



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



IMERSO



Centro de
Referencia
Estatal de
Atención
Psicosocial

EL DISEÑO Y APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EVALUABLES EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DESDE EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

IMERSO. NOVIEMBRE 2025



GOBIERNO
DE ESPAÑA
MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES

Y CONSUMO

Y AGENDA 2030

IMSE

ERSO



Centro de
Referencia
Estatal de
Atención
Psicosocial

El diseño y aplicación de programas de intervención evaluables en
rehabilitación psicosocial desde el modelo integral de atención centrada
en la persona.

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CREAP)

EDITA:

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Imserso (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)

https://creap.imserso.es/documents/20123/924348/20251121_gbp_diseño_programas_psicosocial.pdf

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

NIPO: 235250334

Fecha edición: 2025

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

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Jorge Marredo Rosa y Paloma Goizueta Pourthé

Para la edición del manuscrito final de este manual, mejorar la coherencia general, legibilidad de este y la traducción de algunos términos se usó el modelo LLM Claude 4.0 Sonnet de Anthropic.

Las figuras utilizadas en este documento en las cuales aparecen personas fueron generadas con inteligencia artificial mediante la aplicación <https://app.napkin.ai/>, por lo que carecen de derechos de copyright ya que la plataforma permite el uso de las imágenes generadas sin restricciones de derechos de autor.

La información está actualizada a fecha de redacción de la guía, en agosto de 2025.

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	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN AL DISEÑO DE PROGRAMAS ESTRUCTURADOS	7
INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. DIFERENCIACIÓN ENTRE PAI Y PROGRAMAS GRUPALES.....	8
1.2. NATURALEZA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EVALUABLES.....	10
1.3. METODOLOGÍA DE DISEÑO DE PROGRAMAS BASADOS EN EVIDENCIA	13
CONCLUSIONES APLICADAS	17
CAPÍTULO 2: BASES METODOLÓGICAS PARA PROGRAMAS GRUPALES EVALUABLES	22
INTRODUCCIÓN.....	22
2.1. ANÁLISIS DE NECESIDADES PARA PROGRAMAS GRUPALES	23
2.2. DISEÑO DE PROGRAMAS ESTRUCTURADOS	26
2.3. SELECCIÓN Y ADAPTACIÓN DE MODELOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL	28
2.4. PLANIFICACIÓN DE RECURSOS PARA PROGRAMAS GRUPALES.....	30
2.5. SISTEMA DE INDICADORES PARA PROGRAMAS.....	32
CONCLUSIONES APLICADAS	34
CAPÍTULO 3: DISEÑO DE PROGRAMAS CENTRADOS EN LA RECUPERACIÓN GRUPAL ...	38
INTRODUCCIÓN.....	38
3.1. PRINCIPIOS DEL TRABAJO GRUPAL EN REHABILITACIÓN	38
3.2. METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS EN PROGRAMAS ESTRUCTURADOS.....	42
3.2.2. FLEXIBILIDAD DENTRO DE LA ESTRUCTURA.....	43
3.3.1. COMPOSICIÓN ÓPTIMA DE GRUPOS	44
3.4. FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN DE FACILITADORES	47
3.4.2. PROTOCOLOS DE FORMACIÓN INICIAL	47
3.4.3. SUPERVISIÓN DE LA FIDELIDAD	47
CONCLUSIONES APLICADAS	52

CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE PROGRAMAS GRUPALES.....	53
INTRODUCCIÓN.....	53
4.1. DISEÑO DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS	54
4.2. INSTRUMENTOS PARA EVALUAR PROGRAMAS GRUPALES	56
4.3. ANÁLISIS DE DATOS DE PROGRAMAS	59
4.4. INFORMES DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS	61
4.5. VIABILIDAD Y EFICIENCIA DE PROGRAMAS GRUPALES	62
CONCLUSIONES APLICADAS	67
CAPÍTULO 5: MEJORA CONTINUA Y SOSTENIBILIDAD DE PROGRAMAS.....	68
INTRODUCCIÓN.....	68
5.1. CICLOS DE MEJORA DE PROGRAMAS.....	69
5.2. MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA.....	72
5.3. INSTITUCIONALIZACIÓN DE PROGRAMAS EXITOSOS.....	74
5.4. CREACIÓN DE UN BANCO DE PROGRAMAS	75
5.5. TRANSFERENCIA Y ESCALADO DE PROGRAMAS	77
5.5.2. FORMACIÓN DE FORMADORES	78
5.5.3. RED DE CENTROS IMPLEMENTADORES	78
5.5.4. EVALUACIÓN MULTICÉNTRICA	78
CONCLUSIONES APLICADAS	82
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS ESPECÍFICOS PARA PROGRAMAS GRUPALES.....	92
ANEXO I. TOOLKIT PARA DISEÑO DE PROGRAMAS	92
ANEXO II. EJEMPLOS DE PROGRAMAS ESTRUCTURADOS.....	102
ANEXO III. ARTICULACIÓN CON EL PAI	106
ANEXO IV. GLOSARIO Y RECURSOS.....	109

Resumen

El diseño de programas grupales estructurados constituye un componente central de la rehabilitación psicosocial contemporánea y una estrategia para articular intervenciones replicables, evaluables y coherentes con los principios de recuperación y atención comunitaria en el sistema público de salud mental. No obstante, en la práctica muchas actividades grupales operan como «actividades abiertas» sin manual, sin criterios estandarizados ni un sistema de evaluación definido, lo que dificulta la valoración de resultados, la replicabilidad y la gestión del conocimiento institucional. En respuesta a esta laguna, el manual propone un marco operativo integrador para el diseño, implementación, evaluación y escalado de programas grupales en entornos residenciales, diurnos y ambulatorios, organizado en un ciclo lógico: análisis de necesidades → diseño → implementación → evaluación → mejora continua. Aporta un conjunto de herramientas prácticas —ficha técnica, manual del facilitador, registro de sesiones y checklists—, un sistema mínimo de indicadores (proceso, fidelidad, resultados, satisfacción y viabilidad) y directrices para la articulación operativa con el Plan de Atención Individualizada (PAI). Además, ofrece pautas para el versionado, la institucionalización y el escalado (banco de programas, manuales de replicación y formación de formadores), orientando la transformación de prácticas individuales en recursos estables, evaluables y transferibles dentro de la cartera de servicios.

Palabras clave: programas grupales; rehabilitación psicosocial; diseño de intervenciones; evaluación de programas; fidelidad de implementación; Plan de Atención Individualizada (PAI); escalabilidad institucional; codiseño con personas atendidas; indicadores de resultados; formación de facilitadores.

Abstract

The design of structured group programmes is presented here not as an administrative footnote but as a clinical instrument: a way to make group interventions reproducible, measurable and coherent with recovery-oriented, community-based care within the public mental-health system. Yet, practice betrays this ideal. Many group activities still run as “open sessions” — no manual, no shared metrics, no systematic link to Individualized Care Plans — which renders outcomes hard to judge and good practices hard to keep beyond the memory of a few practitioners.

This manual addresses that gap by offering an integrated operational framework for designing, implementing, evaluating and scaling group programmes across residential, day-centre and outpatient settings. It is organised around a simple—practical—cycle: needs analysis → design → implementation → evaluation → continuous improvement. Alongside that logic the reader will find a compact toolkit: programme datasheets, facilitator guides, session records and checklists; a minimal indicator set (process, fidelity, outcomes, satisfaction, feasibility); and clear instructions for aligning programmes with the PAI.

Importantly, the manual also codifies pathways for versioning, institutionalisation and scale-up (programme repositories, replication manuals, train-the-trainer schemes), so that useful practice becomes a shared resource rather than a transient competence locked in individuals. Pragmatic in tone, methodical in structure — the aim is modest but concrete: to transform ad-hoc group activity into evaluable, transferable and sustainable components of the service portfolio.

Keywords: group programmes; psychosocial rehabilitation; intervention design; programme evaluation; implementation fidelity; Individualized Care Plan (PAI); institutional scale-up; co-design with service users; outcome indicators; facilitator training.

1

CAPÍTULO 1: Introducción al diseño de programas estructurados



Introducción

El diseño de programas grupales estructurados en rehabilitación psicosocial se sitúa en la intersección entre la práctica clínica, la gestión de servicios y la evidencia científica. En el contexto del sistema público de salud mental español, estos programas constituyen una herramienta clave para articular intervenciones coherentes con los principios de recuperación, continuidad asistencial y atención comunitaria (Anthony, 1993; Ministerio de Sanidad, 2022). Mientras que el Plan de Atención Individualizada (PAI) define la hoja de ruta personalizada de cada persona, los programas grupales aportan un dispositivo metodológicamente sólido para trabajar objetivos compartidos de forma eficiente, evaluable y replicable (Burlingame et al., 2020; Yalom & Leszcz, 2020).

Históricamente, muchas intervenciones grupales se han desarrollado como actividades abiertas, poco sistematizadas y difícilmente evaluables. Este enfoque, aunque bien intencionado, limita la capacidad de demostrar resultados, justificar recursos y garantizar equidad en el acceso a intervenciones de calidad (Skivington et al., 2021). En cambio, el programa grupal estructurado se define por la presencia de un manual, un protocolo de implementación, criterios claros de inclusión y exclusión, y un sistema de evaluación predefinido (American Group Psychotherapy Association [AGPA], 2007). Este capítulo introduce los fundamentos conceptuales y metodológicos del diseño de programas estructurados,

diferenciando con precisión el lugar que ocupan respecto al PAI, delimitando qué significa que un programa sea “evaluable” y presentando un modelo básico de diseño basado en la evidencia. Se ofrece un marco general pensado para ser aplicado en diferentes dispositivos (recursos residenciales, centros de día, atención ambulatoria) y adaptable a distintos perfiles de personas con trastorno mental grave (TMG), manteniendo como eje la coordinación con los planes individuales y la mejora continua de la calidad.

1.1. Diferenciación entre PAI y Programas Grupales

1.1.1. El PAI como marco individual

El Plan de Atención Individualizada (PAI) es el documento clínico-técnico que integra la valoración global de la persona, sus metas de recuperación y las intervenciones previstas para alcanzarlas. Se construye de forma colaborativa entre la persona atendida, el equipo interdisciplinar y, cuando procede, la familia u otros apoyos significativos ([Davidson & Tondora, 2015](#)). El PAI opera como un “contrato de trabajo clínico” donde se definen objetivos individualizados, indicadores de seguimiento y responsables de su ejecución.

En rehabilitación psicosocial, el PAI trasciende una lógica centrada en el déficit para incorporar dimensiones de participación social, proyecto vital, autonomía y calidad de vida ([Leamy et al., 2011; Slade, 2010](#)). No se limita a recoger “problemas” sino que identifica recursos personales, contextuales y comunitarios, así como preferencias y prioridades de la persona. Desde esta perspectiva, el PAI es el marco que legitima y orienta la selección de intervenciones individuales, familiares y grupales que se desplegarán a lo largo del proceso de recuperación ([Liberman, 2008](#)).

1.1.2. El programa como intervención grupal estructurada

Por contraste, el programa grupal estructurado es un dispositivo de intervención con límites definidos: tiene una población diana, una duración concreta, una secuencia de sesiones y unos resultados esperados comunes a todas las personas participantes. El foco del programa no es “el caso individual” en toda su complejidad, sino un conjunto acotado de objetivos compartidos (por ejemplo, psicoeducación sobre la enfermedad, entrenamiento en habilidades

sociales, manejo de la medicación, hábitos de vida saludable, habilidades de vida independiente, etc.) (Bellack et al., 2004; Mueser & Gingerich, 2015).

El programa se expresa en forma de manual o documento operativo, que describe al menos: objetivos generales y específicos, contenidos por sesión, metodología, materiales, rol de los facilitadores, criterios de inclusión y exclusión, y el sistema de evaluación. De este modo, diferentes profesionales pueden implementarlo con un grado aceptable de fidelidad, y los resultados pueden compararse entre cohortes o dispositivos (Bond et al., 2000; Carroll et al., 2007).

1.1.3. Complementariedad PAI–programas: evitar solapamientos y lagunas

La complementariedad entre PAI y programas grupales implica una doble vigilancia. Por un lado, evitar que el programa funcione como un “catálogo de ofertas” desconectado de los objetivos personalizados. Por otro, impedir que el PAI quede reducido a una mera suma de actividades (“va a psicoeducación, va a habilidades sociales”) sin una lógica de cambio ni criterios de priorización.

Una buena práctica consiste en anclar la participación en programas a objetivos PAI explícitos, de modo que cada admisión a un grupo se justifique por la contribución esperada del programa a esos objetivos. De forma recíproca, los resultados de la participación en el programa han de retroalimentar la revisión del PAI, actualizando metas, prioridades y apoyos necesarios. Así, el programa grupal deja de ser una actividad aislada y pasa a ser un recurso integrado en el itinerario de recuperación.

INSIGHT CLAVE 1

El error de convertir el programa en “agenda” y el PAI en “listado de grupos”

Una confusión frecuente en los dispositivos de rehabilitación psicosocial consiste en usar los programas grupales como simple herramienta de ocupación del tiempo y el PAI como un listado de “a qué grupos asiste la persona”. Este enfoque tiene al menos tres consecuencias negativas. Primero, diluye el sentido de la intervención: se pierde de vista qué cambio específico se espera de la participación en cada programa. Segundo, dificulta la evaluación, porque las asistencias quedan registradas como actividad, pero no como proceso de cambio

vinculado a objetivos. Tercero, incrementa el riesgo de inequidad: algunas personas acumulan programas sin criterio, mientras otras quedan infraatendidas. Revertir esta lógica implica que cada decisión de incorporación a un programa se fundamente en el PAI, y que cada programa devuelva información útil para revisar y ajustar ese plan.

1.2. Naturaleza y características de los programas evaluables

1.2.1. De “actividad abierta” a programa estructurado

En muchos dispositivos, las primeras experiencias grupales surgen como actividades abiertas: talleres de manualidades, grupos de ocio, salidas comunitarias, etc. Aunque valiosas, a menudo carecen de objetivos específicos, criterios de admisión claros y un sistema de evaluación. Un programa estructurado se diferencia precisamente en que transforma esa actividad en una intervención con hipótesis de cambio: se define qué se quiere modificar, cómo se pretende hacerlo y cómo se comprobará el resultado (Skivington et al., 2021).

Este tránsito exige tomar decisiones sobre la duración, la frecuencia de las sesiones, el número óptimo de participantes, el papel de los facilitadores y el tipo de técnicas empleadas. Supone también renunciar a cierta espontaneidad para ganar en coherencia, trazabilidad y capacidad de demostrar efectos. No se trata de “rigidizar” la práctica, sino de dotarla de una arquitectura que permita aprender de la experiencia y mejorar de forma sistemática (Fixsen et al., 2005).

1.2.2. Componentes esenciales de un programa evaluable

Un programa grupal evaluable se apoya en cuatro componentes esenciales:

- **Marco teórico y modelo de intervención:** descripción explícita de los principios y mecanismos de cambio que sustentan el programa (psicoeducativo, cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades, apoyo mutuo, enfoque de recuperación, etc.) (Barker et al., 2016).
- **Estructura y contenidos:** definición del número de sesiones, secuencia lógica de contenidos, actividades previstas y materiales de apoyo (guías, fichas, recursos audiovisuales).

- **Sistema de evaluación:** selección de indicadores de proceso (asistencia, participación, fidelidad) y resultados (cambio en habilidades, síntomas, funcionamiento, calidad de vida, etc.), con instrumentos y momentos de recogida de datos predefinidos ([Proctor et al., 2011](#)).
- **Manual de implementación y fidelidad:** pautas claras sobre cómo debe aplicarse el programa, qué márgenes de adaptación son aceptables y cómo supervisar la adherencia al modelo ([Breitenstein et al., 2010](#)).

La ausencia de cualquiera de estos componentes compromete la evaluabilidad del programa y dificulta su mejora continua.

MEJOR PRÁCTICA 1

Definir indicadores desde el diseño, no al final del programa

Una práctica habitual es diseñar primero el programa (sesiones, actividades) y pensar en los indicadores “más adelante”, cuando ya está en marcha. Este enfoque genera indicadores poco pertinentes o difícilmente comparables con otros programas. La mejor práctica es partir de una pregunta explícita: “¿Qué cambios esperamos razonablemente tras 8–12 sesiones?” y elegir instrumentos que puedan captar esos cambios ([Harvey & Strassnig, 2012](#)). Por ejemplo, un programa de habilidades sociales debería prever, desde el diseño, la utilización de alguna medida de funcionamiento interpersonal o desempeño social, y no limitarse a registrar “asistencia y satisfacción”. Definir indicadores desde el inicio fuerza al equipo a concretar su teoría del cambio y a alinear las actividades con los resultados deseados.

1.2.3. Replicabilidad, estandarización y flexibilidad

La replicabilidad implica que un programa pueda implementarse en diferentes centros o por distintos equipos manteniendo resultados comparables. La estandarización proporciona instrucciones suficientes para minimizar variaciones arbitrarias, mientras que la flexibilidad reconoce la necesidad de adaptar ejemplos, materiales o ritmos al contexto local y a las características del grupo ([Damschroder et al., 2022](#)).

Un equilibrio adecuado consiste en distinguir entre componentes nucleares (que no deben modificarse sin una revisión formal del programa) y elementos periféricos (adaptables sin comprometer la integridad del modelo). Por ejemplo, la secuencia de contenidos y el uso

de determinadas técnicas (role-playing, tareas para casa) pueden ser nucleares, mientras que los ejemplos utilizados o ciertos materiales pueden ser periféricos. Documentar explícitamente qué puede adaptarse y qué no facilita la supervisión de la fidelidad y evita “mutaciones silenciosas” del programa a lo largo del tiempo (Wiltsey Stirman et al., 2019). Los pros y contras de ambos enfoques se muestran en la Figura 1.

Figura 1. Pros y contras de la estandarización de programas de intervención



Made with  Napkin

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

INSIGHT CLAVE 2

Sin manual no hay programa: solo hay personas haciendo cosas

En muchos servicios se habla de “programas” cuando, en realidad, lo que existe son profesionales experimentados que reproducen una forma personal de trabajar, difícilmente transferible y muy dependiente de su permanencia en el puesto. La intuición clínica y la experiencia son valiosas, pero sin manualización se corre el riesgo de que el conocimiento quede “privatizado” en la memoria de un profesional concreto. Cuando esa persona se traslada, se jubila o cambia de dispositivo, el supuesto programa desaparece. Elaborar un

manual no es un trámite burocrático: es un acto de gestión del conocimiento, que convierte prácticas individuales en un recurso institucional disponible para otros equipos y generaciones.

1.3. Metodología de diseño de programas basados en evidencia

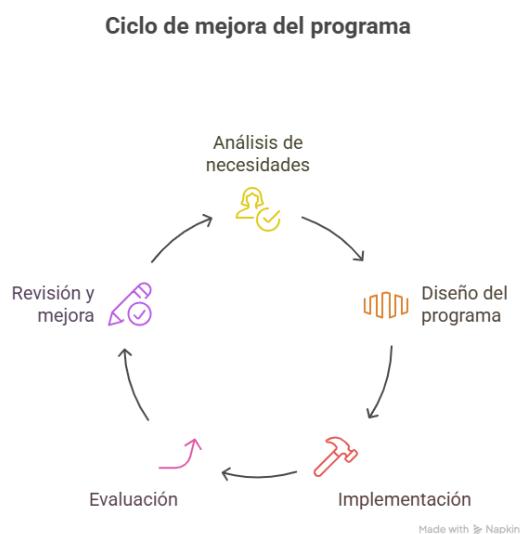
1.3.1. Marco lógico: de la necesidad al resultado

El diseño de un programa basado en la evidencia puede estructurarse mediante un marco lógico (*logical framework*) que conecte necesidades, recursos, actividades y resultados (Skivington et al., 2021). En términos sencillos, el marco plantea cuatro preguntas encadenadas:

1. ¿Qué necesidad o problema compartido se pretende abordar?
2. ¿Qué recursos humanos, materiales y organizativos están disponibles?
3. ¿Qué actividades grupales específicas se llevarán a cabo?
4. ¿Qué resultados se esperan a corto y medio plazo y cómo se medirán?

Responder a estas preguntas obliga a explicitar la hipótesis de cambio del programa: por ejemplo, “si las personas participan en 10 sesiones de psicoeducación y entrenamiento en afrontamiento, entonces aumentará su comprensión de la enfermedad, mejorará la adherencia al tratamiento y se reducirirá el número de recaídas” (Bighelli et al., 2021). Esta lógica, aunque sencilla, es la base para articular programas que puedan evaluarse con rigor y mejorarse en iteraciones sucesivas. Esta dinámica se refleja en la Figura 2.

FIGURA 2. Ciclo básico de diseño y evaluación de un programa grupal.



Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Contenido

En el bloque de **análisis de necesidades** se sitúan las fuentes de información (PAI, entrevistas, indicadores de servicio). El bloque de **diseño** integra la definición de objetivos, contenidos, metodología y sistema de evaluación. **Implementación** se vincula a la planificación de grupos, calendario y registro de asistencias y participación. **Evaluación** recoge la comparación pre–post, la observación cualitativa y la percepción de las personas participantes. Finalmente, **revisión y mejora** incluye decisiones sobre ajustes en la estructura, contenidos, criterios de inclusión o recursos necesarios.

Leyenda

Este Figura ilustra el carácter **iterativo** del diseño de programas grupales evaluables. No se trata de un proceso lineal que termina con la última sesión, sino de un ciclo en el que cada cohorte aporta información para refinar el programa. La flecha que conecta “Revisión y mejora” con “Análisis de necesidades” indica que, tras cada evaluación, el equipo vuelve a contrastar si las necesidades iniciales siguen siendo las mismas o han cambiado.

Aplicación práctica

El modelo puede utilizarse como plantilla para planificar cualquier programa grupal en el

centro. Antes de iniciar un nuevo grupo, el equipo puede revisar si ha cubierto todos los bloques del ciclo; al finalizar, puede situar los resultados de la evaluación en el bloque de “revisión y mejora” y decidir qué ajustes implementar en la siguiente edición.

1.3.2. De la evidencia internacional a la adaptación local

La literatura internacional ofrece múltiples ejemplos de programas manualizados con evidencia de eficacia (psicoeducación familiar, manejo de la enfermedad, habilidades sociales, programas de vida independiente, etc.). Sin embargo, la traslación directa de estos modelos al contexto español puede verse limitada por diferencias en la organización de servicios, los recursos disponibles o factores socioculturales ([Cabassa & Baumann, 2013](#)).

Un enfoque realista consiste en “adoptar adaptando”: identificar programas con buenos niveles de evidencia, analizar sus componentes nucleares y adaptarlos de forma deliberada manteniendo esos elementos esenciales. Esto puede implicar ajustar el lenguaje, los ejemplos, la duración de las sesiones o la implicación de recursos comunitarios propios del entorno local. La clave es documentar las adaptaciones y comprobar, mediante la evaluación, que no se han erosionado los resultados esperados.

MEJOR PRÁCTICA 2

Incluir siempre una sección de “adaptaciones locales” en el manual

Cuando un programa se implementa en diferentes centros o territorios, la presión por “ajustarlo a la realidad” es inevitable. Una manera de canalizar esta necesidad sin poner en riesgo la fidelidad es incluir, desde el diseño, una sección específica en el manual dedicada a las adaptaciones locales permitidas ([Wiltsey Stirman et al., 2019](#)). En ella se pueden recoger ejemplos de variaciones aceptables (p.ej., sustituir ciertos materiales, cambiar el orden de dos sesiones, incorporar recursos comunitarios concretos) y condiciones para considerarlas adecuadas (no alterar la dosis total, respetar los objetivos, mantener las técnicas centrales). De este modo, la flexibilidad se vuelve un componente explícito y supervisable del programa, en lugar de una deriva informal difícil de seguir.

1.3.3. Integración en el ecosistema de servicios

Ningún programa grupal existe en el vacío. Su diseño debe considerar la cartera de servicios del dispositivo y la red comunitaria, evitando solapamientos entre programas y detectando lagunas de oferta (por ejemplo, ausencia de intervenciones sobre empleo, familia o salud física). Esta integración incluye coordinar horarios, recursos humanos y espacios para minimizar interferencias con otros dispositivos (consultas médicas, grupos de hospital de día, etc.) (Aarons et al., 2011).

Además, integrar el programa en el ecosistema implica clarificar los circuitos de derivación (quién propone la participación, cómo se decide la inclusión, cómo se comunica al equipo de referencia) y los canales de retorno de la información obtenida (informes de alta del programa, recomendaciones para el PAI). El objetivo es que el programa se perciba como un recurso del centro y no como un proyecto aislado del equipo que lo dinamiza.

INSIGHT CLAVE 3

Un buen programa puede fracasar si no se integra en la lógica del dispositivo

Hay programas técnicamente solventes que no llegan a consolidarse porque colisionan con la organización real del centro: horarios incompatibles, falta de coordinación con psiquiatría o trabajo social, competencia con otros grupos, ausencia de reconocimiento en los circuitos de derivación. La lección es clara: el éxito de un programa no depende solo de su calidad intrínseca, sino de su ajuste al ecosistema organizativo (Shelton et al., 2018). Diseñar desde el principio pensando en la articulación con otros recursos, en la carga de trabajo del equipo y en la comunicación con la red, es tan importante como elegir buenas técnicas terapéuticas.

TABLAS DE SÍNTESIS

Tabla 1.1. Diferencias funcionales entre PAI y programa grupal estructurado

Elemento	PAI (Plan de Atención Individualizada)	Programa grupal estructurado
Foco principal	Persona y su proceso de recuperación	Objetivos comunes de un grupo de personas
Horizonte temporal	Medio y largo plazo	Duración limitada (cohorte de sesiones)
Nivel de análisis	Caso individual	Cohorte/grupo
Tipo de documento	Plan clínico-técnico individual	Manual/protocolo de intervención
Evaluación	Cambios en la persona	Cambios agregados, proceso y resultados de programa
Decisión de participación	En función de objetivos personalizados	En función de criterios de inclusión/exclusión del programa

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Nota: La tabla sintetiza las diferencias operativas entre PAI y programa grupal, subrayando que son instrumentos complementarios con funciones distintas. Sirve como guía rápida para evitar confusiones conceptuales y diseñar procesos de coordinación entre ambos planos.

Conclusiones aplicadas

El diseño de programas grupales estructurados en rehabilitación psicosocial requiere superar la lógica de la actividad espontánea y avanzar hacia intervenciones intencionales, documentadas y evaluables. En este capítulo se ha planteado la distinción fundamental entre el PAI como marco individual y el programa como herramienta grupal de intervención, resaltando la necesidad de una verdadera articulación bidireccional entre ambos. Los programas no sustituyen al PAI ni viceversa: se sostienen mutuamente.

Se han descrito las características esenciales de un programa evaluable (marco teórico, estructura, sistema de evaluación y manual de implementación) y se ha introducido el uso del

marco lógico y del ciclo de diseño-evaluación-mejora como herramientas para formalizar la teoría del cambio de cada intervención ([Skivington et al., 2021](#)). Asimismo, se ha insistido en la importancia de la replicabilidad con flexibilidad, de la adaptación cultural deliberada y de la integración del programa en la cartera de servicios del centro.

Aplicar estas ideas de forma sistemática permitirá a los equipos de rehabilitación psicosocial diseñar programas más coherentes con los principios de recuperación y con las exigencias de calidad del sistema público de salud mental. En términos prácticos, el paso siguiente será abordar, en los capítulos posteriores, el análisis detallado de necesidades, la arquitectura de los programas y la construcción de sistemas de indicadores que permitan demostrar su impacto y orientar su mejora continua.

FOCO DE PRÁCTICA

Caso aplicado: Implementación de un programa de habilidades de vida independiente en un centro de día

Un centro de día de una red pública detecta, a partir de la revisión de PAIs y de reuniones clínicas, que muchas personas atendidas presentan dificultades significativas en tareas básicas de la vida independiente: planificación de compras, gestión del dinero, organización del hogar, uso del transporte público. Las intervenciones que se han ofrecido hasta el momento son puntuales y poco sistematizadas, dependiendo de la iniciativa de profesionales concretos.

El equipo decide transformar estas prácticas dispersas en un **programa grupal estructurado**. En la fase de análisis de necesidades, revisa PAIs, entrevista a usuarios y familiares, y constata que la autonomía en la vida diaria es un objetivo reiterado. A continuación, diseña un programa de 12 sesiones, con un grupo de 6–8 participantes, que combina sesiones en el centro con salidas supervisadas a la comunidad (supermercado, transporte, gestiones básicas).

Se define una **estructura clara**: cada sesión incluye una parte psicoeducativa breve, una actividad práctica y una revisión de tareas para casa. Se eligen indicadores concretos: escalas de habilidades de vida diaria, observaciones estructuradas en contextos reales y autoevaluaciones de confianza percibida. El programa se documenta en un manual que

describe objetivos, contenidos por sesión, materiales, roles del terapeuta ocupacional y del educador social, y criterios de inclusión (capacidad mínima de comprensión, objetivos PAI relacionados con autonomía, ausencia de conductas disruptivas graves).

Durante la implementación, se registran asistencias, incidentes relevantes y adaptaciones realizadas. Al finalizar la cohorte, se analizan los datos pre–post y se discuten en una reunión ampliada de equipo. Se observan mejoras relevantes en determinadas habilidades (por ejemplo, planificación de compras y uso del transporte), pero también dificultades para mantener la participación de personas con altos niveles de ansiedad en entornos comunitarios.

En la fase de **revisión y mejora**, el equipo decide introducir, en la próxima edición, una sesión preparatoria específica sobre afrontamiento de la ansiedad en salidas, y refuerza la coordinación con psiquiatría para ajustar apoyos farmacológicos cuando sea necesario. Además, se formaliza un procedimiento para que los resultados del programa se incorporen sistemáticamente a los PAIs, actualizando objetivos y estrategias de apoyo en el entorno domiciliario.

Este caso ilustra cómo el uso de un ciclo de diseño-evaluación-mejora permite transformar una necesidad detectada en la práctica cotidiana en un programa estructurado, documentado y alineado con los objetivos de recuperación de las personas atendidas.

CAJA DE HERRAMIENTAS 1

Elementos prácticos para el diseño inicial de un programa grupal estructurado

1. Preguntas clave de arranque

- ¿Qué necesidad o problema compartido estamos observando de forma recurrente en los PAIs o en la práctica diaria?
- ¿Qué objetivo de cambio podemos formular en términos operativos para un grupo (no solo para un caso individual)?
- ¿En cuánto tiempo y con qué intensidad (número de sesiones, frecuencia) es realista esperar un cambio observable?
- ¿Qué tipo de metodología es más coherente con este objetivo (psicoeducación, entrenamiento en habilidades, apoyo mutuo, etc.)?

2. Esqueleto mínimo de ficha de programa

- Título del programa
- **Población diana** (criterios de inclusión y exclusión)
- Objetivos generales y específicos
- **Duración y estructura** (número de sesiones, frecuencia, tamaño del grupo)
- **Equipo facilitador** (perfiles profesionales, roles)
- Contenidos por sesión (resumen breve)
- **Metodología** (técnicas principales)
- **Sistema de evaluación** (instrumentos, momentos de evaluación, indicadores de proceso y resultado)
- **Articulación con el PAI** (cómo se decide la inclusión, cómo se devuelven resultados al plan individual)

3. Lista de verificación para considerar un programa “evaluable”

- El programa tiene objetivos generales y específicos formulados en términos de cambio observable.
- Existen criterios claros de inclusión y exclusión de participantes.
- Hay una descripción por escrito de la secuencia de sesiones y de los contenidos clave.
- Se han definido indicadores de proceso (asistencia, participación, fidelidad) y de resultado (cambio en habilidades, síntomas, funcionamiento, etc.).

- Los instrumentos de evaluación están identificados y accesibles para el equipo.
- Se ha planificado al menos una evaluación pre–post para cada cohorte.
- El programa dispone de un manual o guía de implementación, aunque sea en versión preliminar.
- Está claro cómo se integrarán los resultados del programa en la revisión de los PAIs.

RECUADRO – REFLEXIÓN DE CASO

“Hacíamos muchos grupos, pero no teníamos programas”

En una unidad de rehabilitación psicosocial, el equipo estaba convencido de que trabajaba de manera intensiva en grupo: existían grupos de ocio, de manualidades, de conversación, de cine-fórum y de actividad física. Sin embargo, cuando se decidió revisar la cartera de intervenciones desde una perspectiva de diseño estructurado, emergió un dato llamativo: prácticamente ninguna de esas actividades disponía de objetivos formulados, indicadores de evaluación ni un manual mínimamente sistematizado.

En las entrevistas internas, varios profesionales expresaron cierto malestar: “hacemos muchas cosas, pero no sabemos si realmente cambian algo importante”, “cuando alguien nuevo entra al equipo, le cuesta meses entender cómo funcionan los grupos”, “si yo me voy, este grupo probablemente desaparece”. Estas verbalizaciones pusieron de manifiesto que la **abundancia de actividades no equivalía a disponer de programas**.

El proceso de reflexión llevó a seleccionar inicialmente dos de esos grupos para transformarlos en programas estructurados. Se trabajó colectivamente en definir objetivos, priorizar contenidos, acordar metodologías y elegir instrumentos sencillos de evaluación. Aunque al principio generó temor a una “burocratización” de la práctica, muchos profesionales acabaron verbalizando un efecto contrario: una sensación de mayor claridad, coherencia y legitimidad ante el propio equipo y ante la red. La reflexión de caso muestra cómo el paso de actividades a programas estructurados no consiste en “llenar papeles”, sino en ganar **intencionalidad, capacidad de aprendizaje y sostenibilidad** de las intervenciones.

2

CAPÍTULO 2: Bases metodológicas para programas grupales evaluables



Introducción

El diseño de programas grupales en rehabilitación psicosocial exige una base metodológica sólida que vaya más allá de la buena voluntad o la experiencia acumulada. Un programa evaluable no es solo una secuencia de sesiones bien intencionadas, sino el resultado de un proceso sistemático que comienza con un análisis riguroso de necesidades, continúa con decisiones explícitas sobre la arquitectura del programa y culmina en un sistema de indicadores que permite aprender de cada cohorte (Skivington et al., 2021).

En el contexto del sistema público de salud mental, la presión asistencial, la escasez de recursos y la rotación de profesionales dificultan dedicar tiempo al diseño formal de programas. Sin embargo, precisamente en estos entornos la metodología aporta un valor diferencial: permite priorizar qué programas son viables, justificar su implantación y demostrar su impacto (Fixsen et al., 2005). Este capítulo ofrece un marco práctico para sostener ese esfuerzo: cómo analizar la demanda, cómo traducir necesidades en objetivos de programa, cómo seleccionar y adaptar modelos de intervención, cómo planificar recursos y cómo construir un sistema de indicadores que convierta la práctica cotidiana en conocimiento acumulable.

El objetivo no es convertir a cada profesional en metodólogo, sino proporcionar un lenguaje común y herramientas concretas para que los equipos puedan diseñar programas grupales estructurados alineados con los PAIs, realistas en términos de recursos y suficientemente evaluables como para sostener su continuidad y mejora en el tiempo.

2.1. Análisis de necesidades para programas grupales

2.1.1. Identificación de necesidades comunes vs. individuales

El punto de partida de cualquier programa grupal es la identificación de una necesidad compartida por un número suficiente de personas atendidas. El PAI recoge necesidades individuales, pero el diseño de programas requiere “levantar la mirada” y detectar patrones: objetivos que se repiten, dificultades funcionales frecuentes, temas emergentes en distintas personas y dispositivos. Esta identificación puede apoyarse en fuentes diversas: revisión sistemática de PAIs, reuniones clínicas, comisiones de programa, cuestionarios de necesidades percibidas o grupos focales con personas usuarias y familias (Ocloo & Matthews, 2016).

La clave es diferenciar entre necesidades genuinamente grupales y aquellas que, aunque frecuentes, exigen un abordaje individual. Por ejemplo, el manejo de la medicación, las habilidades de afrontamiento o la psicoeducación sobre la enfermedad suelen ser buenos candidatos a intervención grupal (Mueser et al., 2013). En cambio, situaciones de trauma complejo, conflictos familiares específicos o problemas legales muy idiosincrásicos son menos adecuados para un formato grupal estándar, al menos en fases iniciales.

2.1.2. Análisis de demanda: cuándo es viable un grupo

No toda necesidad identificada se traduce automáticamente en un programa. La viabilidad depende del volumen de personas que comparten esa necesidad, de su disponibilidad temporal, de su nivel de estabilidad clínica y de la capacidad del dispositivo para sostener un grupo durante un número suficiente de sesiones (American Group Psychotherapy Association,[AGPA], 2007). Un análisis de demanda mínimo debería considerar:

- Número estimado de personas que cumplen criterios potenciales en el centro o área.

- Tasa esperada de aceptación (no todas las personas con necesidad aceptarán) y de permanencia.
- Compatibilidad con otros compromisos terapéuticos (consultas, otros grupos, empleo, formación).
- Horizonte temporal razonable para reunir una cohorte.

Este análisis permite priorizar programas con mayor impacto potencial y evitar “grupos fantasma” que nunca llegan a arrancar por falta de participantes.

2.1.3. Criterios de homogeneidad y heterogeneidad grupal

Una decisión metodológica crítica es cómo equilibrar homogeneidad y heterogeneidad en la composición de los grupos. Una cierta homogeneidad diagnóstica, de nivel de funcionamiento o de objetivos puede facilitar la cohesión y la pertinencia de los contenidos (Burlingame et al., 2011). Sin embargo, la heterogeneidad moderada en edad, historia de enfermedad, estilos de afrontamiento o recursos personales puede enriquecer el aprendizaje y el apoyo mutuo.

El criterio no es “mezclar por mezclar”, sino definir hasta qué punto las diferencias son gestionables y potencialmente terapéuticas, y cuándo se convierten en un obstáculo. Esto exige que el equipo anticipa posibles conflictos o desajustes (por ejemplo, personas muy verbales con otras muy inhibidas, o diferencias extremas en deterioro cognitivo) y decida si es preferible diseñar subgrupos diferenciados o introducir adaptaciones metodológicas (Yalom & Leszcz, 2020).

2.1.4. Priorización de programas según recursos

Una vez identificadas varias necesidades susceptibles de abordaje grupal, la realidad obliga a priorizar. La priorización combina criterios clínicos (impacto esperado sobre la recuperación, gravedad de la necesidad, ausencia de otras respuestas disponibles) con criterios organizativos (recursos humanos, espacios, materiales, tiempo de coordinación) (Aarons et al., 2011). Un ejercicio útil consiste en elaborar una matriz de priorización que puntúe cada propuesta de programa en dimensiones como relevancia clínica, volumen de demanda, factibilidad y alineamiento estratégico con la cartera de servicios.

INSIGHT CLAVE 1

Diseñar programas sin mirar los PAIs es como planificar una línea de metro sin conocer los barrios

En algunos dispositivos, la oferta de programas se define desde las preferencias del equipo o por “inercia histórica” (“este grupo siempre se ha hecho así”), sin un análisis sistemático de necesidades. El resultado es que se invierten recursos en programas con escasa demanda real, mientras necesidades repetidas en los PAIs quedan sin respuesta. Invertir tiempo en revisar los planes individuales no es un lujo, sino un mecanismo de **planificación estratégica**: permite diseñar programas que responden a objetivos ya priorizados clínicamente y que, por tanto, tienen mayores probabilidades de ser relevantes, sostenibles y defendibles ante la gerencia.

Propuesta de programa	Relevancia clínica (1–5)	Demandas estimadas (1–5)	Factibilidad (1–5)	Alineamiento estratégico (1–5)	Puntuación total
Psicoeducación para TMG	5	5	4	5	19
Taller de ocio creativo	3	4	5	2	14
Programa de habilidades de vida independiente	5	4	3	5	17

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Nota: La tabla ilustra un modelo de decisión rápido que combina criterios clínicos y organizativos. No sustituye al juicio profesional, pero facilita visualizar qué propuestas tienen mayor potencial de impacto y viabilidad, haciendo más transparentes las decisiones de priorización.

2.2. Diseño de programas estructurados

2.2.1. Arquitectura del programa: módulos, sesiones, actividades

La arquitectura del programa define su esqueleto: número de sesiones, frecuencia, duración de cada una, número de módulos temáticos y tipo de actividades. Decidir esta estructura requiere conjugar la complejidad de la necesidad a abordar, el tiempo disponible en el dispositivo y la capacidad de las personas participantes para sostener el esfuerzo (Bellack et al., 2004).

Una aproximación habitual en rehabilitación psicosocial es trabajar con programas de entre 8 y 16 sesiones, semanales, de 60–90 minutos, organizadas en uno o varios módulos (por ejemplo, módulo de psicoeducación, módulo de habilidades, módulo de consolidación). Cada sesión debería incluir, de forma explícita, una secuencia interna: bienvenida y revisión, contenido central, ejercicio práctico y cierre con síntesis y tarea para casa, cuando proceda.

2.2.2. Definición de objetivos del programa (diferentes a objetivos PAI)

Los objetivos del programa deben formularse de manera específica, observable y evaluable, pero a un nivel intermedio entre el objetivo individual de PAI y los grandes objetivos del dispositivo. Es importante explicitar que los objetivos del programa se refieren a lo que se espera que ocurrirá en la cohorte como conjunto, no en cada persona particular. Por ejemplo: “al finalizar el programa, al menos el 70 % de las personas participantes será capaz de identificar señales tempranas de recaída y aplicar al menos dos estrategias de afrontamiento entrenadas en el grupo” (Proctor et al., 2011).

Los objetivos individuales de PAI pueden ser más amplios y personalizados (“reducir el número de recaídas en el próximo año”), pero su cumplimiento se ve apoyado, en parte, por la participación en el programa. Formular esta distinción ayuda a ordenar la evaluación y a evitar atribuir al programa cambios que dependen de otros factores (tratamiento farmacológico, apoyos comunitarios, etc.).

2.2.3. Criterios de inclusión/exclusión para participantes

Definir criterios de inclusión y exclusión claros es una condición de calidad y seguridad. Los criterios de inclusión suelen considerar el diagnóstico o perfil clínico, el nivel de

funcionamiento, el grado de estabilidad sintomática, la motivación para el tipo de trabajo propuesto y la presencia de objetivos PAI relacionados. Los criterios de exclusión, en cambio, se centran en factores que pueden comprometer el desarrollo del grupo o generar riesgo (por ejemplo, consumo activo severo de sustancias, conductas agresivas no contenidas, deterioro cognitivo que impida seguir el ritmo mínimo del grupo).

La clave es que estos criterios estén por escrito en la ficha del programa y se apliquen de forma consistente, con espacio para el juicio clínico pero evitando arbitrariedades y decisiones contradictorias entre profesionales.

MEJOR PRÁCTICA 1

Decisiones de inclusión por consenso y con registro

Una buena práctica consiste en que las decisiones de inclusión en programas grupales se tomen en un **espacio colegiado** (reunión de equipo o comisión de programas) y queden registradas. Esta dinámica reduce sesgos individuales, mejora la equidad en el acceso y permite discutir casos límite (por ejemplo, personas con motivación alta pero cierta inestabilidad). Dejar constancia breve de los motivos de inclusión/exclusión en la historia y en la documentación del programa aporta transparencia y facilita la evaluación posterior de la adecuación de criterios.

2.2.4. Manuales de implementación y fidelidad

El manual de implementación es el documento que traduce las decisiones metodológicas en instrucciones operativas. Debe describir, al menos, el objetivo de cada sesión, los contenidos, las técnicas, los materiales, el rol de los facilitadores y las tareas entre sesiones (Penn et al., 2007). Además, es recomendable incluir orientaciones para manejar situaciones previsibles (ausencias, conflictos, desregulación emocional) y un apartado específico sobre fidelidad: qué elementos deben respetarse obligatoriamente y qué adaptaciones se consideran aceptables (Bond et al., 2000).

Desde la perspectiva metodológica, cada edición del programa es también una oportunidad de aprendizaje. Por ello, el manual debería ser una versión viva, con un sistema de

versionado y un espacio para registrar cambios entre ediciones, manteniendo un equilibrio entre estabilidad y mejora.

INSIGHT CLAVE 2

La fidelidad no es rigidez: es protección de aquello que funciona

Existe el temor de que hablar de fidelidad al programa signifique encorsetar la práctica y quitar margen de criterio a los profesionales. Sin embargo, la fidelidad bien entendida protege precisamente los componentes que han demostrado utilidad, evitando cambios improvisados que, por “intuición”, pueden desnaturalizar el modelo. La flexibilidad sigue siendo necesaria, pero debería ejercerse dentro de un marco explícito: qué se puede adaptar, en qué condiciones y cómo se documenta. Sin esta explicitación, la variabilidad entre facilitadores y dispositivos hace imposible saber qué se está evaluando realmente.

2.3. Selección y adaptación de modelos de intervención grupal

2.3.1. Programas psicoeducativos estructurados

Los programas psicoeducativos constituyen una de las formas más extendidas de intervención grupal en TMG. Su objetivo es mejorar la comprensión de la enfermedad, del tratamiento, de los factores de riesgo y protección, y de las estrategias de afrontamiento (Bighelli et al., 2021). Metodológicamente, combinan exposición didáctica, discusión guiada y ejercicios de aplicación. La clave está en evitar un formato exclusivamente expositivo, que convierte a las personas en oyentes pasivos, y apostar por técnicas activas que vinculen la información con la experiencia personal.

2.3.2. Intervenciones de habilidades específicas

Los programas de entrenamiento en habilidades (sociales, de afrontamiento, de vida independiente, de manejo del estrés) se apoyan en principios del aprendizaje conductual y del modelado. Su diseño exige secuenciar las habilidades de menor a mayor complejidad, ofrecer múltiples oportunidades de práctica y proporcionar feedback específico (Kurtz & Richardson,

2012). La dimensión grupal aporta oportunidades para el aprendizaje vicario y el apoyo mutuo, pero también requiere gestionar diferencias en ritmo de adquisición y en estilos de participación.

2.3.3. Grupos de apoyo mutuo y ayuda entre iguales

Los grupos de apoyo mutuo y de ayuda entre iguales (*peer support*) se basan en el intercambio de experiencias y en la construcción de significado compartido, con un rol distinto para los profesionales, que pueden actuar como facilitadores discretos o incluso no participar (Davidson et al., 2006; Shalaby & Agyapong, 2020). Metodológicamente, estos grupos requieren reglas claras de funcionamiento, apoyo a la autoorganización y mecanismos de contención para situaciones de crisis. Su evaluación debe respetar la lógica de empoderamiento y horizontalidad, incorporando indicadores de esperanza, conexión social, identidad y significado.

2.3.4. Adaptación cultural manteniendo componentes esenciales

La adaptación cultural de modelos desarrollados en otros países implica mucho más que traducir materiales. Supone revisar ejemplos, metáforas, formas de participación y supuestos sobre familia, trabajo o autonomía para que sean reconocibles y relevantes en el contexto local (Cabassa & Baumann, 2013). Al mismo tiempo, deben preservarse los componentes esenciales responsables del efecto: tipo de técnicas, secuencia de contenidos, dosis mínima, rol de los facilitadores.

REFLEXIÓN DE CASO

“El programa no funciona aquí”: adaptación cultural o problema de implementación

Un equipo incorpora un programa de psicoeducación desarrollado en otro país, con buena evidencia de eficacia. Tras dos ediciones, la percepción del equipo es que el programa “no funciona igual aquí”: las personas usuarias participan poco, las familias muestran escaso interés y los indicadores de cambio son modestos. La primera reacción es cuestionar la pertinencia del modelo en el contexto cultural local. Sin embargo, un análisis más detenido revela que se han hecho múltiples adaptaciones no explícitas: se han reducido las sesiones por falta de tiempo, se han eliminado ejercicios vivenciales percibidos como “incómodos”, se ha limitado el espacio de preguntas para “controlar los tiempos” y la convocatoria a familias

se ha realizado con poca antelación y sin coordinación con otros dispositivos. Además, la traducción de materiales no ha tenido en cuenta expresiones coloquiales ni formas de relación típicas del entorno. La reflexión lleva al equipo a distinguir entre problemas de adaptación cultural planificada y problemas de implementación deficiente (**Wiltsey Stirman et al., 2019**). Se decide revisar el manual original, identificar componentes nucleares, planificar adaptaciones específicas (por ejemplo, ejemplos y materiales) y reforzar la coordinación con trabajo social y asociaciones de familiares para mejorar la convocatoria. La experiencia muestra que antes de concluir que “un programa no encaja en nuestra cultura”, es necesario analizar cuidadosamente si se ha implementado con suficiente fidelidad y con adaptaciones deliberadas, no improvisadas..

INSIGHT CLAVE 3

La mejor adaptación cultural suele hacerse con las personas usuarias, no solo en despachos

Aunque la revisión bibliográfica y la discusión entre profesionales son necesarias, muchas adaptaciones culturales relevantes emergen cuando se prueba el programa con un grupo piloto y se invita explícitamente a las personas a opinar sobre lenguaje, ejemplos, materiales y dinámica (**Palmer et al., 2019**). Incorporar mecanismos de feedback estructurado (breves cuestionarios, espacios de comentarios, grupos focales) convierte a las personas participantes en co-diseñadoras del programa y reduce el riesgo de imponer modelos ajenos a su realidad cotidiana.

2.4. Planificación de recursos para programas grupales

2.4.1. Cálculo de grupos viables con recursos disponibles

La planificación de recursos debe preceder al inicio del programa, no improvisarse sobre la marcha. Es necesario estimar el número máximo de grupos que el dispositivo puede sostener simultáneamente, considerando:

- Horas de dedicación de profesionales (preparación, conducción, registros, coordinación).
- Compatibilidad con otras funciones asistenciales.
- Tamaño óptimo de grupo y tasa esperada de ausencias.
- Periodos del año con mayor o menor carga asistencial.

Una práctica útil consiste en elaborar un calendario anual de programas, que distribuya las ediciones a lo largo del año y evite concentrar la carga en un solo trimestre.

2.4.2. Espacios y materiales para dinámicas grupales

La calidad de los espacios físicos condiciona fuertemente el desarrollo de los programas. Se requiere un espacio suficientemente amplio, con privacidad acústica, mobiliario adaptable (por ejemplo, sillas móviles para trabajo en subgrupos), y recursos básicos (pizarra, proyector, acceso a material impreso) (**Burlingame et al., 2020**). Además, es importante prever materiales específicos para dinámicas activas: fichas, hojas de trabajo, recursos visuales, elementos para role-playing, etc.

2.4.3. Formación específica para facilitadores

Conducir un programa grupal estructurado exige competencias técnicas (manejo del modelo, uso de técnicas específicas) y competencias grupales (gestión de turnos, manejo de conflictos, manejo de emociones intensas). No basta con “leer el manual”: es recomendable ofrecer formación específica a facilitadores/as, incluyendo role-playing, revisión de videos y supervisión inicial. En algunos casos, puede ser conveniente contar con co-facilitación interdisciplinar (por ejemplo, psicología + enfermería, terapia ocupacional + educación social) para integrar distintas miradas.

MEJOR PRÁCTICA 2

No asignar siempre los mismos programas a las mismas personas

Aunque la continuidad de un facilitador aporta estabilidad, concentrar todos los programas en dos o tres profesionales genera vulnerabilidad (bajas, rotación) y limita la apropiación colectiva. Una buena práctica es planificar, a medio plazo, la **rotación formativa** en la

facilitación de programas, de modo que cada programa tenga al menos dos personas capacitadas para conducirlo, y que los roles se alternen (facilitador principal y co-facilitador). Esto reduce el riesgo de que el programa “muera” con un profesional y favorece la cultura de **programas como recurso del centro**, no del individuo.

2.4.4. Coordinación con actividades individuales del PAI

La coordinación con el PAI implica pactar, desde el inicio, cómo se integrará la participación en el programa en la agenda clínica de la persona, cómo se resolverán conflictos de horario y cómo se compartirán los avances observados con el profesional de referencia. Idealmente, cada inicio de programa debería acompañarse de una breve nota en el PAI, y cada finalización debería generar un informe breve que sintetice logros, dificultades y recomendaciones para el trabajo individual posterior.

2.5. Sistema de indicadores para programas

2.5.1. Indicadores de proceso del programa

Los indicadores de proceso permiten monitorizar cómo se desarrolla el programa: tasa de asistencia, puntualidad, participación, número de sesiones realizadas según lo planificado, incidencias relevantes (suspensiones, cambios en el calendario). Registrar estos indicadores de manera sistemática es esencial para interpretar adecuadamente los resultados de impacto: un programa con buenos instrumentos pero con una asistencia muy irregular difícilmente mostrará cambios significativos (Breitenstein et al., 2010).

2.5.2. Medidas de fidelidad al modelo

La fidelidad se puede evaluar mediante listas de comprobación cumplimentadas por los propios facilitadores, por observadores externos o por grabaciones supervisadas. Estos instrumentos recogen si se han cubierto los contenidos previstos, si se ha respetado la secuencia metodológica, si se han aplicado las técnicas clave y si se han evitado prácticas contraindicadas (por ejemplo, dar demasiada información en un programa centrado en habilidades) (Bond et al., 2000; Perepletchikova & Kazdin, 2005).

2.5.3. Indicadores de satisfacción y clima grupal

La satisfacción de las personas participantes y la percepción del clima grupal (cohesión, apoyo, seguridad) son indicadores importantes, no solo como “decoración”, sino como factores que influyen en la participación y en los resultados (Kivlighan & Goldfine, 1991; MacNair-Semands et al., 2010). Se pueden utilizar cuestionarios breves post-sesión o al final del programa, complementados con preguntas abiertas. Incluir estos indicadores envía además un mensaje de respeto a la voz de las personas usuarias.

2.5.4. Métricas de eficiencia del programa

La eficiencia se refiere a la relación entre los recursos invertidos (horas profesionales, materiales, espacios) y los resultados obtenidos. No se trata de calcular sofisticados análisis coste-efectividad, sino de disponer de información básica que permita decidir si un programa justifica su mantenimiento, si puede optimizarse o si conviene sustituirlo por otro. Indicadores simples pueden ser la tasa de finalización, el número de personas que se benefician por edición, el uso de recursos complementarios y la percepción de utilidad por parte del equipo (Shelton et al., 2018).

Tabla 2.2. Ejemplos de indicadores por dimensión

Dimensión	Indicadores posibles
Proceso	% de sesiones realizadas según plan; % de asistencia media
Fidelidad	Puntuación media en checklist de contenidos cubiertos
Resultado	Cambio pre–post en escala específica del programa
Satisfacción / Clima	Puntuación media en cuestionario breve de satisfacción
Eficiencia	Nº de personas que completan / horas profesionales invertidas

Nota: La tabla ofrece ejemplos orientativos de indicadores que pueden adaptarse a cada programa. El objetivo es animar a seleccionar un conjunto limitado pero representativo de medidas que permitan monitorizar la vida del programa sin generar una carga burocrática desproporcionada.

Conclusiones aplicadas

Las bases metodológicas expuestas en este capítulo permiten transformar la intuición clínica y la experiencia acumulada en programas grupales estructurados y evaluables. Partir de un análisis de necesidades bien fundamentado, definir una arquitectura clara de programa, seleccionar y adaptar modelos adecuados, planificar recursos de forma realista y construir un sistema de indicadores coherente son pasos interdependientes que deben abordarse como un proceso integrado, no como trámites aislados (Damschroder et al., 2022).

Aplicar este enfoque metódico no garantiza el éxito automático, pero sí aumenta significativamente la probabilidad de que los programas sean pertinentes, sostenibles y útiles para las personas atendidas y para los equipos. Además, sienta las bases para desarrollar, en capítulos posteriores, aspectos más específicos: instrumentos de evaluación, análisis de datos, informes de programa y ciclos de mejora continua. En definitiva, las bases metodológicas no son un añadido teórico, sino el soporte imprescindible para que la rehabilitación psicosocial grupal pueda reivindicarse como práctica basada en la evidencia y en la experiencia sistematizada.

FOCO DE PRÁCTICA

Diseño metodológico de un programa psicoeducativo grupal para personas con TMG

Un área de salud detecta, a través de la revisión de PAIs y de reuniones interdispositivo, que muchas personas con TMG y sus familias muestran dificultades para comprender el trastorno, el propósito de la medicación y el sentido de las intervenciones psicosociales. Esta falta de comprensión se asocia a conflictos frecuentes con el equipo, baja adherencia y expectativas poco realistas sobre la recuperación.

1. Análisis de necesidades y demanda

Se constituye un pequeño grupo de trabajo con profesionales de rehabilitación, consultas externas y hospital de día. Revisan una muestra de PAIs y registran cuántos incluyen objetivos relacionados con mejorar la comprensión de la enfermedad y la adherencia. Entrevistan a varias personas usuarias y familiares y confirman que existe demanda de espacios

para “entender mejor lo que me pasa” y “saber qué puedo hacer yo”. Estiman que al menos 40 personas podrían beneficiarse de un programa de este tipo a lo largo de un año.

2. Definición de objetivos y arquitectura

El equipo formula objetivos de programa: aumentar el conocimiento básico sobre el trastorno, mejorar las expectativas realistas de recuperación y reforzar la adherencia a planes de tratamiento acordados. Diseñan un programa de 10 sesiones semanales de 90 minutos, para grupos de 8–10 personas, con opción de una sesión específica para familiares. Cada sesión integra una breve exposición, actividades participativas y tiempo para preguntas.

3. Selección y adaptación de modelo

Se revisan manuales existentes de psicoeducación y se elige uno como referencia principal. El equipo identifica sus componentes nucleares (información estructurada, énfasis en el modelo de vulnerabilidad-estrés, trabajo sobre señales de recaída) y planifica adaptaciones: traducción del lenguaje, inclusión de ejemplos locales, adaptación de materiales a distintos niveles de alfabetización. Se decide realizar una primera edición como “piloto” con recogida intensiva de feedback.

4. Planificación de recursos y facilitadores

Se asignan dos profesionales como facilitadores principales (psicóloga y enfermero) y se libera parte de su agenda para preparación y supervisión. Se reserva una sala estable, se diseñan materiales impresos sencillos y se acuerda un calendario que evita solapamientos con otros grupos. El programa se incorpora al calendario anual de la unidad de rehabilitación.

5. Sistema de indicadores

Se seleccionan indicadores de proceso (asistencia, tasa de finalización), de resultado (cuestionario breve de conocimiento, escala de actitud hacia la medicación) y de satisfacción (cuestionario post-programa de cinco ítems). Se define un protocolo de evaluación: recogida pre–post para conocimiento y actitudes, y registro sistemático de observaciones cualitativas.

6. Implementación, evaluación y ajuste

Tras la primera cohorte, se constata una mejora significativa en comprensión de conceptos básicos y una actitud más abierta al diálogo sobre medicación, aunque se observan dificultades para mantener el grupo en situaciones de descompensación aguda. El equipo

introduce ajustes (refuerzo de coordinación con psiquiatría, sesión adicional de repaso) y actualiza el manual del programa. Se documenta el proceso y se prepara un breve informe de resultados y recomendaciones que se comparte con la dirección y con los equipos remitentes.

Este foco de práctica muestra cómo las bases metodológicas descritas en el capítulo se concretan en decisiones operativas que permiten pasar de una necesidad percibida a un programa psicoeducativo grupal estructurado, evaluable y mejorable.

CAJA DE HERRAMIENTAS 2

Herramientas prácticas para el diseño metodológico de programas grupales

1. Plantilla de análisis de necesidades para programas

- Fuentes de información:
 - Revisión de PAIs
 - Reuniones clínicas
 - Entrevistas con personas usuarias
 - Entrevistas con familias
 - Datos de servicio (ingresos, abandonos, uso de urgencias)
- Necesidades identificadas (lista priorizada):
 1. ...
 2. ...
 3. ...
- Posibles formatos de respuesta:
 - Programa psicoeducativo
 - Programa de habilidades
 - Grupo de apoyo mutuo
 - Otra intervención (especificar)

2. Esquema de ficha metodológica de programa

1. **Nombre del programa**
2. **Justificación** (resumen de necesidades y demanda)
3. **Modelo de intervención** (psicoeducativo, habilidades, apoyo mutuo, mixto)
4. **Objetivos del programa** (formulados en términos de cambio observable)
5. **Población diana** (criterios de inclusión y exclusión)

6. **Arquitectura** (nº de sesiones, frecuencia, duración, tamaño de grupo)
7. **Metodología** (técnicas clave, secuencia interna de las sesiones)
8. **Recursos necesarios** (profesionales, espacios, materiales)
9. **Sistema de indicadores** (proceso, fidelidad, resultados, satisfacción, eficiencia)
10. **Articulación con el PAI** (criterios de derivación, devolución de resultados)
11. **Plan de mejora y versionado** (cómo se incorporará la experiencia acumulada)

3. Checklist de calidad metodológica de programas

- **Análisis de necesidades**
 - Se ha realizado una revisión de PAIs o equivalente.
 - Se han incorporado percepciones de personas usuarias/familias.
 - Se ha analizado la demanda y la viabilidad mínima del grupo.
- **Diseño del programa**
 - Existen objetivos de programa claros, distintos de los objetivos PAI.
 - La arquitectura (sesiones, duración, tamaño) está definida y documentada.
 - Se han establecido criterios de inclusión y exclusión por escrito.
 - Hay un manual de implementación, aunque sea en versión inicial.
- **Modelos e intervenciones**
 - El modelo de intervención elegido está descrito y justificado.
 - Se han identificado componentes nucleares y elementos adaptables.
 - Se ha planificado una adaptación cultural deliberada, si procede.
- **Recursos y facilitadores**
 - Se ha calculado la carga de trabajo y la disponibilidad de espacios.
 - Los facilitadores han recibido formación específica en el modelo.
 - Existe al menos un co-facilitador preparado.
- **Indicadores y evaluación**
 - Se han definido indicadores de proceso, fidelidad, resultados y satisfacción.
 - Los instrumentos de evaluación están disponibles y asumibles en la práctica.
 - Se ha previsto la integración de resultados en los PAIs.

Este conjunto de herramientas puede utilizarse como guía durante reuniones de diseño, como soporte para la elaboración de fichas de programa y como base para auditorías internas de calidad.

CAPÍTULO 3: Diseño de programas centrados en la recuperación grupal



Introducción

Diseñar programas grupales en rehabilitación psicosocial centrados en la recuperación implica desplazar el foco desde el control de síntomas hacia la construcción de una vida con sentido, participación comunitaria y autodeterminación (Anthony, 1993; Leamy et al., 2011). En el ámbito del sistema público de salud mental, esto supone ir más allá del modelo puramente clínico para incorporar activamente la voz de las personas usuarias, el valor del apoyo mutuo y el reconocimiento de la diversidad de trayectorias de recuperación. El grupo se convierte no solo en un contexto para aplicar técnicas, sino en un agente terapéutico en sí mismo, capaz de generar esperanza, pertenencia y nuevas narrativas sobre el propio sufrimiento (Yalom & Leszcz, 2020).

Este capítulo aborda los principios del trabajo grupal en rehabilitación, las metodologías participativas que permiten integrar la perspectiva de las personas usuarias en programas estructurados, la gestión de la heterogeneidad como recurso y no como obstáculo, y las exigencias de formación y supervisión de quienes facilitan estos procesos. El objetivo es ofrecer un marco práctico para que los programas grupales no se limiten a “aplicar contenidos”, sino que encarnen los valores y las prácticas de una rehabilitación verdaderamente orientada a la recuperación (Davidson et al., 2006).

3.1. Principios del trabajo grupal en rehabilitación

3.1.1. El grupo como agente terapéutico

En rehabilitación psicosocial, el grupo no es solo un contenedor logístico para ofrecer intervenciones a varias personas a la vez. Es, sobre todo, un espacio relacional que moviliza factores terapéuticos propios: identificación con pares, normalización de experiencias, apoyo

emocional, aprendizaje vicario, sentido de pertenencia ([AGPA, 2007](#)). Estos factores son especialmente relevantes en el TMG, donde el aislamiento, el autoestigma y las rupturas biográficas suelen ocupar un lugar central.

Diseñar programas centrados en la recuperación exige que la arquitectura del grupo (reglas, tareas, actividades) favorezca la emergencia de estos factores. No basta con “dar información”; es necesario propiciar interacciones significativas entre las personas, tiempos de intercambio horizontal y reconocimiento explícito del valor del conocimiento experiencial ([Slade, 2010](#)).

3.1.2. Dinámicas grupales y factores curativos

Las dinámicas grupales incluyen todo lo que ocurre más allá del contenido explícito: alianzas, tensiones, silencios, liderazgos informales, roles de cuidado, conflictos. En clave de recuperación, estos fenómenos no se interpretan solo como “ruido” o resistencia, sino como expresión de necesidades y capacidades en juego. Los factores curativos clásicos (universalidad, cohesión, esperanza, altruismo, aprendizaje interpersonal) se actualizan en clave psicosocial cuando se conectan con metas concretas de participación, autonomía y proyecto vital ([Burlingame et al., 2020; Kivlighan & Goldfine, 1991](#)).

El reto metodológico es integrar estos procesos en programas estructurados sin diluir la estructura. Esto implica que el manual prevea espacios y tiempos para el trabajo sobre lo que ocurre “aquí y ahora” en el grupo, y que los facilitadores dispongan de margen y competencias para usar la dinámica grupal como recurso, no solo como algo a controlar.

INSIGHT CLAVE 1

Una sesión “que se va de tema” no siempre es un fallo: a veces es el trabajo más importante

En programas muy estructurados, los facilitadores pueden experimentar frustración cuando una sesión se centra en un conflicto entre participantes, en la expresión de malestar intenso o en una emoción compartida que desvía el guion. Sin embargo, desde una perspectiva de recuperación, esos momentos pueden ser precisamente donde se pone en juego la confianza, la capacidad de pedir ayuda, la validación mutua o la emergencia de una identidad más allá del diagnóstico. La cuestión no es “volver al PowerPoint cuanto antes”, sino ser capaz de leer cuándo la dinámica grupal está ofreciendo una oportunidad terapéutica que difícilmente podría haberse producido en una exposición planificada.

3.1.3. Equilibrio entre estructura y proceso grupal

Un programa centrado en la recuperación debe encontrar un punto de equilibrio entre estructura (contenidos, objetivos, tiempos) y proceso (relaciones, emociones, emergentes grupales). El exceso de estructura puede convertir el grupo en una clase magistral, con poca participación y escaso sentido de apropiación por parte de las personas. El exceso de foco en el proceso, sin un marco claro, puede derivar en grupos erráticos, difíciles de sostener y poco evaluables (AGPA, 2007).

La solución pasa por diseñar estructuras flexibles: cada sesión tiene un objetivo y un plan, pero incluye márgenes para explorar lo que emerge en el grupo. El manual puede proponer “mínimos” de contenido imprescindible y sugerir cómo ajustarlos si una sesión se orienta más a procesar experiencias o conflictos. La clave está en que estas decisiones se documenten y se analicen en supervisión, para aprender de ellas.

3.1.4. Respeto a la diversidad dentro del grupo

Los grupos en rehabilitación psicosocial incorporan una gran diversidad de identidades, culturas, orientaciones sexuales, trayectorias vitales, experiencias de violencia o exclusión. Un diseño centrado en la recuperación no puede ignorar esta diversidad ni tratarla como un “detalle” accesorio. Implica revisar el lenguaje, los ejemplos y las normas de funcionamiento para asegurar que todas las personas se sienten nombradas y legitimadas (Cabassa & Baumann, 2013; American Psychological Association [APA], 2021).

Esto incluye, por ejemplo, evitar suposiciones heteronormativas, reconocer explícitamente experiencias de discriminación, permitir distintas formas de participación (verbal, escrita, mediante actividades creativas) y apoyar a quienes tienen más dificultades para expresarse. La diversidad se convierte así en un recurso para ampliar perspectivas, no en un problema a minimizar.

INSIGHT CLAVE 2

El grupo no es “terapéutico” si solo se escucha siempre a las mismas dos personas

Un riesgo frecuente es que un grupo se organice, de facto, alrededor de una o dos personas muy habladoras y de un facilitador que responde principalmente a ellas. El resto de participantes se convierten en “público”, con baja implicación y escaso efecto sobre su sentido de agencia. En un enfoque centrado en la recuperación, el objetivo no es solo transmitir contenidos, sino **redistribuir la palabra y el poder** dentro del grupo. Esto exige técnicas concretas (rondas breves, trabajo en parejas, actividades escritas) y una atención activa a quién habla y quién queda sistemáticamente en silencio (Yalom & Leszcz, 2020).

3.2. Metodologías participativas en programas estructurados

3.2.1. Codiseño de programas con usuarios veteranos

El codiseño implica que las personas con experiencia en el uso de servicios, especialmente quienes han participado en ediciones previas, intervienen de forma activa en la construcción o revisión de los programas (Palmer et al., 2019). Esto puede materializarse en comités consultivos de usuarios, sesiones específicas de devolución y propuesta, o incluso en roles remunerados de *peer workers* (técnicos en apoyo mutuo) (Shalaby & Agyapong, 2020).

Metodológicamente, el codiseño obliga a revisar decisiones que, desde el punto de vista profesional, parecían incuestionables (duración de las sesiones, orden de contenidos, tipo de actividades) y a ajustar el programa a la experiencia real de quienes lo viven. La participación de usuarios veteranos en el diseño y cofacilitación refuerza el mensaje de que la recuperación no es un modelo “aplicado sobre” las personas, sino un proceso construido con ellas (Vennik et al., 2016).

MEJOR PRÁCTICA 1

Incluir una “sesión 0” de diseño conjunto

Una estrategia sencilla de metodologías participativas consiste en incorporar una **sesión 0** al inicio del programa, donde se presentan los objetivos y la estructura propuesta, y se abre un espacio para que el grupo aporte expectativas, temas prioritarios y condiciones de seguridad. No se trata de reescribir el manual en cada edición, pero sí de ajustar el énfasis y el lenguaje, y de acordar normas de funcionamiento que el grupo siente como propias. Documentar estas aportaciones permite introducir cambios progresivos en el programa y mostrar, de forma tangible, que la voz de las personas participantes tiene consecuencias reales (Ocloo & Matthews, 2016).

3.2.2. Flexibilidad dentro de la estructura

La flexibilidad dentro de la estructura se traduce en decisiones concretas: reordenar dos sesiones si surge una necesidad apremiante, dedicar más tiempo a un tema especialmente significativo, introducir una actividad no prevista para trabajar un emergente grupal. La condición es que estas decisiones no supongan renunciar sistemáticamente a los contenidos nucleares ni transformen el programa en algo irreconocible ([Wiltsey Stirman et al., 2019](#)).

Desde una perspectiva de recuperación, esta flexibilidad no es una concesión, sino una forma de reconocer la agencia del grupo y de adaptarse a su tempo. El manual puede incluir “opciones A/B” para ciertas sesiones, así como sugerencias de adaptación según nivel de experiencia, ansiedad o deterioro cognitivo.

3.2.3. Incorporación del feedback grupal

Recoger feedback estructurado durante el programa permite ajustar la intervención en tiempo real y no solo al final. Pequeños cuestionarios anónimos, termómetros de satisfacción al final de cada sesión, espacios de cierre donde se pregunte “qué ha sido útil hoy” y “qué podríamos hacer diferente la próxima vez” son herramientas sencillas que convierten al grupo en sujeto activo del proceso ([Priebe et al., 2016](#)).

La clave es que el feedback no se perciba como trámite vacío: debe conducir a cambios visibles (aunque sean pequeños) y comunicados (“la semana pasada varias personas señalasteis..., por eso hoy vamos a...”). Esta coherencia refuerza la confianza y el sentido de corresponsabilidad.

3.2.4. Adaptaciones sin perder fidelidad

La tensión entre adaptación y fidelidad se hace especialmente visible cuando se introducen metodologías participativas. Es necesario disponer de criterios explícitos que definan hasta dónde se puede adaptar el programa sin alterar sus fundamentos. Por ejemplo, es lícito cambiar ejemplos, introducir dinámicas creativas adicionales o ampliar la discusión de un tema, pero no eliminar sistemáticamente sesiones clave o transformar una intervención de habilidades en un grupo de apoyo sin estructura ([Bond et al., 2000](#)).

INSIGHT CLAVE 3

Si todo se puede cambiar, el programa deja de ser un programa

La flexibilidad es valiosa, pero sin límites claros puede diluir el programa hasta el punto de hacerlo irreconocible. Desde el punto de vista metodológico, la pregunta no es “¿podemos cambiar esto?”, sino “¿qué estamos dejando de hacer si lo cambiamos?”. Un programa centrado en la recuperación debe poder adaptarse a las personas, pero también ofrecer una base estable que genere confianza y permita acumular evidencia (Skivington et al., 2021). Documentar adaptaciones y discutirlas en supervisión es la forma de conciliar ambas exigencias.

3.3. Gestión de la heterogeneidad en programas grupales

3.3.1. Composición óptima de grupos

No existe una fórmula única para la composición óptima de grupos, pero sí criterios orientadores. En rehabilitación psicosocial centrada en la recuperación, suele ser útil combinar un cierto grado de similitud (por ejemplo, en nivel de funcionamiento o etapa de recuperación) con diversidad de trayectorias, edades o recursos. Los grupos excesivamente homogéneos pueden volverse poco estimulantes; los excesivamente heterogéneos pueden resultar abrumadores o poco cohesionados (Burlingame et al., 2011).

La decisión final debería considerar, además, aspectos prácticos: disponibilidad horaria, transporte, barreras arquitectónicas, necesidades de apoyo individual dentro del grupo. En ocasiones, es preferible diseñar dos grupos diferenciados que forzar una heterogeneidad difícilmente manejable.

3.3.2. Manejo de diferentes ritmos y necesidades

La heterogeneidad se manifiesta en diferentes ritmos de aprendizaje, niveles de motivación, capacidades cognitivas y estilos de participación. Un programa centrado en la recuperación no intenta imponer un ritmo único, sino crear condiciones para que cada persona

pueda avanzar “a su modo” dentro de un marco compartido. Esto requiere ofrecer actividades con distintos niveles de complejidad, permitir que algunas personas observen más al principio y participen más adelante, y validar los avances pequeños tanto como los más vistosos (Lberman, 2008).

Las tareas para casa, cuando se utilizan, pueden tener formatos graduales (mínimo, medio, avanzado), de modo que cada persona pueda escoger el nivel que resulte desafiante pero alcanzable.

3.3.3. Estrategias de inclusión y cohesión

La inclusión y la cohesión no ocurren de forma automática: se construyen mediante estrategias deliberadas. Algunas de ellas son: establecer normas explícitas de respeto y confidencialidad, utilizar actividades de presentación y conocimiento mutuo, promover el reconocimiento de logros ajenos, rotar parejas o subgrupos de trabajo, y dirigir preguntas abiertas a personas que tienden a participar menos.

La cohesión no consiste en “llevarse bien siempre”, sino en poder expresar desacuerdos y malestares sin que el grupo se rompa (Joyce et al., 2007). Desde la perspectiva de recuperación, la cohesión se vincula también a la posibilidad de mostrar vulnerabilidad sin ser reducido al diagnóstico.

3.3.4. Coordinación con planes individuales (PAI)

La gestión de la heterogeneidad incluye coordinar lo que ocurre en el grupo con los objetivos y procesos recogidos en los PAIs. Para algunas personas, la participación en determinado grupo puede ser un reto importante (por ejemplo, en habilidades sociales); para otras, puede ser un espacio de consolidación de logros. Los facilitadores deberían poder comunicar al profesional de referencia observaciones relevantes y recibir información actualizada sobre cambios clínicos, crisis o eventos vitales que puedan afectar la participación (Davidson & Tondora, 2015).

MEJOR PRÁCTICA 2

Revisar la composición del grupo tras las primeras sesiones

Una práctica útil consiste en realizar, después de las dos primeras sesiones, una **revisión de la composición del grupo**. El objetivo no es excluir a quien “cueste más”, sino valorar si la heterogeneidad detectada es manejable o requiere ajustes (por ejemplo, apoyo individual complementario, presencia de un co-facilitador adicional, coordinación más estrecha con otros dispositivos). Esta revisión temprana permite actuar antes de que se cronifiquen dinámicas de exclusión o polarización.

Tabla 3.1. Riesgos y oportunidades de la heterogeneidad

Tipo de heterogeneidad	Riesgos potenciales	Oportunidades terapéuticas
Edad	Distancia generacional, referentes distintos	Modelos positivos intergeneracionales
Trayectoria de enfermedad	Comparaciones dolorosas, sentimientos de fracaso	Esperanza, aprendizaje de estrategias de afrontamiento
Nivel de funcionamiento	Desajuste en tareas y ritmos	Apoyo mutuo, tutoría entre pares
Origen cultural	Malentendidos, estereotipos	Ampliación de perspectivas, trabajo sobre diversidad

Nota: La tabla muestra que la heterogeneidad no es, por sí misma, un problema ni una virtud. Su efecto dependerá de cómo se gestione en el diseño y la facilitación del programa.

3.4. Formación y supervisión de facilitadores

3.4.1. Competencias específicas para programas grupales

Facilitar programas centrados en la recuperación grupal requiere competencias específicas: manejo del modelo teórico, habilidades de conducción de grupos, capacidad para trabajar con emociones intensas, sensibilidad a la diversidad y manejo de límites y responsabilidades. A esto se suma la capacidad de reflexión crítica sobre el propio rol y el lugar del poder profesional en el grupo (APA, 2021). Estas competencias no se adquieren únicamente mediante formación teórica; requieren práctica supervisada, observación de otros facilitadores y disposición a revisar errores y sesgos.

3.4.2. Protocolos de formación inicial

Es recomendable que cada dispositivo disponga de un protocolo de formación inicial para nuevos facilitadores de programas. Este protocolo puede incluir: formación en el modelo de recuperación y en el enfoque grupal del centro, revisión detallada de manuales, observación de varias sesiones como co-facilitador, y planificación de las primeras sesiones con apoyo de un profesional experto (Fixsen et al., 2005).

3.4.3. Supervisión de la fidelidad

La supervisión no se limita a comentar “cómo van los grupos”; también debe incluir la revisión de la fidelidad al programa y del uso de la metodología centrada en la recuperación. Revisar grabaciones (cuando sea posible y ético), utilizar checklists de fidelidad y abrir espacios específicos para discutir decisiones de adaptación permite sostener una práctica coherente sin caer en la rigidez (Breitenstein et al., 2010).

3.4.4. Gestión de situaciones grupales complejas

Los grupos centrados en la recuperación pueden verse atravesados por conflictos, crisis emocionales, revelaciones de experiencias traumáticas, desregulaciones o conductas de riesgo. Los facilitadores necesitan protocolos claros de actuación, definidos por el centro, que contemplen cómo intervenir en el momento, cuándo detener la sesión, cómo derivar o coordinar con otros dispositivos, y cómo cuidar también al propio equipo (van den Berg et al., 2015).

REFLEXIÓN DE CASO

“Salió un tema de suicidio y el grupo se bloqueó”: lo que ocurrió y lo que aprendimos

En la quinta sesión de un programa de habilidades de afrontamiento, una persona comparte espontáneamente ideas de suicidio que había mantenido en secreto. El grupo entra en silencio, algunas personas miran al suelo, otras muestran ansiedad visible. Los facilitadores optan por cambiar de tema rápidamente, temiendo desbordarse, y retoman el contenido previsto. Al finalizar, varias personas verbalizan confusión y preocupación por su compañera, y una de ellas plantea que se sintió ignorada una parte muy importante de lo que se estaba viviendo.

En la supervisión posterior, el equipo analiza el episodio y reconoce que la decisión de “seguir adelante” fue más una reacción al miedo que una elección deliberada. Se revisan protocolos del centro, se acuerda cómo actuar en situaciones similares (dar espacio breve a la expresión, validar, acordar un plan de seguridad, coordinar de inmediato con el profesional de referencia) y se introduce en el manual una sección específica sobre **gestión de crisis en el grupo**. En la siguiente sesión, se retoma el tema, se explica el razonamiento y se legitima que el grupo pueda hablar también de experiencias difíciles de forma contenida. El caso muestra cómo la supervisión y la revisión de manuales permiten transformar un momento de bloqueo en un aprendizaje colectivo.

Figura 3.1: Modelo de programa grupal centrado en la recuperación



Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Nota: la Figura se presenta como tres círculos parcialmente solapados etiquetados como: “Estructura del programa”, “Proceso grupal” y “Perspectiva de recuperación”. En el área central, donde convergen los tres, aparece “Programa grupal centrado en la recuperación”.

Contenido

En el círculo de **estructura** se ubican elementos como objetivos de programa, secuencia de sesiones, metodología y sistema de indicadores. En el círculo de **proceso** se sitúan cohesión, normas de funcionamiento, roles de liderazgo, conflictos y apoyo mutuo. En el círculo de **recuperación** se incluyen participación activa, narrativa de recuperación, empoderamiento y inclusión social. El área central representa el punto en el que las decisiones estructurales, la gestión del proceso y los valores de recuperación se alinean.

Leyenda

El Figura ilustra que un programa centrado en la recuperación no se limita a añadir “contenido de recuperación” a una estructura existente. Requiere alinear tres dimensiones: cómo está diseñado el programa, cómo se gestiona lo que ocurre en el grupo y qué visión de recuperación lo inspira. El desequilibrio de cualquiera de estas dimensiones se traducirá en un programa más pobre, aunque sea correcto en las otras.

Aplicación práctica

Puede utilizarse en sesiones de formación y supervisión para revisar programas existentes: el

equipo valora, en cada uno de los tres círculos, puntos fuertes y áreas de mejora, y diseña acciones concretas para acercarse al área central de convergencia.

FOCO DE PRÁCTICA

Rediseño de un programa de habilidades sociales para alinearlo con la recuperación

Un centro de día cuenta desde hace años con un programa de habilidades sociales de 12 sesiones, basado en role-playing y entrenamiento conductual. Aunque los resultados en términos de desempeño observable son aceptables, varias personas usuarias y profesionales señalan que el grupo se vive como “un entrenamiento escolar”, poco conectado con los proyectos vitales reales.

El equipo decide revisar el programa con una mirada de recuperación. En una primera fase, invita a usuarios veteranos a una sesión de coanálisis, donde se exploran experiencias, lo que ha sido útil y lo que ha resultado artificial. Emergen temas como la necesidad de trabajar situaciones reales en la comunidad, la importancia de hablar de vergüenza y autoestigma, y el deseo de poder compartir éxitos y fracasos sin sentir que se está “siendo evaluado”.

En la fase de rediseño, el equipo mantiene la base estructurada del programa (secuencias de modelado–role play–feedback), pero introduce cambios clave: se incluye una “sesión 0” de construcción de normas y objetivos de grupo; se agregan tareas comunitarias planificadas (por ejemplo, pedir información en un recurso comunitario real); se dedican espacios específicos a hablar de experiencias de rechazo y autoestigma, y se incorpora la co-facilitación de una persona con experiencia en primera persona, que participa en la selección de situaciones a trabajar.

En las siguientes ediciones, se observa una mayor implicación subjetiva, un aumento de la cohesión grupal y una mejor transferencia de habilidades a contextos reales. El programa sigue siendo evaluable con los mismos instrumentos básicos, pero ahora los indicadores incluyen también medidas de esperanza y autoestigma, en coherencia con la perspectiva de recuperación. El caso muestra que centrar un programa en la recuperación no significa abandonar sus fundamentos, sino reinterpretarlos a la luz de lo que las personas consideran significativo en su vida cotidiana.

CAJA DE HERRAMIENTAS 3

Herramientas para centrar los programas grupales en la recuperación

1. Preguntas guía para revisar programas existentes

- ¿Qué lugar ocupa la **voz de las personas usuarias** en el diseño y la revisión del programa?
- ¿De qué manera el programa aborda temas de **identidad, esperanza, significado y participación social**, más allá de los síntomas?
- ¿Cómo se gestionan las **dinámicas de poder** dentro del grupo (quién habla, quién decide, quién facilita)?
- ¿Qué oportunidades ofrece el programa para que las personas definan y sigan sus **propias metas** dentro del marco común?

2. Microtécnicas participativas para sesiones

- Rondas breves de inicio: “Una cosa que traigo hoy al grupo...”
- Tarjetas anónimas: cada persona escribe una pregunta o preocupación que le cueste verbalizar.
- Mapas de recursos: actividades en las que se identifican recursos personales y comunitarios, no solo déficits.
- Cierres de sesión con dos preguntas: “¿Qué me llevo?” y “¿Qué me gustaría tratar más?”

3. Checklist de recuperación en programas grupales

- El lenguaje del programa evita etiquetas estigmatizantes y pone el foco en la persona, no solo en el diagnóstico.
- El programa incluye momentos explícitos para hablar de metas personales y proyectos vitales.
- Existe al menos un mecanismo formal de **feedback** de las personas participantes que tenga consecuencias visibles en la edición siguiente.

- Se reconoce y utiliza el **conocimiento experiencial** de las personas (por ejemplo, mediante testimonios, co-facilitación, espacios de intercambio).
- El programa aborda, directa o indirectamente, aspectos de autoestigma, discriminación y derechos.
- Las normas del grupo han sido discutidas y acordadas con las personas participantes.
- Las estrategias de evaluación incluyen, además de indicadores clínicos o funcionales, alguna medida relacionada con esperanza, empoderamiento o calidad de vida.

Esta caja de herramientas puede funcionar como plantilla rápida en reuniones de revisión o diseño, ayudando a que la perspectiva de recuperación no quede solo en el discurso, sino encarnada en decisiones concretas.

Conclusiones aplicadas

Este capítulo ha propuesto un marco para diseñar programas grupales verdaderamente centrados en la recuperación, entendida como un proceso personal de reconstrucción de significado, identidad y participación, más allá de la mera remisión sintomática (Anthony, 1993; Slade et al., 2008). Se ha subrayado el papel del grupo como agente terapéutico y se ha insistido en la necesidad de equilibrar estructura y proceso, integrando las dinámicas grupales y la diversidad de las personas como recursos y no como obstáculos.

Las metodologías participativas, el codiseño con usuarios veteranos, la gestión deliberada de la heterogeneidad y la formación y supervisión específica de facilitadores son piezas clave para que los programas no se queden en intervenciones técnicamente correctas pero subjetivamente pobres (Ocloo & Matthews, 2016). En la práctica, centrar los programas en la recuperación implica introducir cambios relativamente pequeños pero significativos en el modo de definir objetivos, conducir sesiones, evaluar resultados y compartir el poder dentro del grupo.

En los capítulos siguientes, este enfoque se articulará con el diseño de sistemas de evaluación específicos, el análisis de datos y los ciclos de mejora continua, de modo que la recuperación no solo sea un marco ético y clínico, sino también un criterio operativo para decidir qué programas se mantienen, cómo se modifican y cómo se transfieren a otros dispositivos y contextos (Chambers et al., 2013).



4

CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE PROGRAMAS GRUPALES



Introducción

La evaluación específica de programas grupales es el puente que transforma intervenciones bien intencionadas en prácticas basadas en la evidencia (Sackett et al., 2000). Sin evaluación, los programas quedan sometidos a impresiones subjetivas (“parece que va bien”, “la gente está contenta”) que, aunque valiosas, no permiten justificar recursos, priorizar intervenciones ni aprender de manera sistemática. En el contexto de la rehabilitación psicosocial del sistema público de salud mental, evaluar programas grupales es, además, una cuestión de responsabilidad ética y política: implica demostrar que el tiempo de las personas, de los equipos y de las instituciones se invierte en dispositivos que aportan valor real a los procesos de recuperación (Ministerio de Sanidad, 2023).

Este capítulo aborda cómo diseñar evaluaciones específicas de programas grupales diferenciándolas de la evaluación individual ya presente en los PAIs, qué instrumentos pueden utilizarse para medir proceso y resultados, cómo analizar los datos de forma pragmática pero rigurosa, cómo elaborar informes útiles para la toma de decisiones y cómo incorporar dimensiones de viabilidad y eficiencia. El objetivo no es convertir a los equipos en unidades de

investigación avanzada, sino ofrecer un marco realista para que cualquier programa estructurado pueda demostrar, con un nivel aceptable de calidad metodológica, qué hace, para quién funciona y en qué condiciones es más útil (**Craig et al., 2019**).

4.1. Diseño de evaluación de programas

4.1.1. Evaluación del programa vs. evaluación individual (PAI)

La primera distinción clave es entre la evaluación del programa y la evaluación de la persona. La evaluación individual, integrada en el PAI, se centra en cambios en la vida de cada persona: funcionamiento, síntomas, participación, calidad de vida (**Liberman et al., 2020**). La evaluación del programa, en cambio, responde a preguntas como: “¿qué cambios se observan, en promedio, en las personas que completan este programa?”, “¿se está aplicando como fue diseñado?”, “¿es percibido como útil y accesible?” (**Proctor et al., 2011**).

Confundir ambas dimensiones lleva a errores habituales: atribuir al programa cambios que tienen múltiples causas (farmacoterapia, otras intervenciones, eventos vitales) o, al contrario, descartar un programa valioso porque una persona concreta no ha mejorado. Diseñar la evaluación del programa exige definir indicadores y procedimientos propios, complementarios a los del PAI.

INSIGHT CLAVE 1

“No ha mejorado” no significa necesariamente que el programa no funcione

En reuniones clínicas es frecuente escuchar frases como “X ha hecho el programa y no ha mejorado”, usadas como argumento para cuestionar su utilidad. Desde el punto de vista de evaluación de programas, este razonamiento es insuficiente. Nunca evaluamos un programa a partir de un solo caso, sino del patrón de resultados de una cohorte completa y, si es posible, de varias ediciones (**Barker et al., 2016**). Que una persona no mejore puede deberse a múltiples factores: crisis intercurrentes, baja asistencia, problemas no abordables por el programa, etc. La evaluación de programas requiere mirar el conjunto, identificar patrones y, solo entonces, valorar cómo se relacionan con la estructura y el contenido del dispositivo grupal.

4.1.2. Diseños pre–post para grupos

El diseño más habitual y viable en contextos asistenciales es el pre–post sin grupo control: se recogen medidas antes de iniciar el programa (pre) y al finalizar (post), aplicadas a todas las personas participantes. Este diseño permite estimar cambios asociados temporalmente a la participación en el programa, aunque sin poder atribuir causalidad firme (Fernández-Ballesteros, 2021). Para muchas decisiones de gestión (mantener, modificar, extender un programa) esta información ya aporta un valor significativo.

Es importante definir claramente el momento de recogida de datos pre (por ejemplo, en la sesión 0 o en la primera sesión) y post (última sesión o en una sesión específica de cierre). En programas de larga duración puede ser útil añadir mediciones intermedias para monitorizar la evolución.

4.1.3. Grupos control y comparación cuando sea posible

Cuando la organización lo permite, puede añadirse un grupo de comparación: personas con características similares que no participan en el programa (lista de espera, atención habitual) o que participan en otro tipo de actividad. Estos diseños quasi-experimentales permiten interpretar mejor los cambios observados, aunque plantean retos éticos y logísticos (equidad en el acceso, coordinación entre dispositivos, tamaño muestral) (Kivlighan et al., 2021).

En algunos contextos puede optarse por diseños de implementación escalonada (por ejemplo, diferentes centros o equipos inician el programa en momentos distintos), lo que permite comparar datos entre quienes ya han participado y quienes aún no lo han hecho.

4.1.4. Evaluación de la implementación

Evaluar un programa no es solo medir resultados: también implica valorar cómo se está implementando. La evaluación de la implementación incluye indicadores de fidelidad (grado en que se aplican los contenidos previstos), de alcance (perfil de las personas que acceden), de aceptabilidad (satisfacción) y de carga para los equipos (Proctor et al., 2022). Sin esta información, no podemos saber si un resultado modesto se debe a un programa débil o a una implementación deficiente (pocas sesiones, asistencia irregular, adaptaciones excesivas).

Tabla 4.1. Diferencias básicas entre evaluación individual y evaluación de programa

Aspecto	Evaluación individual (PAI)	Evaluación de programa grupal
Unidad de análisis	Persona	Cohorte de participantes / programa
Preguntas principales	¿Cómo cambia esta persona?	¿Qué efecto tiene este programa, en promedio?
Decisiones asociadas	Ajuste de objetivos y estrategias del PAI	Continuidad, modificación o retirada del programa
Indicadores típicos	Funcionamiento, síntomas, calidad de vida	Cambios agregados, fidelidad, satisfacción, viabilidad

Nota: La tabla resume las diferencias funcionales entre dos niveles de evaluación, subrayando que son complementarios y no intercambiables. Ayuda a evitar que la evaluación del programa se diluya dentro de la evaluación clínica individual.

MEJOR PRÁCTICA 1

Planificar la evaluación del programa en paralelo al diseño, no después

Una buena práctica es que cada vez que se diseña o revisa un programa grupal, se elabore en paralelo un mini-plan de evaluación: qué indicadores se recogerán, con qué instrumentos, en qué momentos, quién será responsable y cómo se analizarán los datos (Skivington et al., 2021). Este plan no tiene por qué ser complejo, pero debe existir desde el inicio. De lo contrario, la evaluación se improvisa, se pierde información y se generan resistencias lógicas (“no tenemos tiempo”, “ya es tarde para aplicar cuestionarios pre”).

4.2. Instrumentos para evaluar programas grupales

4.2.1. Medidas de cohesión y clima grupal

La cohesión y el clima grupal son factores críticos para el éxito de los programas. Pueden evaluarse mediante escalas breves autoinformadas (por ejemplo, ítems sobre sentimiento de pertenencia, confianza, respeto, apoyo mutuo) o mediante observación estructurada por parte de los facilitadores (Kivlighan et al., 2020). Incluir al menos una medida sencilla de clima en la evaluación del programa permite relacionar los resultados con la calidad de la experiencia grupal.

4.2.2. Evaluación de la satisfacción con el programa

La satisfacción de las personas participantes es un indicador clave de aceptabilidad y de probabilidad de continuidad. Puede medirse con cuestionarios breves al final del programa (5–10 ítems Likert) que valoren la percepción de utilidad, la adecuación de los contenidos, el respeto en el trato y la recomendación del programa a otras personas (Priebe et al., 2016). Es recomendable dejar un espacio para comentarios abiertos, que a menudo aportan claves muy valiosas.

4.2.3. Instrumentos de cambio grupal agregado

Los instrumentos para medir cambios deben estar alineados con los objetivos del programa: escalas de habilidades sociales, medidas de afrontamiento, instrumentos de funcionamiento psicosocial, cuestionarios de estilos de vida, etc. (Salazar-Montes et al., 2024). En la evaluación de programas grupales, los resultados se analizan en términos de promedio de la cohorte, aunque los datos procedan de evaluaciones individuales. Siempre es preferible usar instrumentos breves, válidos y aceptables para las personas usuarias, evitando sobrecargar el programa con excesiva batería de pruebas (World Health Organization [WHO], 2020).

4.2.4. Herramientas de fidelidad al modelo

Las herramientas de fidelidad suelen adoptar la forma de checklists cumplimentadas por facilitadores o supervisores, en las que se marca si se han cubierto los contenidos de cada sesión, si se han aplicado las técnicas previstas y si se han evitado prácticas contraindicadas (Bond et al., 2000; Breitenstein et al., 2010). Algunas herramientas incluyen escalas de 0–3 para valorar el grado de adherencia. Aunque puedan parecer instrumentos “internos”, son fundamentales para interpretar los resultados: un programa con baja fidelidad no puede considerarse realmente evaluado.

INSIGHT CLAVE 2

Un buen instrumento mal alineado con el programa produce datos elegantes pero irrelevantes

Puede resultar tentador elegir instrumentos sofisticados o muy citados en la literatura, aunque no estén directamente relacionados con los objetivos concretos del programa. El resultado son informes impecables desde el punto de vista formal, pero poco útiles para la toma de decisiones (“sabemos el nivel de X, pero no tiene mucho que ver con lo que pretendíamos cambiar”). El criterio básico es sencillo: si no podemos explicar con claridad cómo un instrumento se relaciona con los objetivos del programa, probablemente no sea el instrumento adecuado (**Navarro & García-Heras, 2023**).

Tabla 4.2. Ejemplo de mapeo objetivos–indicadores–instrumentos

Objetivo de programa	Indicador principal	Instrumento sugerido
Mejorar habilidades de afrontamiento del estrés	Cambio en frecuencia de estrategias adaptativas	Cuestionario breve de afrontamiento
Incrementar participación comunitaria	Aumento de actividades comunitarias	Registro estructurado de actividades
Reducir autoestigma	Cambio en actitudes hacia sí mismo	Escala breve de autoestigma
Mejorar cohesión del grupo	Percepción de pertenencia y apoyo	Cuestionario de clima grupal (5–6 ítems)

Nota: La tabla muestra cómo vincular cada objetivo del programa con un indicador claro y un instrumento concreto. Este ejercicio de mapeo es un paso clave para asegurar coherencia entre lo que se quiere cambiar y lo que se mide.

MEJOR PRÁCTICA 2

Preferir pocos instrumentos bien escogidos a baterías inmanejables

En la práctica, los equipos pueden verse desbordados si intentan aplicar demasiados cuestionarios. Una recomendación pragmática es seleccionar **uno o dos instrumentos principales** directamente vinculados a los objetivos del programa, más un pequeño bloque de procesos (clima, satisfacción). Es mejor disponer de datos consistentes de 10–15 programas con esta estructura simple que de evaluaciones aisladas y parciales por haber pretendido medir “todo” ([Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019](#)).

4.3. Análisis de datos de programas

4.3.1. Análisis agregado vs. individual

El análisis de programas grupales se realiza fundamentalmente a nivel agregado: se comparan promedios pre–post, se calculan porcentajes de personas que mejoran, se exploran patrones generales. No obstante, puede ser útil revisar también ciertos casos individuales (por ejemplo, personas que empeoran) para comprender mejor en qué condiciones el programa es más útil o cuándo puede resultar insuficiente ([Barker et al., 2016](#)).

4.3.2. Tamaño del efecto del programa

Más allá de la significación estadística, es recomendable estimar el tamaño del efecto (por ejemplo, diferencias estandarizadas pre–post) para valorar la magnitud del cambio ([Cohen, 1988](#)). Esto ayuda a interpretar si las mejoras son solo pequeñas variaciones o cambios con relevancia clínica. Aunque no todos los equipos se sientan cómodos calculando tamaños de efecto, existen guías y plantillas que facilitan este trabajo, y puede apoyarse en profesionales con perfil metodológico cuando los haya.

4.3.3. Análisis de moderadores y mediadores

Cuando se dispone de suficientes datos, es posible realizar análisis más finos: moderadores (variables que influyen en para quién funciona mejor el programa) y mediadores (variables que explican cómo se produce el cambio) ([Kraemer et al., 2002](#)). Por ejemplo, se puede explorar si el efecto del programa es mayor en personas con mejor asistencia, o si la mejora en cohesión grupal media en la relación entre participación y resultados. En contextos asistenciales, estos análisis suelen ser exploratorios y no requieren modelos complejos para aportar información útil.

4.3.4. Identificación de perfiles de respuesta

Otra estrategia consiste en identificar perfiles de respuesta: grupos de personas que presentan patrones similares de cambio (mejoría clara, estabilidad, empeoramiento). Aunque no se apliquen análisis estadísticos avanzados, la simple clasificación descriptiva puede guiar decisiones sobre adaptaciones del programa, indicando, por ejemplo, qué perfiles se benefician más y cuáles podrían necesitar intervenciones complementarias.

REFLEXIÓN DE CASO

“Los datos no cuadran con lo que sentimos”: cuando la experiencia y los números dialogan

Un equipo percibe que su programa de actividad física adaptada tiene un impacto muy positivo: las personas refieren sentirse mejor, más activas y con más energía. Sin embargo, el análisis pre–post de una escala de depresión muestra cambios pequeños y no significativos. La primera reacción es cuestionar la utilidad de evaluar (“los números no captan lo importante”). En la supervisión, se revisa el mapeo objetivos–indicadores y se reconoce que la escala elegida no estaba alineada con los objetivos centrales (activación, bienestar físico, participación).

Lejos de abandonar la evaluación, el equipo decide incorporar instrumentos más adecuados (por ejemplo, una medida breve de activación conductual y un registro de participación en actividades) y mantener, de forma cualitativa, la recogida de testimonios. El

diálogo entre experiencia y datos lleva a una evaluación más ajustada y a una mayor confianza en el proceso, mostrando que la discrepancia inicial no era un fracaso, sino una oportunidad para afinar la metodología.

INSIGHT CLAVE 3

Los datos no sustituyen al juicio clínico, pero el juicio sin datos se vuelve ciego

La evaluación de programas no pretende reemplazar la experiencia y el criterio de los equipos, sino ofrecerles una base más sólida para sus decisiones. Confiar solo en la impresión subjetiva puede llevar a mantener programas poco efectivos por simpatía o a abandonar intervenciones valiosas por anécdotas negativas aisladas. Incorporar datos, aunque sean sencillos, introduce un nivel de **autocorrección** que mejora la calidad de las decisiones clínicas y organizativas.

4.4. Informes de evaluación de programas

4.4.1. Estructura de informe de programa (diferente al informe PAI)

El informe de programa no es un informe clínico individual. Su estructura básica puede incluir: descripción del programa (objetivos, población, duración), metodología de evaluación (diseño, instrumentos, momentos de medida), resultados principales (proceso, resultados, satisfacción, eficiencia), interpretación y recomendaciones (**Fernández-Ballesteros, 2021**). El foco está en el comportamiento del programa como dispositivo, no en detallar el caso de cada persona.

4.4.2. Comunicación de resultados grupales

La comunicación de resultados debe adaptarse a diferentes destinatarios: equipos clínicos, direcciones de centro, personas usuarias, familias, redes de servicios. Para equipos y direcciones, pueden enfatizarse indicadores cuantitativos y su interpretación; para personas usuarias, conviene destacar cambios relevantes en términos comprensibles, ilustrados con ejemplos y testimonios (respetando la confidencialidad).

4.4.3. Recomendaciones para mejora del programa

Todo informe debería incluir recomendaciones explícitas: aspectos a mantener, cambios sugeridos, necesidades de formación o recursos, propuestas para la siguiente edición (Skivington et al., 2021). Estas recomendaciones no deben quedar “flotando”; es útil acordar, en reunión específica, qué cambios se implementarán y cómo se registrarán en el manual.

4.4.4. Decisiones sobre continuidad o modificación

La evaluación de programas está al servicio de la toma de decisiones: continuar, ampliar, modificar, fusionar con otros dispositivos o, en algunos casos, cerrar un programa. Esta última opción, a veces vivida como fracaso, puede ser en realidad un ejercicio de responsabilidad: liberar recursos para programas con mayor impacto o necesidad, evitando la inercia de mantener intervenciones solo porque “siempre se han hecho así” (Chambers & Norton, 2016).

4.5. Viabilidad y eficiencia de programas grupales

4.5.1. Análisis de cobertura y alcance

La cobertura se refiere al porcentaje de personas que, cumpliendo criterios de inclusión, acceden efectivamente al programa. El alcance considera hasta qué punto el programa llega a diferentes colectivos (por ejemplo, personas con menor adherencia, residentes en zonas rurales, mujeres/hombres en proporción equilibrada). Programas con buenos resultados pero cobertura muy baja pueden requerir ajustes en los circuitos de derivación, horarios o condiciones de acceso (Proctor et al., 2011).

4.5.2. Tasas de inicio, abandono y finalización

Las tasas de inicio (personas que, habiendo sido admitidas, acuden a la primera sesión), abandono (personas que interrumpen antes de tiempo) y finalización (personas que completan el programa) son indicadores clave de viabilidad. Analizar motivos de abandono, cuando se conocen, permite introducir ajustes: barreras de transporte, horarios, formato, contenido percibido como poco relevante, nivel de exigencia excesivo (Waller & Turner, 2016).

4.5.3. Ratio coste/beneficio del formato grupal

Aunque no siempre se cuente con datos económicos completos, es posible aproximar una idea de coste/beneficio: número de horas profesionales por persona que finaliza, comparación con otras formas de intervención (por ejemplo, trabajo individual), y relación entre resultados obtenidos y recursos invertidos ([Rubio-Valera et al., 2020](#)). Esta información es especialmente valiosa para defender la continuidad o ampliación de programas ante instancias gestoras.

4.5.4. Barreras y facilitadores de implementación

Por último, la evaluación de viabilidad debe identificar las principales barreras (falta de tiempo, rotación de profesionales, escasez de espacios, rigidez en agendas, resistencias culturales) y facilitadores (apoyo institucional, formación específica, buena coordinación, implicación de usuarios y familias). Mapear estos factores ayuda a diseñar estrategias de implementación más robustas y a priorizar intervenciones sobre el contexto organizativo ([Damschroder et al., 2022](#)).

Tabla 4.3. Indicadores básicos de viabilidad y eficiencia

Dimensión	Indicadores sugeridos
Cobertura	% de personas elegibles que acceden al programa
Retención	% de personas que completan el programa
Carga de recursos	Horas profesionales por cohorte / por participante
Eficiencia	Participantes que mejoran / horas profesionales
Barreras	nº y tipo de barreras reportadas por equipo y usuarios

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Nota: La tabla ofrece un conjunto mínimo de indicadores para monitorizar la viabilidad y eficiencia de programas grupales, permitiendo a los equipos tomar decisiones informadas sin necesidad de análisis económicos complejos.

INSIGHT CLAVE 4

Un programa excelente pero imposible de sostener no es un buen programa en un sistema público

La calidad de un programa no se mide solo por sus resultados clínicos o psicosociales, sino también por su **sostenibilidad** en el contexto en que se inserta. Diseñar programas que requieren recursos que el sistema no puede mantener a medio plazo genera frustración y desgaste. Incorporar desde el inicio consideraciones de viabilidad y eficiencia no es una renuncia a la calidad, sino una forma de asegurar que los logros obtenidos puedan consolidarse y extenderse ([Shelton et al., 2018](#)).

FOCO DE PRÁCTICA

Evaluación integral de un programa de actividad física adaptada en una red de recursos

Una red de recursos de rehabilitación psicosocial pone en marcha un programa de actividad física adaptada para personas con TMG, con sesiones grupales semanales durante 16 semanas. El objetivo es mejorar el bienestar físico, reducir el sedentarismo y favorecer la socialización. Tras dos años de funcionamiento, la dirección solicita una evaluación específica para decidir si el programa se mantiene, se amplía o se modifica.

El equipo de evaluación diseña un plan que combina distintos niveles. En cuanto a **resultados**, recoge medidas pre–post de condición física percibida, frecuencia de actividad, bienestar subjetivo y participación en actividades comunitarias. En **proceso**, registra tasas de asistencia, puntualidad, número de sesiones realizadas según lo previsto y evaluación del clima grupal. Para la **fidelidad**, utiliza una checklist cumplimentada por los facilitadores, que recoge si se han realizado calentamiento, ejercicio principal y vuelta a la calma, si se han adaptado las actividades a las capacidades individuales y si se ha promovido la interacción entre participantes.

Los datos muestran mejoras moderadas en bienestar y frecuencia de actividad en quienes completan el programa, altos niveles de satisfacción y un clima grupal valorado como muy positivo. Sin embargo, la tasa de abandono es elevada en las primeras cuatro semanas,

especialmente en personas con mayor sintomatología negativa y en aquellas con dificultades de transporte. El análisis de viabilidad señala también una carga relevante en horas profesionales y problemas recurrentes para asegurar espacios adecuados.

En el informe, el equipo recomienda mantener el programa, pero introduce propuestas de mejora: incorporar una fase de preparación motivacional previa para personas con más barreras, coordinar transporte desde ciertos recursos, formar a monitores adicionales para repartir la carga de trabajo y ajustar los horarios a franjas más compatibles con otros dispositivos. La dirección acepta las recomendaciones y acuerda una nueva evaluación al año siguiente. El caso muestra cómo una evaluación integral permite pasar de una percepción general de “programa útil pero pesado” a un conjunto concreto de decisiones que mejoran su sostenibilidad y equidad.

CAJA DE HERRAMIENTAS 4

Herramientas prácticas para la evaluación de programas grupales

1. Mini–plan de evaluación de programa (plantilla básica)

1. Nombre del programa y edición
2. Objetivos de la evaluación
 - ¿Qué queremos saber? (ej.: cambios en X, satisfacción, viabilidad)
3. Diseño
 - Pre–post sin grupo control
 - Comparación con lista de espera / otro dispositivo
4. Indicadores
 - Proceso: ...
 - Resultados: ...
 - Fidelidad: ...
 - Satisfacción: ...
 - Viabilidad/eficiencia: ...
5. Instrumentos
 - Escalas, cuestionarios, registros internos
6. Momentos de recogida de datos

- Pre: ...
- Post: ...
- Seguimiento (si lo hay): ...

7. Responsables

- Recogida de datos: ...
- Análisis: ...
- Elaboración de informe: ...

8. Plan de uso de resultados

- Reuniones, decisiones esperadas, actualización de manual

2. Guía rápida para seleccionar indicadores

- ¿El indicador está directamente relacionado con un objetivo del programa?
- ¿Es realizable su recogida en el contexto real (tiempo, recursos)?
- ¿La persona usuaria entiende el instrumento y lo percibe como relevante?
- ¿Permite comparar ediciones del programa a lo largo del tiempo?

3. Checklist de calidad de la evaluación de programas

- Se han diferenciado claramente la evaluación del programa y la evaluación individual (PAI).
- Existe un mini–plan de evaluación redactado antes de iniciar la edición del programa.
- Los instrumentos seleccionados están alineados con los objetivos del programa.
- Se han definido indicadores de proceso, resultados, fidelidad y satisfacción.
- La recogida de datos pre–post se ha realizado con una tasa aceptable de completitud.
- Se ha calculado al menos un indicador de tamaño del efecto o de magnitud del cambio.
- Los resultados se han plasmado en un informe accesible para el equipo y la dirección.
- El informe incluye recomendaciones concretas de mejora y decisiones acordadas.
- Se han considerado indicadores de viabilidad y eficiencia, más allá de los resultados clínicos.
- Está previsto cómo se incorporarán los aprendizajes a la siguiente edición del programa.

Conclusiones aplicadas

La evaluación específica de programas grupales constituye una pieza central en la profesionalización de la rehabilitación psicosocial. Este capítulo ha mostrado cómo diferenciar la evaluación del programa de la evaluación individual, cómo diseñar planes de evaluación viables, qué instrumentos utilizar para medir tanto resultados como procesos, cómo analizar los datos de forma pragmática pero significativa y cómo traducir la información obtenida en informes y decisiones concretas.

Lejos de ser un añadido burocrático, la evaluación se convierte así en un motor de mejora continua: permite justificar la existencia de programas, ajustar su diseño, identificar para quién son más útiles, detectar barreras organizativas y reforzar los componentes que mejor funcionan (Fixsen et al., 2005). Al integrar también dimensiones de viabilidad y eficiencia, la evaluación contribuye a que los programas no solo sean buenos en teoría, sino sostenibles y justos en el contexto real del sistema público.

Los siguientes capítulos se apoyarán en estas bases evaluativas para abordar la mejora continua, la institucionalización de programas exitosos y la creación de bancos de programas, consolidando un enfoque en el que la práctica se alimenta continuamente de la evidencia generada por los propios dispositivos y por la experiencia acumulada de equipos y personas usuarias.

5

CAPÍTULO 5: Mejora continua y sostenibilidad de programas

Introducción

Un programa grupal bien diseñado y evaluado no es un producto terminado, sino un sistema vivo que debe adaptarse a cambios en la evidencia científica, en las necesidades de las personas atendidas y en las condiciones organizativas del sistema público de salud mental ([Chambers et al., 2013](#)). Sin mecanismos de mejora continua y de sostenibilidad, incluso los mejores programas corren el riesgo de degradarse con el tiempo: se simplifican, pierden componentes nucleares, dejan de ajustarse al perfil de la población o se sostienen solo por el esfuerzo de unas pocas personas.

En rehabilitación psicosocial, la mejora continua y la sostenibilidad tienen una dimensión clínica, organizativa y política. Aseguran que los programas no dependan exclusivamente de liderazgos individuales, que los recursos invertidos generen valor a medio y largo plazo, y que las personas usuarias sigan recibiendo intervenciones coherentes con los principios de recuperación ([Shelton et al., 2018](#)). Este capítulo aborda cómo estructurar ciclos de revisión, cómo mantener la calidad del programa, qué pasos seguir para institucionalizar las intervenciones más exitosas, cómo crear un banco de programas y cómo afrontar la transferencia y el escalado a otros dispositivos y territorios.

5.1. Ciclos de mejora de programas

5.1.1. Revisión sistemática post-implementación

Cada edición de un programa grupal constituye una oportunidad de aprendizaje. Para aprovecharla, es necesario establecer revisiones sistemáticas tras la implementación, no solo cuando hay problemas. Una revisión post-implementación debería incluir al menos: análisis de los datos de evaluación (proceso, resultados, satisfacción), revisión de incidencias relevantes, valoración de la experiencia de facilitadores y personas participantes, e identificación de fortalezas y áreas de mejora ([Skivington et al., 2021](#)).

Esta revisión puede articularse en una reunión específica de “cierre de cohorte”, con una estructura predefinida que evite que se convierta en una mera sucesión de impresiones. El objetivo no es juzgar a quienes han facilitado el programa, sino aprender colectivamente y alimentar el siguiente ciclo de diseño–implementación.

5.1.2. Incorporación de aprendizajes al manual

Los aprendizajes derivados de cada edición deberían trasladarse al manual del programa, no quedarse en la memoria de unos pocos profesionales. Esto supone introducir pequeñas modificaciones (acllarar instrucciones, ajustar tiempos, añadir ejemplos locales), registrar adaptaciones que han demostrado ser útiles y señalar aquellas que han generado problemas ([Wiltsey Stirman et al., 2019](#)).

Para evitar que el manual se convierta en un documento caótico, es recomendable que exista una persona o pequeño grupo con responsabilidad de custodiarlo y de decidir, con el equipo, qué cambios se incorporan formalmente y cuáles se mantienen como opciones de adaptación.

5.1.3. Actualización basada en resultados

La mejora continua exige tomar decisiones basadas en los resultados de evaluación. Si los datos muestran, por ejemplo, una mejora consistente en ciertas dimensiones pero cambios escasos en otras, puede ser necesario reforzar contenidos, ajustar la metodología o revisar los instrumentos de medida ([Proctor et al., 2011](#)). La clave es que los resultados no se limiten a

“cumplir con un informe”, sino que desencadenen preguntas: ¿qué explica estos patrones?, ¿qué podemos ajustar en la próxima edición?, ¿hay subgrupos que se benefician menos y requieren estrategias específicas?

5.1.4. Versionado y control de cambios

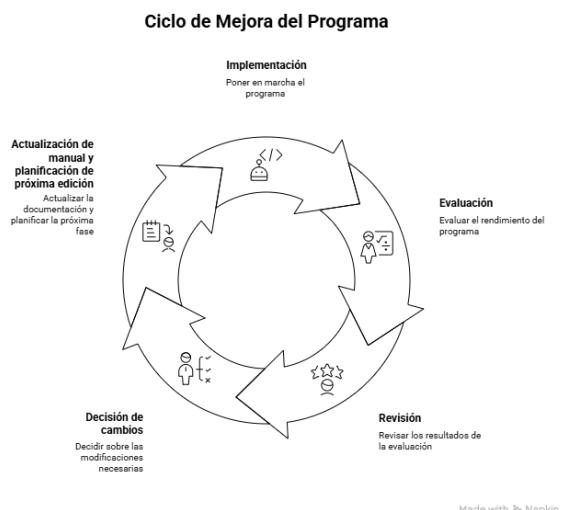
Como cualquier producto técnico, los programas deberían contar con un sistema de versionado: versión 1.0, 1.1, 2.0, etc., con un registro de cambios asociados. Esto permite saber qué versión se está utilizando en cada centro o edición, facilita la comparación de resultados a lo largo del tiempo y aporta transparencia cuando se comparte el programa con otros dispositivos (Fixsen et al., 2005).

INSIGHT CLAVE 1

Sin versión de manual, cada grupo es un experimento irrepetible

Cuando los cambios en un programa no se registran en ningún sitio, cada cohorte se convierte en una especie de “versión única” impulsada por la memoria y las preferencias del equipo. Esto dificulta saber qué elementos han funcionado, cuáles no y qué se está comparando realmente cuando se miran resultados de años diferentes. El versionado no es un formalismo informático: es una herramienta básica de **memoria organizativa**, que permite acumular experiencia sin depender exclusivamente de las personas que estaban “cuando se empezó”.

Figura 5.1: Ciclo de mejora continua de un programa grupal



Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Nota: La figura se presenta como un ciclo en cinco fases conectadas en círculo: 1) Implementación; 2) Evaluación; 3) Revisión; 4) Decisión de cambios; 5) Actualización de manual y planificación de próxima edición.

Contenido

En **Implementación** se sitúa la cohorte de participantes, el calendario y la aplicación del manual vigente. En **Evaluación**, la recogida y análisis de indicadores de proceso y resultados. En **Revisión**, la discusión en equipo de estos datos junto con la experiencia subjetiva y el feedback

del grupo. En **Decisión de cambios**, la selección de ajustes concretos (contenido, metodología, criterios de inclusión, recursos). En **Actualización de manual**, la incorporación formal de estos cambios, el versionado y la planificación de la siguiente edición.

Leyenda

El Figura muestra que la mejora continua no es un acto puntual, sino un **proceso cíclico**. Su eficacia depende de que todas las fases se completen: evaluar sin revisar, revisar sin decidir cambios o decidir cambios sin actualizar el manual rompe el ciclo y limita el aprendizaje.

Aplicación práctica

Puede utilizarse como esquema en reuniones de revisión, pidiendo al equipo que identifique qué fases están funcionando bien, en cuáles se atascan y qué acciones concretas pueden tomar para cerrar el ciclo en la siguiente edición.

5.2. Mantenimiento de la calidad del programa

5.2.1. Sistemas de monitorización continua

Más allá de las evaluaciones puntuales, la calidad del programa requiere monitorización continua. Esto incluye indicadores de asistencia y retención, registros de incidencias, observaciones periódicas de sesiones y breves revisiones intermedias en cada edición. Establecer umbrales de alerta (por ejemplo, caídas abruptas de asistencia, repetición de una misma incidencia) permite intervenir tempranamente, en lugar de esperar a la revisión final (Breitenstein et al., 2010).

5.2.2. Supervisión de deriva y fidelidad

Con el tiempo, los programas tienden a derivar: se enfatizan demasiado ciertos elementos, otros se omiten, se introducen cambios no previstos. La supervisión de fidelidad consiste en detectar y analizar estas derivas, distinguiendo entre adaptaciones útiles y modificaciones que erosionan el modelo (Waller & Turner, 2016). Puede realizarse mediante autoevaluaciones de facilitadores, observaciones cruzadas entre profesionales o supervisión externa periódica.

5.2.3. Formación de refuerzo para facilitadores

La calidad del programa depende en gran medida de la calidad de la facilitación. Por ello, es necesario planificar formación de refuerzo periódica, no solo inicial: actualización en modelos de intervención, entrenamiento en habilidades grupales, espacios de reflexión sobre el rol profesional y la perspectiva de recuperación ([American Psychological Association \[APA\], 2021](#)). Esta formación puede apoyarse en casos reales, videos de sesiones (cuando la ética y la normativa lo permiten) y supervisión conjunta.

5.2.4. Actualización de materiales

Los materiales del programa (guías, fichas, recursos audiovisuales) deben revisarse periódicamente para evitar obsolescencia: lenguaje poco inclusivo, referencias clínicas desactualizadas, ejemplos que ya no conectan con la realidad de las personas. Involucrar a personas usuarias en la revisión de materiales aporta una perspectiva imprescindible sobre claridad, relevancia y tono ([Palmer et al., 2019](#)).

INSIGHT CLAVE 2

La calidad no se mantiene sola: se degrada si nadie la sostiene

Un programa puede nacer con un diseño excelente y buenos resultados iniciales, pero si no se invierte en su mantenimiento, la calidad se deteriora. Horarios saturados, recortes, cambios de personal o crisis sanitarias pueden hacer que se simplifiquen contenidos, se reduzcan sesiones o se eliminen espacios de reflexión. La idea de que “como ya está montado, solo es aplicarlo” es engañosa: mantener la calidad exige decisiones explícitas, tiempo protegido y reconocimiento institucional del valor de los programas ([Gruen et al., 2008](#)).

Tabla 5.1. Estrategias de mantenimiento de calidad y responsables

Estrategia	Acción concreta	Responsable principal
Monitorización de asistencia	Informe breve tras cada edición	Facilitadores / coordinación

Estrategia	Acción concreta	Responsable principal
Revisión de fidelidad	Checklist en 1–2 sesiones por cohorte Supervisor/a de programa	
Actualización de materiales	Revisión anual con usuarios y equipo	Grupo de diseño del programa
Formación de refuerzo	Sesión formativa anual específica	Dirección / RRHH / formación

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Nota: La tabla propone un conjunto mínimo de estrategias de mantenimiento de calidad, vinculando cada acción a un responsable. De este modo, la calidad deja de ser una “preocupación abstracta” y se convierte en un conjunto de tareas asignadas.

5.3. Institucionalización de programas exitosos

5.3.1. Inclusión en cartera de servicios

La institucionalización implica que un programa deja de ser una iniciativa puntual para convertirse en parte reconocida de la cartera de servicios de la organización. Esto se traduce en su inclusión en documentos oficiales, protocolos, memorias de actividad y planificación anual. La inclusión en cartera suele venir precedida de resultados consistentes, valoración positiva de equipos y personas usuarias, y viabilidad demostrada (**Ministerio de Sanidad, 2023**).

5.3.2. Protocolización en el centro

La protocolización consiste en definir, por escrito, los circuitos de derivación, criterios de priorización, calendario anual y responsabilidades asociadas al programa. De este modo, su existencia no depende de la memoria del equipo, sino que forma parte de los procedimientos del centro. Esto incluye clarificar cómo se registra la participación en la historia clínica, cómo se coordinan los informes de programa con los PAIs y cómo se gestiona la lista de espera si la hay.

5.3.3. Integración con proceso PAI

La integración con el PAI es una condición clave de institucionalización: el programa deja de ser un “añadido” y pasa a ser un recurso estándar que se considera sistemáticamente al planificar itinerarios de recuperación. Esto implica que los objetivos del programa estén

presentes en las plantillas de PAI, que se contemplen indicadores relacionados y que exista un flujo claro de información entre facilitadores y profesionales de referencia (**Lberman, 2008**).

5.3.4. Estrategias de sostenibilidad

Sostener un programa a largo plazo requiere estrategias explícitas: asegurar relevo de facilitadores, proteger tiempos en agenda, asignar recursos materiales mínimos, mantener un plan de formación y supervisión. También implica negociar con la dirección y la red para que el programa no sea la primera pieza en caer ante recortes o reorganizaciones, argumentando su valor con datos y relatos (**Shelton et al., 2018**).

MEJOR PRÁCTICA 1

Negociar institucionalización con datos, historias y alianzas

A la hora de institucionalizar un programa, los argumentos más sólidos combinan datos cuantitativos (resultados, cobertura, eficiencia) con historias cualitativas (testimonios de personas usuarias, impacto percibido en el equipo) y alianzas (apoyo de distintas categorías profesionales, asociaciones de usuarios y familias). Esta combinación facilita que la dirección perciba el programa no como un “capricho de un servicio”, sino como un recurso estratégico alineado con la misión del dispositivo y con las políticas de salud mental comunitaria (**Ocloo & Matthews, 2016**).

5.4. Creación de un banco de programas

5.4.1. Documentación sistemática de programas

Un banco de programas es un repositorio organizado donde se documentan de forma homogénea los programas existentes: objetivos, población diana, manual, indicadores, resultados, contactos de referencia. Su creación comienza por un trabajo de inventario: identificar qué programas se están implementando realmente, en qué versión, con qué recursos y qué evidencia tienen.

5.4.2. Catálogo de programas disponibles

El catálogo es la parte visible del banco: una lista accesible, en formato digital o físico, que permite a profesionales, coordinaciones y direcciones conocer qué programas existen en la organización, en qué centros se aplican y cómo se puede acceder a ellos. Idealmente, el catálogo incluiría filtros por perfil (por ejemplo, TMG, jóvenes, personas mayores), modalidad (psicoeducativo, habilidades, apoyo mutuo) y fase del proceso de recuperación.

5.4.3. Criterios de selección según necesidades

El banco no es solo un inventario; debe permitir seleccionar programas en función de necesidades detectadas. Para ello, es útil etiquetar cada programa según los problemas que prioriza (manejo de síntomas, habilidades sociales, autonomía, empleo, salud física, etc.). De este modo, ante un análisis de necesidades en un área concreta, el equipo puede consultar qué programas ya existen en la red y valorar su adopción o adaptación (Powell et al., 2015).

5.4.4. Sistema de actualización continua

Un banco de programas solo es útil si se mantiene actualizado: nuevas versiones, incorporación de programas emergentes, retirada de aquellos que ya no se utilizan, registro de evaluaciones realizadas. Esto requiere definir quién lo gestiona, con qué periodicidad se revisa y cómo se comunica a la red.

Tabla 5.2. Ejemplo de ficha resumida para banco de programas

Campo	Contenido
Nombre del programa	Psicoeducación para TMG
Objetivos principales	Comprensión de la enfermedad, afrontamiento
Población diana	Personas con TMG en fase estable
Modalidad	Grupal psicoeducativa
Duración	10 sesiones, 90 minutos

Campo	Contenido
Centros donde se aplica	Centro A, Centro B
Evidencia disponible	Evaluación interna (2022–2024), mejora moderada
Contacto de referencia	Nombre, correo
Versión actual del manual	2.1

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

Nota: La ficha resume la información mínima necesaria para que otros dispositivos valoren la pertinencia de adoptar el programa o solicitar asesoramiento. Puede adaptarse a distintas organizaciones manteniendo esta estructura básica.

INSIGHT CLAVE 3

Sin banco de programas, cada equipo reinventa la rueda... y a veces la reinventa peor

Cuando no existe un banco de programas, los equipos que detectan necesidades tienden a diseñar intervenciones desde cero, sin saber que en otros dispositivos ya existen programas similares con años de experiencia y evaluaciones realizadas. Esto genera duplicidades, desperdicio de esfuerzo y pérdida de oportunidades de aprendizaje compartido. Un banco bien gestionado facilita el **aprovechamiento de la experiencia acumulada**, reduce la improvisación y refuerza la identidad de red.

5.5. Transferencia y escalado de programas

5.5.1. Manual de replicación

Para transferir un programa a otros centros es útil elaborar un manual de replicación, complementario al manual clínico. Este documento incluye condiciones mínimas de contexto (recursos humanos, espacios, perfil de población), pasos para la implantación (calendario, formación, supervisión inicial), requisitos de fidelidad y adaptaciones permitidas. De este modo, otros dispositivos no solo “reciben materiales”, sino una guía para implementarlos con sentido (Milat et al., 2015).

5.5.2. Formación de formadores

El escalado sostenible suele requerir un modelo de formación de formadores (*train-the-trainers*): un núcleo de profesionales con experiencia en el programa que capacitan a otros equipos. Esta estrategia multiplica la capacidad de difusión sin depender de un único equipo experto. Es importante definir criterios para seleccionar formadores, ofrecerles apoyo específico y evitar que se convierta en una carga añadida no reconocida (Fixsen et al., 2005).

5.5.3. Red de centros implementadores

La transferencia se refuerza cuando se genera una red de centros implementadores, con espacios periódicos de intercambio: reuniones, jornadas técnicas, grupos de trabajo, comunidades de práctica. Esta red permite compartir adaptaciones, dificultades y resultados, y mantener una identidad común del programa a la vez que se reconoce la diversidad de contextos.

5.5.4. Evaluación multicéntrica

En fases más avanzadas, puede plantearse una evaluación multicéntrica del programa, recogiendo datos de varios centros y cohortes. Esto permite analizar la consistencia de resultados, identificar variaciones relacionadas con contextos específicos y fortalecer la base de evidencia de la intervención. Aunque exige coordinación metodológica, los beneficios en términos de aprendizaje y legitimidad son muy relevantes (Craig et al., 2019).

MEJOR PRÁCTICA 2

Pilotar en pocos centros, ajustar y luego escalar

Una estrategia prudente de escalado consiste en seleccionar inicialmente un número limitado de centros que implementen el programa con apoyo intensivo (formación, supervisión, seguimiento cercano). Tras una primera ronda de evaluaciones y ajustes, se amplía gradualmente a otros dispositivos, incorporando aprendizajes. Este enfoque por fases reduce el riesgo de difundir masivamente un modelo que aún no está suficientemente ajustado y mejora la probabilidad de éxito a largo plazo (Chambers et al., 2013).

FOCO DE PRÁCTICA

De programa local a recurso de red: la expansión de un programa de vida independiente

En un recurso residencial de media estancia se desarrolla, durante varios años, un programa de habilidades de vida independiente centrado en la gestión del hogar, el autocuidado y la organización del tiempo. El equipo, tras diversas ediciones y evaluaciones internas, observa mejoras consistentes en autonomía funcional y una reducción en la necesidad de apoyos intensivos tras el alta del recurso. Las personas usuarias destacan, en sus testimonios, el impacto del programa en su confianza y en la sensación de estar “preparadas para vivir fuera”.

Ante estos resultados, la coordinación propone a la dirección de área valorar la posibilidad de extender el programa a otros recursos de la red (centros de día, viviendas supervisadas). Se elabora un informe que combina datos cuantitativos (cambios en escalas de funcionamiento, tasas de finalización, seguimiento a seis meses) con relatos cualitativos de personas usuarias y profesionales. La dirección muestra interés, pero plantea dudas sobre viabilidad y fidelidad en otros contextos.

Se decide iniciar una fase piloto en dos dispositivos adicionales. Para ello, el equipo original prepara un manual de replicación, define condiciones mínimas (por ejemplo, tamaño máximo de grupo, perfil de participantes, número de sesiones) y diseña un plan de formación de formadores: dos profesionales de cada centro piloto reciben formación intensiva, observan sesiones en el recurso original y conducen, después, su propia edición con supervisión mensual conjunta.

Durante la fase piloto se recogen datos armonizados sobre proceso y resultados en los tres centros, y se organizan reuniones trimestrales de la recién creada red de implementadores. En estas reuniones se comparten adaptaciones realizadas (por ejemplo, incluir más trabajo comunitario en centros urbanos, reforzar actividades de higiene en recursos con mayor deterioro), dificultades encontradas (problemas de horarios, barreras arquitectónicas) y estrategias para superarlas.

Al cabo de un año, la evaluación multicéntrica muestra que el programa mantiene efectos positivos en distintos contextos, con variaciones razonables según el perfil de las personas usuarias. Se actualiza el manual a versión 3.0, incorporando las adaptaciones

validadas, y se propone su inclusión formal en la cartera de servicios de la red, con un calendario de implantación progresiva y un plan de formación y supervisión asociado.

Este caso ilustra cómo la mejora continua, la institucionalización y el escalado pueden articularse en una estrategia coherente de desarrollo de programas: se parte de una experiencia local con evaluación sólida, se pilotea la transferencia con apoyo intensivo, se construye una red de centros y se toman decisiones de integración estructural basadas en evidencias y en la experiencia conjunta.

CAJA DE HERRAMIENTAS 5

Herramientas para la mejora continua y la sostenibilidad de programas

1. Plantilla de revisión post-implementación

- Datos básicos
 - Programa, edición, fechas, nº de participantes, tasas de finalización.
- Resultados principales
 - Cambios pre–post en indicadores clave.
 - Niveles de satisfacción y clima grupal.
- Incidencias destacadas
 - Ausencias, crisis, conflictos, problemas logísticos.
- Fortalezas observadas
 - ...
- Aspectos a mejorar
 - ...
- Propuestas de cambio para la próxima edición
 - Contenido: ...
 - Metodología: ...
 - Criterios de inclusión: ...
 - Recursos: ...

2. Guía rápida para decidir institucionalización

- ¿El programa ha mostrado resultados consistentes en varias ediciones?
- ¿Existe un manual actualizado y un sistema de evaluación razonable?
- ¿Se ha demostrado su viabilidad en términos de recursos y sostenibilidad?
- ¿Está alineado con la estrategia de la organización y con las políticas de salud mental comunitaria?
- ¿Cuenta con apoyo de equipos, personas usuarias y, preferentemente, asociaciones o redes comunitarias?

Si la mayoría de respuestas son afirmativas, es un buen candidato para su inclusión en cartera de servicios y su protocolización.

3. Checklist de sostenibilidad y escalado

- El programa dispone de un sistema de versionado y registro de cambios.
- Se realizan revisiones post-implementación al menos una vez por edición.
- Hay identificadas personas referentes del programa (al menos dos facilitadores formados).
- El programa está incluido explícitamente en protocolos internos y/o cartera de servicios.
- Existe documentación suficiente para su replicación (manual clínico + manual de implantación).
- Se ha valorado la posibilidad de formar formadores y de crear una red de implementadores.
- Se recogen y analizan datos comparables entre centros cuando el programa está implantado en varios dispositivos.
- Se han identificado barreras y facilitadores para su mantenimiento a medio plazo.

Conclusiones aplicadas

La mejora continua y la sostenibilidad de programas grupales constituyen la fase madura del ciclo de diseño–implementación–evaluación. En este capítulo se ha planteado cómo articular revisiones sistemáticas, cómo incorporar los aprendizajes al manual, cómo mantener la calidad a través de monitorización, supervisión y formación, y cómo avanzar hacia la institucionalización de las intervenciones más valiosas mediante su inclusión en la cartera de servicios, su protocolización y su integración con los PAIs.

Se ha mostrado también el valor estratégico de construir un banco de programas, no solo como inventario, sino como herramienta de gestión del conocimiento y de planificación basada en necesidades, y se han propuesto caminos para la transferencia y el escalado, desde manuales de replicación hasta redes de implementadores y evaluaciones multicéntricas. En conjunto, estos elementos permiten que los programas grupales no dependan del entusiasmo puntual de unos pocos, sino que se conviertan en recursos estables, evaluados y compartidos dentro del sistema público de salud mental ([Ministerio de Sanidad, 2022](#)).

Los anexos del manual retomarán estas ideas ofreciendo plantillas, ejemplos y modelos aplicables para el diseño de fichas de programa, informes de evaluación, estructuras de bancos de programas y glosarios compartidos, consolidando el enfoque metodológico expuesto a lo largo de los cinco capítulos.

6

BIBLIOGRAFÍA

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

Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S., ... & Gleeson, J. F. (2013). On the HORYZON: Moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 143(1), 143-149.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.009>

American Group Psychotherapy Association. (2007). *Practice guidelines for group psychotherapy*. American Group Psychotherapy Association.

American Psychological Association. (2021). *APA Guidelines for Psychological Practice with Serious Mental Illness*. American Psychological Association.
<https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-serious-mental-illness.pdf>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>

Aubry, T., Bloch, G., Brcic, V., Saad, A., Magwood, O., Abdalla, T., ... & Pottie, K. (2020). Effectiveness of permanent supportive housing and income assistance interventions for homeless individuals experiencing mental illness: A systematic review. *The Lancet Public Health*, 5(6), e342-e360. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30055-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30055-4)

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners* (3rd ed.). Wiley.

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide* (2nd ed.). Guilford Press.

Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., ... & Leucht, S. (2021). Psychosocial therapies for the prevention of relapse in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*, 19(3), 390-391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>

Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., Williams, J., & Kim, H. W. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2(2), 75-87. <https://doi.org/10.1023/A:1010160423866>

Bovaird, T., & Loeffler, E. (2012). From engagement to co-production: The contribution of users and communities to outcomes and public value. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23(4), 1119-1138. <https://doi.org/10.1007/s11266-012-9309-6>

Breitenstein, S. M., Gross, D., Garvey, C. A., Hill, C., Fogg, L., & Resnick, B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 164-173. <https://doi.org/10.1002/nur.20373>

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42. <https://doi.org/10.1037/a0022085>

Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. S. (2020). *The small group treatment evidence base: Practice guidelines for group psychotherapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000192-000>

Cabassa, L. J., & Baumann, A. A. (2013). A two-way street: Bridging implementation science and cultural adaptation of mental health treatments. *Implementation Science*, 8, Article 90.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-90>

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2, Article 40.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>

Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8, Article 117. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>

Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., ... & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-891.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr012>

Corrigan, P. W., & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical Psychology Review*, 70, 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.02.001>

Craig, T. K., Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J. P., Huckvale, M., Howarth, E., ... & Garety, P. A. (2018). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: A single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 31-40.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30427-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30427-3)

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

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>

Davidson, L., & Tondora, J. (2015). *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination*. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14644-000>

- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive Case Management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD000381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000381.pub3>
- Dixon, L. B., Goldman, H. H., Srihari, V. H., & Kane, J. M. (2018). Transforming the treatment of schizophrenia in the United States: The RAISE early treatment program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 237-258. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084913>
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., ... & Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Fixsen, D. L., Naoum, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. University of South Florida. <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Fortuna, K. L., Naslund, J. A., LaCroix, J. M., Bianco, C. L., Brooks, J. M., Zisman-Ilani, Y., ... & Deegan, P. (2020). Digital peer support mental health interventions for people with a serious mental illness: Systematic review. *JMIR Mental Health*, 7(4), e16460. <https://doi.org/10.2196/16460>
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Morgan, J. F., & Liht, J. (2019). Open Dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46-59. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 121-127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>

- Gruen, R. L., Elliott, J. H., Nolan, M. L., Lawton, P. D., Parkhill, A., McLaren, C. J., & Lavis, J. N. (2008). Sustainability of health services interventions: A comprehensive guide to affectability. *Implementation Science*, 3, Article 81. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-81>
- Harvey, P. D., & Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: Cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.004>
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of the Illness Management and Recovery program. *Psychiatric Services*, 65(10), 1234-1241. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300294>
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- Joyce, A. S., Piper, W. E., & Ograniczuk, J. S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.3.269>
- Kivlighan, D. M., & Goldfine, D. C. (1991). Endorsement of therapeutic factors as a function of stage of group development and participant interpersonal attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 150-158. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.150>
- Kurtz, M. M., & Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092-1104. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq160>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing.

Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship to the therapeutic alliance and outcome in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 930-939. <https://doi.org/10.1002/jclp.20822>

Lysaker, P. H., Gagen, K., Klion, R., Zalzala, A., Vohs, J., Faith, L. A., ... & Hasson-Ohayon, I. (2020). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT): An integrative form of psychotherapy for schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 79-85. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09438-0>

MacNair-Semands, R. R., Ograniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2010). Structure and initial validation of the Therapeutic Factors Inventory-Short Form. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(2), 245-281. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.2.245>

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x>

Milat, A. J., Bauman, A., & Redman, S. (2015). Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, 10, Article 113. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0301-6>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. Gobierno de España.

Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619-625. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>

Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>

Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2015). *The illness management and recovery program: Personalized skills and strategies for those with serious mental illness* (Revised ed.). Hazelden.

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: Progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Quality & Safety*, 25(8), 626-632.
<https://doi.org/10.1136/bmjqqs-2015-004839>

Palmer, V. J., Weavell, W., Callander, R., Piper, D., Richard, L., Maher, L., ... & Iedema, R. (2019). The Participatory Zeitgeist: An explanatory theoretical model of change in an era of coproduction and codesign in healthcare improvement. *Medical Humanities*, 45(3), 247-257. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011398>

Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., & Sterne, A. (2007). Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training (SCIT) treatment manual. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.4.449>

Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 365-383. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi045>

Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3>

Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., ... & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10, Article 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>

Priebe, S., Kellett, S., Richardson, M., & Röhricht, F. (2016). Effectiveness of structured patient-clinician communication with a solution focused approach (DIALOG+) in community mental health care: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1045-1053. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30320-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30320-0)

Proctor, E. K., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

- Schlosser, D. A., Campellone, T. R., Kim, D., Truong, B., Vergani, S., Ward, C., & Biagianti, B. (2018). Feasibility of PRIME: A cognitive and social neuroscience-informed mobile health intervention for young adults with schizophrenia. *JMIR Research Protocols*, 7(2), e41. <https://doi.org/10.2196/24387>
- Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer support in mental health: Literature review. *JMIR Mental Health*, 7(6), e19201. <https://doi.org/10.2196/19201>
- Shelton, R. C., Cooper, B. R., & Stirman, S. W. (2018). The sustainability of evidence-based interventions and practices in public health and health care. *Annual Review of Public Health*, 39, 55-76. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., ... & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, Article 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128-137. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00002772>
- Teasdale, S. B., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Samaras, K., & Stubbs, B. (2019). Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 215(4), 589-593. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.65>
- Torous, J., Myrick, K. J., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2020). Digital mental health and COVID-19: Using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Mental Health*, 7(3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475-491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146>

van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing versus waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259-267. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>

Van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in psychoses with and without medication: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 163-178. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.018>

Vennik, F. D., van de Bovenkamp, H. M., Putters, K., & Grit, K. J. (2016). Co-production in healthcare: Rhetoric and practice. *International Review of Administrative Sciences*, 82(1), 150-168. <https://doi.org/10.1177/0020852315570553>

Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G., & Wykes, T. (2021). Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 848-858. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>

Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 1248-1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>

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, Article 58. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.

7

ANEXOS ESPECÍFICOS PARA PROGRAMAS GRUPALES



ANEXO I. TOOLKIT PARA DISEÑO DE PROGRAMAS

Este anexo ofrece plantillas y modelos listos para adaptar en cada centro. El objetivo es que cualquier equipo pueda pasar, de forma ordenada, de una idea de programa a un dispositivo grupal estructurado y evaluable.

I.1. Plantilla de diseño de programa grupal

Uso previsto: documento de trabajo inicial del equipo para diseñar o revisar un programa.

TÍTULO DEL PROGRAMA:

VERSIÓN DEL MANUAL: **FECHA:**

1. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO

- 1.1. Necesidades detectadas (fuentes: PAI, datos de servicio, reuniones, usuarios, familias)
- 1.2. Problemas/áreas de funcionamiento que se pretende abordar
- 1.3. Programas o recursos existentes relacionados (si los hay)

2. MODELO DE INTERVENCIÓN

2.1. Tipo de programa:

- Psicoeducativo
 Entrenamiento en habilidades

[] Apoyo mutuo / ayuda entre iguales

[] Mixto

[] Otro (especificar):

2.2. Principios teóricos clave (recuperación, cognitivo-conductual, psicosocial, etc.)

2.3. Hipótesis de cambio (¿qué se espera que cambie y por qué?)

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

3.1. Objetivo general (formulado en términos de cambio observable)

3.2. Objetivos específicos (3–5):

- ...

- ...

- ...

4. POBLACIÓN DIANA

4.1. Criterios de inclusión:

- Diagnóstico / perfil
- Nivel de funcionamiento
- Estabilidad clínica mínima
- Relación con objetivos PAI

4.2. Criterios de exclusión:

- Riesgo no manejable en grupo
- Deterioro cognitivo grave
- Consumo activo severo u otros

5. ARQUITECTURA DEL PROGRAMA

5.1. Nº de sesiones:

5.2. Frecuencia y duración:

5.3. Tamaño del grupo (mín/máx):

5.4. Estructura interna:

- [] Único módulo
- [] Varios módulos (especificar)

5.5. Localización (recurso / espacio físico):

6. CONTENIDOS Y METODOLOGÍA

- 6.1. Descripción breve de cada sesión (1–2 líneas por sesión)
- 6.2. Técnicas principales (role-playing, trabajo en grupo pequeño, tareas para casa, etc.)
- 6.3. Materiales necesarios (guías, fichas, recursos audiovisuales, otros)

7. EQUIPO FACILITADOR

- 7.1. Profesionales implicados (perfiles y funciones)
- 7.2. Requisitos de formación previa
- 7.3. Co-facilitación / apoyo interdisciplinar

8. SISTEMA DE INDICADORES Y EVALUACIÓN

- 8.1. Indicadores de proceso:
- 8.2. Indicadores de resultado:
- 8.3. Indicadores de fidelidad:
- 8.4. Indicadores de satisfacción / clima:
- 8.5. Instrumentos seleccionados y momentos de aplicación (pre, post, seguimiento)

9. ARTICULACIÓN CON EL PAI

- 9.1. Criterios y circuito de derivación al programa
- 9.2. Registro de participación en el PAI
- 9.3. Devolución de resultados al equipo de referencia

10. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

- 10.1. Calendario de la primera cohorte
- 10.2. Requisitos logísticos (salas, horarios, coordinación)
- 10.3. Estrategia de información a usuarios, familias y equipos remitentes

11. PLAN DE MEJORA CONTINUA

- 11.1. ¿Cómo se revisarán los datos de evaluación?
- 11.2. ¿Quién actualiza el manual y con qué frecuencia?

11.3. Criterios para decidir continuidad / modificación del programa

I.2. Ficha técnica de programa (formato “hoja resumen”)

Uso previsto: documento breve para difusión interna, catálogo de programas o banco de programas.

NOMBRE DEL PROGRAMA:

CÓDIGO INTERNO (si aplica):

VERSIÓN DEL MANUAL: FECHA:

OBJETIVO GENERAL:

- ...

POBLACIÓN DIANA:

- Perfil / diagnóstico:
- Condiciones de inclusión:
- Principales exclusiones:

MODALIDAD:

- Tipo: [psicoeducativo / habilidades / apoyo mutuo / mixto]
- Formato: [presencial / online / híbrido]

DURACIÓN Y FORMATO:

- Nº de sesiones:
- Frecuencia y duración:
- Tamaño del grupo recomendado:

RESUMEN DE CONTENIDOS:

- Bloque 1:
- Bloque 2:
- Bloque 3:

REQUISITOS DEL EQUIPO:

- Nº de facilitadores y perfiles:

- Competencias específicas:

ARTICULACIÓN CON PAI:

- Criterios de derivación:
- Uso de resultados en la revisión del PAI:

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:

- Indicadores principales:
- Instrumentos clave:
- Principales resultados obtenidos (si ya hay ediciones evaluadas):

CONTACTO DE REFERENCIA:

- Nombre / correo / centro:

I.3. Manual del facilitador: estructura tipo

Uso previsto: índice modelo para redactar manuales de implementación.

1. Presentación del programa

- 1.1. Justificación
- 1.2. Marco teórico y de recuperación
- 1.3. Objetivos del programa

2. Población diana y criterios de selección

- 2.1. Criterios de inclusión
- 2.2. Criterios de exclusión
- 2.3. Recomendaciones para la composición del grupo

3. Organización del programa

- 3.1. Número y duración de las sesiones
- 3.2. Estructura general (módulos, bloques)
- 3.3. Requisitos logísticos y materiales

4. Rol del facilitador y co-facilitador

- 4.1. Funciones principales
- 4.2. Estilo de conducción orientado a la recuperación
- 4.3. Trabajo en equipo y supervisión

5. Guía sesión por sesión

(Repetir para cada sesión)

5.X. Sesión X – Título

- Objetivos específicos
- Contenidos clave
- Secuencia propuesta (tiempos orientativos)
- Actividades detalladas
- Materiales necesarios
- Adaptaciones recomendadas para distintos niveles
- Posibles dificultades y sugerencias de manejo
- Sugerencias para vincular con el PAI

6. Gestión de situaciones complejas

- 6.1. Conflictos entre participantes
- 6.2. Crisis emocionales y riesgo
- 6.3. Abandonos y ausencias

7. Sistema de evaluación

- 7.1. Indicadores y herramientas
- 7.2. Instrucciones para la aplicación de instrumentos
- 7.3. Registro de observaciones cualitativas

8. Fidelidad y adaptaciones

- 8.1. Componentes nucleares que deben mantenerse
- 8.2. Elementos adaptables (qué, cómo, bajo qué condiciones)
- 8.3. Registro de adaptaciones realizadas

9. Versionado y mejora continua

- 9.1. Historial de versiones
- 9.2. Cambios incorporados
- 9.3. Proceso de revisión y actualización

I.4. Sistema de registro de sesiones

Uso previsto: hoja de registro que se rellena en cada sesión del programa.

PROGRAMA: VERSIÓN:

SESIÓN Nº: FECHA:

FACILITADOR(ES):

1. ASISTENCIA

Participantes presentes (marcar o listar):

Ausencias y motivo (si conocido):

2. CONTENIDO Y FIDELIDAD

- Contenidos previstos para la sesión:
- Contenidos efectivamente trabajados:
- ¿Se ha seguido la secuencia del manual?

[] Sí, totalmente [] Parcialmente [] No

Si “parcialmente” o “no”, especificar adaptaciones:

3. DINÁMICA GRUPAL Y CLIMA

- Nivel de participación global: [bajo / medio / alto]
- Observaciones sobre cohesión, apoyo, conflictos:

4. INCIDENCIAS RELEVANTES

- Situaciones clínicas o de riesgo:
- Aspectos logísticos (espacio, tiempos, interrupciones):

- Otros:

5. TAREAS ENTRE SESIONES (si aplica)

- Tarea propuesta:
- Implicación percibida del grupo:

6. OBSERVACIONES Y APRENDIZAJES PARA EL EQUIPO

- Qué ha funcionado especialmente bien:
- Qué convendría ajustar en próximas ediciones:

I.5. Instrumentos de evaluación grupal (módulo de integración)

Uso previsto: hoja para vincular objetivos, indicadores e instrumentos.

PROGRAMA: VERSIÓN:

OBJETIVOS – INDICADORES – INSTRUMENTOS

Objetivo 1:

- Indicador(es):
- Instrumento(s):
- Momento(s) de evaluación: [Pre] [Post] [Seguimiento]

Objetivo 2:

- Indicador(es):
- Instrumento(s):
- Momento(s):

Objetivo 3:

- Indicador(es):
- Instrumento(s):
- Momento(s):

INDICADORES TRANSVERSALES

- Proceso (asistencia, retención, nº de sesiones realizadas...):
- Fidelidad (checklist de contenidos, observaciones):
- Satisfacción y clima grupal:
- Viabilidad / eficiencia:

ANEXO II. EJEMPLOS DE PROGRAMAS ESTRUCTURADOS

Se presentan fichas resumen de programas tipo. El objetivo es ilustrar formatos de programas alineados con los principios metodológicos del manual.

II.1. Programa psicoeducativo (8 sesiones)

Nombre provisional: “Entender y manejar el trastorno”

Objetivo general: Mejorar la comprensión del trastorno mental grave, del tratamiento y del papel activo de la persona en su proceso de recuperación.

Población diana: Personas con TMG en fase de estabilidad relativa, atendidas en recursos ambulatorios, de día o residenciales.

Duración y formato: 8 sesiones semanales de 90 minutos, grupo de 8–10 personas.

Modelo de intervención: Psicoeducativo estructurado, con enfoque de recuperación y participación activa.

Bloques de contenido (resumen):

¿Qué es lo que me pasa? Modelos explicativos, desmontando mitos.

Tratamientos: medicación, intervenciones psicosociales y papel de la persona.

Vulnerabilidad–estrés–protección: factores que influyen en recaídas y estabilidad.

Señales tempranas de recaída y planes de crisis compartidos.

Afrontamiento y autocuidado: sueño, alimentación, consumo, actividad física.

Autoestigma, derechos y ciudadanía.

Apoyos significativos: familia, red social, recursos comunitarios.

Cierre: repaso, evaluación y plan personal de pasos siguientes.

Indicadores típicos:

Conocimiento sobre el trastorno (cuestionario breve ad hoc o escala validada).

Actitudes hacia la medicación y el tratamiento.

Autoeficacia percibida para participar en el propio plan de tratamiento.

Satisfacción con el programa.

II.2. Programa de habilidades sociales (12 sesiones)

Nombre provisional: “Relaciones que funcionan”

Objetivo general: Entrenar habilidades sociales básicas y avanzadas para mejorar la interacción interpersonal, la participación comunitaria y la defensa de derechos.

Población diana: Personas con TMG con dificultades en interacción social, en recursos ambulatorios, de día o residenciales.

Duración y formato: 12 sesiones semanales de 90 minutos, grupo de 6–8 personas.

Modelo de intervención: Entrenamiento en habilidades (modelado, role-playing, feedback, tareas).

Bloques de contenido (resumen):

Presentación, normas, concepto de habilidad social y recuperación.

Atención y escucha activa.

Iniciar y mantener conversaciones.

Expresar opiniones y necesidades.

Asertividad básica y manejo de críticas.

Decir “no” y poner límites.

Manejo de conflictos cotidianos.

Habilidades en contextos comunitarios (recursos, trámites, compras).

Relaciones significativas y apoyo mutuo.

Autoestigma y temor al rechazo.

Plan personal de mejora en habilidades.

Cierre, evaluación y proyección.

Indicadores típicos:

Medida de habilidades sociales / desempeño interpersonal.

Registro de participación en actividades comunitarias.

Cambios percibidos por la persona (auto-reporto).

Observaciones estructuradas de facilitadores.

II.3. Programa de prevención de recaídas (10 sesiones)

Nombre provisional: “Mantenerse en el camino”

Objetivo general: Reducir el riesgo de recaídas mediante el desarrollo de planes personalizados de prevención y manejo de crisis.

Población diana: Personas con antecedentes de ingresos o crisis recurrentes, en fase de estabilidad.

Duración y formato: 10 sesiones de 90 minutos, grupo de 6–10 personas; posible sesión adicional con familiares.

Modelo de intervención: Psicoeducativo y de planificación colaborativa, con enfoque de recuperación.

Bloques de contenido (resumen):

Qué es una recaída: definiciones, experiencias previas, mitos.

Factores de riesgo personales y contextuales.

Señales tempranas: reconocimiento y registro.

Estrategias de afrontamiento tempranas.

Plan de seguridad: recursos personales y externos.

Rol de la familia y apoyos significativos.

Relación con servicios de salud mental en crisis.

Derechos, toma de decisiones y documentos anticipados (si existen).

Elaboración del plan personal de prevención de recaídas.

Cierre, revisión de planes y coordinación con el PAI.

Indicadores típicos:

Conocimiento de señales de recaída.

Existencia y calidad del plan escrito de prevención.

Uso informado de recursos en situaciones de crisis.

En seguimientos organizados, tasas de ingresos / urgencias comparadas.

ANEXO III. ARTICULACIÓN CON EL PAI

Este anexo concreta cómo integrar de forma operativa los programas grupales en los Planes de Atención Individualizada (PAI).

III.1. Circuito básico de articulación programa–PAI

Flujo recomendado: desde la evaluación inicial y la elaboración del PAI, hasta la derivación al programa, la devolución de resultados y la revisión del plan individual.

Evaluación y PAI inicial: el equipo identifica necesidades y objetivos de la persona.

Detección de candidatos a programa: a partir de objetivos PAI y de la cartera de programas disponible.

Derivación al programa: decisión colegiada, información a la persona, registro en PAI.

Participación en el programa: implementación y registros de proceso.

Devolución de resultados: informe breve del programa a profesional de referencia.

Revisión del PAI: integración de cambios observados, ajuste de objetivos y estrategias.

III.2. Modelo de nota en PAI para participación en programa

ÁREA / OBJETIVO PAI RELACIONADO:

- Ej.: “Mejorar autonomía en el manejo de la medicación” / “Reducir recaídas”

INTERVENCIÓN GRUPAL ASOCIADA:

- Programa: (nombre)
- Modalidad: (psicoeducativo / habilidades / etc.)
- Duración prevista: (nº de sesiones y periodo)
- Objetivos específicos del programa relacionados con este PAI:

- ...

ACUERDOS CON LA PERSONA:

- Grado de acuerdo con la participación: [] Alto [] Medio [] Bajo
- Expectativas expresadas:

- Condiciones acordadas (apoyos, horarios, etc.):

SEGUIMIENTO:

- Fecha prevista de revisión del impacto del programa en el PAI:

III.3. Informe breve de fin de programa para el equipo de referencia

PROGRAMA: EDICIÓN:

PARTICIPANTE: RECURSO:

1. PARTICIPACIÓN

- Nº de sesiones realizadas / asistidas:
- Nivel de implicación (cuantitativo):

2. PRINCIPALES LOGROS OBSERVADOS

(en relación con objetivos de programa y del PAI)

- ...
- ...

3. DIFICULTADES RELEVANTES

- ...

4. RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO INDIVIDUAL (PAI)

- Mantener / reforzar:
- Trabajar específicamente:
- Recursos adicionales a considerar:

5. OBSERVACIONES DE LA PERSONA (si se han recogido)

- Lo que destaca como más útil:
- Propuestas o preferencias de continuidad:

III.4. Tabla de vinculación objetivos PAI – programas – indicadores

Ejemplo de tabla para vincular áreas del PAI con programas específicos y sus indicadores de seguimiento.

ÁREA PAI	Objetivo PAI	Programa(s) relacionado(s)	Indicadores de seguimiento
Autonomía personal	Mantener higiene básica diaria	Vida independiente / Autocuidado	Escala de autocuidado, registros
	Reducir recaídas	Psicoeducación / Prevención recaídas	Nº urgencias / ingresos, planes
Relaciones sociales	Aumentar contactos significativos	Habilidades sociales	Nº actividades comunitarias, etc.
Empleo/formación	Iniciar actividad formativa	Programa de preparación laboral (si existe)	Asistencia, pasos logrados

Fuente: Elaboración propia Creap. © Imserso.

ANEXO IV. GLOSARIO Y RECURSOS

IV.1. Glosario básico

Definiciones operativas para uso coherente en el manual y en la práctica.

Plan de Atención Individualizada (PAI): Documento clínico-técnico que recoge la valoración integral de la persona, sus objetivos de recuperación y las intervenciones previstas (individuales, grupales, familiares, comunitarias), acordado de forma colaborativa con la persona y el equipo.

Programa grupal estructurado: Conjunto de sesiones grupales con población diana, objetivos, contenidos, metodología y sistema de evaluación definidos por escrito, recogidos en un manual que permite su replicación y evaluación.

Actividad abierta: Intervención grupal más flexible, habitualmente sin manual formal ni sistema de evaluación definido. Puede ser un paso previo a la estructuración de un programa.

Manual del programa: Documento que describe el modelo de intervención, los criterios de inclusión/exclusión, la estructura del programa, los contenidos sesión a sesión, las indicaciones para facilitadores y el sistema de evaluación.

Fidelidad al modelo (fidelidad de implementación): Grado en que el programa se aplica según lo previsto en el manual, respetando sus componentes nucleares (contenidos, técnicas, secuencia, dosis) y distinguiendo entre adaptaciones aceptables y modificaciones que alteran el modelo.

Cohorte de programa: Grupo de personas que participa en una edición completa del programa (desde la primera a la última sesión planificada).

Indicadores de proceso: Medidas relacionadas con cómo se desarrolla el programa (asistencia, nº de sesiones realizadas, incidencias, participación, clima).

Indicadores de resultado: Medidas relacionadas con el impacto del programa sobre variables relevantes (habilidades, síntomas, funcionamiento, participación, calidad de vida, etc.), recogidas habitualmente en pre–post y, cuando es posible, en seguimiento.

Evaluación de programa: Conjunto de procedimientos para valorar el funcionamiento y el impacto de un programa grupal, incluyendo proceso, resultados, fidelidad, satisfacción y viabilidad, diferenciada de la evaluación clínica individual.

Banco de programas: Repositorio estructurado que recoge información sobre los programas disponibles en una organización o red (objetivos, población, manuales, resultados, contactos), y que facilita su selección, adopción y mejora.

Caja de Herramientas: Conjunto de plantillas, modelos y listas de verificación que apoyan el diseño, implementación y evaluación de programas grupales estructurados.

Foco de Práctica: Descripción breve de un caso o experiencia aplicada que ilustra la implementación de los principios del manual en un contexto real.

IV.2. Recursos internos recomendados

Cada organización puede adaptar esta sección a sus estructuras. Se proponen categorías generales que pueden rellenarse con los recursos concretos disponibles en cada red o centro.

Documentos internos:

Catálogo de programas grupales del centro / área.

Protocolos de derivación a programas y de articulación con PAI.

Plantillas corporativas de PAI y de informes de programa.

Estructuras de coordinación:

Comisión de programas grupales / comisión de cartera de servicios.

Comisión de calidad o comité de evaluación.

Grupos de trabajo intercentros para revisión de programas.

Herramientas informáticas:

Módulos específicos del sistema de información clínica para registrar participación en programas.

Espacios compartidos (intranet, repositorios) para manuales y materiales de programas.

Formularios electrónicos para recoger evaluación de satisfacción y clima grupal.

IV.3. Recursos externos (tipología)

Se presenta una tipología de recursos externos que cada equipo puede localizar y actualizar.

Las referencias concretas se integrarán en la bibliografía general del manual.

Guías clínicas y de práctica:

Guías nacionales/europeas de rehabilitación psicosocial y atención comunitaria.

Guías sobre trabajo grupal en salud mental y psicoeducación familiar.

Documentos de consenso sobre recuperación y participación de usuarios.

Manuales de programas específicos:

Manuales de psicoeducación en TMG.

Programas de habilidades sociales, vida independiente y prevención de recaídas.

Programas de actividad física adaptada, mindfulness, ocio inclusivo, etc.

Recursos formativos:

Cursos y formaciones acreditadas en rehabilitación psicosocial y trabajo grupal.

Seminarios sobre evaluación de programas y metodología de intervención.

Formación en enfoque de recuperación y apoyo mutuo.

Redes y asociaciones:

Asociaciones de personas usuarias y familiares.

Redes profesionales de rehabilitación psicosocial.

Plataformas y foros nacionales/europeos de salud mental comunitaria.



Centro de
Referencia
Estatal de
Atención
Psicosocial