

## Intervención psicológica grupal, basada en la aceptación y el entrenamiento en comunicación, con familiares de personas con trastorno mental grave

Gloria M. Roldán<sup>1\*</sup>, Isabel C. Salazar<sup>1,2</sup>, Laura Garrido<sup>1,2</sup> y Ana M. Cuevas-Toro<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Día de Salud Mental "Licinio de la Fuente", Complejo Hospitalario Universitario de Granada (España).

<sup>2</sup> Centro de Psicología Clínica FUNVECA. Granada (España).

<sup>3</sup> Universidad de Huelva (España).

**Resumen:** Se evaluó la eficacia de un programa de intervención grupal para la disminución de problemas psicológicos de familiares que conviven con pacientes con trastorno mental grave. Participaron ocho madres y un padre cuyos hijos recibían tratamiento en un Hospital de Día de Salud Mental. Se les aplicó el "Inventario de ansiedad de Beck", el "Inventario de depresión de Beck-II", la "Escala de estrés percibido", el "Cuestionario de salud SF-36", el "Inventario de estrategias de afrontamiento" y el "Inventario de aserción". Asistieron a 20 sesiones de tratamiento psicológico grupal, basado en la aceptación y el desarrollo de competencias. Tras la intervención, los participantes disminuyeron significativamente el nivel de depresión, aumentaron la conducta asertiva y el uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas. Los familiares valoraron el programa como útil, aplicaron lo aprendido en su vida cotidiana, disminuyeron los niveles de malestar psicológico y la mayoría realizó acciones en la dirección de lo que valora en su vida. En conclusión, el programa fue eficaz para disminuir la depresión en los familiares y aumentar estrategias de afrontamiento adaptativas. No obstante, son necesarios más estudios para superar algunas limitaciones como el tamaño de la muestra y la ausencia del grupo control.

**Palabras clave:** Psicoterapia de grupo; Aceptación; Comunicación; Depresión; Estrategias de afrontamiento.

**Title:** Group psychological intervention, based on acceptance and communication training, with relatives of people with severe mental disorders.

**Abstract:** The effectiveness of a group intervention program to reduce psychological problems in relatives living with patients with severe mental disorders was evaluated. Attended eight mothers and one father whose adult children were receiving treatment in a Mental Health Day Hospital. They followed the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory-II, the Perceived Stress Scale, the SF-36 Health Survey, the Coping Strategies Inventory, and the Assertiveness Inventory. They attended 20 sessions of group psychological acceptance and development of skills-based treatment. Following the completion of the program, the level of depression in the parents decreased significantly, assertive conduct increased, as did the use of coping strategies aimed at the solution of problems. The relatives rated the program as useful, applied what they have learned to their daily lives, decreased the levels of psychological discomfort, and the majority applied what they have learned to what they value most. Concluding the program was successful in decreasing depression among patients' relatives and in increasing their adaptive coping skills. Nevertheless, more studies are needed in order to overcome some limitations such as the size of the cohort and the lack of a control group.

**Key words:** Psychotherapy group; Acceptance; Communication; Depression; Coping skills.

### Introducción

Los trastornos mentales ocupan hoy en día un lugar importante en el ámbito de la salud pública. En España, en una de cada cuatro familias, hay al menos una persona con algún trastorno mental y las cifras parecen ir en aumento (Haro et al., 2006, 2008). Estos trastornos no afectan por igual a las personas que los padecen, pues depende en gran medida de su gravedad y cronicidad. Los trastornos mentales graves (TMG) (e.g., trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la personalidad) causan un fuerte impacto debido al alto grado de perturbación cognitiva, emocional y conductual y por el deterioro personal, social y ocupacional que los caracteriza.

Los TMG afectan no sólo a los pacientes sino también a su entorno más cercano. Quienes conviven con ellos, además de lidiar con los síntomas y comportamientos perturbadores de estos trastornos, suelen enfrentarse a las interacciones difíciles con el paciente, produciéndose un impacto negativo en diversas áreas de su propia vida, tanto a nivel emocional, como en sus relaciones sociales, en el trabajo o el estudio, su salud, el cuidado personal, el tiempo de ocio, etc. Los familiares-cuidadores suelen renunciar o prestar menos

atención a estos otros aspectos y, aunque en los episodios críticos (o agudos) dicho cambio es esperable y resulta adaptativo, si se mantiene a largo plazo ocasiona consecuencias nefastas en lo que a su salud mental se refiere (Fredrik, Lars, Ulla y Torsten, 2010; Madianos et al., 2004; Magaña, Ramírez, Hernández y Cortez, 2007; Saunders y Byrne, 2002; Steele, Maruyama y Galynker, 2010).

Los familiares que conviven con el paciente presentan altos niveles de "malestar psicológico", es decir que experimentan una amplia variedad de sentimientos y emociones abrumadoras (e.g., apatía, dolor, ira, angustia, pena, desesperanza, culpa) (Madianos et al., 2004; Magaña et al., 2007), así como trastornos del estado de ánimo (mayoritariamente depresivos) y de ansiedad (Goldstein, Miklowitz y Richards, 2002; Rascón, Caraveo y Valencia, 2010; Steele et al., 2010). En un estudio realizado en un Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) de España se encontró una situación similar, pues de 48 familiares de pacientes con TMG que fueron evaluados con el "Inventario de ansiedad de Beck" (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) y el "Inventario de depresión de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), el 64.7% sufría depresión (el 27.1% en un nivel leve, el 18.8% en un nivel moderado y el 18.8% en un nivel grave) y el 52.2% presentaba síntomas clínicos de ansiedad (el 22.9% en un nivel leve, el 18.8% en un nivel moderado y el 10.4% en un nivel grave). Adicionalmente, se encontró una alta correlación entre estos problemas psicológicos (Roldán et al., 2011).

**\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Gloria Roldán Maldonado. Hospital de Día de Salud Mental "Licinio de la Fuente", Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Doctor Azpitarte, N° 4, 4ª planta, 18012 Granada (España).  
E-mail: [gloriapsicologaclinica@yahoo.es](mailto:gloriapsicologaclinica@yahoo.es)

Desde la década de los 60 se han realizado intervenciones familiares (sobre todo, psicoeducación) orientadas, principalmente, a la recuperación del paciente (e.g., Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop y Pitschel-Walz, 2006; Girón et al., 2010; Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Úrizar, 2007; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling y Engel, 2001). La *psicoeducación* es el término con el que se conoce a los distintos modelos de tratamiento en los que participan todos los miembros de la familia, incluido el paciente, quien es el centro de la intervención. Los objetivos principales de la psicoeducación son informar sobre la etiología, la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad, dar apoyo familiar, mejorar las habilidades de comunicación de la familia, enseñarles a manejar el estrés y adquirir las habilidades que ayuden a lidiar con la enfermedad y resolver los problemas del día a día (Fadden, 1998; Según la *Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12*, 2012). La psicoeducación familiar dura aproximadamente nueve meses y puede realizarse de forma uni o multifamiliar (Dixon, Adams y Lucksted, 2000).

Los resultados de estas intervenciones han sido la reducción de las tasas de recaídas y hospitalizaciones y una mejoría en el funcionamiento del paciente, sobre todo en los casos de esquizofrenia (e.g., Bäuml et al., 2006; Girón et al., 2010; Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Úrizar, 2007; Pitschel-Walz et al., 2001). Como resultados secundarios, se ha visto que dichas intervenciones han reducido los niveles de emoción expresada (e.g., Miklowitz, 2007; Wiedemann et al., 2001), de estrés y carga (e.g., Girón et al., 2010; Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Úrizar, 2007) y la reducción de los costes de cuidado (Fadden, 1998), así como el aumento de la satisfacción con el servicio de salud mental (Fernández-Carbonell, Dasí, García-Merita y Fuentes, 2012) y el desarrollo de un trabajo de colaboración entre los familiares, los servicios de salud y los pacientes con TMG (Fadden, 1998).

El amplio apoyo empírico con que cuenta la psicoeducación ha conducido al desarrollo de políticas y planes en salud mental que consideran la participación activa de la familia en el tratamiento de los pacientes con TMG (e.g., Organización Mundial de la Salud, 2006; *Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12*, 2012), así como al desarrollo de las principales guías de tratamiento de trastornos mentales graves (e.g., *National Collaborating Centre for Mental Health*, 2006, 2011; *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2009).

Todo esto supone un adelanto significativo en el campo, no obstante, estas posiciones han dejado un poco al margen la atención de otras cuestiones psicológicas de los familiares de los pacientes con TMG, como la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa (Goldstein et al., 2002; Rascón et al., 2010; Steele et al., 2010). Sólo Breitborde et al. (2011) han planteado evaluar los resultados de los grupos de psicoeducación multifamiliar en la ansiedad y la depresión de los familiares cuidadores, pero aún no hay informes al respecto. Así, las distintas intervenciones de psicoeducación probadas hasta la fecha señalan que los beneficios obtenidos

afectan directamente al paciente y la evolución de la enfermedad y al familiar en la medida que disminuyen la carga y la emoción expresada, pero nada se conoce sobre su efecto en el “malestar psicológico”. Se trata pues de otro objetivo importante en salud mental: evaluar e intervenir sobre los problemas emocionales de los familiares.

Conocidos estos antecedentes, consideramos importante probar una nueva forma de atención psicológica para familiares que conviven con personas con TMG, en un Hospital de Día de Salud Mental de Granada. Esta intervención tiene como objetivo disminuir los problemas emocionales de estos familiares, utilizando algunas estrategias terapéuticas como la aceptación y el compromiso, que son centrales en la terapia que lleva este mismo nombre (ACT de ahora en adelante por sus siglas en inglés, *acceptance and commitment therapy*) (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) y el entrenamiento en competencias, fundamentalmente de comunicación y solución de problemas, para disminuir la vulnerabilidad al desarrollo y mantenimiento de problemas psicológicos.

La ACT forma parte de las denominadas “terapias contextuales o conductuales de tercera generación”, que consideran que el placer y el sufrimiento forman parte intrínseca de la vida y subrayan la importancia de la función de la conducta en el contexto histórico biográfico de la persona. La ACT no va dirigida a la reducción de síntomas o el control de las emociones negativas sino a la recuperación de patrones comportamentales importantes y relevantes en la vida de la persona aunque esto implique aceptar el sufrimiento. Esta idea contradice las actitudes extendidas en las sociedades occidentales “desarrolladas”, que promueven que es necesario sentirse bien siempre y controlar el sufrimiento y el malestar para poder vivir e implicarse en las propias metas vitales. El objetivo de esta terapia es cambiar la relación que tiene el paciente, en este caso, los familiares de los pacientes con TMG, con sus pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones físicas a las que teme o evita (*Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12*, 2012). En el ámbito de investigación que nos compete, que los familiares traten de evitar o controlar las experiencias psicológicas o eventos privados (sensaciones, emociones, pensamientos) negativos relacionados con el TMG, suele ser una reacción común y se asume que, de manera transitoria, es una forma de protegerse del sufrimiento continuo que acarrea este tipo de problemática. Sin embargo, según la ACT, el problema aparece cuando esta evitación o lucha con los eventos privados, se mantiene y es tal, que aleja a la persona de aquello que es importante para sí misma (sus valores), sumiéndola en un círculo de evitación experiencial destructiva. Cuando una persona sigue la regla de “para poder vivir necesito evitar o controlar el malestar”, pone en marcha diferentes estrategias que reducen el malestar a corto plazo, pero que a largo plazo tiene un efecto de rebote; el malestar vuelve y a veces de modo más intenso y extendido, con lo cual la persona intenta más duramente evitar el malestar cada vez mayor. La consecuencia más dañina a largo plazo, es que la persona de-

ja que implicarse en acciones importantes para vivir según sus valores y propósitos vitales (Luciano y Valdivia, 2006). En el ámbito de los cuidadores de personas con TMG no se han llevado a cabo estudios que examinen la relación entre el sufrimiento o el malestar psicológico con la necesidad de evitar y controlar los eventos psicológicos privados, pero sí se ha confirmado la asociación entre estos aspectos en cuidadores de personas con demencia (p. ej., Romero-Moreno, Márquez-González, Losada, Gillanders y Fernández-Fernández, 2014).

Es en este contexto, donde la ACT utiliza la aceptación y la conciencia plena (*mindfulness*) como estrategias para enseñar a las personas a disminuir la evitación, el apego a sus cogniciones y a aumentar su capacidad para centrarse en el momento presente. La meta es ayudar a que la persona sea consciente y clarifique sus valores o propósitos vitales y se comprometa con un cambio conductual que le permita conseguirlos (Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005).

Según la ACT, la intervención terapéutica sigue las siguientes premisas (Wilson y Luciano, 2002): 1) “primero compórtate de acuerdo con tus valores y luego te sentirás bien”; 2) se asume que el sufrimiento es normal y que es una señal de que se está muy cerca de lo que al paciente le importa; 3) hay más vida en un momento de dolor que en un momento de alegría y 4) el terapeuta asume que todas las personas esperan, aspiran, sueñan y quieren una vida más amplia y llena de significados. Esta terapia tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de la ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva y desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir. Esta terapia implica, por una parte, clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible y, por otra parte, aprender a “caer y a levantarse”, o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

La ACT ha mostrado su eficacia en pacientes con diferentes trastornos (Hayes et al., 2006; Pull, 2009; Ruiz, 2010), entre ellos, trastornos depresivos para reducir los síntomas depresivos (Carlbring et al., 2013) y en trastornos de ansiedad para reducir la ansiedad hacia la salud, síntomas somáticos y el malestar emocional (Eilenberg, Kronstrand, Fink y Frostholm, 2013), trastornos que suelen aparecer en familiares de pacientes con TMG como se ha comentado previamente. Por otro lado, estos familiares suelen presentar síntomas más leves, “malestar psicológico” (Madianos et al., 2004; Magaña et al., 2007), sin llegar a cumplir, la mayoría de las veces, los criterios para un diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresión y, en estos casos, la ACT también ha mostrado su eficacia. Concretamente, adultos con síntomas de ansiedad y depresión moderados, tras una intervención

con ACT aumentaron su flexibilidad psicológica (Fledderus, Bohlmeijer, Fox y Schreurs y Spinhoven, 2013) y pacientes en riesgo de depresión, con síntomas de leves a moderados, tras una intervención con ACT redujeron los síntomas de ansiedad, depresión, fatiga y evitación experiencial y mejoraron en salud mental positiva y conciencia plena (*mindfulness*). En resumen, no se han encontrado estudios que apliquen los principios de ACT en familiares de pacientes con TMG, pero sí estudios sobre la aplicación de ACT en los síntomas y trastornos que suelen aparecer en esta población (malestar psicológico, ansiedad y depresión) por lo que se deduce que la ACT beneficiará a estos familiares.

Por otra parte, teniendo en cuenta que los modelos explicativos de los TMG tienen gran relevancia en su tratamiento y van a estar presentes, de una u otra forma, en la intervención familiar, tomamos como referencia el modelo de *vulnerabilidad al estrés* propuesto por Zubin y Spring (1977). Según este modelo el riesgo de estos trastornos no proviene únicamente de factores genéticos o biológicos, sino que confluje para su aparición la vulnerabilidad del individuo. Ésta se define como la predisposición de una persona a desarrollar un trastorno psiquiátrico cuando las circunstancias vitales (externas y/o internas) producen un grado de estrés tal, que supera el umbral de tolerancia al estrés de dicho individuo. Entre los factores estresantes ambientales que pueden favorecer la aparición de los TMG estarían los acontecimientos vitales negativos (e.g., la muerte de un familiar, la pérdida del trabajo, el nacimiento de un hijo o una boda), elevada emoción expresada en la familia (comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional de la familia respecto a la persona con TMG) y, en el caso de la esquizofrenia, el consumo de cannabis.

Como factores protectores que ayuden a minimizar el impacto de los factores estresantes ambientales se consideran el desarrollo de habilidades de afrontamiento por parte del paciente con TMG así como la adquisición de habilidades de comunicación y de solución de problemas por parte de los miembros de la familia. En lo que respecta a estos últimos, se ha encontrado que sus problemas emocionales y la forma como llevan la enfermedad mental de su pariente, se relacionan con los patrones de comportamiento inadecuados que presentan actualmente (Magliano et al., 2000; Miklowitz, 2007). Así pues, resulta necesario emplear el *modelo de competencias* de Costa y López (2006) para abordar esta cuestión. Se parte de la base de que es necesario que los familiares mejoren sus formas de enfrentar los acontecimientos estresantes y para ello hay que desarrollar sus recursos personales (e.g., habilidades de comunicación, solución de problemas, autocontrol emocional y estrategias de afrontamiento) y crear o fortalecer sus redes de apoyo social (e.g., mejora de las relaciones sociales y del rol social, búsqueda del apoyo comunitario), para que aumenten su percepción de control sobre las situaciones difíciles y disminuyan los niveles de estrés. En suma, este entrenamiento pretende completar las estrategias psicológicas que aumenten su competencia y re-

fueren el compromiso que han hecho consigo mismos de vivir de acuerdo con sus valores.

Tomando en consideración lo anterior, este trabajo tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica grupal, basado en la aceptación y el entrenamiento en competencias, para disminuir los problemas psicológicos de los familiares que conviven con una persona con TMG.

## Método

### Participantes

Participaron nueve familiares que conviven con un paciente con TMG que asiste al Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) de Granada (España). En la Tabla 1 se presentan las principales características de la muestra.

### Instrumentos

Para evaluar a los familiares, antes y después del programa, se utilizó una batería de test compuesta por los datos sociodemográficos de los familiares (sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, nivel de educación, ingresos familiares, número de personas a cargo, parentesco con el paciente con TMG, nivel de interferencia del TMG con su vida) y las siguientes medidas de autoinforme:

- El "Inventario de ansiedad de Beck" (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este inventario consta de 21 ítems que miden el grado en que se experimentan los síntomas físicos relacionados con la ansiedad durante la última semana. Utiliza una escala Likert de 4 puntos (de 0= "en absoluto" a 3= "gravemente"). Cuanto mayor es la puntuación mayor es el nivel de ansiedad. Las categorías de gravedad son: de 0 a 9 puntos, "normal" (no clínica); de 10 a 18 puntos, "leve-moderada"; de 19 a 29 puntos, "moderada-grave" y de 30 a 63 puntos, "grave".
- El "Inventario de depresión de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este inventario mide la magnitud de la depresión mediante 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (excepto los ítems 16 y 18 que subdividen cada opción de respuesta en dos para indicar la dirección del cambio, por ejemplo, más o menos apetito), que van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. A mayor puntuación mayor nivel de depresión. Las categorías de gravedad son: de 0 a 9 puntos, estado no depresivo; de 10 a 15 puntos, depresión leve; de 16 a 23 puntos, depresión moderada y de 24 a 63 puntos, depresión grave.
- La "Escala de estrés percibido" (*Perceived Stress Scale*, PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). La PSS evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Tiene 14 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Las puntuaciones mayores indican un mayor nivel de estrés

percibido. Para este estudio, las categorías de gravedad son: de 0 a 18 puntos, percepción de un nivel bajo de estrés; de 19 a 36 puntos, percepción de un nivel medio de estrés y de 37 a 56 puntos, percepción de un nivel alto de estrés.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra.

VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS	n	%
Sexo		
Hombre	1	11.1
Mujer	8	88.9
Edad (M= 59.89 años, DT= 6.59)		
50-59 años	4	44.4
60-69 años	4	44.4
70-79 años	1	11.1
Nivel de estudios		
Primaria	2	22.2
Secundaria o Formación profesional	4	44.4
Universitaria	3	33.3
Estado civil		
Casado	6	66.7
Viudo	3	33.3
Situación laboral		
Ama de casa	3	33.3
Trabajo remunerado	4	44.4
En paro	1	11.1
Jubilación, discapacidad o invalidez	1	11.1
Nº de personas a cargo		
1	2	22.2
2	4	44.4
3	2	22.2
4	1	11.1
Ingresos familiares		
Entre uno y dos SMI <sup>a</sup> (642€ - 1.282€)	4	44.4
Más de cuatro SMI <sup>a</sup> (> 1.924€)	5	55.6
Parentesco con el paciente con TMG <sup>b</sup>		
Padre	1	11.1
Madre	8	88.9
Diagnóstico principal del paciente con TMG, según la CIE-10		
Esquizofrenia paranoide	6	75.0%
Trastorno bipolar	1	12.5%
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite	1	12.5%
Tiempo de conocimiento del diagnóstico de TMG: M= 10,6 años		
Nº miembros de la familia que atiende al paciente con TMG		
1	3	33.3
2	4	44.4
3	1	11.1
4	1	11.1

Nota: <sup>a</sup>SMI= salario mínimo interprofesional; <sup>b</sup>TMG= trastorno mental grave.

- El "Cuestionario de salud SF-36" (*SF-36 Health Survey*, SF-36; Ware, Jr., Snow, Kosinski y Gandek, 1993). El SF-36 permite conocer la valoración de los estados positivos y negativos de la salud por parte de la persona. Tiene 35 ítems que se puntúan en una escala Likert de cinco

puntos (de 0= “nunca” a 4= “muy a menudo”) y que están distribuidos en ocho subescalas: Funcionamiento físico (FUNFIS), Rol físico (ROLFIS), Dolor corporal (DOLCOR), Salud general (SALGEN), Vitalidad (VIT), Funcionamiento social (FUNSOC), Rol emocional (ROLEMO) y Salud mental (SALMEN) y un ítem que evalúa el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Las puntuaciones más altas en cada subescala indican una mejor valoración de cada aspecto de la salud.

- El “Inventario de aserción” (*Assertion Inventory*, AI; Gammbrill y Richey, 1975). Este inventario está formado por 40 ítems frente a los cuales la persona debe valorar el nivel de malestar/ansiedad que le producen las situaciones (subescala de Malestar [M]) y la probabilidad de utilizar la conducta asertiva en dichas situaciones (subescala de Probabilidad de respuesta [PR]). En ambos casos se utiliza una escala Likert de 5 puntos (de 1= “nada/siempre lo hago” a 5= “muchísimo/nunca lo hago”). Las puntuaciones iguales o superiores a 96 en la subescala de Malestar indican la presencia de un nivel de malestar/ansiedad clínicamente importante y puntuaciones iguales o superiores a 105 en la subescala de Probabilidad de respuesta indican una menor probabilidad de llevar a cabo la conducta asertiva.
- El “Inventario de estrategias de afrontamiento” (*Coping Strategies Inventory*, CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989). Consta de ocho subescalas correspondientes a las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes: solución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP) y aislamiento social (AIS). Contiene 40 ítems que se puntúan en una escala Likert de 5 puntos (de 0= “en absoluto” a 4= “totalmente”). Las puntuaciones más altas en cada subescala indican una mayor utilización de esa estrategia. En este inventario la medición del uso de la estrategia se realiza en percentiles (véase Cano, Rodríguez y García, 2007).
- Una encuesta *ad hoc* sobre el programa de tratamiento y los efectos observados en sus vidas a partir de su participación en él. Esta encuesta está formada por cinco preguntas. Tres recogen la valoración de los participantes sobre el programa (en una escala Likert de 0= “nadá” a 10= “muchísimo”) y dos preguntas abiertas sobre los aspectos aprendidos en las sesiones que han puesto en práctica y las acciones concretas realizadas en función de sus valores personales.

### Procedimiento

Se convocó a una reunión inicial a los familiares de los pacientes del HDSM interesados en participar en la investigación (20 personas) y se explicaron las condiciones de la misma. Los participantes evaluaron las posibilidades reales de asistir a la mayoría de las sesiones terapéuticas y nueve aceptaron participar voluntariamente. Una vez firmaron el

consentimiento informado se realizó la evaluación previa a la intervención.

La intervención psicológica constó de 20 sesiones semanales, con una duración media de dos horas. El grupo fue dirigido por una psicóloga y tres más actuaron como observadoras y, en ocasión puntuales, como coterapeutas. Las sesiones seguían una estructura similar: revisión de ejercicios entre sesiones, análisis funcionales, uso de metáforas, paradojas y ejercicios vivenciales, entrenamiento en habilidades y tareas para casa. El programa terapéutico incluía: 1) psicoeducación; 2) abordaje de los contenidos psicológicos utilizando los componentes de la ACT, que en mayor o menor grado se trabajan a lo largo de la intervención, estos son: a) desesperanza creativa; b) clarificación de valores; c) distanciamiento de los eventos privados (pensamientos y emociones), d) toma de perspectiva y e) desactivación de funciones verbales; y 3) entrenamiento en competencias. Una vez finalizó la intervención se llevó a cabo una nueva evaluación con la misma batería de instrumentos utilizada al inicio y se pasó la encuesta para valorar el programa de intervención y el efecto en sus vidas.

### Descripción del programa de intervención psicológica

En este protocolo de intervención psicoterapéutica, la psicoeducación, a diferencia de lo que sucede en los modelos de tratamiento para los TMG no está dirigida a explicar lo concerniente a estos trastornos y su evolución (síntomas, etiología, tratamiento, etc.), sino que está centrado en los problemas o dificultades psicológicas (sintomatología de ansiedad, depresión, hostilidad, problemas de comunicación, etc.) que están presentando los familiares. El objetivo de la psicoeducación es que, mediante un diálogo permanente y el intercambio de información y de conocimientos entre el terapeuta y los familiares, estos últimos aprendan a analizar la naturaleza de sus dificultades psicológicas y comprendan los mecanismos que explican no sólo su aparición sino el por qué se mantienen (explicación funcional de sus conductas).

En lo que respecta a los componentes de la ACT es importante comentar que utiliza modalidades verbales que se distancian de la literalidad del lenguaje, como las metáforas, las paradojas y los ejercicios vivenciales, de tal forma que permita a los familiares exponerse a los eventos privados que evitan (véase la descripción de estas metáforas, paradojas y ejercicios en Wilson y Luciano, 2002). La desesperanza creativa tiene como propósito generar las condiciones para que los familiares experimenten y confronten lo que es importante para ellos, lo que hacen y los resultados que obtienen, tanto a corto como a largo plazo (Luciano y Valdivia, 2006; Luciano, Valdivia y Páez-Blarrina, 2006). Esta experiencia genera desesperanza y dolor en tanto que los sitúa intentando evitar y controlar sus eventos privados mediante conductas que les llevan a aumentar las consecuencias negativas en distintas facetas de su vida. Esto es, lo que hacen los familiares para disminuir su malestar, paradójicamente, lo aumenta. Es una experiencia creativa ya que aprenden que lo que ha-

cen es el problema y no los eventos privados en sí mismos. Algunas metáforas que se utilizan para trabajar la desesperanza creativa son: el hombre en el hoyo, las arenas movedizas y el granjero y el asno.

La clarificación de valores consiste en ayudar a los familiares a discernir cuáles son las trayectorias valiosas en sus vidas y las acciones que los dirigen hacia ellas, para lo que es necesario estar dispuesto a tener los eventos privados que ello conlleve y, por tanto, aceptar el sufrimiento inherente en este camino. Algunas metáforas y ejercicios para trabajar la clarificación de valores son: el jardín, el funeral, el epitafio y el conductor del autobús y los pasajeros.

Para que los familiares se distancien de los eventos privados que les impiden actuar en dirección a sus trayectorias valiosas, es necesario, en primer lugar, que se den cuenta de que es el control de estos eventos privados lo que les ha apartado de su trayectoria valiosa y, en definitiva, es lo que perpetúa y aumenta su sufrimiento. Algunas metáforas y ejercicios para orientar a los familiares en la identificación del control como problema son: la lucha con el monstruo y el ejercicio del elefante rosa.

La toma de perspectiva consiste en que los familiares aprendan a diferenciar entre los eventos internos o privados (pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.) (denominado, de ahora en adelante, el “yo-contenido”) y quién tiene dichos eventos (denominado el “yo-contexto”), teniendo en

cuenta que este último “yo” trasciende roles, pensamientos, emociones, el propio cuerpo y otras cosas con las cuales se llega a estar excesivamente identificado. Algunas metáforas y ejercicios para ayudar a los familiares a diferenciar entre el “yo-contexto” y el “yo-contenido” son: la metáfora del tablero, el ejercicio del observador, el ejercicio de llevar la mente a pasear y el otoño y las hojas.

Por último, la desactivación de las funciones verbales consiste en romper la fusión que se ha establecido entre las palabras y su función. Algunos ejercicios para lograr este objetivo son: el ejercicio del limón o la repetición de pensamientos con alta carga negativa para el paciente.

El entrenamiento en competencias, sobre todo, el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de comunicación y de solución de problemas, se realiza mediante distintas técnicas tradicionales y ya probadas por la terapia cognitivo conductual, como son: la instrucción, el modelamiento, el ensayo de conducta y la representación de papeles.

En lo que respecta a la regulación emocional, se trabaja con los familiares a que aprendan a discriminar entre los diferentes tipos de emociones, la diferencia entre sentir/pensar y hacer en cada una de ellas, a descubrir y experimentar su funcionamiento y a aceptar, manejar y expresar adecuadamente las emociones sin abandonar la dirección de los objetivos en función de los valores.

En la Tabla 2 se incluye el esquema básico del programa.

**Tabla 2.** Esquema del programa de tratamiento psicológico, basado en la ACT y el modelo de competencias, para familiares de pacientes con TMG.

Sesión(es)	Contenidos de las sesiones
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del terapeuta y los miembros del grupo.</li> <li>• Explicación de la frecuencia, duración y objetivos del protocolo de intervención.</li> <li>• Explicación de los fundamentos del tratamiento.</li> </ul>
2 a 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación y clarificación de valores (utilizando las metáforas del jardín y del conductor del autobús y los pasajeros).</li> <li>• Regulación emocional:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre las emociones (e.g., miedo/ansiedad, ira/hostilidad, tristeza/depresión, etc.)</li> <li>- La relación entre pensamiento, emoción, conducta y consecuencias (utilización de los análisis funcionales).</li> <li>- Estrategias para la regulación emocional (e.g., respiración, relajación).</li> <li>- Estrategias para la aceptación de los eventos privados –pensamientos y emociones: ejercicios de atención plena.</li> </ul> </li> <li>• Facilitación del duelo de la pérdida de las ilusiones y proyectos depositados en los hijos y centrar la atención en las potencialidades (se utiliza la fábula del aguilucho de Costa y López, 2006).</li> </ul> <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclararse en cuanto a los objetivos en sus vidas y qué están haciendo dirigido hacia ellos.</li> <li>- Revisar el estado de las plantas de su jardín y de las conductas que están realizando en dirección al cuidado de las mismas.</li> <li>- Realizar conductas concretas dirigidas al cuidado de las plantas de su jardín.</li> <li>- Practicar ejercicios dirigidos a la identificación, aceptación y regulación emocional.</li> </ul>
7 a 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en competencias: el comportamiento verbal y no verbal, escucha, empatía los obstáculos y facilitadores de la comunicación, mensajes en primera persona versus mensajes en segunda persona, petición de un cambio de comportamiento, estilos de comportamiento, creencias asertivas, derechos asertivos básicos, mensajes socializantes, técnicas para hacer frente a la manipulación emocional, técnicas para la expresión de afecto, hacer y responder a las críticas, entrenamiento en solución de problemas.</li> </ul> <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios específicos dirigidos a la puesta en práctica de cada habilidad.</li> </ul>

Sesión(es)	Contenidos de las sesiones
13 a 17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperanza creativa: metáfora del hombre en el hoyo, las arenas movedizas y la metáfora del granjero y el asno.</li> <li>• Distanciamiento de los eventos privados (utilizando las metáforas de lucha con el monstruo y la radio encendida y los ejercicios de los elefantes rosas y del río).</li> <li>• Flexibilidad e inflexibilidad psicológica (utilizando la fábula del junco y el roble).</li> <li>• Toma de perspectiva: diferencia entre el “yo-contexto” y el “yo-contenido” (utilizando los ejercicios del otoño y las hojas y las maletas en el aeropuerto)</li> </ul> Tareas para casa: - Practicar ejercicios de distanciamiento de los eventos privados y toma de perspectiva.
18 y 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de los logros y dificultades de cada participante en la consecución de sus objetivos terapéuticos.</li> <li>• Consejos básicos para familiares.</li> <li>• Actitudes y miedos autoprotectores más frecuentes.</li> </ul> Tareas para casa: Poner en práctica los ejercicios y las habilidades reforzadas con el fin de solucionar las dificultades específicas.
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusión del grupo terapéutico.</li> <li>• Refuerzo de lo trabajado.</li> <li>• Entrega del material de psicoeducación.</li> </ul>

### Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el SPSS v. 18.0. Se eligió una prueba no paramétrica dada la naturaleza de los datos y que el supuesto de normalidad no es asumible. Concretamente, se utilizó la prueba T de Wilcoxon para dos muestras relacionadas y, así, evaluar si se habían producido cambios significativos en las variables medidas antes y después de la intervención psicológica. Se incluye la prueba de signos que muestra el número de casos (de los nueve totales) que ha presentado una disminución, un aumento o se mantienen igual en la puntuación obtenida en cada instrumento (y subescala) de medida. En la Tabla 3 aparecen como “rangos negativos”, “empates” y “rangos positivos”, respectivamente.

Posteriormente, se halló la magnitud del efecto ( $d$ ) para asegurar la importancia de la intervención en dichos cambios. Según Cohen (1988), la magnitud de efecto es muy pequeña si  $d < 0.20$ ; pequeña si  $0.20 < d < 0.50$ ; media si  $0.50 < d < 0.80$ ; grande si  $d > 0.80$ .

### Resultados

#### Eficacia del programa

La Tabla 3 muestra el número de casos (de los nueve familiares que participaron en el estudio) que presentaron una disminución, un aumento o un mantenimiento de sus puntuaciones en las distintas variables psicológicas evaluadas, tras la aplicación del programa de intervención psicológica. Según se esperaba, hubo un mayor porcentaje de familiares que disminuyeron sus niveles de depresión (77.8%), ansiedad (en el 66.7%) y estrés percibido (55.6%). Asimismo, un mayor porcentaje de familiares que mostraron una mejor valoración de tres aspectos de la salud: Rol físico (88.9%), Vitalidad (66.7%) y Salud general (55.6%), mejoraron sus conductas asertivas (77.8%) y mostraron un mayor uso de tres estrategias de afrontamiento: Solución de problemas (88.9%), Reestructuración cognitiva (88.9%) y Evitación de problemas (66.7%), a su vez que un menor uso de otras dos estrategias de afrontamiento: Expresión emocional (55.6%) y Pensamiento desiderativo (66.7%).

**Tabla 3.** Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon ( $n=9$ ).

Variables psicológicas (instrumento/subescala)	Medida pos - medida pre	$n$	Rango promedio	Suma de rangos
Ansiedad (BAI)	Rangos negativos	6	4.17	25.00
	Rangos positivos	2	5.50	11.00
	Empates	1		
	Total	9		
Depresión (BDI-II)	Rangos negativos	7	5.71	40.00
	Rangos positivos	2	2.50	5.00
	Empates	0		
	Total	9		
Estrés percibido (PSS)	Rangos negativos	5	5.30	26.50
	Rangos positivos	3	3.17	9.50
	Empates	1		
	Total	9		
Salud (SF-36)				
Funcionamiento físico (FUNFIS)	Rangos negativos	3	6.00	18.00
	Rangos positivos	4	2.50	10.00

	Empates	2		
	Total	9		
Rol físico (ROLFIS)	Rangos negativos	0	0.00	0.00
	Rangos positivos	8	4.50	36.00
	Empates	1		
	Total	9		
Dolor corporal (DOLCOR)	Rangos negativos	4	3.88	15.50
	Rangos positivos	4	5.13	20.50
	Empates	1		
	Total	9		
Variables psicológicas (instrumento/subescala)	Medida pos - medida pre	<i>n</i>	Rango promedio	Suma de rangos
Salud general (SALGEN)	Rangos negativos	4	6.63	26.50
	Rangos positivos	5	3.70	18.50
	Empates	0		
	Total	9		
Vitalidad (VIT)	Rangos negativos	2	4.75	9.50
	Rangos positivos	6	4.42	26.50
	Empates	1		
	Total	9		
Funcionamiento social (FUNSOC)	Rangos negativos	3	2.50	7.50
	Rangos positivos	3	4.50	13.50
	Empates	3		
	Total	9		
Rol emocional (ROLEMO)	Rangos negativos	5	5.40	27.00
	Rangos positivos	3	3.00	9.00
	Empates	1		
	Total	9		
Salud mental (SALMEN)	Rangos negativos	4	4.88	19.50
	Rangos positivos	4	4.13	16.50
	Empates	1		
	Total	9		
Asertividad (IA)				
Malestar (M)	Rangos negativos	6	4.83	29.00
	Rangos positivos	3	5.33	16.00
	Empates	0		
	Total	9		
Probabilidad de respuesta (PR)	Rangos negativos	7	5.71	40.00
	Rangos positivos	2	2.50	5.00
	Empates	0		
	Total	9		
Estrategias de afrontamiento (CSI)				
Solución de problemas (REP)	Rangos negativos	0	0.00	0.00
	Rangos positivos	8	4.50	36.00
	Empates	1		
	Total	9		
Autocrítica (AUC)	Rangos negativos	3	3.00	9.00
	Rangos positivos	2	3.00	6.00
	Empates	4		
	Total	9		
Expresión emocional (EEM)	Rangos negativos	5	4.90	24.50
	Rangos positivos	4	5.13	20.50
	Empates	0		
	Total	9		
Pensamiento desiderativo (PSD)	Rangos negativos	6	4.25	25.50
	Rangos positivos	3	6.50	19.50
	Empates	0		
	Total	9		
Apoyo social (APS)	Rangos negativos	3	3.33	10.00



	Rangos positivos	4	4.50	18.00
	Empates	2		
	Total	9		
Reestructuración cognitiva (REC)	Rangos negativos	0	0.00	0.00
	Rangos positivos	8	4.50	36.00
	Empates	1		
	Total	9		
Evitación de problemas (EVP)	Rangos negativos	2	1.75	3.50
	Rangos positivos	6	5.42	32.50
	Empates	1		
	Total	9		
Aislamiento social (AIS)	Rangos negativos	4	4.88	19.50
	Rangos positivos	4	4.13	16.50
	Empates	1		

Notas: BAI= Beck Anxiety Inventory; BDI-II= Beck Depression Inventory-II; PSS= Perceived Stress Scale; SF-36= SF-36 Health Survey; AI= Assertiveness Inventory; CSI= Coping Strategies Inventory. Rangos negativos= cuando la medida pos fue menor que la medida pre; Rangos positivos= cuando la medida pos fue mayor que la medida pre; Empates= cuando la medida pre y pos fue la misma.

Para evaluar en qué aspectos psicológicos el cambio fue significativo ( $p < .05$ ) se realizó el estadístico de contraste de la prueba de Wilcoxon. Se encontró que los cambios significativos se produjeron en el nivel de depresión, en la conducta asertiva y en el uso de tres estrategias de afrontamiento: Solución de problemas, Reestructuración cognitiva y Evitación de problemas (Tabla 4).

La magnitud del efecto ( $d$ ) del cambio en las variables psicológicas evaluadas aparece en la Tabla 4. La magnitud del efecto fue grande en las tres estrategias de afrontamiento (Solución de problemas, Reestructuración cognitiva y Evitación de problemas) y en la subescala Rol físico (ROLFIS) del SF-36. La magnitud del efecto fue media en la conducta asertiva (PR) y pequeña en depresión y en las subescalas de Vitalidad (VIT) y Salud mental (SALMEN) del SF-36.

**Tabla 4.** Estadístico de contraste para la prueba de Wilcoxon con dos muestras relacionadas (medidas pre y pos intervención,  $n = 9$ ) y magnitud del efecto ( $d$ ).

Variables psicológicas (instrumento/subescala)	Pre-intervención		Pos-intervención		Z	p	d
	M	DT	M	DT			
Ansiedad (BAI)	19.11	8.92	16.78	12.98	-0.981 <sup>a</sup>	.326	0.180
Depresión (BDI-II)	20.44	10.41	15.33	11.96	-2.079 <sup>a</sup>	.038*	0.427
Estrés percibido (PSS)	14.56	6.29	12.56	5.08	-1.211 <sup>a</sup>	.226	0.394
Salud (SF-36)							
Funcionamiento físico (FUNFIS)	28.00	0.00	25.22	6.08	-0.679 <sup>a</sup>	.497	0.183
Rol físico (ROLFIS)	4.00	0.00	7.22	1.39	-2.636 <sup>b</sup>	.008*	1.036
Dolor corporal (DOLCOR)	7.00	2.23	7.33	2.92	-0.356	.722	0.113
Salud general (SALGEN)	14.78	2.33	14.44	3.94	-0.48 <sup>a</sup>	.631	0.084
Vitalidad (VIT)	11.78	2.49	12.67	3.67	-1.199 <sup>b</sup>	.230	0.455
Funcionamiento social (FUNSOC)	6.11	1.36	6.56	2.74	-0.632 <sup>b</sup>	.527	0.245
Rol emocional (ROLEMO)	5.00	0.00	4.44	1.33	-1.299 <sup>a</sup>	.194	0.248
Salud mental (SALMEN)	18.44	2.60	18.11	5.99	-0.211 <sup>a</sup>	.833	0.446
Asertividad (AI)							
Malestar (M)	95.44	28.82	84.00	38.09	-0.771 <sup>a</sup>	.441	0.300
Probabilidad de respuesta (PR)	123.67	15.79	93.89	38.78	-2.073 <sup>a</sup>	.038*	0.768
Estrategias de afrontamiento (CSI)							
Solución de problemas (REP)	11.11	4.26	15.11	3.55	-2.536 <sup>b</sup>	.011*	1.127
Autocrítica (AUC)	3.56	4.30	3.22	3.83	-0.405 <sup>a</sup>	.686	0.089
Expresión emocional (EEM)	9.89	4.29	8.89	4.65	-0.238 <sup>a</sup>	.812	0.215
Pensamiento desiderativo (PSD)	15.00	4.42	14.44	3.05	-0.359 <sup>a</sup>	.720	0.184
Apoyo social (APS)	6.89	5.11	7.56	5.83	-0.677 <sup>b</sup>	.498	0.115
Reestructuración cognitiva (REC)	7.33	5.50	11.11	3.66	-2.527 <sup>b</sup>	.012*	1.033
Evitación de problemas (EVP)	5.67	2.83	9.00	3.67	-2.043 <sup>b</sup>	.041*	0.907
Aislamiento social (AIS)	5.78	4.89	5.67	4.61	-0.212 <sup>a</sup>	.832	0.024

Notas: BAI= Beck Anxiety Inventory; BDI-II= Beck Depression Inventory II; PSS= Perceived Stress Scale; SF-36= SF-36 Health Survey; AI= Assertiveness Inventory; CSI= Coping Strategies Inventory. <sup>a</sup>Basado en los rangos positivos; <sup>b</sup>Basado en los rangos negativos. \* $p < .05$ . Magnitud del efecto ( $d$  de Cohen): muy pequeña si  $d < 0.20$ ; pequeña si  $0.20 < d < 0.50$ ; media si  $0.50 < d < 0.80$ ; grande si  $d > 0.80$ .

### Valoración del programa por parte de los participantes

Además de evaluar los objetivos propuestos con la intervención, los participantes evaluaron el programa y el efecto percibido en sus vidas a partir de los aprendizajes y cambios realizados. El 88% valoró el programa como útil, el 88% informó haber aplicado lo aprendido en su vida y el 62.5% se

ha implicado o ha retomado acciones orientadas por sus valores, que los acercan al logro de sus objetivos vitales.

En la Tabla 5 se incluyen detalladamente los aspectos mencionados por los participantes como aprendizajes aplicados en su vida y las acciones concretas que mostraban su compromiso con sus valores personales y que retomaron a partir de haber participado en el grupo terapéutico.

**Tabla 5.** Aspectos cualitativos de la valoración del programa y el efecto en las vidas de los participantes.

Aprendizajes aplicados en su vida	<i>n</i>
• Aceptar mejor las situaciones difíciles	1
• “Desarmar” los miedos infundados	1
• Moderar su ansiedad ante el futuro. Intenta vivir más al día sin pensar demasiado en lo que puede suceder	1
• Tener un mejor control de la ira. En las situaciones en que antes se enfadaba, ahora toma distancia y tiempo para calmarse	3
<b>Aprendizajes aplicados en su vida</b>	
• Afrontar de mejor manera las situaciones en la que su hijo (con TMG) está exaltado y con ello disminuir el estrés o la ansiedad que le producía	1
• Aprender a tratar a los hijos (con TMG) como adultos y preguntarles su opinión	1
• Mejorar la comunicación y la escucha	1
• Utilizar los “mensajes en primera persona” en vez de los que son en segunda persona, evitando responsabilizar (y culpar) al otro	3
• Aprender a solicitar cambios de comportamiento de forma empática y asertiva	1
• Apreciar y dedicar más tiempo a pequeñas cosas	1
• Minimizar y afrontar con mejor disposición las cosas negativas	1
• No generalizar los aspectos negativos y resaltar los que son positivos (valorarlos)	2
• Dedicar tiempo a “observar su jardín” y mirar con detenimiento cada parcela (¿cómo está?, ¿qué le falta?, ¿qué le sobra?..)	1
• Dedicar más tiempo a sí mismo	1
• Aceptar y comprender mejor los síntomas de la enfermedad del hijo (con TMG). Considerar que tiene más recursos para ayudarlo	1
<b>Acciones que muestran su compromiso con sus valores personales</b>	
• Participación en actividades culturales de interés	1
• Desarrollo de actividades de ocio con los amigos	2
• Realización de actividades al aire libre (e.g., excursiones, senderismo, etc.)	1
• Dar un poco más de autonomía a su hijo, para que tome sus decisiones	1
• Mejora de la relación con otros hijos	1
• Disfrutar también del tiempo de ocio (dejando a un lado los problemas o situaciones aún no resueltos) y “recargar baterías”	1
• Ha dedicado un día del fin de semana a estar con la familia y con los amigos, hablando y disfrutando del momento	1
• Retomar y disfrutar de sus actividades en pareja (salir a tapear, dar paseos, leer juntos, etc.)	1
• Sin cambios. Continúa centrada únicamente en el cuidado de su hijo	2

### Discusión

En los sistemas de salud actuales las intervenciones con familiares de pacientes con TMG (sobre todo, la psicoeducación) se realizan para influir positivamente en la evolución del paciente diagnosticado con un TMG. Estas intervenciones parecen tener también efectos positivos en los familiares, por ejemplo, disminuyendo los niveles de estrés y carga, mejorando la comunicación y la forma de solucionar los problemas. No obstante, estos familiares también presentan problemas psicológicos nada despreciables, como depresión y ansiedad, que requieren ser atendidos a nivel profesional. Este trabajo mostró la eficacia de un programa de intervención psicológica *in situ* con familiares que conviven con una persona con un TMG, en los que los familiares y sus necesidades psicológicas eran el objetivo diana de la intervención

en esta unidad de salud mental en España. Los resultados obtenidos prueban que el programa fue eficaz al reducir de forma significativa los niveles de depresión, mejorar el rol físico (uno de los aspectos de la salud evaluados por el SF-36), aumentar las conductas asertivas y el uso de tres estrategias de afrontamiento orientadas a resolver problemas: la solución de problemas, la reestructuración cognitiva y la evitación de problemas.

El nivel de depresión medio inicial de los familiares podía considerarse como “moderado” (véanse las categorías que aparecen descritas en la sección de Instrumentos) y después de la intervención el nivel de depresión informado pasó a ser “leve”, siendo esto un cambio clínicamente significativo. Este resultado es uno de los más importantes de este programa, teniendo en cuenta los antecedentes empíricos sobre la presencia de trastornos depresivos entre los familia-

res cuidadores de pacientes con TMG (Goldstein et al., 2002; Rascón et al., 2010; Roldán et al., 2011; Steele et al., 2010) y la escasez de intervenciones psicológicas orientadas a atender a los cuidadores en sus problemas emocionales. Hasta la fecha, las pruebas empíricas muestran que las intervenciones realizadas con los familiares de pacientes con TMG, tales como la psicoeducación, el entrenamiento en comunicación y la terapia familiar, han sido eficaces en cuanto han favorecido la evolución positiva de los pacientes (Baüml et al., 2006; Girón et al., 2010; Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Urizar, 2007), pero no se ha demostrado su efecto en cuanto a la reducción de los problemas psicológicos y los trastornos emocionales de los familiares.

La reducción de los niveles de depresión puede estar relacionada, por una parte, con lo que implica la regulación emocional y la elaboración del duelo y, por otra parte, en la orientación de las acciones actuales a la reconstrucción de los proyectos vitales. Concretamente, se trabajan distintos contenidos como aceptar la pérdida de la salud de su ser querido, asumir posiciones menos catastróficas, desdramatizar ciertas situaciones, reajustar las expectativas que tienen en cuanto al paciente y la evolución de la enfermedad y, sobre todo, centrarse en las potencialidades (en lo que se tiene y no en lo que se ha perdido), así como en avanzar en la recuperación y restablecimiento de nuevos propósitos vitales. Esto significa que los familiares realizan una redefinición de aquellas cuestiones que son valiosas para ellos, empiezan a reconocer sus fortalezas y aprenden nuevas competencias (herramientas o habilidades) para encaminar sus comportamientos a esos propósitos vitales.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, se observa que los valores medios iniciales de tres estrategias aumentan tras la intervención, así, el percentil inicial para la Solución de problemas pasa de 25 a 45, el de la Reestructuración cognitiva pasa del percentil 3 al 55 y el de la Evitación de problemas pasa del percentil 50 al 80 (para consultar el baremo véase Cano et al., 2007). Estos datos revelan la importancia que tiene el cambio a nivel clínico. Este aumento del uso de estas tres estrategias de afrontamiento consideradas adaptativas es coherente con el modelo de competencias de Costa y López (2006). Las estrategias de Solución de problemas y de Reestructuración cognitiva constituyen esfuerzos constructivos por modificar o lograr un mejor ajuste y manejo de las situaciones problemáticas o difíciles, las cuales aparecen en la literatura como las más relacionadas con una disminución del malestar psicológico del cuidador (Chakrabarti y Gill, 2002; Chandrasekaran, Sivaprakash y Jayestri, 2002; Gerson et al., 2011; Magliano et al., 2000). Estas estrategias tienen un gran valor en la medida que son estrategias orientadas a resolver los problemas. La tercera estrategia, la Evitación de problemas (e.g., evité pensar o hacer nada, quité importancia a la situación y no quise preocuparme más, etc.), reúne un conjunto de acciones contrarias a invertir más tiempo del necesario en pensamientos que aumenten el malestar. En la cultura occidental esta estrategia suele considerarse poco adecuada y así podría ser si la persona se mantie-

ne en ella, pero en este caso, la estrategia de evitación de problemas es coherente con el objetivo de la intervención de enseñarles a distanciarse de las ruminaciones cognitivas, cuyo único resultado es el aumento del sufrimiento “inútil” y en centrar sus esfuerzos en alcanzar aquello que consideran valioso en sus vidas.

Un tercer resultado importante del programa fue el aumento significativo de la conducta asertiva. Si se toman en consideración las puntuaciones medias del grupo, se puede observar cómo la probabilidad de responder de manera asertiva antes de la intervención indicaba que era una cuestión problemática y tras su participación en el programa la puntuación media disminuye superando el umbral establecido y mostrando un aprendizaje de conductas más asertivas y una mayor posibilidad de uso. Este resultado podía esperarse, puesto que el programa incluye un trabajo intenso y duradero en el entrenamiento en comunicación. Este entrenamiento pasa por la identificación de los obstáculos y facilitadores que utilizan los participantes, por un mejor conocimiento de sus derechos personales asertivos, la importancia de aprender a expresar pensamientos, opiniones y sentimientos en primera persona (e.g., “cuando dices... me siento...”), el aprender a pedir un cambio de conducta de forma adecuada y el uso de técnicas asertivas. La mejora de la conducta asertiva es un aspecto central de la intervención con familiares de personas con TMG, dado que su déficit constituye un factor de riesgo para la ansiedad, la depresión, el estrés y el estado de salud percibido en estas personas (Roldán, Salazar y Garrido, 2014). Se observa cómo se mantienen algunos niveles de malestar y ansiedad ante situaciones en las que hay que realizar una defensa de los propios derechos o una expresión asertiva de opiniones y sentimientos, pero aun así, la conducta asertiva como tal mejora de forma significativa. Esto podría interpretarse como un aumento de su capacidad para tolerar y aceptar el malestar y no dejarse llevar por él y, por el contrario, comportarse según sus propios valores.

Otro aspecto que mostró un cambio significativo fue el Rol físico. Tras el programa, los familiares informaron de una media de puntuación que indicaba que, comparado con lo informado antes del tratamiento, en la actualidad tenían menos dificultad para realizar su trabajo o llevar a cabo otras actividades diarias debido a problemas físicos.

Una de las cuestiones a resaltar en este estudio son las magnitudes del efecto de las variables que mostraron un cambio significativo, ya que ellos respaldan la hipótesis de que los cambios se produjeron por efecto del programa de intervención. También encontramos otros aspectos psicológicos que, si bien mostraron cambios, estos no fueron estadísticamente significativos, pero las magnitudes del efecto revelan que el cambio, aunque pequeño, no resulta nada despreciable a nivel clínico. Concretamente, hacemos referencia a los niveles de Estrés percibido, Malestar/Ansiedad (subescala del AI) y la estrategia de Expresión emocional, cuya disminución indica una reducción de los niveles de estrés percibido, del malestar o ansiedad en las situaciones sociales que exigen el uso de la asertividad y una menor utiliza-

ción de una estrategia que si bien está encaminada a liberar las emociones que se experimentan en una situación estresante, no resulta adaptativa si se da prioridad a ésta antes que a otras estrategias orientadas a resolver los problemas. Por otra parte, la magnitud del efecto en Vitalidad también da indicios respecto a cómo esta intervención produjo un aumento en este aspecto de la salud, mostrando que los familiares se sienten más dinámicos y con más energía que al inicio del tratamiento. Insistimos en cómo estas magnitudes del efecto no deben pasarse por alto, sobre todo, si se considera que éste es un estudio piloto y merece la pena explorar más a fondo las actividades terapéuticas que puedan generar cambios significativos a este respecto. Esta idea, está en concordancia con la valoración de los familiares sobre el cambio percibido a partir de su participación en el programa.

Hoy en día, el grado de satisfacción y la valoración subjetiva que hacen los pacientes respecto a los servicios sanitarios es un aspecto importante dentro de los servicios de salud. Tal y como afirman Fernández-Carbonell et al. (2012), la satisfacción del paciente forma parte de la calidad del cuidado sanitario y debe considerarse en el diseño y evaluación de los servicios. Con base en ello, al final del programa de intervención con los familiares, se llevó a cabo una evaluación subjetiva por parte de estos respecto al programa y en cuanto a los efectos y cambios en su vida percibidos a partir de su participación en él. Como pudo apreciarse, los resultados obtenidos fueron muy favorables al programa. Los familiares resaltaron el logro de distintos aprendizajes (aplicados en sus vidas) a lo largo del grupo terapéutico, como la aceptación y una mejor gestión de sus propias emociones (ira, frustración, ansiedad), el desarrollo de habilidades de comunicación, solución de problemas y refuerzo de comportamientos positivos que mejoraban su interacción con los demás (sobre todo con los hijos con TMG) y, finalmente, la recuperación o el desarrollo de algunas actividades que muestran su compromiso con sus valores (e.g., dedicar tiempo a sí mismo, a pensar en su propia vida y en cómo quiere llevarla, a la pareja, actividades de ocio, culturales, sociales, entre otras) por parte de la mayoría de los participantes (siete de nueve), lo que está acorde con la meta principal de la ACT (Dalh et al., 2005).

Para finalizar, se comentarán los componentes del programa y su posible relación con los resultados obtenidos y discutidos hasta ahora. En primer lugar, una característica importante de esta intervención es que si bien no está centrada en abordar la depresión ni ningún otro problema emocional concreto (ansiedad, estrés, ira), tal y como sucede con la mayoría de programas de intervención psicológica clásicos científicamente probados (*Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12*, 2012), sí se incluye un módulo básico de psicoeducación en el que se utiliza el análisis funcional para que los familiares entiendan cómo funciona la conducta en un contexto determinado y qué hace que se mantenga, aumente o disminuya. Las dificultades emocionales que presentan forman parte de las consecuencias que surgen a partir de las formas (de pensar y actuar)

que habitualmente han empleado para hacer frente a distintas situaciones de su vida, incluidas las interacciones con el paciente con TMG. Desde este momento, se introducen en el trabajo terapéutico las metáforas, las paradojas y los ejercicios vivenciales como una herramienta útil para validar y facilitar la comprensión de su actuación y sus consecuencias y sobre cómo podría lograrse un cambio en dirección a sus objetivos vitales.

Una vez se hace el análisis funcional de la situación actual, el trabajo se dirige a la aceptación de la emoción y, posteriormente, se enfatiza en la búsqueda de aquellos valores personales y objetivos vitales que han abandonado por estar centrados en la enfermedad de sus hijos y en la pena por lo que han perdido. Como bien lo señalan los participantes, con las discusiones en el grupo y los ejercicios aprenden a distanciarse del contenido de sus pensamientos y emociones y a poner en marcha comportamientos dirigidos a otros aspectos valiosos de sus propias vidas, tal y como se enfatiza en la ACT (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002).

La última fase de este programa es el entrenamiento en competencias, concretamente de comunicación y solución de problemas. Se ha demostrado cómo estas herramientas son muy importantes para mejorar la interacción entre familiares y pacientes y solucionar los conflictos interpersonales (e.g., Fadden, 1998; Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Úrizar, 2007; *Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12*, 2012). En este trabajo, la eficacia del entrenamiento quedó demostrada con el cambio significativo en la conducta asertiva (subescala de Probabilidad de respuesta del AI), en las estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas y en el informe de los familiares sobre el cambio en los estilos de comunicación agresivo o inhibido por el asertivo, de la utilización de los mensajes en primera persona (en vez de mensajes que culpan e hieren a otros), la escucha, la empatía y el saber pedir un cambio de comportamiento. Según los familiares, el entrenamiento en comunicación es uno de los aspectos más importantes y mejor valorados de este programa y esto coincide con otros estudios que demuestran que la utilización de estrategias de afrontamiento como la comunicación positiva y un menor uso de estrategias centradas en la emoción disminuye la carga (e.g., Magliano et al., 2000).

Si bien, este estudio revela la importancia de llevar a cabo intervenciones eficaces para los problemas psicológicos de los familiares de personas con TMG (y no sólo para ayudar al paciente y a la evolución de la enfermedad), deben señalarse tres limitaciones que merecen especial consideración. Una de ellas es el tamaño de la muestra, pues al ser pocos sujetos los resultados no pueden generalizarse. No obstante, se trata de un estudio piloto *in situ*, lo que le otorga un gran valor por su validez externa. La segunda limitación es la ausencia de un grupo control con lo cual no se puede comparar si esta intervención es igual o más eficaz que otras formas de tratamiento o al menos, si lo es con respecto a no recibir ninguna ayuda psicológica. Y la tercera limitación es el seguimiento, pues a la fecha no se ha podido llevar a cabo

una nueva medición para ver los efectos del programa a medio plazo, el cual se plantea como la siguiente acción a desarrollar dentro de la línea de investigación.

En resumen, este estudio revela que el programa de atención psicológica grupal con los familiares, basado en la aceptación y el desarrollo de competencias, ha sido eficaz para reducir de modo significativo, la depresión y para mejorar la conducta asertiva, el rol físico y tres estrategias de afrontamiento adaptativas y orientadas a la solución de problemas. Además, la valoración hecha por los familiares indica que el programa es útil y los aprendizajes son aplicables en sus vidas. Según lo revelan ellos mismos, han realizado cambios importantes en sus vidas, en dirección a los valores que habían abandonado por la enfermedad de sus hijos. Han recuperado su tiempo de ocio, han aumentado sus actividades sociales y han puesto en marcha comportamientos dirigidos al cuidado personal y la salud en general.

## Conclusión

El programa de intervención psicológica grupal dirigido a los familiares de pacientes con TMG fue eficaz en la disminución de los niveles de depresión, el aumento de conductas asertivas, una mejoría del rol físico y un mayor uso de algunas estrategias de afrontamiento adaptativas y orientadas a resolver los problemas. Los participantes mismos valoran, en su mayoría, que el programa les ha sido útil y han podido aplicar lo que han aprendido en su vida cotidiana. Esta intervención terapéutica es novedosa dentro de los sistemas de salud pública de España y el mundo, pues rompe con los es-

quemias tradicionales de tratamiento para las familias de pacientes con TMG, las cuales están orientadas únicamente a incidir en un mejor pronóstico del trastorno mental.

Entre los aspectos, también novedosos de esta intervención, se encuentra el énfasis en la aceptación y el compromiso con las acciones orientadas a lograr los propósitos vitales, como estrategias psicológicas fundamentales para fortalecer y desarrollar nuevas competencias (siguiendo el modelo propuesto por Costa y López, 2006) que les permitan alcanzarlos, tal y como lo propone la ACT (Hayes et al., 1999; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002). Es en este punto cuando una terapia de las denominadas de “tercera generación” puede funcionar conjuntamente con formas más tradicionales de intervención y enmarcadas también en el ámbito de la terapia cognitivo conductual, que tienen un amplio respaldo empírico.

Como cabe esperar, siendo un estudio piloto, el tamaño de la muestra no permite hacer generalizaciones ni muestra que sea más eficaz que otras intervenciones o que no recibir tratamiento psicológico y, por tanto, se hacen necesario continuar investigando.

**Agradecimientos.** Las autoras quieren expresar sus agradecimientos a los familiares que participaron en este estudio y a los profesionales de Hospital de Día de Salud Mental “Licinio de la Fuente”, Complejo Hospitalario Universitario de Granada (España) por hacer extensiva la invitación a los familiares para formar parte de este grupo terapéutico y de investigación.

**Financiación:** Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (referencia del proyecto: SAS111215).

## Referencias

- Baüml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. y Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1-S9.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Breitborde, N. J. K., Moreno, F. A., Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B., Byreddy, S. y McFarlane, W. R. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11, 9. Recuperado el 4 de septiembre de 2011, de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/9>
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Carlbring, P., Högglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vermark, K. y Andersson G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 148, 331-337.
- Chakrabarti, S. y Gill, S. (2002). Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study. *Bipolar Disorders*, 4, 50-60.
- Chandrasekaran, R., Sivaprakash, B. y Jayestri, S. R. (2002). Coping strategies of the relatives of schizophrenic patients. *Indian Journal of Psychiatry*, 44, 9-13.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2ª ed. Hillsdale, NJ: LEA.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health & Social Behavior*, 24, 385-396.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C. y Hayes, S. S. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context.
- Dixon, L., Adams, C. y Lucksted, A. (2000) Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Eilenberg, T., Kronstrand, L., Fink, P. y Frostholm, L. (2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety. Results from a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 461-468.
- Fadden, G. (1998). Research update: Psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 20, 293-309.
- Fernández-Carbonell, M. J., Dasí, C., García-Merita, M. L. y Fuentes, I. (2012). Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. *Anales de Psicología*, 28, 378-386.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M. y Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 142-151.
- Fredrik, H., Lars, H., Ulla, K. y Torsten, N. (2010). Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 275-283.
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.

- Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T. y Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: An exploratory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 76-80.
- Girón, M., Fernández, A., Mañá, S., Molina, A., Nolasco, A. y Gómez, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40, 73-84.
- Goldstein, T. R., Miklowitz, D. J. y Richards, J. A. (2002). Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*, 41, 645-657.
- Gutiérrez-Maldonado, J. y Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739-747.
- Haro, J. M., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Codony, M., Martínez, M., Domingo, A., Torres, J., Almansa, J., Ochoa, S. y Atonell, J. (2008). The epidemiology of mental disorders in the general population of Spain. En R. C. Kessler y T. B. Üstun (dirs.), *The WHO World Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 406-430). Cambridge: Cambridge University.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y el Grupo ESEMEd-España (2006). Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMEd-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, S. C., Jason B., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Luciano, M. C., Valdivia, M. S. y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5, 2, 173-201.
- Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A. y Rogakou, E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: Can they be measured? *European Psychiatry*, 19, 408-414.
- Magaña, S. M., Ramírez, J. I., Hernández, M. G. y Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58, 378-384.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M. L., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malangone, C., Marasco, C. y Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 109-115.
- Miklowitz, D. J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 192-196.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Borderline personality disorder. Treatment and management. NICE clinical guideline 78*. Manchester: Autor.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2006). *Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care*. Londres: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Psychosis with coexisting substance misuse. The NICE guideline on assessment and management in adults and young people*. Londres: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Política, planes y programas de salud mental (versión revisada). Madrid: Editores Médicos. (Orig. 2005).
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. y Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.
- Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 55-60.
- Rascón, M. L., Caraveo, J. y Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*, 62, 509-515.
- Roldán, G., Salazar, I. C. y Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave. *Behavioral Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 501-521.
- Roldán, G., Salazar, I., Garrido, L., Carrillo, E., Guarnido, E., Ramírez, M., Prieto, M., Ramos, M. A. y Ramos, J. M. (2011, noviembre). *Ansiedad y depresión en familiares que conviven con personas diagnosticadas de trastorno mental grave*. Comunicación presentada en el I Symposium Internacional sobre Abuso Psicológico: Aspectos clínicos, sociales y educativos, Granada, España.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the "Cognitive Fusion Questionnaire". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 117-132.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (act) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Saunders, J. C. y Byrne, M. M. (2002). A thematic analysis of families living with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 217-223.
- Society of Clinical Psychology. American Psychological Association, Division 12 (2012). *Psychological disorders and behavioral problems*. Recuperado el 18 de abril de 2012, de <http://www.psychologicaltreatments.org/>
- Steele, A., Maruyama, N. y Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 121, 10-21.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-61.
- Ware, J. E., Jr., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Lincoln, RI: QualityMetric.
- Wiedemann, G., Hahlweg, K., Müller, U., Feinstein, E., Hank, G. y Dose, M. (2001). Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 72-84.
- Wilson, K. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zubin, J. y Spring, B. J. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

(Artículo recibido: 05-06-2012; revisado: 28-06-2013; aceptado: 25-06-2014)