por sí sola, no basta para sostener en el tiempo un trabajo clínico tan relacionalmente complejo y organizativamente exigente como el de la psicoeducación familiar (Langeveld et al., 2025; NHS England, 2024a; WHO, 2024)

9

Supervisión y apoyo profesional continuo

Resumen inicial.

La formación inicial prepara al equipo para empezar, pero no garantiza por sí sola que el programa pueda sostenerse con consistencia técnica, seguridad clínica y estabilidad organizativa. En intervenciones familiares para personas con trastorno mental grave, la supervisión no debe entenderse como un complemento optativo ni como una cortesía institucional dirigida al bienestar del profesional, aunque también cumpla esa función, sino como el dispositivo que permite convertir la capacitación inicial en una práctica mantenida, corregible y acumulativa. La [WHO \(2024\)](#) sitúa la preparación y supervisión de la fuerza de trabajo entre los componentes estructurales de la implementación de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, mientras que [NHS England \(2024\)](#) vincula la expansión de terapias para problemas mentales graves con la necesidad de reforzar equipos, sostener competencias y crear marcos organizativos capaces de mantener intervenciones complejas dentro de contextos asistenciales ordinarios. En una dirección convergente, el [RCP \(2025\)](#) incorpora, como estándares explícitos de calidad en servicios de intervención temprana en psicosis, la supervisión clínica, la supervisión de línea y la práctica reflexiva. Desde la lógica de este manual, la conclusión es clara: sin supervisión, el programa corre el riesgo de degradarse en variaciones personales difíciles de evaluar; con supervisión, en cambio, puede consolidarse como una práctica reconocible, transmisible y progresivamente mejorada.

Palabras clave: *supervisión clínica; apoyo profesional continuo; fidelidad al modelo; práctica reflexiva; bienestar profesional; implementación; equipo multidisciplinar; psicosis.*

9.1. La supervisión como continuidad necesaria de la formación

La primera función de la supervisión es impedir que la formación inicial se convierta en una competencia meramente declarativa. Un profesional puede haber recibido entrenamiento,

conocer la lógica del programa y manejar adecuadamente sus contenidos, y aun así encontrar dificultades relevantes cuando debe conducir sesiones con varios interlocutores, sostener alianzas complejas, decidir adaptaciones, registrar incidencias o integrar el trabajo con familias en el resto del dispositivo clínico. La supervisión aparece precisamente en ese punto: no para repetir la formación, sino para transformar conocimiento adquirido en desempeño clínico estable. [Hestmark et al. \(2023\)](#), en el ensayo IFIP sobre implementación de guías de implicación familiar en personas con trastornos psicóticos, mostraron que los equipos que recibieron un programa estructurado de apoyo a la implementación —que incluía formación clínica, supervisión, coordinación específica y retroalimentación a partir de medidas de fidelidad— alcanzaron niveles significativamente superiores de adherencia a las guías en comparación con los equipos control. Ese hallazgo es particularmente relevante para este capítulo porque muestra que la formación produce más efecto cuando se inserta en una estructura de apoyo sostenido que cuando se ofrece como evento aislado.

Esta misma idea aparece formulada de manera más general en la literatura de implementación. La [WHO \(2024\)](#) no presenta la supervisión como una fase periférica del proceso, sino como una condición de posibilidad para que la intervención se mantenga con estándares razonables una vez iniciada. En un sentido complementario, [NHS England \(2024\)](#) insiste en que la ampliación de terapias psicológicas para problemas mentales graves requiere no solo incrementar la disponibilidad de tratamientos, sino sostener una fuerza de trabajo preparada, acompañada y organizada dentro de equipos multidisciplinarios. Traducido al contexto de este manual, eso significa que la supervisión debe ser pensada como la prolongación natural de la formación: allí donde permite revisar sesiones, identificar puntos ciegos, proteger la fidelidad al modelo y ayudar al profesional a tomar decisiones complejas, la supervisión convierte la capacitación inicial en práctica mantenible. Allí donde desaparece o se reduce a intercambios informales, la formación pierde rápidamente capacidad estructurante y el programa queda más expuesto a la improvisación o a la deriva técnica.

9.2. Modalidades de supervisión: clínica, de línea y práctica reflexiva

Hablar de supervisión en singular induce con frecuencia a error, porque bajo esa palabra se agrupan procesos distintos con funciones diferentes. El [RCP \(2025\)](#) resulta especialmente útil en este punto al distinguir entre supervisión clínica, supervisión de línea y espacios de práctica reflexiva. La supervisión clínica se orienta a la revisión del trabajo con usuarios y familias: formulación, técnica, manejo del proceso terapéutico, dilemas éticos y toma de decisiones clínicas. La supervisión de línea, en cambio, se ocupa del desempeño ligado al puesto: distribución de tareas, objetivos de trabajo, organización de tiempos, límites de responsabilidad y desarrollo profesional. Finalmente, la práctica reflexiva introduce un nivel adicional, centrado no tanto en la revisión técnica inmediata como en la capacidad del equipo para pensar su propia práctica, reconocer reacciones emocionales, comprender dinámicas grupales e identificar cómo el contexto institucional influye en el modo de trabajar. Esta diferenciación es decisiva, porque evita que el análisis clínico quede absorbido por cuestiones administrativas o, a la inversa, que los problemas organizativos se deslicen sin elaboración dentro del espacio clínico.

En un programa de psicoeducación familiar, esta distinción adquiere todavía más importancia. La supervisión clínica debe poder revisar la conducción de sesiones, el equilibrio de alianzas entre usuario y familiares, los problemas de confidencialidad, las adaptaciones del material y el manejo de tensiones en el grupo o en la familia. La supervisión de línea debe garantizar que existan condiciones reales para sostener el programa: huecos protegidos en agenda, cobertura ante ausencias, distribución razonable de cargas y claridad sobre qué tareas pertenecen al programa y cuáles no. Los espacios de práctica reflexiva, por su parte, permiten trabajar un nivel que con frecuencia queda invisibilizado en los programas familiares: la resonancia emocional del trabajo, las identificaciones del profesional con determinados miembros de la familia, la fatiga que generan ciertas situaciones repetidas y la posibilidad de que el equipo reproduzca, sin advertirlo, polarizaciones o evitaciones presentes en los propios sistemas familiares. Como señalan el [RCP \(2025\)](#) y la [WHO \(2024\)](#), la calidad de un programa no depende solo de la corrección técnica de cada sesión, sino también de la capacidad institucional para sostener entornos donde esa técnica pueda seguir siendo pensada y afinada.

9.3. Qué debe revisarse en supervisión: competencia, fidelidad y adaptación

Para que la supervisión no se convierta en una conversación inespecífica sobre “cómo van los casos”, necesita objetos claros de revisión. En el contexto de este programa, al menos cuatro dimensiones deberían formar parte estable de la supervisión. La primera es la competencia clínica observable del profesional: capacidad para formular el caso o el sistema familiar, claridad en los objetivos de cada sesión, conducción técnica del encuentro, uso de procedimientos concretos y capacidad para cerrar la sesión con tareas o acuerdos inteligibles. La segunda es la alianza terapéutica múltiple: cómo se reparte la relación con usuario y familiares, si aparecen alianzas desequilibradas, si ciertos participantes quedan sistemáticamente marginados o si el terapeuta se desplaza, sin advertirlo, hacia una posición excesivamente alineada con una de las partes. La tercera es la fidelidad al modelo, no entendida como rigidez manualista, sino como preservación reconocible de los componentes nucleares del programa. La cuarta es la adaptación, es decir, la capacidad para introducir cambios justificados por razones clínicas, culturales o contextuales sin vaciar de contenido el modelo de referencia.

La relevancia de estas cuatro dimensiones se comprende mejor a la luz de la literatura de implementación. [Hestmark et al. \(2023\)](#) mostraron que la mejora en la implantación de prácticas de implicación familiar no dependía únicamente de supervisión verbal, sino de una combinación entre apoyo continuado y evaluación de fidelidad con retroalimentación estructurada. Dicho de otro modo, la supervisión resulta más útil cuando se alimenta de evidencia de práctica — registros, observaciones, grabaciones, medidas de fidelidad o revisión sistemática de sesiones — y no exclusivamente del recuerdo retrospectivo del profesional. La revisión de [McDonough et al. \(2025\)](#) refuerza esta lectura al encontrar una asociación predominantemente positiva entre supervisión clínica y variables como competencia, cultura de trabajo y compasión profesional, aunque con resultados más heterogéneos en otros dominios. La conclusión que conviene extraer no es que la supervisión “funcione siempre”, sino que su utilidad aumenta cuando sus objetivos son claros y sus focos están bien definidos. En este manual, por tanto, la supervisión debe servir

para hacer visible qué parte de la variación en la práctica responde a singularidad clínica y cuál, en cambio, indica pérdida de fidelidad, insuficiencia técnica o adaptación mal resuelta.

9.4. Apoyo profesional continuo, desgaste y sostenibilidad del equipo

La supervisión cumple también una función de sostenibilidad profesional que no debería minimizarse. El trabajo con familias de personas con trastorno mental grave expone al equipo a una complejidad relacional y emocional acumulativa: crisis repetidas, demandas contradictorias, negociación continua de límites, conflictos de confidencialidad, frustración ante cambios lentos y presión institucional por mantener resultados y continuidad asistencial. En estas condiciones, el apoyo profesional continuo no puede limitarse a corregir errores o a revisar decisiones clínicas aisladas; debe ayudar al equipo a sostener la capacidad de pensar, evitar la rigidez defensiva y conservar un nivel razonable de implicación sin agotamiento progresivo. El [RCP \(2025\)](#) recoge este principio de manera muy concreta al exigir supervisión clínica mensual para el personal clínico, supervisión de línea también mensual, acceso periódico a práctica reflexiva y apoyo activo del servicio a la salud y el bienestar del personal. No se trata de una concesión benevolente al profesional, sino del reconocimiento de que la calidad de la atención depende en parte de las condiciones en que trabaja quien la presta.

Ahora bien, la literatura reciente invita a mantener una posición sobria y metodológicamente cauta. [McDonough et al. \(2025\)](#) encontraron una asociación predominantemente positiva entre supervisión clínica y diversos resultados de la fuerza de trabajo en enfermería de salud mental, pero no un patrón uniforme para *burnout* o satisfacción laboral. De manera similar, [Jarden et al. \(2025\)](#), en su revisión sobre supervisión clínica y resiliencia en enfermería, concluyeron que la supervisión puede apoyar la resiliencia profesional, pero también señalaron que la base empírica sigue siendo limitada y heterogénea. La revisión de [Ryu et al. \(2025\)](#) añade un matiz importante: la propia implantación de la supervisión depende de factores organizativos y contextuales, no solo de la voluntad de los profesionales. Estas observaciones son muy valiosas para este manual porque permiten evitar dos errores. El primero sería pensar que la supervisión, por sí sola, resolverá el desgaste. El segundo sería, por la misma razón, minusvalorarla. La posición más defendible es otra: la supervisión y el apoyo profesional continuo no sustituyen a una buena organización del trabajo, pero forman parte indispensable de ella. Contribuyen a sostener competencia, reflexión, apoyo mutuo y continuidad de la práctica cuando se insertan en un entorno que también protege tiempos, recursos, coordinación y límites razonables de carga.

Resumen final.

La supervisión y el apoyo profesional continuo constituyen la prolongación necesaria de la formación inicial y uno de los principales mecanismos de sostenimiento del programa en el tiempo. Su función no se limita a resolver dudas puntuales, sino que incluye consolidar competencias, proteger la fidelidad al modelo, hacer visibles las adaptaciones y sostener al equipo frente a la complejidad clínica y organizativa del trabajo con familias. Para ello, conviene diferenciar supervisión clínica, supervisión de línea y práctica reflexiva, porque cada una responde a problemas distintos y todas son necesarias. La literatura reciente apoya una

asociación predominantemente positiva entre supervisión y variables como competencia o cultura de trabajo, aunque obliga a ser más prudentes cuando se habla de *burnout* o resiliencia. La conclusión operativa es clara: la supervisión no debe tratarse como un accesorio del programa, sino como parte de su infraestructura. Sobre esta base, el capítulo siguiente podrá centrarse ya en la ejecución del estudio de viabilidad, porque un pilotaje sin apoyo supervisado difícilmente permitiría distinguir entre problemas del modelo y problemas derivados, sencillamente, de una práctica insuficientemente acompañada.

10

Ejecución del estudio de viabilidad

Resumen inicial.

Una vez definidos el modelo clínico, la estructura del programa, sus contenidos, las estrategias de captación, las condiciones de *enganche* y el plan de formación y supervisión del equipo, el siguiente problema ya no es teórico ni arquitectónico, sino metodológico y operativo: cómo someter el programa a una prueba suficientemente rigurosa antes de declararlo implantado. En este manual, el estudio de viabilidad no se entiende como un ensayo reducido de eficacia ni como un trámite preliminar para justificar decisiones previamente tomadas, sino como una fase deliberada de comprobación del programa en condiciones reales de uso. La literatura metodológica contemporánea insiste precisamente en ese punto. [Eldridge et al. \(2016\)](#) establecieron, en la extensión CONSORT para ensayos piloto y de viabilidad, que estos estudios deben orientarse a responder preguntas sobre factibilidad y no a probar eficacia definitiva, mientras que [Pfledderer et al. \(2024\)](#) recuerdan que los estudios piloto y de viabilidad proporcionan información esencial para decidir el diseño, la conducción y la implementación de una evaluación posterior de mayor escala. En el campo de la psicosis, los estudios recientes de implementación muestran además que la transición entre un modelo prometedor y una práctica estable depende de cómo se ejecuta esta fase intermedia: fidelidad, aceptabilidad, factibilidad real, calidad de los registros y capacidad de aprendizaje del equipo importan tanto como el contenido clínico del programa.

Palabras clave: estudio de viabilidad; pilotaje; factibilidad; aceptabilidad; fidelidad; criterios de progresión; métodos mixtos; adaptación; implementación.

10.1. Del marco de viabilidad a la ejecución: qué debe comprobar realmente el pilotaje

Este capítulo parte de una distinción que conviene fijar con claridad. La Guía de Viabilidad y Replicabilidad resuelve el plano de análisis y decisión: por qué conviene pilotar, qué dimensiones deben observarse y qué preguntas justifican la transición desde un diseño teóricamente defendible hacia una ejecución controlada. El presente manual, en cambio, se sitúa en el plano de la ejecución. Su tarea no es volver a argumentar qué significa viabilidad en abstracto, sino traducir ese marco a operaciones concretas: qué se mide, con qué instrumentos, durante cuánto tiempo, con qué procedimientos, con qué salvaguardas éticas y con qué reglas de decisión. La diferencia no es menor. En términos metodológicos, un estudio de viabilidad bien planteado no busca responder todavía si el programa “funciona” en el sentido fuerte de una evaluación confirmatoria, sino si puede ser entregado, recibido, monitorizado y ajustado en condiciones suficientemente claras como para justificar una fase posterior más estable o más amplia. Eso coincide con la lógica de [Eldridge et al. \(2016\)](#), para quienes los estudios piloto y de viabilidad deben responder a incertidumbres sobre procedimientos, reclutamiento, adherencia, retención o aceptabilidad, y no operar como ensayos de eficacia infrapotenciados. También [Pfledderer et al. \(2024\)](#) subrayan que estos estudios deben diseñarse para informar decisiones de escala posterior y no para ocupar de manera confusa el lugar del ensayo definitivo.

En el contexto específico de este protocolo, eso obliga a delimitar con precisión qué preguntas debe responder el pilotaje. De forma prioritaria, el estudio de viabilidad debe establecer si el programa puede captarse y ponerse en marcha con familias reales; si el formato elegido resulta aceptable y utilizable para usuarios, familiares y profesionales; si la secuencia de sesiones puede ejecutarse con una fidelidad razonable; si el sistema de registro produce datos suficientes y legibles; si aparecen incidencias previsibles o no previstas que obliguen a rediseñar el dispositivo; y si las adaptaciones necesarias permanecen dentro de los márgenes clínicos del modelo. Los ejemplos recientes de implementación en psicosis refuerzan esta orientación. El estudio EPI-SET, descrito por [Barwick et al. \(2025\)](#), fue un híbrido tipo III de efectividad-implementación que midió fidelidad a estándares de intervención temprana, resultados de usuarios, datos administrativos y compromiso de jóvenes y familias, mostrando que la evaluación de implementación no se limita a comprobar si el equipo “da las sesiones”, sino que requiere una mirada múltiple sobre el funcionamiento real del programa. Del mismo modo, NICE continúa situando el apoyo temprano a cuidadores, la información accesible y la colaboración en torno al intercambio de información como componentes ordinarios de buena práctica, lo que obliga a que el pilotaje examine también si el dispositivo logra realmente ofrecer esas condiciones mínimas.

10.2. Qué dimensiones e instrumentos debe incluir el estudio de viabilidad

Una vez aclarado que el objetivo del pilotaje no es demostrar eficacia definitiva, la siguiente cuestión consiste en decidir qué dimensiones deben medirse. La guía metodológica reciente es bastante consistente al respecto. [Pfledderer et al. \(2024\)](#) señalan que los estudios piloto y de viabilidad deben cubrir de manera explícita incertidumbres sobre diseño, reclutamiento, entrega de la intervención, recogida de datos, análisis y toma de decisiones posterior. [Ying et al. \(2025\)](#),

al revisar la cuestión del tamaño muestral en estudios piloto, recuerdan además que estos trabajos no deben justificarse por potencia estadística para detectar eficacia, sino por su capacidad para estimar con precisión suficiente indicadores de viabilidad. En otras palabras, lo primero no es cuánto cambio produce el programa, sino si el programa puede ser realmente ejecutado y evaluado del modo previsto.

Aplicado a este manual, el estudio de viabilidad debería incluir al menos cinco bloques de medición. El primero es el de factibilidad operativa, que debe recoger tasas de captación, elegibilidad, aceptación de participación, inicio efectivo del programa, asistencia por sesión, completitud del recorrido y pérdidas durante el proceso. El segundo es el de aceptabilidad y adecuación percibida, que debería explorarse tanto mediante medidas breves de satisfacción y utilidad como mediante entrevistas o grupos de cierre con familias y profesionales. El tercero es el de fidelidad, entendida como grado en que los componentes nucleares del programa han sido efectivamente entregados según lo previsto, distinguiendo entre adherencia al contenido, competencia del facilitador y consistencia global del formato. El cuarto es el de calidad del sistema de registro, es decir, si los instrumentos, diarios de campo, hojas de sesión y plantillas de incidencia generan información suficiente, interpretable y utilizable para la toma de decisiones. El quinto es el de señales preliminares de cambio clínico y familiar, no para concluir eficacia, sino para valorar si los indicadores elegidos parecen sensibles y pertinentes para una fase posterior. Esta combinación entre indicadores cuantitativos y fuentes cualitativas es coherente con la orientación de [Pfledderer et al. \(2024\)](#) y con la experiencia de estudios de implementación en psicosis, donde fidelidad, resultados y experiencia de usuarios y familias aparecen como dimensiones complementarias y no intercambiables.

En cuanto a los instrumentos concretos, este manual recomienda una batería breve, funcional y alineada con los objetivos ya definidos en capítulos previos. Para la factibilidad y el proceso conviene registrar, como mínimo, número de familias detectadas, derivadas, contactadas, elegibles, incluidas, asistentes por sesión y familias que completan el programa. Para aceptabilidad y adecuación, resultan útiles cuestionarios breves de satisfacción y entrevistas semiestructuradas de cierre. Para fidelidad, el estudio debería utilizar una escala ad hoc derivada del propio programa —apoyada en la ficha de sesión, en criterios de componente mínimo y en observación o revisión grabada de una muestra de sesiones—. Para señales preliminares de cambio, pueden emplearse algunos de los instrumentos previstos para la monitorización posterior, siempre que su administración no sobrecargue el pilotaje y que se asuma explícitamente que aquí su función es exploratoria. Esta decisión es congruente con la literatura metodológica reciente, que insiste en que un piloto debe ante todo informar si los procedimientos son utilizables y si las medidas elegidas son practicables y suficientemente sensibles, no ofrecer una versión reducida e híbrida de un ensayo confirmatorio.

10.3. Procedimiento del pilotaje: diseño, muestra y recogida de datos

En este manual, el estudio de viabilidad se concibe preferentemente como un pilotaje prospectivo, de pequeña escala, con diseño mixto e intensivo, orientado a aprender del

funcionamiento real del programa. La opción metodológica más coherente con el estado actual de la literatura no es, por defecto, un ensayo comparativo completo, sino un estudio suficientemente estructurado para observar procesos críticos con una muestra manejable y con alta densidad de información por caso. [Eldridge et al. \(2016\)](#) ya advirtieron que los ensayos piloto deben diseñarse en función de las incertidumbres que quieren resolver, y no a partir de la imitación reducida del futuro estudio principal. [Ying et al. \(2025\)](#) refuerzan esta posición al recordar que el tamaño muestral de un piloto debe justificarse por las metas del estudio y no por potencia para contrastar hipótesis de eficacia. A su vez, la revisión consolidada de [Pfledderer et al. \(2024\)](#) insiste en que el diseño del pilotaje debe ser coherente con las preguntas prioritarias de factibilidad, aceptabilidad, entrega, medición y decisión posterior.

Por ello, el procedimiento recomendado aquí combina tres niveles de recogida de datos. El primero es sesión a sesión, mediante fichas estandarizadas del profesional, registro de asistencia, incidencias y breve valoración de participación y comprensión. El segundo es pre-post, con una batería reducida de indicadores de familia y, cuando proceda, del usuario, administrada antes de iniciar el programa y al cierre. El tercero es cualitativo, mediante entrevistas de cierre o grupos focales breves con familias y con profesionales. Esta estructura responde a una lógica clara: la capa sesión a sesión permite detectar dónde se atasca realmente el programa; la capa pre-post permite valorar si las medidas elegidas parecen prometedoras y administrables; y la capa cualitativa permite comprender por qué ciertos procedimientos funcionaron o fracasaron. Los estudios recientes en psicosis y compromiso familiar muestran el valor de esta aproximación. [Oluwoye et al. \(2026\)](#), al evaluar la aceptabilidad y factibilidad de una estrategia de compromiso familiar en programas de intervención temprana, recurrieron precisamente a un enfoque que daba peso a la experiencia de participación y a la utilidad real del procedimiento, no solo a la existencia formal del contacto. De forma semejante, los estudios híbridos de implementación en psicosis han mostrado que la combinación entre medidas de fidelidad, indicadores de servicio y herramientas centradas en jóvenes y familias ofrece una lectura más útil que la dependencia exclusiva de un solo tipo de resultado.

Desde el punto de vista del muestreo, lo más razonable en esta fase es trabajar con un número reducido de familias reclutadas consecutivamente, siguiendo criterios de elegibilidad ya fijados en el capítulo 3 y registrando de manera transparente pérdidas y exclusiones. No se recomienda seleccionar casos “ideales” para facilitar resultados, porque eso falsearía precisamente la función del pilotaje. Tampoco se recomienda sobredimensionar el estudio con la aspiración implícita de obtener pruebas concluyentes de eficacia. El principio debe ser otro: incluir una muestra suficiente para observar problemas reales de captación, asistencia, conducción y registro, y para valorar si la batería de medidas es viable y útil. En la práctica, este manual favorece un pilotaje con tamaño pequeño o pequeño-moderado, justificado por las metas de factibilidad y por la capacidad organizativa del servicio, no por expectativas de contraste confirmatorio. Ese criterio está en línea con la orientación metodológica reciente sobre estudios piloto, que insiste en que la justificación del tamaño debe estar anclada en el objetivo del estudio y no en una potencia ficticia para probar efectos terapéuticos.

10.4. Aspectos éticos, consentimiento y gestión del riesgo durante el pilotaje

El hecho de que el pilotaje persiga principalmente objetivos de viabilidad no reduce sus exigencias éticas. Al contrario, las vuelve más visibles. En esta fase se ensayan procedimientos nuevos o no consolidados, se ponen a prueba instrumentos de registro, se exploran modalidades de participación familiar y se documentan incidencias que pueden afectar tanto al usuario como a sus allegados. Por eso, el estudio de viabilidad debe apoyarse en una información clara sobre qué se ofrece, qué se registra, con qué finalidad se recogen los datos y cómo se manejarán los límites de confidencialidad. [NICE \(2014\)](#) sigue siendo muy preciso en este punto al recomendar que, tan pronto como sea posible, se negocie con usuarios y cuidadores cómo se compartirá la información, enfatizando la necesidad de un enfoque colaborativo que respete tanto confidencialidad como interdependencia entre usuario y cuidadores. Esa recomendación tiene una consecuencia directa para el pilotaje: no basta con un consentimiento genérico para participar en el programa; es necesario aclarar también cómo se utilizará la información generada en el estudio, qué espacios serán conjuntos o separados y qué tratamiento recibirán los datos cuando no exista autorización para compartir ciertos contenidos entre actores implicados.

A esta dimensión clínica se añade una exigencia metodológica de transparencia. [Eldridge et al. \(2016\)](#) subrayan que los ensayos piloto deben describir con claridad sus procedimientos y objetivos, lo que presupone también un consentimiento informado ajustado a esa finalidad. En este manual, eso implica diferenciar entre consentimiento para participar en el programa y consentimiento para que la información producida durante el pilotaje sea utilizada con fines de evaluación de viabilidad. La familia y el usuario deben saber que el estudio no persigue todavía demostrar eficacia definitiva, sino observar si el dispositivo es factible, aceptable y entregable. Deben saber también qué ocurrirá si durante el pilotaje emergen incidencias clínicas relevantes, conflictos de confidencialidad, ausencias reiteradas, malestar significativo o señales de empeoramiento. En este punto, el pilotaje no puede improvisar. Debe remitir a los protocolos generales del programa —especialmente a los desarrollados en el capítulo 13 sobre incidencias— y prever de antemano una secuencia de actuación ante descompensación, malestar intenso, conflictos familiares agudos o abandono. El estudio de viabilidad no suspende la clínica ordinaria; se inserta en ella.

Desde una lógica de seguridad, conviene distinguir dos tipos de eventos. Por un lado, están los problemas clínicos o familiares que pueden ocurrir durante cualquier intervención familiar —por ejemplo, escalada de conflicto, malestar emocional intenso o descompensación del usuario— y que deben ser manejados conforme al protocolo asistencial ordinario. Por otro lado, están los problemas específicamente ligados al pilotaje: sobrecarga por exceso de medidas, rechazo a ciertos instrumentos, dificultades con grabaciones o registros, malentendidos sobre uso de datos o sensación de exposición excesiva por participar en entrevistas de cierre. Los primeros exigen respuesta clínica; los segundos exigen revisión del procedimiento. Esta distinción es importante porque una de las funciones centrales del pilotaje consiste precisamente en detectar si el propio modo de evaluar introduce cargas o distorsiones que hagan inviable la siguiente fase. Desde esta perspectiva, la ética del estudio no se reduce a “obtener consentimiento”, sino que incluye la

capacidad del equipo para reconocer cuándo el propio procedimiento de pilotaje necesita ser simplificado, corregido o interrumpido.

10.5. Análisis e interpretación: cómo leer los datos sin convertir el pilotaje en un falso ensayo de eficacia

Una de las desviaciones más frecuentes en estudios piloto consiste en analizarlos como si fueran ensayos confirmatorios en miniatura. La literatura metodológica reciente desaconseja claramente esa práctica. [Ying et al. \(2025\)](#) insisten en que los estudios piloto y de viabilidad no están diseñados para estimar o probar eficacia o efectividad de forma concluyente, y [Eldridge et al. \(2016\)](#) ya habían señalado que su finalidad es responder a incertidumbres sobre procedimientos y no proporcionar evidencia definitiva de impacto. La implicación para este manual es directa: el análisis del pilotaje debe priorizar indicadores de viabilidad, aceptabilidad, fidelidad, captación, retención, completitud de datos y funcionamiento del procedimiento, y solo en segundo plano explorar señales preliminares de cambio.

Eso no significa renunciar al análisis riguroso, sino cambiar su foco. En la parte cuantitativa, el pilotaje debería presentar tasas y proporciones clave —por ejemplo, familias elegibles que aceptan participar, familias que inician el programa, asistencia media por sesión, porcentaje de completitud, pérdidas y datos faltantes— junto con estadísticas descriptivas de los indicadores seleccionados antes y después de la intervención. Cuando se analicen cambios preliminares en variables familiares o del usuario, esos cambios deben leerse como información exploratoria sobre sensibilidad de las medidas y plausibilidad del modelo, no como demostración confirmatoria de beneficio. En la parte cualitativa, las entrevistas y grupos de cierre deben analizarse con una lógica temática orientada a responder preguntas concretas: qué facilitó la participación, qué dificultó la permanencia, qué partes del programa fueron percibidas como más útiles o más pesadas, qué aspectos del lenguaje o de los materiales resultaron problemáticos y qué adaptaciones propusieron familias y profesionales. [Pfledderer et al. \(2024\)](#) subrayan precisamente que el análisis de un estudio piloto debe estar alineado con las preguntas que pretende responder y servir a decisiones posteriores, no a inflar interpretaciones sobre efectividad.

La integración entre ambos planos —cuantitativo y cualitativo— es especialmente importante en programas familiares. Una asistencia aceptable puede esconder una experiencia pobre de utilidad, y una mejora subjetiva percibida puede coexistir con un sistema de registro inviable o con una fidelidad demasiado baja para justificar continuidad sin cambios. Los estudios híbridos recientes en psicosis ilustran bien esta necesidad de lectura compuesta. [Barwick et al. \(2025\)](#), por ejemplo, combinaron fidelidad a estándares, resultados de usuarios, datos administrativos y herramientas centradas en jóvenes y familias para comprender la implementación de NAVIGATE en entornos reales. En este manual, aunque el pilotaje sea más modesto, la lógica debería ser la misma: no preguntar solo “qué cambió”, sino “qué pudo entregarse”, “cómo fue recibido”, “qué parte del cambio parece atribuible al dispositivo” y “qué parte del problema pertenece al propio

procedimiento del pilotaje”. El análisis, en consecuencia, debe servir a la decisión y no al lucimiento estadístico.

10.6. Criterios de progresión, adaptación e iteración tras el pilotaje

El pilotaje solo cumple su función si desemboca en una decisión explícita. No basta con describir resultados y concluir vagamente que “el programa parece prometedor”. La literatura metodológica sobre estudios piloto ha insistido cada vez más en la importancia de los criterios de progresión. [Mellor et al. \(2021\)](#) mostraron que los criterios de progresión pueden informar la decisión de pasar de un piloto externo a un ensayo definitivo, mientras que [Avery et al. \(2017\)](#), retomados en trabajos posteriores y en herramientas metodológicas derivadas, defendieron modelos tipo *green/amber/red* para evitar decisiones binarias simplistas. En términos operativos, eso significa que el estudio de viabilidad debe definir de antemano umbrales razonables para decidir si el programa puede: continuar sin cambios sustanciales; continuar con modificaciones; requerir un segundo ciclo piloto antes de ampliarse; o detenerse por inviabilidad manifiesta.

En este manual, la decisión posterior al pilotaje debería organizarse alrededor de cuatro verbos: mantener, modificar, eliminar y añadir. Se mantiene aquello que fue factible, aceptable, fiel al modelo y útil sin sobrecargar al dispositivo. Se modifica aquello que mostró valor clínico pero generó problemas de entrega, comprensión o ajuste contextual. Se elimina aquello que no aportó utilidad observable o introdujo complejidad innecesaria. Se añade aquello que emergió como necesidad recurrente y no estaba suficientemente cubierto en el diseño inicial. Para que esta decisión no quede en impresiones dispersas, conviene registrar de forma sistemática cada adaptación introducida, su razón, quién la propuso, en qué momento ocurrió y si afectó o no a componentes nucleares. En este punto, el marco FRAME de Wiltsey [Stirman et al. \(2019\)](#) sigue siendo especialmente útil porque ofrece una estructura clara para documentar modificaciones de intervenciones basadas en la evidencia, incluyendo razones, nivel de la modificación, momento y grado en que se preservan los elementos esenciales. Para las estrategias de implementación, además, el FRAME-IS desarrollado por [Miller et al. \(2021\)](#) proporciona una extensión igualmente valiosa.

Los estudios recientes de implementación en psicosis aportan ejemplos útiles de esta lógica iterativa. [Barwick et al. \(2025\)](#) muestran cómo la medición de fidelidad y de determinantes de implementación puede informar ajustes durante la implantación inicial. Del mismo modo, los trabajos de implicación familiar en psicosis temprana —como el estudio de factibilidad y aceptabilidad de [Oluwoye et al. \(2026\)](#)— ilustran que el valor de una fase preliminar no reside solo en confirmar que algo puede hacerse, sino en aprender qué condiciones lo hacen más aceptable y útil para familias reales. La decisión tras el pilotaje, por tanto, no debería formularse en términos de éxito o fracaso global, sino en términos de madurez del programa: si el dispositivo está listo para pasar a una fase estable, si necesita un rediseño parcial y nuevo pilotaje, o si presenta limitaciones tan sustantivas que obligan a replantear su arquitectura. Solo así el estudio de viabilidad deja de ser un ritual metodológico y se convierte en una verdadera herramienta de gobierno clínico del programa.

Resumen final.

El estudio de viabilidad constituye la fase en la que el programa deja de ser una propuesta bien diseñada y pasa a exponerse a las condiciones reales de su uso clínico y organizativo. Su función no es demostrar todavía eficacia definitiva, sino comprobar si el dispositivo puede captarse, entregarse, recibirse, registrarse y ajustarse con suficiente claridad como para justificar una fase posterior más estable o amplia. Para ello, el pilotaje debe medir factibilidad, aceptabilidad, fidelidad, funcionamiento del sistema de registro y señales preliminares de cambio, recurriendo de forma preferente a una estrategia de métodos mixtos y a una lectura integrada de los datos. Debe, además, incorporar salvaguardas éticas claras, distinguir entre problemas clínicos y problemas del procedimiento de evaluación, y culminar en criterios explícitos de progresión y adaptación. Solo de ese modo el programa podrá pasar del pilotaje a la puesta en marcha sin confundir continuidad con mera inercia. Sobre esta base, el capítulo siguiente podrá abordar ya la transición desde el estudio de viabilidad hacia la implantación operativa del programa.

11

Implantación operativa y puesta en marcha del programa

Resumen inicial.

Superado el estudio de viabilidad, el problema deja de ser si el programa puede ensayarse con familias reales y pasa a ser otro, más exigente: cómo convertir una intervención pilotada en una práctica ordinaria, estable, reconocible y gobernable dentro del servicio. En la arquitectura ya fijada del manual, este es el lugar de la puesta en marcha: no el del pilotaje, que quedó resuelto en el capítulo anterior, ni todavía el de la monitorización sistemática de indicadores, que corresponde al capítulo 12. La literatura reciente de implementación en salud mental insiste en que este tránsito no ocurre por simple continuidad. La implantación requiere traducir una intención estratégica a trabajo cotidiano, distribuir funciones, ajustar capacidad, sostener fidelidad y decidir qué adaptaciones son compatibles con el modelo y cuáles lo vacían. La guía de la OMS sobre implementación de intervenciones psicológicas manualizadas organiza precisamente ese trabajo en cinco pasos —planificar, adaptar al contexto, preparar a la fuerza de trabajo, identificar y apoyar a los beneficiarios y monitorizar y evaluar el servicio—, mientras que desarrollos más recientes en ciencia de la implementación han subrayado que el verdadero reto consiste en convertir esas decisiones en práctica rutinaria y sostenible.

En el ámbito de la psicosis temprana, este problema se observa con especial claridad. [Barwick et al. \(2025\)](#), en la implementación inicial de NAVIGATE en programas de intervención temprana de Ontario, parten de un diagnóstico que resulta plenamente transferible a este manual: los servicios pueden ser eficaces en términos generales y, sin embargo, mantener una provisión inconsistente, especialmente en los componentes psicosociales y orientados a recuperación. Por eso, la puesta en marcha no debe entenderse como mera apertura administrativa del programa, sino como el momento en que se decide si el dispositivo será una experiencia puntual sostenida por unos pocos profesionales motivados o una práctica integrada en la lógica ordinaria del equipo. Este capítulo se ocupa exactamente de esa transición.

Palabras clave: *implantación; puesta en marcha; gobernanza; fidelidad; adaptación; capacidad operativa; mejora continua; implementación en salud mental.*

11.1. Del pilotaje a la práctica ordinaria: qué cambia realmente

La diferencia entre pilotar y poner en marcha no es una diferencia de escala solamente, sino de régimen de funcionamiento. En el pilotaje todavía es legítimo que muchas decisiones estén protegidas por una lógica de observación intensiva, por una muestra pequeña y por un soporte extraordinario del equipo. En la implantación, en cambio, el programa debe empezar a sostenerse dentro de los ritmos reales del servicio, con derivaciones habituales, profesionales con cargas concurrentes, variabilidad entre casos y necesidad de continuidad más allá del entusiasmo inicial. La experiencia del estudio EPI-SET es útil precisamente porque describe la implementación como un proceso por etapas —exploración, instalación, implementación inicial e implementación plena—, no como un salto instantáneo desde la formación a la rutina. Esta secuencia obliga a una conclusión operativa clara: declarar la puesta en marcha no significa que el programa esté ya completamente estabilizado, sino que ha entrado en una fase en la que la intervención comienza a ofrecerse como parte regular del servicio y no solo como dispositivo experimental.

May et al. (2025), desde la teoría de la normalización, ofrecen una formulación especialmente útil para este capítulo al señalar que las estrategias de implementación deben servir para traducir intenciones estratégicas en práctica cotidiana. Esa expresión resume bien el núcleo del problema. Un programa no queda implantado porque exista un manual, una presentación de formación o una decisión de dirección, sino cuando el equipo sabe quién hace qué, en qué momento, con qué criterios y con qué apoyos; cuando la derivación encuentra una puerta de entrada real; cuando la intervención encaja en las agendas sin quedar reducida a residuo temporal; y cuando las primeras dificultades no producen abandono del modelo, sino ajuste gobernado del proceso. En otras palabras, la puesta en marcha comienza cuando el programa deja de depender de condiciones excepcionales para existir.

11.2. Gobernanza, liderazgo y responsabilidad de implantación

La implantación operativa necesita una estructura explícita de gobernanza. La guía de NHS England de 2024 es particularmente clara en este punto: la estrategia local de implementación debe priorizar el acceso a intervenciones basadas en la evidencia, implicar decisiones de planificación continuada, contar con liderazgo psicológico claro y disponer de un patrocinio de nivel organizativo. El documento atribuye a la figura del *chief psychological professions officer* un papel directivo en la expansión del programa y exige que exista un patrocinador a nivel de consejo o junta para supervisar avances. Aunque este manual no presuponga la misma arquitectura institucional del NHS, la enseñanza es plenamente trasladable: la puesta en marcha del programa no debería descansar solo en el coordinador clínico o en el profesional que lo facilita, sino en una cadena visible de responsabilidad organizativa. Sin ella, la implantación queda expuesta a interrupciones por cambios de agenda, rotación de personal o desplazamiento de prioridades.

Esta exigencia de gobernanza no debe interpretarse como formalismo burocrático. Su valor está en que permite tomar decisiones cuando el programa entra en contacto con la realidad. Alguien debe resolver, por ejemplo, cómo se prioriza la derivación cuando la demanda supera la capacidad inicial; cómo se liberan horas de profesionales formados; cómo se protege la supervisión; cómo se decide una implantación gradual por equipos o por dispositivos; y qué cambios requieren validación de coordinación y cuáles pueden quedar en manos del facilitador. NHS England reconoce expresamente que en muchos contextos será necesario un despliegue por fases y que los equipos con mayor experiencia pueden ofrecer guía clínica y profesional a aquellos con menor capacidad instalada. Esa idea es especialmente valiosa para este manual, porque evita una fantasía frecuente: que la implantación madura exige apertura total e inmediata. En realidad, lo clínicamente prudente suele ser arrancar con un perímetro controlado, clarificar responsabilidades y ampliar solo cuando el dispositivo demuestra consistencia.

11.3. Capacidad operativa real: agendas, circuitos y condiciones de entrega

La puesta en marcha fracasa a menudo no por desacuerdo con el modelo, sino por falta de capacidad operativa real. En servicios comunitarios, la intervención familiar compite con otras demandas, tiempos de desplazamiento, reuniones clínicas, urgencias, trámites y tareas longitudinales. Por eso, una decisión central de implantación consiste en comprobar si el servicio dispone realmente de las condiciones mínimas para entregar el programa: franjas horarias reconocibles, profesionales con competencia específica, acceso a supervisión, espacios presenciales o virtuales adecuados, soporte administrativo, materiales disponibles y circuito de derivación activo. La guía de la OMS insiste en que implementar una intervención manualizada no es solo difundirla, sino hacer un plan, adaptarla al contexto, preparar la fuerza de trabajo e identificar y apoyar a los potenciales beneficiarios. Dicho de otra manera, la puesta en marcha requiere preparar el terreno y no únicamente anunciar la oferta.

Desde la perspectiva del NHS, además, las terapias psicológicas para problemas mentales graves deben ofrecerse dentro de una transformación más amplia de los servicios comunitarios, con una lógica de cuidado personalizado, acceso equitativo y adaptación a grupos que tradicionalmente reciben menos tratamiento. Eso obliga a que la implantación del programa familiar no se limite a “abrir un grupo”, sino que revise si el circuito real de acceso resulta utilizable para las familias que efectivamente llegan al servicio. Si solo acceden las familias más disponibles, más alineadas culturalmente con el lenguaje profesional o menos sobrecargadas, el programa podrá existir formalmente y seguir siendo clínicamente estrecho. Por eso, la puesta en marcha debería revisar desde el inicio horarios, modalidades híbridas cuando sean pertinentes, criterios de inclusión operativos, coordinación con el resto del plan asistencial y capacidad de mantener continuidad suficiente para que la intervención no se fragmente en una sucesión de contactos débiles.

11.4. Fidelidad inicial y adaptación controlada: el equilibrio decisivo

Uno de los errores más dañinos en la fase de implantación es contraponer fidelidad y adaptación como si hubiera que elegir entre ambas. La experiencia reciente en psicosis muestra más bien lo contrario: la implantación operativa exige mantener componentes nucleares reconocibles y, al mismo tiempo, ajustar el dispositivo a las condiciones reales del servicio. En EPI-SET, la fidelidad se midió con una escala específica de servicios de primer episodio, y el análisis mostró que la implementación guiada podía mejorar la adherencia a componentes psicosociales aun cuando persistieran diferencias entre centros y limitaciones en acceso y continuidad. Esto sugiere que la pregunta adecuada no es si el programa se ha ejecutado “exactamente” como estaba escrito, sino si las modificaciones introducidas preservan el núcleo clínico del modelo. La puesta en marcha, por tanto, necesita un criterio explícito sobre qué elementos son negociables y cuáles no lo son.

La contribución de [May et al. \(2025\)](#) vuelve a ser útil aquí porque organiza las estrategias de implementación en torno a dimensiones muy concretas del trabajo real: apoyo continuo del liderazgo, comunicación mantenida con usuarios, mecanismos regulares de auditoría y *feedback*, ajuste de rutinas laborales, distribución de habilidades y resolución de tensiones relacionales dentro del equipo. Esta formulación encaja especialmente bien con un programa familiar, donde muchas “adaptaciones” aparentemente pequeñas —acortar sistemáticamente sesiones, omitir revisión de tareas, convertir bloques de habilidades en conversación libre, prescindir de materiales o registrar de forma opaca— acaban alterando el mecanismo clínico de la intervención. En la puesta en marcha, por tanto, la adaptación debe ser controlada y documentada: ni rigidez ciega ni elasticidad sin memoria. Lo que se modifica debe poder justificarse y revisarse.

11.5. La implantación como trabajo colectivo: soporte, mejora y aprendizaje rápido

La literatura reciente desaconseja imaginar la implantación como un asunto de individuos aislados. En el estudio EPI-SET, la implementación se apoyó en formación proporcionada por desarrolladores y clínicos experimentados, en comunidades de aprendizaje mediante videoconferencia y en un proceso de cambio por etapas acompañado externamente. Más allá de las particularidades del modelo NAVIGATE, el principio es claro: los programas complejos se implantan mejor cuando existen estructuras de apoyo que distribuyen conocimiento, facilitan resolución de problemas y reducen el aislamiento técnico de los equipos. En el caso de este manual, eso significa que la puesta en marcha debería ir acompañada de reuniones breves de seguimiento de implantación, espacios de revisión de incidencias, retorno de información sobre fidelidad inicial y circuitos claros para escalar problemas organizativos. Sin ese andamiaje, la intervención queda sometida a corrección tardía, aprendizaje disperso y desgaste evitable.

Los estándares de la Red del Royal College aportan aquí un segundo elemento importante: la implantación debe apoyarse en métodos de mejora de la calidad y, además, implicar a pacientes y cuidadores en iniciativas de mejora cuando sea posible. También exigen auditorías clínicas alineadas con prioridades nacionales y uso de datos para introducir cambios en el servicio. Aunque la explotación detallada de indicadores corresponde al capítulo 12, la puesta en marcha ya debe asumir esa lógica de mejora continua. Implantar no es simplemente empezar, sino

empezar de tal modo que el servicio pueda aprender de lo que hace. Por eso, en esta fase conviene introducir revisiones tempranas de proceso, análisis de cuellos de botella y discusión explícita de lecciones procedentes de incidencias o quejas. La implantación madura no es la que evita problemas, sino la que los convierte en información útil antes de que erosionen la legitimidad del programa.

11.6. Cuándo puede considerarse que el programa ha entrado en fase estable

La puesta en marcha no debería declararse superada por el simple hecho de haber iniciado varias familias. Un programa entra en fase operativamente estable cuando empieza a mostrar regularidad en varios planos a la vez: circuito de derivación comprensible, inicio razonablemente previsible, agendas protegidas, profesionales identificables, supervisión disponible, materiales accesibles, registro usable y fidelidad suficiente en los componentes esenciales. La guía de la OMS sugiere esa misma lógica al incluir, dentro del proceso de implementación, no solo la preparación y la identificación de beneficiarios, sino también la monitorización y evaluación del servicio. Y [Barwick et al. \(2025\)](#) muestran, desde la experiencia de Ontario, que la mejora de la fidelidad y la comprensión de los determinantes de implementación son señales más útiles de maduración que la mera apertura nominal del modelo. Una implantación temprana puede estar viva y seguir siendo frágil; la cuestión es cuándo empieza a sostenerse sin depender de medidas extraordinarias.

[Norheim et al. \(2025\)](#) añaden una cautela importante. En su ensayo pragmático sobre implementación de la implicación familiar en servicios comunitarios para trastornos psíquicos, las intervenciones familiares implantadas mediante un programa de apoyo no mejoraron todos los resultados previstos, aunque sí mostraron señales de un entorno familiar más positivo y de mejor funcionamiento. La lección es sobria y valiosa: la implantación operativa no debe juzgarse solo por la ambición de sus objetivos finales, sino por la solidez con que logra introducir prácticas nuevas en la rutina sin perder coherencia. Dicho de otro modo, la fase estable no equivale a perfección, sino a capacidad de seguir funcionando, corrigiéndose y aprendiendo. Precisamente por eso, el capítulo siguiente se ocupará de la monitorización de resultados e indicadores: porque solo cuando el programa ha entrado de verdad en funcionamiento ordinario tiene sentido evaluar con mayor sistematicidad qué está produciendo y cómo debe seguir ajustándose.

Resumen final. La implantación operativa constituye el paso en que el programa deja de ser una intervención pilotada y comienza a formar parte de la oferta ordinaria del servicio. Para que esa transición sea clínicamente defendible, no basta con abrir derivaciones o programar sesiones; es necesario dotar al dispositivo de gobernanza visible, liderazgo funcional, capacidad real de entrega, criterios explícitos de fidelidad y adaptación, y estructuras de apoyo y mejora continua. La puesta en marcha exige además entender la implementación como trabajo colectivo: coordinación, revisión de problemas, participación de usuarios y cuidadores en la mejora y aprendizaje temprano a partir de datos e incidencias. Solo así la intervención familiar puede pasar de proyecto a práctica. Sobre esa base, el capítulo 12 podrá ocuparse ya de la

monitorización sistemática, los indicadores de implementación y la lectura de resultados sin confundir arranque con consolidación.

12

Monitorización de resultados e indicadores de implementación

Resumen

La monitorización permite comprobar si el programa se está aplicando de forma suficiente, aceptable, fiel y útil para las familias, los usuarios y el servicio. Su finalidad no es acumular datos ni transformar la intervención en una evaluación permanente, sino producir información mínima, interpretable y accionable para mejorar la práctica. En un programa de psicoeducación familiar, la monitorización debe integrar resultados de implementación, resultados de servicio y resultados clínico-familiares. Esta distinción evita confundir actividad con impacto, asistencia con participación o cumplimiento formal del calendario con fidelidad real al modelo.

El sistema de indicadores debe ser proporcionado y sostenible. Debe permitir conocer cuántas familias son identificadas, cuántas aceptan participar, cuántas inician y completan el programa, qué barreras aparecen, qué grado de fidelidad se mantiene, qué adaptaciones se realizan y qué utilidad perciben las familias. Además, debe incluir dominios específicamente familiares: carga o malestar, comprensión del trastorno, clima emocional, comunicación, resolución de problemas, relación familia-equipo, capacidad para identificar señales tempranas y progreso frente a metas acordadas. La monitorización solo tiene sentido si sus resultados se traducen en decisiones de mejora sobre captación, formato, materiales, formación, supervisión, fidelidad, indicadores y continuidad asistencial.

Palabras clave: *monitorización; indicadores; implementación; fidelidad; aceptabilidad; resultados familiares; emoción expresada; psicoeducación familiar; mejora continua.*

12.1. Qué debe entenderse por monitorización en este programa

La monitorización es el sistema mediante el cual el programa observa de forma periódica si está funcionando como intervención implantada. No equivale a pasar escalas de manera indiscriminada ni a producir informes de actividad sin lectura clínica. Supone recoger información suficiente para responder a preguntas operativas: si el programa llega a las familias previstas, si se aplica con una estructura reconocible, si resulta aceptable, si se adapta de forma justificada, si mantiene sus componentes nucleares y si produce señales de cambio relevantes.

La literatura sobre resultados de implementación distingue dimensiones como aceptabilidad, adopción, adecuación, factibilidad, fidelidad, coste, penetración y sostenibilidad (Proctor et al., 2023). Estas dimensiones son útiles porque permiten evaluar la vida real de una intervención, no solo sus efectos clínicos. Un programa puede estar bien fundamentado y, sin embargo, no ser factible; puede ser clínicamente prometedor y no resultar aceptable para las familias; puede iniciarse con entusiasmo y perder fidelidad tras los primeros ciclos; o puede mostrar buenos resultados en quienes lo completan, pero llegar solo a una parte reducida de la población que lo necesita.

En este programa, la monitorización debe atender a tres preguntas complementarias. La primera es si el programa se implanta: cuántas familias se identifican, cuántas son invitadas, cuántas aceptan, cuántas inician, cuántas completan y qué recursos requiere mantener la intervención. La segunda es si el programa se entrega adecuadamente: si las sesiones siguen una secuencia reconocible, si los materiales se utilizan, si las adaptaciones quedan justificadas y si la supervisión detecta desviaciones relevantes. La tercera es si el programa resulta útil para las familias y el servicio: si las familias comprenden mejor el trastorno, si se sienten más capaces de actuar, si mejora la comunicación con el equipo, si disminuye la desorientación ante señales de crisis y si la intervención se integra de forma realista en el itinerario asistencial.

La especificidad familiar obliga a ampliar la monitorización más allá de los indicadores administrativos. La guía de la *British Psychological Society* sobre intervenciones familiares en psicosis sitúa la práctica familiar dentro de un marco que incluye procesos relacionales, diversidad, implementación, formación, supervisión y medición de resultados familiares (BPS, 2021). Por ello, la monitorización debe recoger también si la familia se siente escuchada y no culpabilizada, si entiende su papel dentro del programa, si percibe utilidad práctica en los materiales, si puede sostener la participación y si la relación con el equipo se vuelve más clara y funcional. Moriana et al. (2009) refuerzan esta dimensión al situar la implicación familiar en la comunicación cotidiana entre familias y servicios de salud mental, la colaboración con el tratamiento, la adherencia y la reducción del estigma.

La monitorización debe incorporarse desde el inicio del programa, pero con una carga asumible. Los manuales de implementación de intervenciones psicológicas recomiendan planificar, adaptar al contexto, preparar a los profesionales, identificar y apoyar a los beneficiarios, y evaluar el funcionamiento de la intervención dentro de los servicios existentes (WHO, 2024). En este sentido, los datos no deben recogerse para justificar retrospectivamente el programa, sino

para guiar su ajuste. La monitorización es una herramienta de gobierno clínico: permite saber qué mantener, qué modificar, qué supervisar y qué dejar de hacer.

12.2. Niveles de resultado

La monitorización debe organizarse en tres niveles: resultados de implementación, resultados de servicio y proceso, y resultados clínico-familiares. Esta organización evita atribuir al programa efectos que aún no puede demostrar y permite interpretar los datos según su función.

12.2.1. Resultados de implementación

Los resultados de implementación indican si el programa puede ponerse en marcha y sostenerse en condiciones reales. Incluyen, entre otros, aceptabilidad, adopción, adecuación, factibilidad, fidelidad, penetración, coste y sostenibilidad (Proctor et al., 2023). En términos operativos, permiten responder a preguntas como las siguientes: si el equipo adopta el programa, si las familias aceptan la invitación, si el formato es viable, si la intervención se integra con el PAI, si existen recursos suficientes para mantenerla y si los profesionales pueden sostenerla sin depender de esfuerzos extraordinarios.

Estos resultados son especialmente importantes durante el pilotaje y los primeros ciclos de implantación. Una tasa baja de captación puede indicar problemas en el circuito de derivación o en la forma de presentar la oferta. Una asistencia irregular puede señalar barreras horarias, baja utilidad percibida, sobrecarga familiar o desajuste del formato. Una fidelidad baja puede revelar falta de formación, ausencia de supervisión o materiales poco claros. La implementación no es un contexto externo al programa: forma parte de sus condiciones reales de funcionamiento.

12.2.2. Resultados de servicio y proceso

Los resultados de servicio y proceso permiten valorar cómo se integra el programa en la actividad asistencial. Incluyen indicadores como tiempo entre derivación e inicio, número de sesiones realizadas, continuidad entre sesiones, coordinación con profesionales de referencia, uso de materiales, incidencias registradas, adaptaciones realizadas, revisiones de supervisión y conexión con el PAI.

Este nivel es necesario porque una intervención puede ser aceptada por las familias y, aun así, quedar mal integrada en el servicio. Si el programa no se coordina con otros profesionales, si no existe continuidad con los objetivos asistenciales, si las incidencias no se comunican o si los acuerdos no se traducen al PAI cuando procede, la psicoeducación familiar corre el riesgo de convertirse en una actividad paralela. Los estándares de calidad para servicios de psicosis temprana destacan la importancia de objetivos medibles, revisión periódica, planificación de continuidad, prevención de recaídas y participación de usuarios y familiares en decisiones relevantes cuando existe consentimiento para ello (RCP, 2025).

La monitorización basada en resultados rutinarios puede ayudar a integrar el programa en la práctica ordinaria siempre que los datos se utilicen de forma clínica y organizativamente significativa. Los modelos de atención basada en medición recuerdan que recoger datos solo es útil cuando esos datos alimentan decisiones, conversaciones clínicas, ajustes de tratamiento o revisiones de calidad (Meyer-Kalos et al., 2024; Paz et al., 2025).

12.2.3. Resultados clínico-familiares

Los resultados clínico-familiares permiten valorar si el programa produce cambios relevantes para la familia, el usuario y la relación con el servicio. No deben limitarse a resultados sintomáticos del usuario. En psicoeducación familiar importan también la comprensión del trastorno, la reducción de desorientación, la carga o malestar familiar, el clima emocional, las habilidades de comunicación, la resolución de problemas, la identificación de señales tempranas, la colaboración con el equipo y la utilidad percibida.

Los dominios familiares mínimos recomendados son los siguientes:

Tabla 1

Dominios familiares y preguntas mínimas de monitorización

Dominio	Pregunta de monitorización
Carga o malestar familiar	¿Disminuye el malestar asociado a la convivencia, el cuidado o la incertidumbre?
Comprensión del trastorno	¿La familia comprende mejor síntomas, curso, tratamiento, recuperación y señales tempranas?
Clima emocional	¿Se observan cambios en criticismo, sobreimplicación, tensión o reactividad relacional?
Comunicación	¿La familia dispone de pautas más claras para hablar, escuchar, pedir ayuda y reducir escalada?
Resolución de problemas	¿La familia formula problemas de manera más concreta y ensaya soluciones realistas?
Relación familia-equipo	¿La familia sabe cómo comunicarse con el servicio y qué puede esperar de él?
Participación sostenida	¿La familia se mantiene vinculada de forma activa y proporcionada?
Señales tempranas y crisis	¿La familia identifica señales de alerta y sabe cuándo y cómo pedir ayuda?
Progreso frente a metas	¿Avanzan los objetivos familiares acordados al inicio o durante el programa?

La [BPS \(2021\)](#) aporta un marco especialmente útil para esta lectura porque entiende las intervenciones familiares como prácticas que deben atender a familias y redes significativas, diversidad, procesos comunes, implementación y resultados familiares. [Mariana et al. \(2009\)](#) permiten reforzar la importancia de indicadores relacionados con comunicación familia-equipo, colaboración con los servicios, adherencia y reducción del estigma. La experiencia de FEARP

Canarias muestra, además, que los programas familiares aplicados generan aprendizaje cuando revisan su estructura y contenidos a partir de la práctica acumulada (Baena Ruiz et al., 2020).

12.3. Indicadores mínimos del programa

El sistema de indicadores debe ser breve, estable y útil para la toma de decisiones. No debe confundirse con una batería de investigación extensa. Los indicadores mínimos se organizan en cinco bloques: acceso y penetración, fidelidad y adaptación, aceptabilidad y utilidad, resultados familiares, y progreso frente a metas.

12.3.1. Acceso y penetración

Los indicadores de acceso permiten conocer si el programa llega a las familias a las que pretende llegar. Deben recogerse de manera agregada y revisarse periódicamente.

Indicadores mínimos:

- número de usuarios con familia o red significativa identificada;
- número de familias invitadas;
- número de familias que aceptan información inicial;
- número de familias que inician el programa;
- número de familias que completan el programa;
- tasa de abandono antes del inicio;
- tasa de abandono tras el inicio;
- asistencia media por sesión;
- tiempo entre derivación e inicio;
- principales motivos de no participación o abandono.

Estos datos permiten detectar problemas de acceso que de otro modo quedarían ocultos. Una baja tasa de inicio puede indicar que el programa se ofrece tarde, que la invitación no es clara, que existen barreras horarias o que la familia desconfía del servicio. Una tasa elevada de abandono temprano puede señalar baja adecuación del formato, sobrecarga, expectativas mal formuladas o insuficiente trabajo de acogida. Estos indicadores se relacionan con dimensiones de penetración, adopción, aceptabilidad y factibilidad propias de la ciencia de la implementación (Proctor et al., 2023; WHO, 2024).

12.3.2. Fidelidad y adaptación

La fidelidad indica si el programa conserva sus componentes nucleares. No debe reducirse a comprobar si las sesiones se realizaron en la fecha prevista. En una intervención familiar, la

fidelidad incluye estructura, contenidos, procesos relacionales, participación, uso de materiales, revisión de acuerdos, adaptación justificada y supervisión.

Indicadores mínimos:

- porcentaje de sesiones realizadas respecto a las previstas;
- presencia de componentes nucleares por sesión;
- uso de materiales previstos;
- registro de tareas o acuerdos;
- adaptaciones realizadas;
- justificación de adaptaciones;
- desviaciones no justificadas;
- incidencias revisadas en supervisión;
- continuidad entre sesión y PAI cuando proceda.

La [BPS \(2021\)](#) permite ampliar la fidelidad hacia procesos familiares comunes, como relación terapéutica, implicación de miembros relevantes, evaluación inicial, continuidad y trabajo colaborativo. La FIPAS constituye un antecedente específico para valorar adherencia del terapeuta en intervención familiar en psicosis ([Onwumere et al., 2009](#)). En este programa, la FIPAS puede utilizarse como referencia conceptual para construir o ajustar una lista de comprobación interna de fidelidad, pero no debe presentarse como escala propia ni aplicarse sin revisar sus condiciones de uso. La fidelidad debe entenderse como fidelidad razonada: preservar el núcleo del programa y documentar las adaptaciones necesarias.

12.3.3. Aceptabilidad, utilidad y carga de participación

La aceptabilidad indica si el programa resulta comprensible, adecuado y asumible para las familias. La utilidad percibida indica si las familias consideran que la intervención les ayuda en su vida cotidiana y en su relación con el usuario y el equipo. La carga de participación permite valorar si el formato, duración, horario o exigencias del programa dificultan la continuidad.

Indicadores mínimos:

- claridad del objetivo del programa;
- comprensión del encuadre y de los límites de confidencialidad;
- utilidad percibida de las sesiones;
- utilidad percibida de los materiales;
- carga horaria y emocional de participación;
- adecuación del formato;
- seguridad relacional percibida;

- percepción de escucha y respeto;
- barreras de continuidad;
- satisfacción global prudente, no como único indicador.

La aceptabilidad debe evaluarse de forma breve y preferiblemente en varios momentos: acogida, revisión intermedia y cierre. No debe confundirse con satisfacción general. Una familia puede sentirse satisfecha con el trato y, al mismo tiempo, no haber adquirido herramientas suficientes. También puede valorar útil el programa, aunque algunas sesiones hayan sido emocionalmente exigentes. Por ello, la aceptabilidad debe interpretarse junto con participación, utilidad, carga, fidelidad y resultados familiares.

12.3.4. Resultados familiares

Los resultados familiares deben seleccionarse según los objetivos del programa y la carga asumible de recogida. El núcleo mínimo debería incluir carga o malestar familiar, comprensión del trastorno, relación familia-equipo, utilidad percibida, capacidad para identificar señales tempranas y progreso frente a metas. Cuando el equipo disponga de condiciones suficientes, puede añadirse una medida de clima emocional o emoción expresada.

La emoción expresada debe manejarse con cautela. No debe utilizarse como etiqueta culpabilizadora de la familia, sino como indicador de un clima relacional que puede estar influido por sobrecarga, miedo, crisis previas, falta de información, dificultades de comunicación y ausencia de apoyo. Su monitorización solo es adecuada si se interpreta junto con contexto, carga, apoyos disponibles, situación clínica del usuario y relación con el equipo.

La denominación *Family Questionnaire* puede remitir a instrumentos diferentes. Por ello, el programa debe especificar siempre qué FQ utiliza y con qué finalidad. Si el objetivo es monitorizar emoción expresada, especialmente criticismo y sobreimplicación emocional, la referencia pertinente es el FQ de [Wiedemann et al. \(2002\)](#). Si el objetivo es valorar problemas asociados a síntomas, malestar generado y afrontamiento percibido por familiares, resulta más pertinente el FQ de [Quinn et al. \(2003\)](#). Ambos instrumentos pueden ser útiles, pero no son intercambiables.

Junto a estos instrumentos, la LEE ofrece una medida clásica del clima emocional percibido en relaciones significativas ([Cole & Kazarian, 1988](#)). La EEE aporta una alternativa española breve para evaluar emoción expresada, aunque debe utilizarse con prudencia por las limitaciones de sus primeros datos de validación y por la necesidad de verificar su adecuación al contexto concreto del programa ([Méndez et al., 2004](#)). La selección de cualquiera de estos instrumentos debe responder a una decisión previa: qué dominio se quiere medir, con qué carga, en qué momento y para qué decisión.

12.3.5. Progreso frente a metas

El programa debe incluir indicadores vinculados a metas concretas. Las metas pueden formularse con la familia y, cuando proceda, con el usuario. Deben ser observables, realistas y revisables. Pueden referirse a comprensión del trastorno, comunicación, manejo de situaciones difíciles,

coordinación con el equipo, reducción de sobrecarga, identificación de señales tempranas o participación más ajustada en el proceso de recuperación.

Indicadores mínimos:

- metas familiares acordadas;
- grado de avance percibido;
- acuerdos cumplidos;
- metas reformuladas;
- continuidad con objetivos del PAI;
- necesidades pendientes al cierre;
- criterios de reentrada o seguimiento.

La orientación a metas permite que la monitorización no dependa solo de escalas generales. Los estándares de calidad en servicios de psicosis temprana subrayan la importancia de objetivos medibles, revisión del progreso, prevención de recaídas, planes de crisis y continuidad asistencial (RCP, 2025). En este programa, las metas familiares deben conectar el trabajo psicoeducativo con decisiones prácticas y con el itinerario asistencial del usuario.

12.4. Organización de la recogida de datos

La recogida de datos debe organizarse en tres ritmos: sesión a sesión, momentos estructurados del programa y revisión agregada. Esta organización permite equilibrar continuidad y carga.

12.4.1. Recogida sesión a sesión

La recogida sesión a sesión debe ser mínima. Debe incluir asistencia, participantes, objetivo de la sesión, contenidos trabajados, acuerdos, tareas, incidencias, adaptaciones y aspectos para retomar. También puede incluir una valoración breve del profesional sobre participación y fidelidad.

No deben aplicarse instrumentos familiares extensos en cada sesión. Hacerlo aumentaría la carga y desplazaría el foco de la intervención. La sesión debe generar registros suficientes para continuidad y supervisión, pero no convertirse en una unidad de evaluación psicométrica permanente. La recogida sesión a sesión debe apoyarse en la ficha breve de sesión, el registro de incidencias y la lista de comprobación de fidelidad cuando proceda.

12.4.2. Recogida en inicio, revisión intermedia, cierre y seguimiento

Los momentos estructurados permiten recoger información más sustantiva sin saturar el proceso. En el inicio pueden recogerse datos de expectativas, carga o malestar familiar, comprensión del trastorno, problemas prioritarios, relación con el equipo y metas iniciales. En la revisión intermedia pueden evaluarse utilidad percibida, barreras de continuidad, adecuación

del formato, carga de participación y necesidad de ajustes. En el cierre pueden revisarse aprendizajes, cambios percibidos, metas alcanzadas, señales tempranas, acuerdos de continuidad y satisfacción prudente. El seguimiento, si el servicio puede sostenerlo, permite valorar mantenimiento de aprendizajes y necesidades de reentrada.

Los instrumentos como FQ-Wiedemann, FQ-Quinn et al., LEE o EEE no deberían aplicarse sesión a sesión. Si se utilizan, su ubicación más razonable es inicio-cierre y, si existe capacidad real, seguimiento. La decisión debe basarse en finalidad y carga. No es necesario medir todos los dominios con instrumentos estandarizados. Puede ser más útil combinar una medida breve con preguntas de aceptabilidad y revisión de metas.

12.4.3. Revisión agregada del programa

La revisión agregada permite valorar el funcionamiento del programa como dispositivo. Debe incluir datos de captación, inicio, asistencia, finalización, abandono, fidelidad, adaptaciones, incidencias, aceptabilidad, utilidad percibida y resultados familiares agregados. También debe revisar diferencias por formato, perfil familiar, barreras de acceso, profesional facilitador o fase de implantación.

La revisión agregada debe realizarse con una periodicidad definida. En fase de pilotaje puede ser más frecuente; en fase estable puede organizarse por ciclos del programa o por periodos semestrales/anuales. Su finalidad no es producir un informe extenso, sino orientar decisiones: ajustar captación, modificar materiales, reforzar formación, cambiar horarios, revisar criterios de elegibilidad, aumentar supervisión o simplificar registros.

La monitorización rutinaria solo resulta útil cuando los datos se devuelven a los equipos en formatos comprensibles y se utilizan para mejorar la práctica (Meyer-Kalos et al., 2024; Paz et al., 2025). Por ello, los informes agregados deben ser breves, visuales cuando sea posible, centrados en indicadores clave y vinculados a decisiones concretas.

12.5. Interpretación de resultados

Los resultados deben interpretarse con prudencia. Un programa de psicoeducación familiar puede mostrar señales tempranas de utilidad sin que sea posible atribuir cambios clínicos de forma causal. También puede mostrar dificultades iniciales que no implican fracaso, sino problemas de captación, formato, encuadre, materiales o formación profesional. La monitorización debe evitar dos errores: leer demasiado pronto y leer demasiado tarde.

Leer demasiado pronto significa interpretar los primeros datos como veredicto definitivo. Una baja participación inicial puede mejorar tras ajustar horarios, reformular la invitación o introducir contacto preparatorio. Una baja utilidad percibida en las primeras sesiones puede reflejar expectativas no alineadas, no necesariamente inutilidad del programa. Una fidelidad irregular puede corregirse con supervisión y cotrabajo. Los datos iniciales deben tratarse como señales para ajustar, no como conclusiones cerradas.

Leer demasiado tarde significa acumular información sin actuar. Si varias familias abandonan en el mismo punto, si los materiales generan confusión, si las incidencias de confidencialidad se repiten o si el equipo omite sistemáticamente un componente difícil, no debe esperarse al cierre

anual para intervenir. La monitorización debe activar ajustes tempranos cuando los datos muestran patrones consistentes.

La interpretación debe ser triangulada. Los indicadores cuantitativos deben leerse junto con la experiencia de las familias, la voz del usuario cuando participa, la lectura clínica del equipo, los registros de fidelidad, las incidencias y los datos de acceso. Una alta asistencia puede ocultar participación pasiva. Una mejora en satisfacción puede no traducirse en habilidades familiares. Una reducción de malestar puede depender de cambios externos no relacionados con el programa. Una puntuación elevada en clima emocional debe interpretarse dentro del contexto de carga, convivencia, apoyos, crisis recientes y relación con los servicios.

La interpretación de emoción expresada requiere especial cuidado. Criticismo, sobreimplicación o clima emocional tenso no deben traducirse en culpabilización de la familia. Deben entenderse como señales de un sistema relacional sometido a estrés, incertidumbre y demandas complejas. La función de medir estos dominios, cuando se decide hacerlo, es orientar apoyo, comunicación y prevención de recaídas; no clasificar familias como “adecuadas” o “problemáticas”.

La lectura de resultados debe atender también a inequidades. Las medias globales pueden ocultar que el programa funciona mejor para familias con mayor disponibilidad horaria, mayor alfabetización sanitaria, menor barrera idiomática, mejor relación previa con servicios o menor sobrecarga. También pueden quedar infrarepresentadas familias no convivientes, progenitores mayores, hermanos, parejas o redes significativas no biológicas. La [BPS \(2021\)](#) subraya la necesidad de atender diversidad y desigualdad en las intervenciones familiares. Las revisiones sobre implicación familiar en servicios de salud mental grave muestran que las barreras de acceso, comunicación, expectativas y coordinación pueden condicionar de forma importante la participación ([Tham & Solomon, 2024](#)). Por tanto, los resultados agregados deben revisarse preguntando no solo “si el programa funciona”, sino para quién funciona, quién queda fuera y qué barreras mantienen esa exclusión.

12.6. De la monitorización a la mejora continua

La monitorización debe alimentar decisiones de mejora. Un sistema de indicadores que no modifica ninguna decisión termina convirtiéndose en burocracia. La información recogida debe servir para ajustar la captación, revisar materiales, modificar horarios, reforzar supervisión, simplificar registros, revisar criterios de fidelidad, adaptar formatos o redefinir indicadores.

El ciclo mínimo de mejora continua debería incluir cuatro pasos: recogida de datos, revisión periódica, decisión de ajuste y comprobación posterior. Por ejemplo, si se detecta baja asistencia en sesiones intermedias, el equipo debe revisar si el contenido de esas sesiones es comprensible, si la carga emocional es excesiva, si el horario dificulta continuidad o si la familia necesita contacto preparatorio. Si se detectan muchas adaptaciones no registradas, debe revisarse la formación y la supervisión. Si los datos muestran baja utilidad percibida de materiales, debe activarse una revisión de claridad, lenguaje y aplicabilidad.

La experiencia de FEARP Canarias resulta útil como referencia española de aprendizaje programático. La revisión del Programa de Apoyo y Colaboración Familiar tras años de aplicación muestra que los programas familiares pueden requerir modificaciones estructurales cuando la

práctica acumulada revela necesidades no suficientemente atendidas (Baena Ruiz et al., 2020). Esta lógica debe trasladarse al funcionamiento ordinario del programa: la monitorización no debe limitarse a demostrar que la intervención se ha realizado, sino ayudar a decidir qué componentes deben mantenerse, cuáles requieren ajuste y qué cambios deben documentarse.

Los informes de monitorización deben ser breves y orientados a decisiones. Pueden organizarse por ciclo del programa e incluir, como mínimo, datos de acceso, asistencia, finalización, abandono, fidelidad, adaptaciones, incidencias, aceptabilidad, utilidad percibida y dominios familiares seleccionados. Cada informe debería terminar con decisiones concretas: mantener, modificar, supervisar, retirar, ampliar o revisar. Esta estructura evita que la monitorización se convierta en una descripción pasiva.

El programa alcanza mayor madurez cuando los datos se integran en la práctica ordinaria. La monitorización deja de ser una carga externa cuando ayuda al equipo a reconocer patrones, anticipar dificultades, conversar sobre calidad y revisar la intervención sin esperar a que los problemas se consoliden. Sobre esta base, la psicoeducación familiar puede mantenerse como una práctica viva: suficientemente estructurada para ser reconocible, suficientemente flexible para adaptarse a las familias y suficientemente monitorizada para aprender de su propia aplicación.

13

Manejo de incidencias y desviaciones

Resumen inicial.

La implantación y la monitorización del programa permiten ver qué está ocurriendo; el capítulo presente se ocupa de qué hacer cuando lo que ocurre compromete la seguridad, la alianza, la continuidad o la integridad del modelo. En un programa de psicoeducación familiar para personas con trastorno mental grave, las incidencias no deben tratarse como anomalías vergonzantes ni como pruebas de fracaso del dispositivo. Deben tratarse, más bien, como eventos previsibles que exigen una respuesta graduada, clínicamente contenida y organizativamente trazable. NICE insiste en que los equipos deben negociar tempranamente cómo compartir información con usuarios y cuidadores, revisar esa negociación de forma periódica y garantizar que los cuidadores sepan cómo obtener ayuda en crisis. Los estándares del Royal College añaden que los planes de cuidados deben incluir prevención de recaídas, planes de crisis y contingencia, y que el equipo debe tener capacidad para revisar incidentes o situaciones de alto riesgo de forma urgente cuando sea necesario. A esto se suma una advertencia metodológica relevante: la literatura reciente sobre psicoterapia ha recordado que los efectos no deseados y los eventos adversos existen, pero siguen siendo monitorizados de forma insuficiente en muchos estudios, lo que obliga a no asumir que “intervención psicológica” equivale automáticamente a “intervención sin riesgos” (Klatte et al., 2023, 2025; NICE, 2014; RCP, 2025).

En consecuencia, este capítulo no se orienta a describir un listado abstracto de problemas posibles, sino a fijar un marco operativo para responder a ellos. La lógica general es sencilla, aunque exigente: distinguir incidencia de variación ordinaria del proceso terapéutico; separar problema clínico de desviación del procedimiento; valorar gravedad, inmediatez y necesidad de escalado; registrar lo ocurrido con un nivel suficiente de precisión; y convertir cada incidencia relevante en material de aprendizaje clínico y de mejora del programa. Si el capítulo 12 hacía visible el funcionamiento del dispositivo, el 13 debe impedir que esa visibilidad llegue demasiado tarde (Proctor et al., 2023; WHO, 2024).

Palabras clave: *incidencias; desviaciones; crisis; confidencialidad; consentimiento; riesgo; fidelidad al modelo; adaptación; registro de incidentes.*

13.1. Qué debe entenderse por incidencia y qué debe entenderse por desviación

En este manual, una incidencia es cualquier evento no rutinario que, durante la captación, el desarrollo o el seguimiento del programa, obliga al equipo a modificar su respuesta inmediata para proteger la seguridad, la continuidad asistencial, la alianza de trabajo o los límites ético-clínicos de la intervención. No toda dificultad es una incidencia. Una sesión emocionalmente intensa, una discrepancia puntual entre familiar y usuario o una duda inicial sobre el sentido del programa pueden formar parte del curso esperable del trabajo terapéutico. La incidencia aparece cuando esa dificultad supera el umbral de manejabilidad ordinaria y exige contención específica, revisión urgente, activación de un plan de crisis, aplazamiento del trabajo programado, consulta con otros profesionales o modificación relevante del dispositivo. Esta distinción es importante porque la literatura sobre efectos adversos en psicoterapia ha mostrado precisamente que los eventos no deseados deben definirse de forma explícita si se quiere evitar tanto su banalización como su sobredetección indiscriminada (Klatte et al., 2023, 2025).

Por su parte, una desviación es una separación respecto del formato, la secuencia, las reglas o los procedimientos previstos en el programa. A diferencia de la incidencia, la desviación no es necesariamente peligrosa ni necesariamente clínica. Puede consistir, por ejemplo, en omitir un componente previsto de la sesión, alterar de forma sostenida la duración del encuentro, cambiar el orden de trabajo sin justificación explícita, registrar de manera incompleta una sesión o introducir una adaptación no documentada. Algunas desviaciones serán legítimas porque responden a necesidades clínicas o contextuales reales; otras constituirán deriva del modelo. La diferencia entre unas y otras no reside en que haya o no cambio, sino en si el cambio está justificado, documentado y es compatible con los componentes nucleares de la intervención. Esta es una lectura plenamente coherente con la ciencia de la implementación, que distingue entre resultados del programa y calidad del proceso por el que el programa llega a existir en la práctica (Proctor et al., 2023; WHO, 2024).

13.2. Tipología básica de incidencias en este programa

A efectos operativos, conviene trabajar con una tipología breve y funcional. La primera categoría es la de incidencias clínicas, que incluye empeoramiento sintomático, descompensación, riesgo autolítico o heteroagresivo, escalada aguda de conflicto intrafamiliar, deterioro marcado del funcionamiento o cualquier situación en la que la sesión familiar deja de ser el contexto suficiente de manejo. La segunda categoría es la de incidencias relacionales y ético-clínicas, donde se ubican los conflictos de confidencialidad, la retirada o modificación del consentimiento, la presión coercitiva de un miembro sobre otro, la exposición no acordada de información sensible o las alianzas gravemente desequilibradas que bloquean el trabajo. La tercera categoría es la de incidencias organizativas y de implementación, tales como ausencia repetida de

participantes clave, imposibilidad de sostener frecuencia o formato, errores de coordinación con otros dispositivos, fallos de registro, falta de materiales o cambios de profesional sin transición adecuada. La cuarta categoría, cada vez más relevante, es la de incidencias digitales y de seguridad de la información, especialmente en modalidades híbridas o de apoyo remoto (Martin et al., 2026; RCP, 2025; Taher et al., 2025).

Esta clasificación tiene una utilidad práctica inmediata: evita que todas las dificultades queden mezcladas bajo la palabra “problema” y obliga al equipo a decidir si está ante una situación que requiere respuesta clínica urgente, renegociación del encuadre, corrección organizativa o revisión técnica del procedimiento. Martin et al. (2026) mostraron precisamente que pacientes, familias y clínicos coinciden en la importancia de la participación familiar, pero también en que su forma, frecuencia y contenido varían según factores clínicos, familiares y evolutivos, y en que consentimiento y confidencialidad deben tratarse como procesos dinámicos y no como decisiones congeladas. Esa idea es central aquí: muchas incidencias no aparecen porque el programa esté mal orientado, sino porque opera en un terreno clínico donde los límites, las preferencias y el grado de participación necesitan renegociación periódica (Martin et al., 2026).

13.3. Secuencia general de respuesta ante una incidencia

La respuesta a una incidencia debería seguir una secuencia estable. El primer paso es contener y estabilizar. Eso significa detener, si es necesario, la agenda técnica de la sesión y priorizar seguridad, regulación básica y delimitación del problema inmediato. El segundo paso es valorar: qué ha ocurrido exactamente, quién está afectado, cuál es el nivel de riesgo, si el problema puede manejarse dentro de la sesión o si exige derivación o escalado inmediato, y si están comprometidos consentimiento, confidencialidad o capacidad de participación. El tercer paso es decidir y actuar: continuar con la sesión reajustada, transformar la sesión en espacio de contención, dividir temporalmente encuentros, activar un plan de crisis, consultar con el equipo tratante, reprogramar o suspender provisionalmente la intervención familiar. El cuarto paso es registrar y comunicar de manera proporcionada. NICE y el Royal College son claros en que la información sobre riesgos, crisis y planes de contingencia debe estar explícitamente contemplada y revisada, no improvisada cuando el problema ya ha escalado (NICE, 2014; RCP, 2025).

Una consecuencia importante de esta secuencia es que la sesión familiar no debe operar como sustituto de la respuesta clínica urgente cuando el nivel de riesgo ya ha cambiado de categoría. Si aparece empeoramiento relevante, alta activación, riesgo inminente o imposibilidad de sostener mínimamente la regulación, la prioridad deja de ser “aprovechar la sesión” y pasa a ser asegurar evaluación y respuesta clínica adecuadas. Martin et al. (2026) encontraron consenso en que las familias deben implicarse en crisis y recaídas, pero también en que ello exige pautas claras de contacto y de negociación entre familia y equipo. El criterio operativo que se desprende de esa evidencia es claro: en crisis, la implicación familiar es importante, pero debe insertarse en una secuencia clínica y no reemplazarla (Martin et al., 2026; NICE, 2014).

13.4. Incidencias frecuentes y respuesta propuesta

Una de las incidencias más comunes es la escalada de conflicto en sesión. Aquí el error más habitual consiste en dejar que la sesión siga funcionando como si se tratara solo de “más contenido emocional” o, en el extremo contrario, cortar la sesión sin lectura clínica alguna. La respuesta más útil suele consistir en desacelerar el intercambio, reestablecer reglas mínimas de turno y respeto, traducir acusaciones a formulaciones observables, devolver la conversación al objetivo de la sesión y valorar si el formato conjunto sigue siendo clínicamente viable en ese momento. Cuando no lo sea, puede ser preferible interrumpir el trabajo temático y pasar temporalmente a encuentros separados o a una reformulación del encuadre. Esta propuesta es coherente con la idea, sostenida por NICE y por [Martin et al. \(2026\)](#), de que la información compartida, la participación familiar y la forma del contacto deben revisarse de manera periódica y adaptarse a dificultades reales de comunicación y colaboración ([Martin et al., 2026; NICE, 2014](#)).

Otra incidencia central es la ruptura o disputa en torno al consentimiento y la confidencialidad. En estos casos, el programa no debería actuar como si solo existieran dos opciones: transparencia total o corte completo del contacto con la familia. NICE recomienda negociar pronto cómo compartir información, subrayando tanto los derechos de confidencialidad como la necesidad de que los cuidadores comprendan los riesgos y la perspectiva del usuario. [Martin et al. \(2026\)](#) añaden que, incluso cuando el paciente no consiente compartir información específica, los equipos pueden seguir recibiendo información de la familia y ofrecer información general sobre el trastorno, los recursos y la psicoeducación, y que consentimiento y confidencialidad deben entenderse como procesos evolutivos y revisables. Por ello, cuando surja esta incidencia, la respuesta debería centrarse en clarificar exactamente qué se retira o limita, qué contacto sigue siendo legítimo, qué información general puede seguir ofreciéndose y cuándo conviene reabrir la negociación ([Martin et al., 2026; NICE, 2014](#)).

Una tercera incidencia frecuente es el empeoramiento clínico o la crisis. En estos casos, la intervención familiar debe pasar de lógica de progreso a lógica de contingencia. Los estándares del Royal College exigen que los planes de cuidados incluyan estrategias de autogestión, prevención de recaídas y planes de crisis y contingencia, y que el servicio tenga capacidad para revisar urgentemente incidentes y pacientes de alto riesgo. [Martin et al. \(2026\)](#) muestran además que existe consenso entre actores en que la familia debe ser implicada durante crisis o recaídas. A efectos operativos, esto significa que el programa debería contar antes de la crisis con una definición clara de a quién avisar, cómo escalar, qué parte de la familia participa, qué información mínima debe compartirse y cuándo el trabajo familiar queda temporalmente subordinado a la estabilización clínica ([Martin et al., 2026; RCP, 2025](#)).

Una cuarta incidencia es la no asistencia repetida o la retirada brusca. No toda ausencia implica abandono, pero la repetición de ausencias sin recontacto ni reformulación sí debe tratarse como señal de desajuste relevante. Desde la lógica de este manual, la respuesta no debería ser puramente administrativa. Primero conviene discriminar si la dificultad es de acceso, de sentido, de conflicto intrafamiliar, de sobrecarga, de disconformidad con el formato o de empeoramiento clínico. Después, decidir si procede una llamada de revisión, una renegociación del formato, una pausa acordada o un cierre. La evidencia reciente sobre preferencias de participación familiar insiste justamente en que la forma y frecuencia del contacto necesitan modularse según factores

clínicos y familiares, y en que el mantenimiento del contacto con la familia no debería depender exclusivamente de un modelo rígido de asistencia (Martin et al., 2026).

En modalidades híbridas o con apoyos digitales, deben contemplarse además incidencias específicas: no respuesta a herramientas remotas, empeoramiento no detectado a tiempo, confusión sobre uso de datos o sensación de exposición digital excesiva. Taher et al. (2025), desde la perspectiva de usuarios de intervenciones digitales de salud mental, identificaron precisamente la no respuesta, el deterioro sintomático y las preocupaciones sobre privacidad y seguridad de datos como problemas centrales, y propusieron mitigaciones como acceso claro a información esencial, apoyo real ante deterioro y manejo responsable del acceso. En este manual, eso implica que los componentes digitales nunca deberían usarse sin un protocolo explícito sobre tiempos de respuesta, límites de seguimiento, instrucciones de crisis y tratamiento de la información compartida (Taher et al., 2025).

13.5. Desviaciones del modelo: adaptación legítima frente a deriva

No toda desviación es un error. En servicios reales, algunas modificaciones son necesarias para ajustar el programa a cargas de trabajo, diversidad familiar, contextos culturales, modalidad híbrida o interferencias clínicas inesperadas. La OMS sitúa la adaptación al contexto y la monitorización del servicio entre los pasos clave de toda implementación seria, y la investigación en resultados de implementación insiste en que la factibilidad y la fidelidad deben leerse conjuntamente, no como polos absolutos. Sobre esa base, este manual propone una distinción simple: hay adaptación legítima cuando se modifica la forma preservando el mecanismo clínico; hay deriva cuando la modificación vacía o sustituye de manera persistente los componentes nucleares del programa (Proctor et al., 2023; WHO, 2024).

Aplicado a este programa, suelen ser adaptaciones legítimas cambios como reordenar temporalmente una secuencia para responder a una crisis reciente, espaciar una sesión por una barrera externa relevante, pasar puntualmente a modalidad telemática o modular materiales por nivel de comprensión. En cambio, suelen constituir deriva la omisión sistemática del trabajo de habilidades, la conversión repetida de las sesiones en conversación no estructurada, la desaparición de la revisión de objetivos, la indefinición persistente sobre participación del usuario o el abandono silencioso del registro de incidencias y decisiones. La cuestión no es moralizar el cambio, sino hacerlo visible y revisable. Una desviación deja de ser clínicamente defendible cuando el equipo ya no puede explicar qué ha cambiado, por qué ha cambiado y qué impacto tiene sobre el núcleo del modelo (Proctor et al., 2023; WHO, 2024).

13.6. Registro, revisión y aprendizaje a partir de incidencias

Las incidencias relevantes no deberían quedar solo en la memoria del terapeuta ni diluirse en notas clínicas dispersas. A nivel operativo, el programa necesita un registro breve y homogéneo de incidencias y desviaciones, distinto de la documentación legal o clínica exhaustiva que se

abordará en el capítulo 14. Ese registro debería contener, como mínimo, fecha, tipo de incidencia, personas implicadas, descripción breve del evento, nivel de riesgo percibido, acción inmediata adoptada, necesidad o no de escalado, afectación o no del encuadre del programa, desviación asociada si la hubo, y decisión de seguimiento. La razón no es burocrática: sin una memoria mínima de lo ocurrido, el equipo no puede distinguir patrones, anticipar repeticiones ni valorar si determinados problemas pertenecen a casos concretos o al diseño mismo del dispositivo. El Royal College, al exigir capacidad para revisar urgentemente incidentes y marcos formales de revisión de planes y progresos, apoya precisamente esta necesidad de que lo crítico sea visible y revisable (RCP, 2025).

Ese registro solo adquiere valor pleno si retorna al circuito de supervisión y mejora. Una incidencia aislada puede requerir solo respuesta puntual; varias incidencias del mismo tipo exigen lectura programática. Si se repiten conflictos sobre confidencialidad, quizá el encuadre inicial es insuficiente. Si aumentan los abandonos tras determinadas sesiones, quizá el ritmo o los materiales necesitan ajuste. Si las incidencias digitales se concentran en ciertos perfiles, quizá la modalidad híbrida está presuponiendo competencias o disponibilidades que no siempre existen. Este movimiento desde el evento particular hacia el aprendizaje del dispositivo prolonga de forma natural la lógica del capítulo 12: monitorizar para ver, registrar para comprender y revisar para corregir (Proctor et al., 2023; Taher et al., 2025; WHO, 2024).

Resumen final.

El manejo de incidencias y desviaciones debe formar parte del diseño ordinario del programa y no de su improvisación defensiva. Una incidencia es un evento no rutinario que compromete seguridad, continuidad, límites éticos o viabilidad clínica del trabajo; una desviación es una separación respecto del modelo o del procedimiento que puede ser legítima o derivar en pérdida de integridad. Para responder bien, el equipo necesita una tipología clara de problemas, una secuencia de actuación estable, criterios de escalado, capacidad para distinguir crisis clínica de conflicto relacional o de fallo organizativo, y un registro breve pero consistente que alimente supervisión y mejora. Solo así el programa podrá sostener una idea básica pero decisiva: no se consolida porque no tenga problemas, sino porque sabe reconocerlos, contenerlos, documentarlos y aprender de ellos. Sobre esta base, el capítulo siguiente podrá abordar ya la documentación, el registro formal y las exigencias normativo-legales, porque el contenido de lo que debe documentarse habrá quedado previamente delimitado desde la lógica clínica y operativa del programa.

14

Registro, documentación y protección de datos

Resumen inicial.

A medida que el programa avanza desde su diseño hasta su implantación ordinaria, la documentación deja de ser una tarea accesoria y pasa a convertirse en una condición de posibilidad del propio dispositivo. Sin registro suficiente, el programa no puede integrarse con la atención clínica; sin criterios claros de documentación, no puede sostener la continuidad entre profesionales; sin reglas de protección de datos, no puede ser jurídicamente defendible; y sin trazabilidad, no puede corregirse ni auditarse con rigor. En el contexto español, este capítulo debe apoyarse en un núcleo normativo inequívoco: la Ley 41/2002 regula la información y la documentación clínica; el Reglamento (UE) 2016/679 establece los principios generales del tratamiento de datos personales; la Ley Orgánica 3/2018 adapta y completa ese marco en España; el Real Decreto 1093/2010 fija el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud; y la AEPD ha desarrollado orientaciones específicas para el sector sanitario sobre acceso a la historia clínica, responsabilidad proactiva, registro de actividades, medidas de seguridad y límites del tratamiento. Sobre esa base, este capítulo no pretende repetir la clínica del capítulo 13 ni anticipar las plantillas del capítulo 15, sino fijar la arquitectura documental que hace posible que el programa sea clínicamente útil, jurídicamente correcto y organizativamente trazable (AEPD, 2022; Ley 41/2002; Ley Orgánica 3/2018; Real Decreto 1093/2010; Reglamento (UE) 2016/679).

Palabras clave: *documentación clínica; historia clínica; protección de datos; confidencialidad; trazabilidad; registro de actividades de tratamiento; custodia; PAI.*

14.1. La documentación no es un apéndice administrativo del programa

En un manual de ejecución como este, documentar no significa “dejar constancia de que algo ocurrió”, sino convertir la intervención en una práctica comunicable, coordinable y revisable. La

Ley 41/2002 define la historia clínica como el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con identificación de los profesionales intervinientes y con criterios de unidad e integración, al menos en el ámbito de cada centro. Añade además que la historia clínica debe incorporar la información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente y que su finalidad es, fundamentalmente, garantizar una asistencia adecuada. De estas formulaciones se desprende una consecuencia operativa importante para este manual: no todo papel generado por el programa tiene el mismo estatuto ni debe acabar automáticamente en el mismo lugar documental. El registro clínico debe recoger lo asistencialmente relevante; la documentación de implementación, supervisión, fidelidad o mejora continua puede ser indispensable para el programa sin integrarse por ello, sin más, en la historia clínica (Ley 41/2002).

Esta distinción protege dos riesgos opuestos. El primero es el de infra-documentar: conducir una intervención familiar clínicamente densa y dejar en la historia clínica solo notas vagas o ceremoniales, con lo que se debilitan la continuidad asistencial, la coordinación y la legibilidad del proceso. El segundo es el de sobre-documentar de forma indiscriminada: volcar en la historia clínica materiales internos, borradores, notas de supervisión o registros de fidelidad cuya función no es asistencial directa. El capítulo presente parte, por tanto, de un criterio de pertinencia documental: debe documentarse lo necesario para la asistencia, la continuidad, la coordinación, la seguridad y la rendición de cuentas; pero debe documentarse en el soporte adecuado y con acceso proporcional a su finalidad. Este criterio no surge de una preferencia estilística, sino de la combinación entre finalidad asistencial de la historia clínica, principio de minimización y responsabilidad proactiva en el tratamiento de datos (AEPD, 2022; Ley 41/2002; Reglamento (UE) 2016/679).

14.2. Qué debe ir a la historia clínica, qué debe quedar en el PAI y qué debe permanecer en la documentación interna del programa

La primera decisión práctica consiste en separar tres niveles documentales. El primero es el de la historia clínica, cuyo contenido debe referirse a información asistencialmente relevante sobre la situación del usuario, el proceso terapéutico, los acuerdos o incidencias con relevancia clínica, los cambios observados, los riesgos detectados, la participación o no participación del usuario y de la familia cuando ello tenga impacto en el tratamiento, y las decisiones que afecten a la continuidad asistencial. La Ley 41/2002 insiste en que la historia clínica debe recoger la información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente y servir a una asistencia adecuada; el Real Decreto 1093/2010, por su parte, recuerda que el sistema sanitario trabaja con un conjunto mínimo de datos clínicos normalizados precisamente para hacer interoperable y legible esa documentación. Desde esa lógica, la intervención familiar debe quedar reflejada en la historia clínica cuando forma parte efectiva del proceso asistencial del usuario y cuando sus efectos o incidencias condicionan decisiones clínicas posteriores (Ley 41/2002; Real Decreto 1093/2010).

El segundo nivel es el del PAI o plan individualizado, que en este manual actúa como lugar privilegiado para articular objetivos, responsables, temporalización, coordinación con otros dispositivos y contribución específica del programa familiar al itinerario del usuario. No toda anotación clínica del proceso familiar debe trasladarse al PAI, pero sí deberían hacerlo los objetivos compartidos, los cambios en la estrategia asistencial, la necesidad de coordinación entre profesionales y las decisiones que modifican el encaje del programa dentro del plan global. Este criterio es coherente con la lógica ya fijada en capítulos previos: el programa familiar no es una actividad periférica, sino una pieza del tratamiento, y por ello necesita una traducción operativa dentro del plan asistencial, no solo dentro de la narrativa clínica. Esa articulación no procede de una norma aislada, sino de la propia finalidad de integración de la historia clínica y del deber de hacer asistencialmente legible el proceso ([Ley 41/2002](#)).

El tercer nivel es el de la documentación interna del programa, donde deberían permanecer, salvo necesidad específica de integración clínica, los instrumentos de implementación y calidad: fichas de sesión completas, escalas de fidelidad, registros de incidencias del programa, documentación de supervisión, matrices de seguimiento operativo, materiales internos de mejora y otros soportes cuya finalidad principal es sostener el modelo, supervisarlos o corregirlos. Aquí conviene ser especialmente prudente. La documentación interna puede contener datos personales o incluso datos de salud y, por tanto, no queda fuera del marco del RGPD ni de la LOPDGDD; pero su función no es idéntica a la de la historia clínica. Por ello, el criterio correcto no es “como no va a la historia, no importa”, sino exactamente el contrario: también en estos materiales deben aplicarse minimización, limitación de acceso, seguridad, trazabilidad y, cuando proceda, separación entre datos identificativos y analíticos. En usos de investigación, docencia o evaluación, la Ley 41/2002 exige preservar, como regla general, los datos identificativos separados de los clínicoasistenciales para asegurar el anonimato, salvo consentimiento o supuestos excepcionales legalmente previstos ([AEPD, 2022](#); [Ley 41/2002](#)).

14.3. Protección de datos de salud: base jurídica, consentimiento y responsabilidad proactiva

Los datos tratados en este programa son, en una parte sustancial, datos relativos a la salud, es decir, una categoría especial de datos sometida a protección reforzada. La AEPD recuerda expresamente que los datos de salud son datos especialmente protegidos y que su tratamiento está prohibido salvo que concurra alguna de las circunstancias previstas en el artículo 9 del RGPD. La LOPDGDD, en su disposición adicional decimoséptima, precisa además que determinados tratamientos de datos de salud quedan amparados por las letras g), h), i) y j) del artículo 9.2 del RGPD cuando están regulados en leyes sanitarias y conexas. En términos operativos, esto significa que el programa no debe sostener una ficción jurídica sencilla pero incorrecta: no todo tratamiento de datos de salud en el ámbito asistencial depende del consentimiento como única base legitimadora. En sanidad, la base jurídica del tratamiento y el consentimiento informado clínico no son siempre equivalentes, y conviene no confundirlos ([AEPD, 2025](#); [AEPD, 2022](#); [Ley Orgánica 3/2018](#)).

Esa distinción obliga a separar al menos tres planos. El primero es el consentimiento o acuerdo clínico para participar en determinados espacios del programa —por ejemplo, sesiones

conjuntas, inclusión del usuario, comunicación de ciertos contenidos a familiares—, que se rige por la lógica de la autonomía, la información y la negociación clínica. El segundo es la licitud del tratamiento de datos personales, que en el ámbito sanitario puede apoyarse en bases jurídicas distintas del consentimiento expreso del afectado, siempre dentro de los supuestos legalmente previstos. El tercero es el uso ulterior de la información con fines de pilotaje, evaluación, docencia o investigación, donde las exigencias documentales y de protección pueden cambiar y donde, como recuerda la Ley 41/2002, el acceso con fines de investigación, salud pública o docencia obliga a preservar los datos identificativos separados de los clínicoasistenciales como regla general. Si estos tres planos se confunden, el programa corre el riesgo de documentar mal, informar mal y exponerse a conflictos evitables con usuarios, familias y profesionales (AEPD, 2022; Ley 41/2002).

La consecuencia organizativa de todo ello es el principio de responsabilidad proactiva. La guía de la AEPD para el sector sanitario recuerda que el RGPD no solo exige cumplir, sino poder demostrar el cumplimiento, y vincula esta exigencia a medidas como la disponibilidad del registro de actividades de tratamiento, la existencia de políticas de protección de datos, la gestión del riesgo para derechos y libertades, la protección de datos desde el diseño y por defecto, y la implantación de medidas de seguridad orientadas a la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia. Por tanto, en este manual la protección de datos no debe entenderse como una nota legal final, sino como un criterio de diseño del programa desde el inicio (AEPD, 2022).

14.4. Accesos, perfiles y confidencialidad: quién puede ver qué y con qué límites

Uno de los errores más frecuentes en la práctica es asumir que, porque un dato sea clínicamente útil para alguien, puede circular sin restricciones entre todos los miembros del servicio. La Ley 41/2002 es mucho más precisa. Establece que la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente y que los profesionales asistenciales que realizan el diagnóstico o el tratamiento tienen acceso a ella como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. Añade, además, que el personal de administración y gestión solo puede acceder a los datos relacionados con sus propias funciones y que todo el personal que accede a la historia clínica queda sujeto al deber de secreto. La guía de la AEPD para profesionales sanitarios refuerza esta lectura al señalar que el acceso debe quedar limitado a los datos precisos y, si no fuera necesario conocer la identidad del paciente, no se debería acceder a ella. Para este programa, la traducción es directa: la documentación familiar no puede circular por mera comodidad de equipo; debe hacerlo por necesidad funcional y con perfiles de acceso proporcionados (AEPD, 2022; Ley 41/2002).

Este criterio afecta tanto a la historia clínica como a la documentación interna. Las fichas de fidelidad, las notas de supervisión, los registros de incidencia o los materiales de implementación no deberían estar accesibles sin distinción a todo profesional del centro. Su acceso debe definirse en función de la finalidad: asistencia directa, coordinación clínica, supervisión, calidad, investigación o auditoría. El capítulo no prescribe un único modelo técnico, pero sí un principio: toda organización que utilice esta documentación debe poder justificar qué perfiles acceden,

con qué legitimación, a qué soportes y con qué trazabilidad. En el ámbito sanitario, la propia AEPD advierte de los riesgos y responsabilidades derivados de accesos ilícitos y de la necesidad de minimizar modalidades de acceso que comprometan la confidencialidad (AEPD, 2022).

A ello se suma la posición del paciente respecto de su propia historia clínica. La Ley 41/2002 reconoce el derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella, con posibilidad de ejercicio por representación debidamente acreditada y con las reservas previstas en la propia ley. La AEPD recuerda además que este derecho no puede ejercitarse en perjuicio de la confidencialidad de datos de terceras personas ni del derecho de los profesionales a reservar sus anotaciones subjetivas. De nuevo, el criterio práctico no es menor: si el programa documenta sin disciplina, después tendrá dificultades para responder de forma consistente a solicitudes de acceso, rectificación o limitación. Por eso, la calidad de la documentación no es solo un asunto interno del equipo; también condiciona el ejercicio de derechos por parte de las personas afectadas (AEPD, 2025; Ley 41/2002).

En el plano organizativo, además, la LOPDGDD exige la designación de un Delegado de Protección de Datos en los centros sanitarios legalmente obligados al mantenimiento de historias clínicas, con la excepción de profesionales sanitarios que ejerzan individualmente. La propia ley garantiza la independencia del DPD, su acceso a datos y procesos de tratamiento y su deber de documentar y comunicar vulneraciones relevantes. Para un programa como este, el DPD no es una figura ornamental ni un “contacto por si acaso”, sino un actor que debe incorporarse al diseño documental cuando existan dudas sobre flujos de información, modalidades híbridas, usos secundarios de datos, evaluaciones de impacto o incidentes relevantes de seguridad (Ley Orgánica 3/2018).

14.5. Conservación, custodia, seguridad y trazabilidad

La documentación del programa no solo debe generarse bien; debe conservarse y custodiarse correctamente. La Ley 41/2002 impone a los centros sanitarios la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad y fija, como mínimo, un plazo de cinco años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. Añade, además, que la gestión de la historia clínica en los centros debe articularse a través de mecanismos de integración y custodia bajo responsabilidad institucional, y reconoce al paciente el derecho a una custodia activa y diligente de las historias clínicas. Estos mandatos tienen una consecuencia práctica directa para el manual: la documentación clínicamente relevante del programa no puede quedar dispersa en soportes personales, correos sin control, archivos locales informales o carpetas sin régimen claro de custodia (Ley 41/2002).

Ahora bien, el plazo mínimo legal de la historia clínica no debe extrapolarse sin más a todos los demás materiales del programa. Fuera de la historia clínica, rige con fuerza el principio de limitación del plazo de conservación: los datos deben conservarse solo durante el tiempo necesario para la finalidad del tratamiento y, una vez cumplida, deben ser borrados, bloqueados o anonimizados según corresponda. La AEPD lo formula así de manera expresa al desarrollar el principio de conservación limitada, y recuerda también que el RGPD exige responsabilidad

activa, análisis de riesgos y diseño de políticas acordes con las finalidades y bases jurídicas de cada tratamiento. Por ello, este manual recomienda que cada centro distinga explícitamente entre: documentación clínica sometida al régimen de la historia clínica; documentación de gestión del programa sujeta al calendario institucional de conservación; y documentación analítica o de evaluación susceptible de anonimización o supresión una vez agotada su finalidad (AEPD, 2022; AEPD, 2022).

La conservación correcta exige también seguridad técnica y organizativa. La guía de la AEPD para profesionales del sector sanitario insiste en medidas como control de accesos, gestión de claves, cambio de contraseñas, envío cifrado de documentación clínica, y en la necesidad de garantizar la confidencialidad y restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos en caso de incidente. Además, advierte de que cuando el tratamiento suponga alto riesgo para derechos y libertades debe realizarse una evaluación de impacto, y que la responsabilidad del centro incluye políticas, medidas organizativas, protección desde el diseño y por defecto y seguridad proporcionada al riesgo. En el caso de este manual, la conclusión operativa es clara: un programa familiar no está documentalmente bien diseñado si sus soportes son clínicamente buenos pero inseguros, si sus accesos son técnicamente fáciles pero no trazables, o si su documentación digital puede perderse o exponerse sin plan de contingencia (AEPD, 2022).

La trazabilidad merece una mención específica. La Ley 41/2002 remite a las comunidades autónomas la regulación del procedimiento para que quede constancia del acceso y uso de la historia clínica, y la AEPD ha recordado que el acceso a la información sobre la historia clínica puede comprender también quién accedió a ella. Para la operativa del programa, esto refuerza una idea sencilla: no basta con restringir accesos; conviene también que el sistema permita auditar quién consultó, modificó o extrajo documentación relevante, especialmente cuando se trabaja con materiales sensibles y con varios profesionales. La trazabilidad no es solo una garantía para la organización; también es una garantía para el usuario y para la propia defensa jurídica del programa (AEPD, 2021; Ley 41/2002).

14.6. Arquitectura documental mínima del programa

A partir de todo lo anterior, este manual propone una arquitectura documental mínima articulada en cuatro bloques. El primero es el bloque clínico-asistencial, formado por las anotaciones relevantes en historia clínica, las decisiones que afectan al PAI, los consentimientos o acuerdos clínicos necesarios, los registros de incidencias con impacto asistencial y la correspondencia con otros dispositivos cuando resulte clínicamente pertinente. El segundo es el bloque operativo del programa, donde deberían situarse agendas, hojas de derivación, control de asistencia, fichas de sesión completas, registros de fidelidad, incidencias de implementación y materiales de coordinación interna. El tercero es el bloque de protección de datos y cumplimiento, integrado por el registro de actividades de tratamiento, políticas y protocolos de acceso, medidas de seguridad, definición de perfiles, análisis de riesgos, y, cuando proceda, evaluación de impacto y participación del DPD. El cuarto es el bloque analítico y de mejora, donde quedarían los datos agregados, indicadores de implementación, resultados de monitorización y materiales de auditoría o revisión. Esta arquitectura no deriva de una ley única

ni de una preferencia formalista, sino de la necesidad de respetar finalidades distintas con soportes, accesos y calendarios de conservación distintos (AEPD, 2022; Ley 41/2002; Reglamento (UE) 2016/679).

Esta propuesta tiene una ventaja adicional: prepara el terreno para el capítulo 15 sin invadirlo. El presente capítulo no ofrece todavía plantillas ni modelos cerrados, pero sí fija el criterio con el que esas plantillas deberán diseñarse: cada documento debe indicar su finalidad, su ubicación, quién accede, qué parte es clínicamente esencial, qué parte pertenece a la trazabilidad interna del programa y qué régimen de conservación y seguridad le corresponde. Sin esa clasificación previa, el capítulo 15 correría el riesgo de producir materiales visualmente correctos pero documentalmente confusos. En cambio, si esta arquitectura se respeta, las plantillas podrán nacer ya integradas en una lógica clínica, legal y organizativa coherente (AEPD, 2022; Ley 41/2002).

Resumen final.

La documentación del programa debe organizarse como una arquitectura de finalidades diferenciadas y no como una acumulación indiferenciada de papeles y archivos. La historia clínica debe recoger lo asistencialmente relevante y hacerlo bajo criterios de integración, pertinencia y continuidad; el PAI debe traducir el encaje operativo del programa dentro del plan global; la documentación interna debe sostener fidelidad, supervisión, evaluación y mejora sin confundirse con el registro clínico; y todo el sistema debe funcionar bajo las exigencias del RGPD, la LOPDGDD, la legislación sanitaria y las orientaciones de la AEPD. Ello implica distinguir consentimiento clínico de base jurídica del tratamiento, limitar accesos a los datos necesarios, asegurar custodia activa, conservación proporcionada, seguridad técnica y trazabilidad suficiente, e incorporar la lógica de responsabilidad proactiva desde el diseño. Sobre esta base, el capítulo siguiente podrá presentar ya los anexos, plantillas y herramientas del programa, porque el marco que determina qué documento existe, para qué existe y bajo qué reglas debe usarse habrá quedado previamente fijado.

15

Sistema de materiales operativos del programa

Resumen inicial.

La aplicación del programa requiere un sistema de materiales que permita ordenar la captación, el contacto inicial, la evaluación familiar, el desarrollo de las sesiones, la supervisión, la monitorización, el manejo de incidencias y la documentación generada. Estos materiales no deben entenderse como anexos ornamentales ni como formularios añadidos al final del proceso, sino como soportes operativos que transforman el diseño del programa en práctica reproducible. Su función es reducir la improvisación, facilitar la continuidad entre profesionales, sostener la fidelidad del modelo, documentar las adaptaciones necesarias y hacer posible la revisión periódica del programa.

El sistema de materiales se organiza en tres niveles: materiales obligatorios, materiales recomendados y materiales opcionales o ampliados. Los materiales obligatorios constituyen la infraestructura mínima para poner en marcha el programa sin depender de decisiones informales. Los materiales recomendados mejoran la calidad, la supervisión y la sostenibilidad. Los materiales opcionales permiten ampliar la intervención cuando el contexto dispone de mayor capacidad técnica, necesidades específicas o una estrategia evaluativa más desarrollada. Todos los materiales deben cumplir criterios de pertinencia funcional, claridad, proporcionalidad, trazabilidad, compatibilidad documental y revisión periódica.

Palabras clave: *materiales operativos; plantillas; herramientas de implementación; psicoeducación familiar; fidelidad; adaptación; supervisión; monitorización; documentación.*

15.1. Función del sistema de materiales

El programa necesita materiales capaces de sostener las operaciones que se repiten a lo largo de su aplicación. La captación familiar requiere documentos diferentes a los necesarios para una sesión grupal; la supervisión necesita soportes distintos a los materiales dirigidos a familiares; la monitorización de resultados no puede confundirse con el registro clínico ordinario; y el manejo

de incidencias exige herramientas que permitan formular, documentar y revisar decisiones. Por tanto, el sistema de materiales no se organiza por acumulación de anexos, sino por funciones.

La función principal de estos materiales es garantizar que el programa pueda aplicarse de forma reconocible en distintos ciclos, profesionales y contextos asistenciales. Una intervención familiar puede perder consistencia por exceso de rigidez, pero también por ausencia de soportes comunes. Cuando no existen plantillas mínimas, cada profesional decide cómo invitar a las familias, qué información registrar, cómo cerrar las sesiones, qué considerar una incidencia o cómo documentar una adaptación. Esa variabilidad puede ser clínicamente razonable en algunos casos, pero resulta problemática cuando impide supervisar la intervención, evaluar su implementación o garantizar continuidad.

El sistema de materiales debe cumplir, además, una función de protección. La intervención familiar genera información sensible sobre el usuario, la familia, la convivencia, la comunicación, los apoyos disponibles, las dificultades relacionales y la coordinación con el equipo. No toda esa información tiene el mismo destino documental ni requiere el mismo perfil de acceso. Por ello, cada herramienta debe definir su finalidad, su ubicación, su responsable y su relación con la historia clínica, el PAI, la documentación interna del programa o los registros de calidad. Esta exigencia es coherente con los principios de minimización, finalidad, confidencialidad y trazabilidad establecidos en el marco de protección de datos y documentación sanitaria (AEPD, 2022; Ley 41/2002; Reglamento (UE) 2016/679).

La organización del sistema de materiales se apoya en guías y marcos complementarios. La guía de la British Psychological Society sobre intervenciones familiares en psicosis ofrece criterios útiles para estructurar procesos familiares, diversidad, formación, supervisión, implementación y resultados familiares (BPS, 2021). La experiencia de FEARP Canarias aporta un referente español especialmente relevante para la fase de conexión-evaluación, la entrevista familiar y la organización modular de la intervención (Baena Ruiz et al., 2020). El módulo de implicación familiar de Moriana, Liberman, Kopelowicz y Cangas (2009) refuerza la dimensión práctica de la relación familia-equipo, la colaboración con los servicios, la adherencia y la reducción del estigma. Los manuales y guías de implementación ayudan a situar estos materiales dentro de una estrategia de implantación, adaptación local, preparación profesional, monitorización y mejora continua (NHS England, 2024a, 2024b; WHO, 2024).

15.2. Criterios generales de diseño

Todo material operativo debe cumplir seis criterios básicos.

El primer criterio es la **pertinencia funcional**. Cada documento debe resolver una operación concreta del programa: identificar familias, preparar el primer contacto, estructurar una sesión, registrar acuerdos, revisar incidencias, supervisar fidelidad, valorar aceptabilidad o documentar una adaptación. Si un material no ayuda a realizar, revisar o mejorar una operación del programa, no debería incorporarse.

El segundo criterio es la **claridad de uso**. Cada herramienta debe indicar quién la utiliza, cuándo, con qué finalidad, qué información recoge y dónde se archiva. Esta claridad evita que los

materiales se usen de forma desigual o que terminen generando registros incompletos, duplicados o difíciles de interpretar.

El tercer criterio es la **proporcionalidad**. Los materiales deben recoger información suficiente, pero no excesiva. Una plantilla demasiado pobre impide supervisar y aprender; una plantilla demasiado extensa reduce su uso real. La proporcionalidad exige ajustar la herramienta al momento de aplicación, a la carga del equipo y a la utilidad del dato.

El cuarto criterio es la **compatibilidad con el flujo asistencial**. Los materiales deben poder utilizarse dentro del funcionamiento ordinario del servicio. Una ficha que requiere demasiado tiempo, duplica registros ya existentes o no encaja con los soportes documentales del centro tenderá a abandonarse o a cumplimentarse de forma superficial.

El quinto criterio es la **legibilidad supervisora y evaluativa**. Una herramienta útil permite revisar qué se hizo, qué se decidió, qué se adaptó y qué queda pendiente. Esto es especialmente importante en intervención familiar, donde muchas decisiones clínicas relevantes no se reducen a la realización formal de una sesión.

El sexto criterio es la **compatibilidad documental y legal**. Cada material debe indicar finalidad, responsable, ubicación, perfil de acceso y relación con otros documentos del programa. Esta exigencia es especialmente relevante cuando se registran datos aportados por familiares, información sobre terceros, incidencias relacionales o acuerdos de comunicación entre usuario, familia y equipo.

La ficha técnica mínima de cada material debería incluir los siguientes campos:

Tabla 2

Ficha técnica mínima de los materiales del programa

Campo	Contenido mínimo
Nombre del material	Denominación estable del documento
Código o identificador	Código interno, si procede
Versión y fecha	Número de versión y fecha de aprobación o revisión
Finalidad	Operación clínica, organizativa, evaluativa o documental que resuelve
Destinatario	Usuario, familia, profesional, equipo, supervisión, gestión o calidad
Momento de uso	Captación, acogida, sesión, revisión, cierre, seguimiento, incidencia, supervisión o evaluación
Responsable	Perfil encargado de cumplimentar o custodiar el material
Ubicación documental	Historia clínica, PAI, documentación interna, registro de calidad, repositorio formativo u otro soporte
Perfil de acceso	Personas o roles autorizados y finalidad del acceso
Referencia de apoyo	Fuente bibliográfica o normativa que justifica su diseño

Obligatoriedad	Obligatorio, recomendado u opcional
Revisión	Periodicidad y responsable de actualización

15.3. Materiales obligatorios

Los materiales obligatorios constituyen la infraestructura mínima para aplicar el programa de manera ordenada. Sin ellos, el programa puede realizar sesiones, pero no queda suficientemente preparado para sostener captación, evaluación inicial, seguimiento, supervisión, monitorización y documentación.

15.3.1. Hoja de identificación y derivación familiar

La hoja de identificación y derivación permite registrar la entrada de una familia en el circuito del programa. Debe incluir, como mínimo, profesional que deriva, motivo de derivación, situación general del usuario, familiares o apoyos significativos identificados, relación con el PAI, momento clínico, barreras previsibles de participación y prioridad inicial.

Su función no es sustituir la historia clínica ni duplicar información asistencial ya registrada. Su función es ordenar la puerta de entrada al programa y evitar que la incorporación familiar dependa de conversaciones informales o de decisiones no documentadas. Esta herramienta se apoya en las recomendaciones de implementación de intervenciones psicológicas en servicios reales, que subrayan la necesidad de planificar circuitos, identificar beneficiarios, adaptar la intervención al contexto y monitorizar la aplicación (NHS England, 2024a, 2024b; WHO, 2024).

15.3.2. Plantilla de primer contacto

La plantilla de primer contacto orienta la primera invitación a la familia. Debe ayudar al profesional a explicar el sentido del programa, aclarar que la participación familiar no implica atribución de culpa, delimitar los objetivos de la intervención, recoger dudas iniciales, identificar barreras de acceso y acordar el siguiente paso.

El primer contacto tiene valor clínico. Una invitación confusa, culpabilizadora o excesivamente técnica puede reducir la participación antes de que el programa haya comenzado. La BPS (2021) defiende una práctica familiar inclusiva, sensible a las distintas configuraciones familiares y centrada en reconocer el conocimiento de las familias y redes significativas. Moriana et al. (2009) refuerzan la importancia de mejorar la comunicación entre familias y servicios de salud mental, favoreciendo colaboración, continuidad del tratamiento y reducción del estigma. Desde esta perspectiva, la plantilla de primer contacto debe cuidar tanto la información transmitida como la posición relacional desde la que se formula la invitación.

15.3.3. Ficha de conexión-evaluación inicial

La ficha de conexión-evaluación inicial permite explorar expectativas, preocupaciones, recursos familiares, dificultades de convivencia, experiencias previas con servicios, necesidades de información, barreras de participación y condiciones mínimas de colaboración. Su finalidad es

iniciar la relación de trabajo y, al mismo tiempo, recoger información útil para adaptar el programa.

Esta herramienta puede apoyarse de forma directa en la experiencia de FEARP Canarias. La *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia* sitúa la conexión-evaluación como una fase inicial en la que la intervención comienza desde el primer contacto, mientras la evaluación continúa a lo largo del proceso (Baena Ruiz et al., 2020). Esta orientación resulta especialmente útil porque evita separar artificialmente evaluación y alianza. La familia no es evaluada como objeto externo del programa; es incorporada progresivamente como interlocutora de trabajo.

La ficha debe incluir, al menos, los siguientes campos: personas presentes, vínculo con el usuario, composición familiar básica, convivencia, principales preocupaciones, recursos disponibles, conocimientos previos sobre el trastorno, experiencias con servicios, expectativas sobre el programa, barreras de acceso, grado de acuerdo inicial, necesidades prioritarias y observaciones para la planificación.

15.3.4. Entrevista familiar semiestructurada

La entrevista familiar semiestructurada permite profundizar en áreas relevantes para la intervención. Debe conservar un equilibrio entre estructura y flexibilidad: estructura suficiente para recoger información comparable entre familias, y flexibilidad suficiente para atender a la singularidad de cada situación.

Las áreas mínimas recomendadas son: composición y organización familiar; historia de convivencia y apoyos; comprensión del trastorno; impacto en la vida familiar; carga o malestar asociado; comunicación familiar; estrategias previas de afrontamiento; relación con el equipo profesional; red social; señales tempranas o situaciones de crisis; necesidades de información; expectativas sobre el programa; y condiciones de participación. FEARP Canarias ofrece una base especialmente útil para este tipo de entrevista, al integrar conocimientos sobre enfermedad, carga, estrategias de comunicación y resolución de problemas, actitud ante la enfermedad, red social, genograma, disponibilidad para grupo multifamiliar y preocupaciones familiares básicas (Baena Ruiz et al., 2020).

La entrevista no debe convertirse en una exploración invasiva ni en un interrogatorio. Su finalidad es construir una comprensión inicial suficiente para orientar el trabajo, no cerrar una formulación familiar completa antes de iniciar el programa.

15.3.5. Ficha de acogida y encuadre

La ficha de acogida y encuadre registra los acuerdos básicos de participación. Debe incluir objetivos del programa, formato, duración, reglas de funcionamiento, criterios de confidencialidad, papel del usuario, papel de la familia, límites de la intervención, vías de contacto y condiciones de continuidad.

Esta ficha cumple una función clínica y documental. Desde el punto de vista clínico, reduce ambigüedad y previene malentendidos. Desde el punto de vista documental, permite dejar constancia de que se han explicado las condiciones básicas del programa. Debe diferenciarse entre consentimiento para participar, acuerdos de comunicación entre usuario, familia y equipo,

y base jurídica del tratamiento de datos en el contexto asistencial ([AEPD, 2022](#); [Ley 41/2002](#); [Reglamento \(UE\) 2016/679](#)).

15.3.6. Ficha breve de sesión

La ficha breve de sesión permite registrar el desarrollo básico de cada encuentro. Debe ser suficientemente ligera para poder utilizarse de forma sistemática y suficientemente completa para sostener continuidad, supervisión y evaluación.

Los campos mínimos recomendados son: fecha, número de sesión, profesionales presentes, participantes, objetivo de la sesión, contenidos trabajados, nivel de participación, acuerdos alcanzados, tarea o recomendación entre sesiones, incidencias, adaptaciones realizadas, aspectos para retomar y valoración breve del profesional. En sesiones grupales, debe evitarse registrar información identificativa innecesaria sobre otras familias cuando no exista finalidad asistencial o de seguimiento proporcionada.

La ficha de sesión se apoya en la necesidad de preservar procesos comunes de intervención familiar, tales como relación terapéutica, implicación de miembros relevantes, continuidad entre sesiones, trabajo con comunicación y resolución de problemas, y revisión de acuerdos ([BPS, 2021](#)). También se relaciona con las exigencias generales de implementación, monitorización y mejora de intervenciones psicológicas ([WHO, 2024](#)).

15.3.7. Hoja de revisión intermedia

La hoja de revisión intermedia permite valorar si el programa mantiene sentido para la familia y si requiere ajustes. Debe aplicarse en un momento previamente definido, especialmente en programas de varias sesiones, para detectar dificultades antes del abandono o del deterioro de la participación.

Debe recoger asistencia, utilidad percibida, comprensión de contenidos, adecuación del formato, carga de participación, relación con el equipo, barreras emergentes, dudas sobre confidencialidad, necesidad de contacto adicional y ajustes propuestos. Esta herramienta no sustituye la supervisión profesional ni la evaluación formal; permite introducir una revisión clínica breve durante el proceso.

La revisión intermedia es coherente con la orientación de la [BPS \(2021\)](#) hacia apoyos ajustados a las necesidades familiares y con los enfoques de implementación que recomiendan usar datos tempranos para ajustar la intervención antes de consolidar su despliegue ([NHS England, 2024a](#); [WHO, 2024](#)).

15.3.8. Plantilla de cierre y seguimiento

La plantilla de cierre y seguimiento permite sintetizar lo trabajado y conectar el programa con la continuidad asistencial. Debe recoger aprendizajes principales, acuerdos familiares, estrategias que han resultado útiles, señales tempranas identificadas, pautas de actuación ante dificultades, relación con el PAI, vías de contacto, criterios de reentrada o derivación y necesidades pendientes.

El cierre no debe funcionar como una despedida administrativa. Debe permitir transferir aprendizajes a la vida cotidiana y al itinerario asistencial. Los estándares de calidad para servicios de intervención temprana en psicosis subrayan la importancia de planes de cuidado y recuperación con objetivos, estrategias de automanejo, prevención de recaídas, planes de crisis, revisión y planificación de continuidad (RCP, 2025). Estos elementos pueden adaptarse al cierre de un programa familiar, siempre respetando el alcance específico de la psicoeducación familiar.

15.3.9. Registro de incidencias y desviaciones

El registro de incidencias y desviaciones permite documentar situaciones que alteran el desarrollo previsto del programa. Debe incluir fecha, fase o sesión afectada, tipo de incidencia, descripción objetiva, personas implicadas, decisión adoptada, justificación clínica u organizativa, necesidad de supervisión, comunicación interna realizada y seguimiento previsto.

Las incidencias pueden ser de acceso, asistencia, conflicto familiar, confidencialidad, participación del usuario, riesgo clínico, dificultades de coordinación, adaptación del formato o desviación respecto a componentes nucleares. El registro no debe tener una función punitiva, sino de trazabilidad, seguridad clínica y aprendizaje. Desde la perspectiva documental, debe distinguirse entre incidencias con relevancia asistencial directa, que pueden requerir registro clínico, e incidencias de calidad, supervisión o fidelidad que pueden quedar en documentación interna con acceso restringido (AEPD, 2022; Ley 41/2002).

15.3.10. Lista de comprobación breve de fidelidad y adaptación

La lista de comprobación de fidelidad y adaptación permite revisar si el programa conserva sus componentes esenciales y si las modificaciones realizadas están justificadas. Debe incluir una lista breve de elementos nucleares: captación adecuada, encuadre, participación familiar, información comprensible, trabajo sobre comunicación, resolución de problemas, señales tempranas, cierre con acuerdos, uso de materiales, registro de incidencias y conexión con el PAI.

La fidelidad no debe entenderse como repetición rígida. Una intervención familiar necesita adaptarse a diversidad, momento clínico, formato, barreras y necesidades concretas. Sin embargo, la adaptación debe ser razonada. La BPS (2021) permite sostener esta tensión entre estructura y sensibilidad al contexto. La FIPAS ofrece, además, un antecedente específico para medir adherencia del terapeuta en intervención familiar en psicosis (Onwumere et al., 2009). En este programa, la lista de comprobación de fidelidad no debe presentarse como una escala validada, sino como herramienta interna de supervisión y mejora.

15.3.11. Matriz mínima de indicadores

La matriz mínima de indicadores conecta objetivos, indicadores, fuentes de datos, momentos de recogida, responsables y uso previsto del dato. Debe incluir indicadores de implementación, servicio y resultados clínico-familiares, de acuerdo con lo desarrollado en el capítulo 12.

Los campos mínimos recomendados son: objetivo del programa, indicador, definición operativa, fuente de información, momento de recogida, responsable, criterio de interpretación y decisión asociada. Esta última columna es importante: un indicador que no orienta ninguna decisión tiende a convertirse en registro pasivo. La monitorización debe servir para ajustar captación,

formato, materiales, fidelidad, supervisión o continuidad, no solo para acumular datos (Proctor et al., 2023; WHO, 2024).

15.3.12. Ficha documental común

La ficha documental común define el estatuto de cada material. Debe indicar finalidad, datos recogidos, responsable, ubicación, perfil de acceso, plazo de conservación orientativo, relación con historia clínica, PAI o documentación interna, y condiciones de revisión.

Esta herramienta es obligatoria porque el programa genera documentos de naturaleza diferente. Algunos tendrán relevancia clínica directa; otros serán instrumentos de implementación, supervisión, evaluación o calidad. La ficha documental evita trasladar automáticamente todo a la historia clínica y, al mismo tiempo, previene que información asistencial relevante quede oculta en registros internos. Su diseño debe ajustarse al marco normativo aplicable y a los procedimientos documentales del centro (AEPD, 2022; Ley 41/2002; Reglamento (UE) 2016/679).

15.4. Materiales recomendados

Los materiales recomendados fortalecen la implantación y reducen variabilidad en decisiones complejas. Su ausencia no impide iniciar el programa, pero puede limitar su calidad, especialmente cuando intervienen varios profesionales, existen diferentes formatos de intervención o se prevé extender el programa a otros dispositivos.

Tabla 3

Materiales recomendados, función principal y referencias de apoyo

Material recomendado	Función principal	Referencia de apoyo
Algoritmo de elegibilidad	Orientar qué familias entran, cuándo y con qué cautelas	BPS (2021); NHS England (2024a, 2024b)
Algoritmo de selección de formato	Decidir modalidad unifamiliar, multifamiliar, híbrida o contacto previo individual	BPS (2021); Baena Ruiz et al. (2020)
Algoritmo de participación del usuario	Ordenar presencia del usuario, espacios separados, consentimiento y negociación clínica	BPS (2021); AEPD (2022); RCP (2025)
Guía de señales de desenganche	Detectar abandono probable, baja utilidad percibida, ambivalencia o barreras no resueltas	BPS (2021); Baena Ruiz et al. (2020)
Algoritmo de escalado ante incidencias	Definir cuándo adaptar, supervisar, derivar, suspender o activar circuito clínico	BPS (2021); WHO (2024)
Ficha de supervisión	Revisar alianza, competencia, fidelidad, adaptación, incidencias y relación familia-equipo	BPS (2021); Moriana et al. (2009); WHO (2024)

Lista de comprobación de competencias profesionales	Verificar competencias mínimas por perfil profesional	BPS (2021) ; Morianana et al. (2009) ; NHS England (2024a)
Cuestionario breve de aceptabilidad familiar	Recoger claridad, utilidad, carga, seguridad relacional y relación con el equipo	BPS (2021) ; WHO (2024)
Hoja de revisión de materiales	Evaluar claridad, utilidad, lenguaje, accesibilidad y necesidad de actualización	CDC (2024, 2025a, 2025b) ; WHO (2024)

El algoritmo de elegibilidad debe ayudar a decidir si una familia se incorpora al programa, si necesita contacto previo, si conviene esperar otro momento clínico o si requiere un formato diferente. No debe funcionar como un filtro excluyente rígido, sino como una guía para formular decisiones. Debe considerar disponibilidad, relación con el usuario, momento clínico, nivel de conflicto, barreras de acceso, riesgos previsibles, necesidades de información y encaje con el PAI.

El algoritmo de selección de formato debe ayudar a elegir entre formato unifamiliar, multifamiliar, híbrido o contacto preparatorio individual. La [BPS \(2021\)](#) plantea que las intervenciones familiares pueden adoptar diferentes formas según necesidades, servicios y configuraciones familiares. FEARP Canarias aporta un referente español de intervención multifamiliar implantada y revisada en red asistencial ([Baena Ruiz et al., 2020](#)). La decisión sobre formato debe basarse en utilidad clínica, accesibilidad, seguridad relacional y capacidad operativa, no solo en disponibilidad de agenda.

El algoritmo de participación del usuario debe ordenar una cuestión especialmente sensible: cuándo participa el usuario, en qué condiciones, con qué límites de confidencialidad y cómo se gestionan espacios separados. La participación del usuario no debe imponerse de manera automática ni excluirse por defecto. Debe negociarse clínicamente, respetando autonomía, seguridad, consentimiento y utilidad del trabajo familiar. Este algoritmo debe coordinarse con la ficha de acogida, el registro de acuerdos de comunicación y los criterios documentales definidos en el capítulo 14.

La guía de señales de desenganche permite detectar dificultades antes del abandono. Algunas señales son visibles: ausencias reiteradas, retrasos, falta de respuesta o verbalización de baja utilidad. Otras son más sutiles: participación pasiva, silencios defensivos, evitación de determinados temas, irritación ante el encuadre, dudas no expresadas sobre confidencialidad o sensación de que el programa responsabiliza a la familia. FEARP Canarias identifica dificultades de conexión que pueden bloquear la participación, como desesperanza, desconfianza en el sistema, negación del problema, actitud negativa hacia el usuario o desestructuración familiar ([Baena Ruiz et al., 2020](#)). La guía debe ayudar al equipo a responder con ajuste, no solo con insistencia.

La ficha de supervisión debe revisar dimensiones que no siempre aparecen en los registros ordinarios: equilibrio de voces, alianza con usuario y familiares, manejo de conflicto, claridad del encuadre, adaptación del ritmo, uso de materiales, respuesta ante dudas de confidencialidad y preservación de componentes nucleares. La [BPS \(2021\)](#) subraya la necesidad de supervisión regular, cotrabajo y apoyo profesional continuado en intervenciones familiares. Esta ficha permite traducir esa recomendación a práctica supervisora concreta.

La lista de comprobación de competencias profesionales debe vincularse al capítulo 8. Debe diferenciar competencias básicas de práctica familiar inclusiva, competencias de cofacilitación y competencias avanzadas de conducción. No todos los profesionales necesitan el mismo nivel de preparación, pero todos deben compartir mínimos de lenguaje, acogida, orientación familiar, confidencialidad y derivación interna.

La hoja de revisión de materiales permite controlar si los documentos dirigidos a familias son comprensibles, proporcionados, culturalmente adecuados y útiles fuera de la sesión. Los criterios de alfabetización en salud recomiendan desarrollar y probar materiales para que sean precisos, accesibles y accionables (CDC, 2024, 2025a, 2025b). Esta revisión debe aplicarse especialmente a hojas informativas, guías de señales tempranas, materiales de comunicación y recursos digitales.

15.5. Materiales opcionales o ampliados

Los materiales opcionales permiten ampliar el programa cuando existen necesidades específicas o capacidad suficiente para sostener una evaluación más compleja. No deben incorporarse de forma automática. Cada incorporación debe responder a una finalidad explícita y a una valoración realista de carga, utilidad y condiciones de uso.

Tabla 4
Materiales opcionales: función, referencia y cautelas

Material opcional	Función principal	Referencia de apoyo	Cautela
Family Questionnaire (FQ)	Evaluar emoción expresada o clima familiar desde familiares	Versión y referencia a concretar según instrumento elegido	Verificar versión, permisos, puntuación y adecuación
Level of Expressed Emotion Scale (LEE)	Evaluar clima emocional percibido en relaciones significativas	Cole & Kazarian (1988)	Valorar disponibilidad de versión validada y carga
Escala de Evaluación de la Emoción Expresada (EEE)	Explorar emoción expresada con instrumento español breve	Méndez et al. (2004)	Uso cauteloso por limitaciones iniciales de validación
Lista de comprobación inspirada en FIPAS	Apoyar supervisión de adherencia/fidelidad	Onwumere et al. (2009)	No presentarlo como escala validada propia
Materiales para roles familiares específicos	Adaptar contenidos para hermanos, parejas, progenitores mayores o familiares no convivientes	BPS (2021); CDC (2024, 2025a, 2025b)	Evitar modelos normativos de familia

Recursos digitales	Facilitar acceso, revisión entre sesiones o participación de familiares distantes	BPS (2021); Münchenberg et al. (2024); Rus-Calafell et al. (2024)	No sustituir intervención por repositorio
Plantillas de auditoría agregada	Revisar implantación, calidad y uso de indicadores globales	WHO (2024); NHS England (2024a, 2024b)	Proteger identificación y trabajar con datos agregados
Materiales de formación interna	Apoyar entrenamiento, role-playing, codocencia y práctica supervisada	BPS (2021); Moriana et al. (2009)	Mantener revisión y actualización

Los instrumentos de emoción expresada o clima emocional deben utilizarse con prudencia. La emoción expresada no debe emplearse como etiqueta culpabilizadora, sino como indicador de un clima relacional que puede estar influido por sobrecarga, miedo, incertidumbre, experiencias de crisis, falta de apoyos y dificultades de comunicación. Si se incorpora FQ, LEE o EEE, debe quedar claro qué pregunta responde, cuándo se administra, quién interpreta los resultados y qué decisión puede derivarse de ellos. Sin esa finalidad, el instrumento se convierte en una carga psicométrica sin valor operativo.

Los materiales para roles familiares específicos pueden resultar útiles cuando el programa detecta necesidades diferenciadas. Hermanos, parejas, progenitores mayores, familiares no convivientes o personas significativas sin vínculo biológico pueden requerir orientaciones distintas. La BPS (2021) adopta una concepción amplia de familia y red significativa, lo que permite diseñar materiales sin reducir la intervención al cuidador principal. Sin embargo, estos materiales deben evitar estereotipos de rol y deben adaptarse a la realidad concreta de cada familia.

Los recursos digitales pueden facilitar acceso, continuidad y revisión entre sesiones. También pueden permitir la participación de familiares que viven lejos o que no pueden asistir presencialmente. No obstante, un recurso digital solo debe incorporarse si cumple una función clínica u organizativa concreta. Una biblioteca virtual de documentos no equivale a intervención familiar. Los recursos digitales deben mantener criterios de claridad, seguridad, accesibilidad, acompañamiento profesional y protección de datos.

Las plantillas de auditoría agregada pueden ser útiles en fases avanzadas de implantación. Permiten revisar tasas de captación, asistencia, abandono, finalización, incidencias, fidelidad, aceptabilidad y resultados familiares agregados. Deben usarse con finalidad de mejora continua y evitando identificaciones innecesarias. Su desarrollo debe coordinarse con el sistema de indicadores definido en el capítulo 12.

15.6. Adaptación local y versionado

Los materiales deben poder adaptarse a cada contexto, pero las adaptaciones deben quedar documentadas. La flexibilidad es necesaria para responder a diferencias de servicio, población,

disponibilidad profesional, soporte documental y modalidad de intervención. Sin embargo, una adaptación no formulada puede transformarse en desviación estable sin que el equipo lo advierta.

Se distinguen tres niveles de adaptación. Las adaptaciones de bajo impacto modifican formato, logotipo, denominación interna, diseño visual o pequeños ajustes de estilo. No alteran finalidad, campos esenciales ni flujo documental. Las adaptaciones de impacto medio modifican campos, instrucciones, periodicidad, modalidad de uso o secuencia de cumplimentación. Deben registrarse y revisarse por el equipo responsable del programa. Las adaptaciones de alto impacto eliminan componentes esenciales, cambian objetivos, modifican criterios de decisión, alteran perfiles de acceso o introducen nuevos tipos de datos. Deben revisarse clínica, organizativa y documentalmente antes de consolidarse.

Todo material debe tener versión vigente identificable. El repositorio del programa debe diferenciar materiales activos, materiales en revisión y materiales retirados. Los materiales retirados no deben eliminarse sin trazabilidad, porque pueden ser necesarios para interpretar registros de ciclos anteriores. Cada revisión debe indicar fecha, responsable, motivo del cambio y principales modificaciones.

El versionado también debe proteger la coherencia entre materiales. Si se modifica la ficha de sesión, puede ser necesario revisar la lista de comprobación de fidelidad. Si se cambia el circuito de derivación, debe revisarse la hoja de identificación familiar. Si se incorporan recursos digitales, deben revisarse consentimiento, perfiles de acceso y criterios de documentación. El sistema de materiales funciona como una arquitectura interdependiente, no como una colección de documentos aislados.

15.7. Producción y revisión de materiales

La producción de materiales debe seguir una secuencia gradual. Antes del pilotaje deben estar disponibles los materiales obligatorios: hoja de derivación, plantilla de primer contacto, ficha de conexión-evaluación, entrevista familiar semiestructurada, ficha de acogida, ficha de sesión, hoja de revisión intermedia, plantilla de cierre, registro de incidencias, lista de comprobación de fidelidad, matriz mínima de indicadores y ficha documental común. Estos soportes permiten que el pilotaje produzca aprendizaje útil.

Durante el pilotaje debe evaluarse el uso real de los materiales. La revisión debe preguntar si se entienden, si se cumplimentan en tiempo razonable, si duplican información, si recogen datos útiles, si generan dudas de confidencialidad, si permiten supervisar la práctica y si ayudan a tomar decisiones. Los materiales dirigidos a familias deben probarse también desde la perspectiva de claridad, utilidad, tono, carga y comprensión. Los criterios de alfabetización en salud recomiendan que los materiales sean precisos, accesibles y accionables, y que se prueben con usuarios reales o destinatarios comparables cuando sea posible ([CDC, 2024, 2025a, 2025b](#)).

Tras el pilotaje deben revisarse los materiales obligatorios y decidir qué herramientas recomendadas conviene incorporar. Si aparecen problemas recurrentes de elegibilidad, formato, participación del usuario, desenganche o incidencias, deberán priorizarse los algoritmos correspondientes. Si aparecen problemas de competencia profesional o deriva del modelo,

deberá reforzarse la ficha de supervisión y la lista de comprobación de competencias. Si la familia refiere baja claridad de materiales, deberá activarse una revisión de lenguaje y accesibilidad.

En fase estable pueden incorporarse materiales opcionales: instrumentos complementarios, materiales específicos por rol familiar, recursos digitales, auditorías agregadas y soportes de formación interna. La incorporación debe responder a necesidades detectadas, no a la aspiración de completar una caja de herramientas ideal. El sistema debe mantenerse útil, proporcionado y revisable.

15.8. Uso proporcionado del sistema de materiales

El sistema de materiales debe evitar la burocratización. Una herramienta útil ayuda a decidir, coordinar, supervisar, evaluar o proteger información. Una herramienta inútil duplica registros, nadie la consulta, recoge datos que no se interpretan o aumenta carga sin mejorar la práctica. Por ello, la revisión periódica del sistema debe formar parte de la mejora continua del programa.

Algunas preguntas permiten valorar la utilidad real de los materiales: qué documentos se cumplimentan siempre pero apenas se consultan; qué campos quedan sistemáticamente vacíos; qué información se registra dos veces; qué herramienta ayuda realmente en supervisión; qué material familiar genera dudas de comprensión; qué documento se ha vuelto obsoleto por cambios en el circuito asistencial; qué plantilla recoge datos que ya no son necesarios; y qué instrumento se administra sin que sus resultados orienten decisiones.

La proporcionalidad no implica reducir el sistema hasta hacerlo insuficiente. Implica conservar aquello que sostiene el programa y retirar o simplificar lo que no aporta valor. La psicoeducación familiar necesita materiales porque trabaja con múltiples interlocutores, información sensible, procesos relacionales complejos, necesidades de adaptación y exigencias de implementación. Pero esos materiales deben estar al servicio de la práctica, no sustituirla.

El sistema operativo del programa queda, por tanto, organizado en tres niveles. El nivel obligatorio asegura captación, acogida, registro, revisión, incidencias, fidelidad, indicadores y documentación. El nivel recomendado mejora decisiones complejas, supervisión, aceptabilidad y competencias. El nivel opcional permite ampliar evaluación, adaptación, recursos digitales, auditoría y formación interna. Esta estructura permite que el programa sea aplicable sin improvisación, adaptable sin perder fidelidad y evaluable sin convertirse en una carga documental desproporcionada.

Listado de referencias bibliográficas

- Aass, L. K., Weimand, B., Ewertzon, M., Skundberg-Kletthagen, H., Lindholm, I., Larsen Moen, Ø., Schröder, A., & Andfossen, N. B. (2026). Where are we on the road towards family-focused practice in mental healthcare? Perspectives from a Swedish/Norwegian research collaborative. *Community Mental Health Journal*, 62(1), 26–36.
<https://doi.org/10.1007/s10597-025-01499-0>
- Agencia Española de Protección de Datos. (2021). *Acceso a historia clínica no comprende únicamente el contenido clínico sino también información sobre accesos* (Informe 2021-0003). <https://www.aepd.es/documento/2021-0003.pdf>
- Agencia Española de Protección de Datos. (2022). *Guía para profesionales del sector sanitario*. <https://www.aepd.es/guias/guia-profesionales-sector-sanitario.pdf>
- Agencia Española de Protección de Datos. (2025). *Tus derechos en relación con tus datos de salud*. <https://www.aepd.es/areas-de-actuacion/salud/tus-derechos-en-relacion-con-tus-datos-de-salud>
- American Psychiatric Association Foundation. (2021, December 21). *New language guide supported by the American Psychiatric Association Foundation*.
<https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/new-language-guide-supported-by-the-american-psych>
- Avery, K. N. L., Williamson, P. R., Gamble, C., Francischetto, E. O., Metcalfe, C., Davidson, P., Williams, H., Blazeby, J. M., & members of the Internal Pilot Trials Workshop supported by the Hubs for Trials Methodology Research. (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. (Coords.). (2020). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Red de Salud Mental de Gran Canaria, Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial.
- Barlati, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: A critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131–139.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000925>
- Barwick, M., Durbin, J., Foussias, G., Panzarella, E., Saliba, M., Brooks, S., Stasiulis, E., Dubrowski, R., Kurdyak, P., Sockalingam, S., Addington, D., Ampofo, A., Anderson, K., Bromley, S., Choi, M., Dahrouge, S., Duda, L., Jaouich, A., Koegl, C., ... Voineskos, A.

- (2025). Fidelity, implementation determinants, and patient-level outcomes following initial implementation of NAVIGATE in the Early Psychosis Intervention—Spreading Evidence-Based Treatment (EPI-SET) study. *Schizophrenia Bulletin*, sbaf119.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbaf119>
- Barwick, M., Yung, D., Ginsburg, L., Liu, Y., Rauscher, C., & Pollock, N. (2025). Implementation determinants and outcomes of a shared decision-making intervention in early psychosis services. *Implementation Science Communications*, 6, Article 5.
<https://doi.org/10.1186/s43058-024-00670-7>
- British Psychological Society. (2021). *Family interventions in psychosis: Guidelines for psychologists and practitioners supporting families and social networks*.
<https://www.bps.org.uk/guideline/family-interventions-psychosis>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, October 16). *Culture and language*.
<https://www.cdc.gov/health-literacy/php/develop-materials/culture.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025a, July 21). *Plain language materials & resources*. <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/develop-materials/plain-language.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025b, October 16). *Develop & test materials*.
<https://www.cdc.gov/health-literacy/php/develop-materials/develop-test-materials.html>
- Chien, W. T., Bressington, D., Lubman, D. I., & Karatzias, T. (2024). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(3), Article CD000088.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3>
- Chien, W. T., Ma, D. C. F., Bressington, D., & Mou, H. (2024). Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD013541. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013541.pub2>
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The Level of Expressed Emotion Scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 392–397.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198805\)44:3%3C392::AID-JCLP2270440313%3E3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198805)44:3%3C392::AID-JCLP2270440313%3E3.0.CO;2-3)
- Demarais, M., Fisher, M., Williams-Wengerd, A., Alexandre, C., Meyer-Kalos, P., & Vinogradov, S. (2024). Impact of family engagement on client participation in coordinated specialty care for first episodes of psychosis. *BMC Psychiatry*, 24(1), Article 686.
<https://doi.org/10.1186/s12888-024-06126-y>
- Di Lorenzo, R., Ferri, P., Cameli, M., Dall'Aglio, I., Gualtieri, G., & Pinelli, M. (2024). Psychoeducational intervention for caregivers of people with mental disorders: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(23), 7010.
<https://doi.org/10.3390/jcm13237010>

- Domínguez-Martínez, T., Vainer, E., Massanet, M. A., Torices, I., Jané, M., & Barrantes-Vidal, N. (2011). El tratamiento integrado y adaptado a las necesidades del Programa de Psicosis Incipiente-Sant Pere Claver (PPI-SPC) en Barcelona, España. *Salud Mental*, 34(6), 517-524.
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., Lancaster, G. A., & PAFS Consensus Group. (2016). CONSORT 2010 statement: Extension to randomised pilot and feasibility trials. *BMJ*, 355, i5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5239>
- Ferrari, M. F. M., MacDonald, K. M., Sabetti, J., Cowan, T., & Iyer, S. N. (2024). Developing a spectrum model of engagement in services for first episode psychosis: Beyond attendance. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1429135. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1429135>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Welmers-Van de Poll, M. J., & Heatherington, L. (2018). Meta-analysis of the alliance-outcome relation in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 55(4), 356–371. <https://doi.org/10.1037/pst0000161>
- 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>
- Gregg, L., Adderley, H., Calam, R., & Wittkowski, A. (2021). The implementation of family-focused practice in adult mental health services: A systematic review exploring the influence of practitioner and workplace factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 885–906. <https://doi.org/10.1111/inm.12837>
- 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>
- Hestmark, L., Romøren, M., Heiervang, K. S., Hansson, K. M., Ruud, T., Benth, J. Š., 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, 578–592. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01255-0>
- Hode, Y., Misdrahi, D., Baeza, I., Grivois, H., Coinçon, Y., Roblin, J., Pignon, B., Amado, I., Schürhoff, F., & Consoli, A. (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/fpsy.2024.1370566>
- Jarden, R. J., McKeever, S., Bujalka, H., Brockenshire, N., Ryu, H., O'Neill, A., Celeste, T., Blatchford, B., & Edvardsson, K. (2025). Clinical supervision and resilience in nurses: A

- scoping review. *Nurse Education Today*, 155, 106870.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106870>
- Klatte, R., Rosendahl, J., & Strauss, B. (2025). Adverse events in psychotherapy randomized controlled trials: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 35(1), 84–99.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2286992>
- Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C., Färber, F., & Rosendahl, J. (2023). Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study protocols: A systematic review. *Psychotherapy*, 60(1), 130–148. <https://doi.org/10.1037/pst0000359>
- Langeveld, J. H., Hatløy, K., ten Velden Hegelstad, W., Johannessen, J. O., & Joa, I. (2025). The TIPS family psychoeducational group work approach in first episode psychosis and related disorders: 25 years of experiences. *Early Intervention in Psychiatry*, 19(1), e13591. <https://doi.org/10.1111/eip.13591>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Loughlin, M., Bucci, S., Brooks, J., & Berry, K. (2020). Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(1), 26–36. <https://doi.org/10.1111/eip.12803>
- Martin, H., Xavier, S., Taksal, A., Levasseur, M. A., & Iyer, S. N. (2026). Exploring the preferences of multiple stakeholder groups for family involvement in early intervention services for psychosis: A cross-sectional mixed-methods study. *PLOS Mental Health*, 3(4), e0000430. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000430>
- May, C. R., Hillis, A., Albers, B., Desveaux, L., Gilbert, A., Girling, M., Kislov, R., MacFarlane, A., Mair, F. S., Potthoff, S., Rapley, T., & Finch, T. L. (2025). Translational framework for implementation evaluation and research: Implementation strategies derived from normalization process theory. *Implementation Science*, 20(1), Article 34.
<https://doi.org/10.1186/s13012-025-01444-5>
- McDonough, J., Rhodes, K., & Procter, N. (2025). The impact of clinical supervision on the mental health nursing workforce: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1), e13463. <https://doi.org/10.1111/inm.13463>
- McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process*, 55(3), 460–482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>
- Mellor, K., Crowther, M., Limbert, B., Rapley, T., & Avery, K. N. L. (2021). The reporting of progression criteria in protocols of pilot trials designed to assess the feasibility of main

- trials is insufficient: A methodological review. *BMJ Open*, 11(6), e048178.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048178>
- Meyer-Kalos, P. S., Crane, D. L., Holland, A. L., Ringer, J. M., Donahue, B. A., Headen, A. C., O'Connell, M. J., & Eliacin, J. (2024). Measurement-based care among people with early psychosis: A scoping review. *Psychiatric Services*, 75(7), 713–722.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230432>
- Meyer-Kalos, P., Owens, G., Fisher, M., Wininger, L., Williams-Wengerd, A., Breen, K., Pita Abate, J., Currie, A., Olinger, N., & Vinogradov, S. (2024). Putting measurement-based care into action: A multi-method study of a personalized feedback report in coordinated specialty care programs for early psychosis. *BMC Psychiatry*, 24(1), Article 871. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06258-1>
- 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(1), Article 36.
<https://doi.org/10.1186/s13012-021-01105-3>
- 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.
- Mueser, K. T., Achtyes, E. D., Gogate, J., Mancevski, B., Kim, E., & Starr, H. L. (2022). Telehealth-based psychoeducation for caregivers: The family intervention in recent-onset schizophrenia treatment study. *JMIR Mental Health*, 9(4), e32492.
<https://doi.org/10.2196/32492>
- Méndez, F. J., Orta, M. D., & Peñate, W. (2004). Primeros datos de validación de una escala para evaluar la emoción expresada. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(132), 591–621.
- 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 Guideline CG178).
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management* (NICE Guideline CG155).
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Quality statement 3: Family intervention. In *Psychosis and schizophrenia in adults: Quality standard* (QS80).

<https://www.nice.org.uk/guidance/qs80/chapter/Quality-statement-3-family-intervention>

National Institutes of Health. (2025, February 25). *Clear communication*.

<https://www.nih.gov/institutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison/clear-communication>

NHS England. (2023). *Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance*. <https://www.england.nhs.uk/publication/implementing-the-early-intervention-in-psychosis-access-and-waiting-time-standard/>

NHS England. (2024a). *Implementation guidance 2024 – psychological therapies for severe mental health problems*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/implementation-guidance-2024-psychological-therapies-for-severe-mental-health-problems/>

NHS England. (2024b). *Developing a local strategy for psychological therapies for severe mental health problems – implementation guidance 2024*. <https://www.england.nhs.uk/long-read/developing-a-local-strategy-for-psychological-therapies-for-severe-mental-health-problems-implementation-guidance-2024/>

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 patient outcomes in individuals with psychotic disorders: A pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 25, Article 1142. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07501-z>

Oluwoye, O., Stokes, B., Garcia, K. S., Compton, M. T., Dyck, D. G., Lewis-Fernández, R., McPherson, S. M., Cabassa, L. J., & McDonell, M. G. (2026). Feasibility and acceptability study of an engagement intervention for family members in early intervention programs for psychosis. *Schizophrenia*, 12, Article 5. <https://doi.org/10.1038/s41537-025-00701-2>

Onwumere, J., Kuipers, E., Gamble, C., Jolley, S., Smith, B., Rollinson, R., Steel, C., Fowler, D., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., & Garety, P. (2009). Family interventions in psychosis: A scale to measure therapist adherence. *Journal of Family Therapy*, 31(3), 270–283. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00466.x>

Paz, C. P., Dogmanas, D., & Behn, A. B. (2025). The time has come to implement routine outcome monitoring in mental health services across Latin America. *Frontiers in Public Health*, 13, 1557029. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1557029>

- Pfledderer, C., von Klinggraeff, L., Burkart, S., da Silva Bandeira, A., Lubans, D., Jago, R., Okely, A., van Sluijs, E. M. F., Ioannidis, J. P. A., Thrasher, J. F., Li, X., & Beets, M. W. (2024). Consolidated guidance for behavioral intervention pilot and feasibility studies. *Pilot and Feasibility Studies*, 10(1), Article 57. <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01485-5>
- Proctor, E. K., Bunger, A. C., Lengnick-Hall, R., Gerke, D. R., Martin, J. K., Phillips, R. J., Swanson, J. C., & Hsiao, H.-Y. (2023). Ten years of implementation outcomes research: A scoping review. *Implementation Science*, 18(1), Article 31. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01286-z>
- Quinn, J., Barrowclough, C., & Tarrier, N. (2003). The Family Questionnaire (FQ): A scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 290–296. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00156.x>
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 225, de 16 de septiembre de 2010. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199>
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. *Diario Oficial de la Unión Europea*, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
- Renwick, L., Susanti, H., Keliat, B.-A., Wulandari, D., Suherman, Fadilah, R., Diorarta, R., Brooks, H., Bee, P., & Lovell, K. (2025). Culturally adapting family interventions for people with schizophrenia in Indonesia: An intervention development study using programme theory. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 9, Article 100409. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100409>
- Robson, E., & Greenwood, K. (2022). Rates and predictors of disengagement and strength of engagement for people with a first episode of psychosis using early intervention services: A systematic review of predictors and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin Open*, 3(1), sgac012. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgac012>
- Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Signorelli, M. S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T. A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E., & Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), 211–221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
- Royal College of Psychiatrists. (2025). *Quality standards for early intervention in psychosis services* (3rd ed.). Early Intervention in Psychosis Network. <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/early-intervention-in-psychosis-teams-%28eipn%29/eipn-3rd-edition-standards---april-2025.pdf>

- Rus-Calafell, M., 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, Article 1248526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1248526>
- Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Zarb, L., & Hamilton, B. (2025). Factors that influence the clinical supervision implementation for nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7297–7310. <https://doi.org/10.1111/jan.16390>
- Sampietro, H. M., Rojo, J. E., & Gómez-Benito, J. (2023). Recovery-oriented care in public mental health policies in Spain: Opportunities and barriers. *Clínica y Salud*, 34(1), 35–40. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a4>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2025). *Family peer support services: Broadening the view. A discussion with family members*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://library.samhsa.gov/product/family-peer-support-services-broadening-view/pep24-08-009>
- Taher, R., Hsu, C.-W., Hampshire, C., Fialho, C., Heaysman, C., Loughran, S., & Yiend, J. (2023). The safety of digital mental health interventions: Systematic review and recommendations. *JMIR Mental Health*, 10, e47433. <https://doi.org/10.2196/47433>
- Taher, R., Stahl, D., Shergill, S., & Yiend, J. (2025). The safety of digital mental health interventions: Findings and recommendations from a qualitative study exploring users' experiences, concerns, and suggestions. *JMIR Human Factors*, 12, e62974. <https://doi.org/10.2196/62974>
- Tham, S. G. M., & Solomon, P. (2024). Barriers and strategies to family engagement in the treatment of persons with serious mental illness: A qualitative systematic review. *Psychiatric Services*, 75(3), 270–279.
- 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>
- Todd, E., Pond, R. L., & Coomber, K. (2025). Client perspectives of family therapy: A qualitative systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 51(3), e70024. <https://doi.org/10.1111/jmft.70024>
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109(3), 265–279. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00023-9)
- 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), Article 58.
<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders* (3rd ed.).
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>
- World Health Organization. (2023). *WHO package of psychosocial interventions for mental health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023a). *Psychoeducation, family interventions and cognitive-behavioural therapy*. Mental Health, Brain Health and Substance Use / mhGAP evidence centre. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/psychosis-and-bipolar-disorders/psychoeducation-family-interventions-and-cognitive-behavioural-therapy>
- World Health Organization. (2023b). *Psychosocial interventions for carers of persons with psychosis or bipolar disorder*. Mental Health, Brain Health and Substance Use / mhGAP evidence centre. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/psychosis-and-bipolar-disorders/psychosocial-interventions-for-carers-of-persons-with-psychosis-or-bipolar-disorder>
- World Health Organization. (2024). *Psychological interventions implementation manual: Integrating evidence-based psychological interventions into existing services*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240087149>
- Ying, X., Freedland, K. E., Hughes, S., Lakshmanan, R., Wann, K., Jiricka, M. K., Chandrasekhar, R., Williams, A. D., & Torgerson, D. J. (2025). Determining sample size for pilot trials: A tutorial. *BMJ*, 390, e083405. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-083405>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



Centro de
Referencia
Estatad de
Atención
Psicosocial