



# **Perfiles psicosociales en trastorno mental grave: comparación entre usuarios y familias**

Autora: Betina Salomone

Tutora: Rocío Caballero Campillo

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

## Resumen

El Trastorno Mental Grave (TMG) tiene un impacto significativo tanto en las personas que lo padecen como en sus familiares. El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el autoestigma, la recuperación, la satisfacción con el apoyo social y el bienestar en personas con TMG, y examinar el papel de la vinculación familiar al tratamiento en usuarios y familiares. Además, se exploraron los predictores del bienestar en ambos grupos. La muestra estuvo compuesta por 86 usuarios con TMG y 98 familiares, quienes completaron cuestionarios estandarizados de autoinforme. Se realizaron análisis de correlación, comparaciones entre grupos y modelos de regresión múltiple. Los resultados mostraron que, en los usuarios, el bienestar se asoció positivamente con la recuperación ( $r = .60, p < .001$ ) y negativamente con el autoestigma ( $r = -.60, p < .001$ ), siendo ambos predictores significativos del bienestar. El modelo de regresión explicó el 47% de la varianza del bienestar en usuarios ( $R^2 = .47$ ). Aquellos que tenían familiares vinculados a su tratamiento, presentaron mayores niveles de bienestar ( $p = .026; d = .49$ ). En los familiares, la vinculación no se asoció significativamente con el bienestar, mientras que la sobrecarga del cuidador ( $\beta = -.50, p < .001$ ) y la satisfacción con el apoyo social ( $\beta = .21, p = .020$ ) emergieron como predictores relevantes, explicando el 34% de la varianza ( $R^2 = .34$ ). En conjunto, los resultados sugieren que el bienestar en personas con TMG y sus familiares está más estrechamente vinculado a factores psicológicos y psicosociales que a la vinculación al tratamiento.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave; vinculación familiar; bienestar; autoestigma; apoyo social; sobrecarga.

## Abstract

Severe mental illness (SMI) significantly impacts those affected and their families. This study aimed to analyse the relationship between self-stigma, recovery, satisfaction with social support, and well-being in people with SMI. It also examined the role of family involvement in treatment among individuals and their families. Furthermore, the study explored predictors of well-being in both groups. The sample included 86 individuals with SMI and 98 family members who completed standardised self-report questionnaires. Correlational analyses, between-group comparisons and multiple regression models were conducted. The results showed that well-being among individuals with SMI was positively associated with recovery ( $r = .60, p < .001$ ) and negatively associated with self-

stigma ( $r = -.60, p < .001$ ); both variables were significant predictors of well-being. The regression model explained 47% of the variance in well-being among service users ( $R^2 = .47$ ). Those whose relatives were involved in their treatment showed higher levels of well-being ( $p = .026; d = .49$ ). However, among family members, involvement was not significantly associated with well-being. Instead, caregiver burden ( $\beta = -.50, p < .001$ ) and satisfaction with social support ( $\beta = .21, p = .020$ ) emerged as relevant predictors, explaining 34% of the variance ( $R^2 = .34$ ). Overall, the results suggest that the well-being of people with TMG and their families is more closely linked to psychological and psychosocial factors than to the fact that they are involvement in the treatment.

Key words: Severe Mental Illness; family involvement; well-being; self-stigma; social support; caregiver burden.

## Índice

1. Introducción.....	5
1.1. Qué es el Trastorno Mental Grave (TMG).....	5
1.2. Impacto en los familiares de personas con Trastorno Mental Grave.....	7
1.3. Barreras para la implicación familiar en el tratamiento.....	9
1.4. Objetivo.....	10
2. Método.....	10
2.1. Diseño.....	10
2.2. Participantes.....	11
2.3. Procedimiento.....	12
2.4. Instrumentos y variables.....	13
2.4.1. Variables medidas en ambos grupos (usuarios y familiares).....	13
2.4.2. Variables específicas de los usuarios.....	14
2.4.3. Variables específicas de los familiares.....	14
2.5. Análisis de datos.....	15
3. Resultados.....	15
3.1. Características sociodemográficas y clínicas .....	15
3.2. Participación familiar en el tratamiento y motivos de no asistencia.....	15
3.3. Correlaciones entre las variables de los usuarios.....	16
3.4. Diferencias entre usuarios con familiares vinculados y no vinculados al tratamiento.....	17
3.5. Diferencias entre familiares vinculados y no vinculados al tratamiento.....	17
3.6. Relación familiar antes vs después del TMG.....	18
3.7. Predictores del bienestar en usuarios.....	18
3.8. Predictores del bienestar en familiares.....	19
4. Discusión.....	20
5. Conclusiones.....	25
6. Referencias.....	26
7. Anexo A.....	36
8. Anexo B.....	40
9. Anexo C.....	46
10. Anexo D.....	47

## 1. Introducción

### *1.1. Qué es el Trastorno Mental Grave (TMG)*

La definición de Trastorno Mental Grave (TMG) hace referencia a criterios clínicos de tipo diagnóstico (trastornos del espectro de la esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos de la personalidad y trastornos afectivos mayores), de temporalidad (duración superior a dos años), discapacidad asociada al funcionamiento de la vida diaria del sujeto a nivel laboral, social y familiar (Espinosa-López y Valiente-Ots, 2017; Ruggeri et al., 2000; Zumstein y Riese, 2020).

Las personas con TMG pueden experimentar, en determinados momentos, cambios en su forma de pensar, sentir o comportarse, que les generan malestar y pueden dificultar su funcionamiento cotidiano; en algunas situaciones, estos cambios pueden aumentar la vulnerabilidad o el riesgo, lo que hace que sea necesario un seguimiento continuado, un tratamiento individualizado y apoyos sociales (Comunidad de Madrid, 2016; Espinosa-López y Valiente-Ots, 2017; Madoz-Gúrpide et al., 2017; Zumstein y Riese, 2020).

Para comprender bien este fenómeno psicopatológico, es necesario profundizar en la causa de la aparición de un TMG. En este sentido, existe una interrelación entre factores biológicos y ambientales (Murray et al., 2020). Entre los factores ambientales, según Dean y Murray (2005), haber crecido en entornos urbanos se relaciona de manera consistente con una mayor probabilidad de desarrollar psicosis, posiblemente debido al estrés social crónico, la exposición a la contaminación o la falta de cohesión comunitaria. Asimismo, el trauma infantil constituye un factor de riesgo ambiental clave que incrementa de forma significativa la vulnerabilidad a la psicosis en la edad adulta, especialmente cuando se trata de experiencias de abuso, negligencia o violencia doméstica (Rosenfield et al., 2022; Van Den Berg, 2020; Varese et al., 2012; Zhou et al., 2025). Los resultados del metaanálisis de Varese et al. (2012) indicaron que las personas que habían sufrido experiencias traumáticas durante la infancia presentaron un riesgo casi tres veces mayor de desarrollar un TMG, especialmente del tipo psicótico. En esta misma línea, el estudio de Bont et al. (2015) encontró que alrededor del 78% de los usuarios con TMG habían sufrido algún tipo de trauma. En cuanto a las causas biológicas, Wahbeh y Avramopoulos (2021), señalaron que múltiples variantes genéticas contribuyen al riesgo, especialmente aquellas asociadas con la regulación sináptica, el neurodesarrollo y los sistemas dopaminérgicos. Sin embargo, los autores subrayan que estas predisposiciones

genéticas no actúan de forma aislada, sino que interactúan con factores ambientales a lo largo del desarrollo, lo que refuerza la importancia de estudiar los modelos de interacción gen-ambiente para comprender mejor la etiología de la esquizofrenia.

Además de profundizar en las causas del TMG, para comprender este fenómeno complejo, también es fundamental conocer sus consecuencias en la vida cotidiana de las personas y su entorno, entre las que destacan, entre otras, el estigma, el autoestigma y la soledad no deseada (Hajek et al., 2025; Świtaj et al., 2025). En cuanto al estigma, las personas con TMG siguen enfrentándose a reacciones sociales negativas, prejuicios y situaciones de discriminación (Oexle et al., 2016). Tanto, que incluso las etiquetas diagnósticas del DSM-5 pueden contribuir a la propia estigmatización del sufrimiento de estas personas (Ben-Zeev et al., 2010). Como consecuencia, se produce la internalización de los estereotipos negativos como la vergüenza, la culpa, o la auto desvalorización (Dubreucq et al., 2021; Kagawa et al., 2023; Oexle et al., 2016), y esto acaba afectando de manera significativa a la autoestima y a la motivación para el cambio (Boyd et al., 2014; Hamidi et al., 2023), contribuye al aislamiento social y a la soledad no deseada (Świtaj et al., 2025), e incluso, en algunos casos, puede incrementar la ideación suicida (Oexle et al., 2018; Świtaj et al., 2025). Asimismo, en el ámbito social, estas personas tienden a experimentar apoyo social limitado, lo que agrava la sintomatología y dificulta la recuperación (Hajek et al., 2025).

Debido al impacto de los síntomas residuales, al estigma social y al deterioro del funcionamiento derivado de la evolución prolongada de su enfermedad, las personas con TMG se enfrentan a barreras significativas para llevar una vida independiente. Estas dificultades en el funcionamiento cotidiano generan una alta dependencia de los sistemas de apoyo. Se estima que, a nivel mundial, entre un 60% y un 90% de estas personas conviven con sus familiares, que son quienes asumen el papel de cuidadores principales ante la falta de recursos residenciales alternativos (Caqueo et al., 2017; Chronister et al., 2021; Issac et al., 2022; Sampogna et al., 2023).

Por tanto, dado el profundo impacto que los trastornos mentales graves tienen no solo en quienes los padecen, sino también en su entorno más cercano, resulta imprescindible profundizar en el papel que desempeñan las familias, tanto a la hora de afrontar la enfermedad como en los procesos de recuperación.

### *1.2. Impacto en los familiares de personas con Trastorno Mental Grave*

Es importante considerar el impacto del TMG en el entorno cercano, ya que los familiares de personas con TMG presentan niveles de calidad de vida y salud mental significativamente más bajos que el resto de la población (Sin et al., 2021), y el contexto familiar constituye un papel fundamental en el proceso terapéutico, no solo porque proporciona apoyo y cuidados continuos, sino porque tanto el ambiente familiar como su implicación en el tratamiento, influyen directamente en la evolución clínica del paciente (Aass et al., 2022).

Concretamente, datos procedentes de los estudios de Wirsén et al. (2020) mostraron que cuidar a una persona con un TMG implica una sobrecarga emocional, física, social y económica significativa. En la misma línea otros estudios señalaron que los familiares reportaban insomnio, estrés, depresión, problemas físicos y, dificultades económicas ya que reducían su jornada laboral o incluso dejaban el empleo (Caqueo et al., 2017; Hahlweg y Baucom, 2023). Esta sobrecarga emocional, física, social y económica significativa puede generar un estado de estrés añadido en el sistema familiar, que conlleve conflictos debido a los desacuerdos en el cuidado del usuario con TMG (incluso a veces rupturas de pareja y desconexión con otros miembros de la familia) y experimentan aislamiento social, soledad y estigma (Alyafei et al., 2021; Darban et al., 2021; Tejero-Aranguren et al., 2024). Otro efecto devastador que relatan las familias de las personas afectadas por un TMG es la atención deficitaria que reciben de los centros sanitarios y sociales. Muchos refieren sentirse excluidos del tratamiento, poco valorados y sin apoyo suficiente por parte de los profesionales, lo que incrementa su malestar (Caqueo et al., 2017; Isaac et al., 2022; Sin et al., 2021; Wirsén et al., 2020).

Todo este estrés asociado, la sobrecarga y el agotamiento acumulado en los familiares, pueden actuar como factores de riesgo al repercutir directamente en el clima familiar y, en consecuencia, dificultar la recuperación del paciente (Caqueo et al., 2017). Cuando la familia se siente desbordada, es más probable que aparezcan dinámicas desadaptativas como niveles altos de emoción expresada, entendida como una sobreimplicación emocional, comentarios críticos y hostilidad, lo que supone un obstáculo para la recuperación del paciente, aumentando su tasa de recaídas y obteniendo peores resultados clínicos (Aldersey y Whitley, 2015; Caqueo et al., 2017; Hahlweg y Baucom 2023). Por el contrario, las respuestas familiares positivas favorecen el bienestar, la recuperación y la estabilidad del paciente (Kim y Park, 2023). En este sentido, algunos

factores que actúan como protectores para la recuperación del usuario con TMG y para un funcionamiento familiar más saludable son, el apoyo social (Rohmi et al., 2025), una buena comunicación y mayores niveles de cohesión y flexibilidad familiar (Caqueo et al., 2017).

Dado el alto impacto descrito anteriormente en la salud y la calidad de vida de las familias, resulta necesario invertir en estrategias que reduzcan la sobrecarga y mejoren el clima familiar. Así, las intervenciones familiares constituyen una estrategia clave para fomentar este clima familiar más saludable, sobre todo aquellas que están basadas en la psicoeducación sobre el TMG y en el entrenamiento de habilidades de comunicación y resolución de problemas (Hahlweg y Baucom 2023; Kim y Park, 2023). Diferentes estudios muestran cómo este tipo de intervenciones mejoran la calidad de vida y el funcionamiento familiar, disminuyen la emoción expresada (lo que favorece las relaciones familiares positivas) y reducen la sobrecarga del cuidador (Caqueo et al., 2017; Hahlweg y Baucom 2023; Susanti et al., 2024). Como consecuencia, estas mejoras que favorecen un entorno familiar más estable y de apoyo, repercuten positivamente en el paciente. De hecho, varios metaanálisis han encontrado que la tasa de recaídas y hospitalizaciones se reduce entre un 20% y un 58% cuando se incluyen a los familiares en el tratamiento (Camacho-Gómez y Castellvi, 2019; Hahlweg y Baucom, 2023; Pitschel-Walz et al., 2001; Rodolico et al., 2021; Rodolico et al., 2023) y se asocia con menor sintomatología, mayor adherencia al tratamiento, más independencia y un mejor pronóstico (Glick et al., 2011; Kim y Park, 2023; Susanti et al., 2024).

No obstante, a pesar de esta evidencia y de las recomendaciones de las guías NICE sobre las intervenciones familiares, su aplicación en los servicios de salud mental sigue siendo limitada (Hahlweg y Baucom, 2023; Sampogna et al., 2023). La revisión sistemática de Ince et al. (2016) mostró que las tasas reales de implementación de las intervenciones familiares en los centros de tratamiento a los que acuden habitualmente las personas afectadas por un problema de TMG (Centros de salud mental, centros de rehabilitación psiquiátrica comunitarios o, hospitales de referencia), oscilan entre un 0% y un 53%, lo que indica que una gran parte de las familias sigue sin tener acceso a estos recursos. En conjunto, estos datos evidencian una brecha relevante entre la evidencia y la práctica clínica, lo que subraya la necesidad urgente de ampliar la implementación de intervenciones familiares para garantizar un acceso equitativo a estos apoyos.

### *1.3. Barreras para la implicación familiar en el tratamiento*

Para entender la escasa implementación de las intervenciones familiares, resulta necesario definir qué se entiende por una familia no vinculada al tratamiento. Según Demarias et al. (2024), se considera que una familia no está vinculada cuando no ha participado en citas clínicas, ni en intervenciones psicoeducativas o terapias grupales durante un periodo de al menos seis meses.

En este contexto, es fundamental profundizar en las razones por las que muchas familias no se vinculan al tratamiento, ya que se debe a una combinación de factores relacionados con los profesionales e instituciones, con los propios familiares y con los pacientes. Entre las barreras más señaladas, destacaron las limitaciones de los centros de salud mental, como la falta de recursos, la escasa formación y experiencia de los profesionales y la falta de tiempo para realizar intervenciones familiares (Dehbozorgi et al., 2022; Hansson et al., 2022; Sampogna et al., 2023). En esta línea, Kim y Salyers (2008), observaron que los profesionales que contaban con formación específica en intervenciones familiares eran quienes más frecuentemente ofrecían estos servicios, lo que pone de manifiesto la necesidad de formarles. Por otro lado, las características y circunstancias de los familiares también influyen en su vinculación al tratamiento. Diversos estudios señalaron que muchos familiares expresaban dificultades para participar debido a razones logísticas, como vivir demasiado lejos, dificultades en el transporte, falta de tiempo, o incompatibilidad con el horario laboral, lo que dificultaba su asistencia (Cohen et al., 2019; Dehbozorgi et al., 2022; Hansson et al., 2022). A esto se suman otros obstáculos de carácter más personal, como la falta de conocimiento acerca del TMG y su tratamiento, el agotamiento, sus propios problemas de salud, los conflictos familiares y el estigma asociado al TMG (Cohen et al., 2019; Dehbozorgi et al., 2022; Hansson et al., 2022; Izon et al., 2019; Kaggwa et al., 2023; Kim y Salyers, 2008). No obstante, como se ha mencionado anteriormente, las propias intervenciones familiares pueden ayudar a reducir parte de estas dificultades personales, lo que refuerza la necesidad de que los centros de salud mental faciliten el acceso a este tipo de intervenciones. Por último, también existen factores relacionados con los pacientes que dificultan la implicación familiar, como sus propios síntomas, la baja adherencia al tratamiento, el rechazo a involucrar a la familia en el proceso terapéutico o el hecho de llevar ya mucho tiempo sin su participación (Dehbozorgi et al., 2022; Kim y Salyers, 2008). Teniendo en cuenta los beneficios de las intervenciones familiares, y una vez ya

identificadas las principales razones por las que sigue habiendo familias no vinculadas al tratamiento, resulta imprescindible actuar sobre estas barreras, especialmente desde los servicios de salud mental, para que el acceso a las intervenciones familiares sea posible y no suponga un esfuerzo añadido para las familias.

#### *1.4. Objetivo*

El objetivo general del presente estudio es analizar la relación entre el autoestigma, la satisfacción con el apoyo social, la recuperación y el bienestar en personas con Trastorno Mental Grave (TMG), así como examinar las posibles diferencias según la vinculación familiar con el tratamiento. Del mismo modo, se pretende explorar qué variables predicen el bienestar tanto en los usuarios como en sus familiares mediante modelos de regresión múltiple. Por lo tanto, las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

- a) Los usuarios que presentan niveles de autoestigma más altos, presentarán niveles de recuperación y bienestar más bajos. Y, los usuarios con mayor satisfacción con el apoyo social presentarán niveles de recuperación y bienestar más altos.
- b) Los familiares que están vinculados al tratamiento presentarán niveles más bajos de emoción expresada y sobrecarga y, niveles más altos de bienestar y satisfacción con el apoyo social en comparación con aquellos familiares no vinculados.
- c) Los usuarios con familiares vinculados al tratamiento presentarán niveles de autoestigma más bajos y niveles de bienestar, recuperación y satisfacción con el apoyo social más altos que los usuarios cuyos familiares no están vinculados.

## **2. Método**

### *2.1. Diseño*

El presente estudio adopta un diseño cuantitativo, de corte transversal, con un enfoque correlacional y comparativo. En primer lugar, se analizaron las asociaciones entre variables correspondientes a los usuarios con TMG y sus familiares. Asimismo, se examinaron las diferencias entre grupos en función del grado de vinculación familiar al tratamiento. Finalmente, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple con el objetivo de evaluar la capacidad predictiva de diversas variables sobre el bienestar, tanto en los usuarios con TMG como en sus familiares.

## 2.2. Participantes

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 86 usuarios con TMG de entre 18 a 50 años y 98 familiares. De los usuarios participantes, el 51,9% eran mujeres, con  $M_{edad} = 41,74$  ( $DT = 7,68$ ). El trastorno más prevalente fue el diagnóstico del trastorno del espectro de la esquizofrenia (62%). De los familiares que participaron, el 73,5% eran mujeres, con  $M_{edad} = 64,21$  ( $DT = 12,73$ ). El 53,6% eran madres de la persona con TMG, el 15,5% padres y el 19,6% hermanos/as.

Los participantes del estudio son pacientes que reciben atención en diferentes organizaciones integradas en la red de salud mental que atiende a personas con TMG y a sus familiares. Participaron 3 centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), 33 centros de rehabilitación laboral (CRL), 1 centro de salud mental (CSM) y la asociación AMAFE (Asociación Española de apoyo en psicosis). Los CRPS, CRL y CSM son recursos públicos orientados a la autonomía e integración social, a la inserción laboral y al tratamiento y seguimiento en salud mental, respectivamente. Por otra parte, AMAFE es una entidad del tercer sector que ofrece apoyo psicoterapéutico, laboral y psicoeducación, a personas con psicosis y a sus familiares.

Aunque la red de salud mental atiende a personas hasta los 65 años, en este estudio se optó por centrar la muestra en usuarios menores de 50 años, dado que el proyecto está destinado a personas con TMG y a sus familiares. Este criterio persigue que los progenitores puedan implicarse en el tratamiento ya que esta población suele convivir habitualmente con sus padres, y la literatura señala que, a medida que aumenta la edad de los cuidadores, especialmente en el caso de los progenitores, su participación en los recursos de salud mental tiende a disminuir debido a la edad y a problemas de salud (Caqueo et al., 2017; Cohen et al., 2019).

En cuanto a los participantes, pudieron tomar parte en el estudio todas las personas pertenecientes a los centros colaboradores que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: (a) tener entre 18 y 50 años, (b) contar con un diagnóstico de trastorno mental grave, (c) tener un nivel suficiente de comprensión del español, y (d) no presentar alteraciones psicopatológicas o cognitivas graves ni una incapacidad jurídica que limitara su participación voluntaria en el estudio. Se consideró como criterio de exclusión el incumplimiento de cualquiera de las condiciones mencionadas anteriormente.

En cuanto a los familiares, se incluyeron aquellos que cumplieran los siguientes criterios: (a) Ser familiar de una persona con diagnóstico de TMG, (b) tener 18 años o más, y (c) comprender el idioma español. Se excluyó a los participantes que no cumplieran estos criterios.

### 2.3.Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Científica del Hospital Universitario Ramón y Cajal (N.º 160/25) el 9 de octubre de 2025, y por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la Universidad Pontificia de Comillas (Dictamen N.º 096/24-25) el 2 de abril de 2025 (Ver Anexo A). En ambos casos, la aprobación se concedió bajo el título *En el margen del sistema: Desafíos en la atención de personas mayores con trastorno mental grave y en las familias con dificultades de vinculación al tratamiento del usuario*, correspondiente al proyecto dirigido por la investigadora principal, Rocío Caballero Campillo. El presente Trabajo Fin de Máster se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio, registrado en Open Science Framework (Caballero y Oliver, 2025), cuyo objetivo es explorar las necesidades psicosociales de las familias con baja implicación en el tratamiento de personas con Trastorno Mental Grave, así como analizar la relación entre la dinámica familiar y el bienestar psicológico de estos usuarios, con el fin de orientar el diseño de intervenciones individualizadas y centradas en la familia.

Previo al inicio del estudio, se realizaron reuniones informativas con los centros participantes, en las que se explicaron el objetivo y el procedimiento de la investigación. Asimismo, se aportó material explicativo para los participantes del estudio, que luego fue facilitado por los terapeutas en los distintos centros.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a su participación, la cual fue voluntaria, anónima y no remunerada. Se garantizaron la confidencialidad y el anonimato de los datos, cumpliendo con la normativa vigente en materia de protección de datos.

La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre 2025 y marzo 2026 mediante: (a) cuestionarios presenciales con el apoyo del equipo investigador o de los propios terapeutas de los centros, o (b) formato online, a través de la plataforma Qualtrics ([https://comillasicade.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_cvet8iMu44mD07](https://comillasicade.qualtrics.com/jfe/form/SV_cvet8iMu44mD07) ), con el fin de

facilitar la participación de aquellas personas que no podían acudir al centro presencialmente.

#### *2.4. Instrumentos y variables*

Las variables del estudio se evaluaron mediante instrumentos psicométricos estandarizados de autoinforme, con adecuadas propiedades psicométricas. Algunas variables se evaluaron tanto en usuarios como en familiares, mientras que otras se evaluaron específicamente en cada grupo. En los análisis de regresión, el bienestar se consideró la variable dependiente, mientras que el resto de las variables del estudio (recuperación, autoestigma, satisfacción con el apoyo social, emoción expresada y sobrecarga del cuidador) se introdujeron como variables predictoras. Los cuestionarios utilizados pueden verse en el Anexo B.

##### *2.4.1. Variables medidas en ambos grupos (usuarios y familiares)*

El **bienestar global** se evaluó mediante la *Short Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale* (SWEMWBS; Stewart-Brown et al., 2009), versión breve de la *Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale* (WEMWBS; Tennant et al., 2007), que evalúa el grado de acuerdo con siete afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos, utilizando una escala de tipo Likert de 5 puntos (1 = “Nunca”; 5 = “Siempre o casi siempre”). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems. Puntuaciones más altas indican un mayor bienestar. La consistencia interna de esta escala fue buena en ambas muestras ( $\alpha = .86$  en usuarios y  $\alpha = .84$  en familiares).

La **satisfacción con el apoyo social** se evaluó mediante el *Social Support Questionnaire-Short Form* (SSQ-6; Sarason et al., 1987), en su versión adaptada al español por Martínez-López et al. (2014), que evalúa tanto el número de personas disponibles para proporcionar apoyo, como el grado de satisfacción con dicho apoyo. En el presente estudio se utilizó únicamente la subescala de satisfacción, que se responde en una escala de tipo Likert de 6 puntos (1 = “Muy insatisfecho”; 6 = “Muy satisfecho”). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems. Puntuaciones más altas indican mayor satisfacción con el apoyo social percibido. La consistencia interna fue muy buena en ambas muestras ( $\alpha = .95$  en usuarios y  $\alpha = .95$  en familiares).

#### 2.4.2. Variables específicas de los usuarios

La **recuperación** se evaluó mediante la *Recovery Assessment Scale* (RAS; Giffort et al., 1995; Corrigan et al., 2004), en su versión reducida de 24 ítems y adaptada al español por Saavedra et al. (2021), que evalúan distintas dimensiones del proceso de recuperación en personas diagnosticadas con trastorno mental. Los ítems se responden en una escala de tipo Likert de 5 puntos (1 = “Totalmente en desacuerdo”; 5 = “Totalmente de acuerdo”). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems. Puntuaciones más altas indican mayores niveles de recuperación. En la presente muestra, la consistencia interna fue excelente ( $\alpha = .91$ ).

El **autoestigma** se evaluó mediante la *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI; Ritsher et al., 2003), en su versión adaptada al español por Bengoechea-Seco et al., (2016), que evalúa el grado de acuerdo con 29 afirmaciones relacionadas con el estigma internalizado, utilizando una escala de tipo Likert de 4 puntos (1 = “Totalmente en desacuerdo”; 4 = “Totalmente de acuerdo”). Para el cálculo de la puntuación total se invirtieron previamente los ítems de la subescala de resistencia al estigma, de modo que puntuaciones más altas indican mayores niveles de autoestigma. La consistencia interna en esta muestra fue muy buena ( $\alpha = .90$ ).

#### 2.4.3. Variables específicas de los familiares

La **emoción expresada** se evaluó mediante el *Family Questionnaire* (FQ; Wiedemann et al., 2002), en su versión adaptada al español por Sepúlveda et al. (2014), que evalúa dos dimensiones: criticismo y sobreimplicación emocional, cada una compuesta por 10 ítems, que se responden en una escala de tipo Likert de 4 puntos (1 = “Nunca”; 4 = “Frecuentemente”). La puntuación total se obtiene sumando los valores en cada subescala. Puntuaciones más altas indican mayores niveles de emoción expresada. La consistencia interna en esta muestra fue buena ( $\alpha = .87$  para la subescala de criticismo y  $\alpha = .84$  para la subescala de sobreimplicación emocional).

La **sobrecarga del cuidador** se evaluó mediante el *Zarit Burden Interview* (Zarit et al., 1980), en su versión adaptada al español por Martín-Carrasco et al. (2010), que evalúa el impacto del cuidado en diferentes áreas de la vida del cuidador mediante 22 ítems. Los ítems se responden en una escala de tipo Likert de 5 puntos (1 = “Nunca”; 5 = “Casi siempre”). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems. Puntuaciones más altas indican mayor nivel de sobrecarga. Las puntuaciones entre 22 y 46 indican

ausencia de sobrecarga; entre 47 y 55 indican una sobrecarga leve; y entre 56 y 110 indican una sobrecarga intensa. La consistencia interna en esta muestra fue muy buena ( $\alpha = .94$ ).

### *2.5. Análisis de datos*

Los análisis se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics (versión 29.0 (IBM Corp, 2022)). En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables del estudio. A continuación, se analizaron las relaciones entre las variables de los usuarios mediante correlaciones de Pearson. Posteriormente, se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes con el fin de explorar las diferencias entre grupos en función de la vinculación familiar al tratamiento. En concreto, se examinaron las diferencias en las variables de los usuarios (bienestar, recuperación, autoestigma y satisfacción con el apoyo social) según la vinculación de sus familiares al tratamiento, y las diferencias en las variables de los familiares (emoción expresada, sobrecarga, bienestar y satisfacción con el apoyo social) en función de su propia vinculación. Finalmente, se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos hacia adelante para identificar las variables predictoras del bienestar en ambos grupos.

## **3. Resultados**

### *3.1. Características sociodemográficas y clínicas*

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se presentan en la Tabla 1, compuesta por 86 usuarios y 98 familiares. De forma general, la muestra de usuarios se trataba en su mayoría de hombres adultos solteros que convivían con sus familias de origen y se encontraban desempleados. La mayoría estaba diagnosticada con trastornos del espectro de la esquizofrenia, tenía algún grado de discapacidad, con un funcionamiento psicosocial medio y llevaba más de 20 años de evolución desde el primer diagnóstico de un TMG. En el caso de los familiares, la mayoría eran mujeres adultas, que se encontraban en pareja y jubiladas.

### *3.2. Participación familiar en el tratamiento y motivos de no asistencia*

En relación con la participación familiar en el tratamiento, el 84.7% de los usuarios indicó estar de acuerdo en que sus familiares asistiesen a citas o grupos para tratar temas relacionados con su rol como familiar, y el 73.3% consideró adecuado tener citas conjuntas con su familiar y profesional de referencia. No obstante, solo el 34.9% indicó

que suele tener este tipo de citas, y el 54.7% señaló que su familiar llevaba más de seis meses sin acudir al centro. En cuanto a los motivos de la no asistencia, la razón más frecuente que indicaron los familiares fue que no se les había ofrecido intervención grupal de apoyo a las familias (24.5%), seguida de la falta de tiempo por trabajo.

### 3.3. Correlaciones entre las variables de los usuarios

Para analizar la relación que existe entre las variables de los usuarios (bienestar, recuperación, autoestigma y satisfacción con el apoyo social), se realizó un análisis de correlaciones bivariadas ( $r$  de Pearson). Los resultados mostraron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el bienestar y la recuperación ( $r = .60$ ,  $p < .001$ ). El autoestigma presentó una relación negativa y significativa tanto con el bienestar ( $r = -.60$ ,  $p < .001$ ) como con la recuperación ( $r = -.61$ ,  $p < .001$ ). En contraste, la satisfacción con el apoyo social no mostró asociaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables del estudio ( $p > .05$ ).

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas y clínicas de la muestra*

	<b>Usuarios</b>	<b>Familiares</b>
<i>Género [n (%)]</i>		
Mujeres	36 (41.9)	72 (73.5)
<i>Edad [M (DT)]</i>	41.74 (7.68)	64.21(12.73)
<i>Estado civil [n (%)]</i>		
Soltero	64 (74.4)	8 (8.2)
En pareja / Casado	19 (22.1)	56 (57.2)
Separado / Divorciado	3 (3.5)	15 (15.3)
Viudo		19 (19.4)
<i>Nivel de estudios[n (%)]</i>		
Primarios	10 (11.6)	14 (14.4)
Secundarios	55 (64)	48 (49.5)
Universitarios	17 (19.8)	29 (29.9)
Máster	4 (4.7)	4 (4.1)
<i>Situación laboral [n (%)]</i>		
Desempleado	39 (45.9)	6 (6.1)
Trabajando	21 (24.7)	35 (35.7)
Jubilado	1 (1.2)	50 (51)
Con incapacidad laboral	18 (21.2)	3 (1)
<i>Convivencia con padres [n (%)]</i>		
Si	61 (70.9)	
<i>Discapacidad [n (%)]</i>		

Con discapacidad	63 (91.3)
<i>Diagnóstico Principal [n (%)]</i>	
Trastornos del espectro de la esquizofrenia	49 (62)
Trastorno de Personalidad	15 (19)
Trastorno Bipolar	2 (2.5)
Otros	13 (16.4)
<i>Años de evolución desde el primer diagnóstico [n (%)]</i>	
De 0 a 5 años	10 (14.3)
De 6 a 10 años	13 (18.6)
De 11 a 20 años	18 (25.7)
Más de 20 años	29 (41.4)
<i>Funcionamiento psicosocial – GAF [n (%)]</i>	
1 – 50 (bajo – medio)	18 (25.7)
51 – 100 (medio – alto)	52 (74.3)

*Nota.* GAF = Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (GAF)

### *3.4. Diferencias entre usuarios con familiares vinculados y no vinculados al tratamiento*

Para examinar las diferencias en las variables de los usuarios (bienestar, recuperación, satisfacción con el apoyo social y autoestigma) según la vinculación familiar al tratamiento, se aplicó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Tras constatar el cumplimiento del supuesto de homocedasticidad mediante la prueba de Levene ( $p > .05$ ), los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de bienestar,  $t(83) = 2.26$ ,  $p = .026$ . Específicamente, los usuarios con familiares vinculados a su tratamiento mostraron puntuaciones significativamente más altas de bienestar ( $M = 24.18$ ,  $DT = 5.10$ ) que aquellos sin vinculación familiar ( $M = 21.85$ ,  $DT = 4.40$ ). No se encontraron diferencias significativas en las demás variables analizadas ( $p > .05$ ; véase Anexo C).

### *3.5. Diferencias entre familiares vinculados y no vinculados al tratamiento*

Asimismo, para analizar las diferencias en las variables de los familiares (bienestar, sobrecarga del cuidador, satisfacción con el apoyo social, criticismo y sobreimplicación) en función de su vinculación al tratamiento de su familiar con TMG, se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Se comprobó el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene, observándose que se cumplía en 3 de las 6 variables. En los casos en los que no se cumplió ( $p < .05$ ), se utilizó la *t* de Welch. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con el apoyo

social,  $t(92) = 2.98$ ,  $p < .01$ , observándose puntuaciones más altas en los familiares vinculados al tratamiento ( $M = 28.7$ ,  $DT = 6.17$ ) en comparación con los no vinculados ( $M = 23.65$ ,  $DT = 9.65$ ). En el resto de las variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ; véase Anexo C).

### *3.6. Relación familiar antes vs después del TMG*

Para analizar las diferencias en la calidad de la relación familiar antes y después del diagnóstico, se aplicó una prueba  $t$  de Student para muestras emparejadas. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos,  $t(88) = 4.55$ ,  $p < .001$ . Concretamente, la relación familiar fue significativamente mejor antes de la enfermedad ( $M = 8.01$ ,  $DT = 1.73$ ) en comparación con después del diagnóstico ( $M = 6.54$ ,  $DT = 2.77$ ).

Además, para analizar si el cambio en la relación variaba en función de la vinculación familiar al tratamiento, se aplicó una prueba  $t$  de Student para muestras independientes. Tras constatar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene ( $p > .05$ ), los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos,  $t(87) = -2.16$ ,  $p = .034$ . En concreto, los familiares no vinculados al tratamiento mostraron un mayor empeoramiento en la relación ( $M = 2.10$ ,  $DT = 2.99$ ) en comparación con aquellos vinculados ( $M = 0.3$ ,  $DT = 2.98$ ).

### *3.7. Predictores del bienestar en usuarios*

En el análisis de regresión múltiple por pasos hacia adelante, se introdujeron aquellas variables independientes asociadas con el bienestar de los usuarios. Los datos cumplieron los supuestos para pruebas paramétricas: los residuos son independientes (Durbin-Watson = 1.83) y no se observó multicolinealidad ( $VIF \leq 1.57$ ). En cuanto a las variables específicas del modelo, en el primer paso se introdujo la variable de la vinculación familiar al tratamiento; en el segundo paso, la recuperación; en el tercer paso, el autoestigma; y en el cuarto paso, la satisfacción con el apoyo social. Como se observa en la tabla 5, tras incluir todos los predictores, se generaron tres modelos. La satisfacción con el apoyo social no resultó significativa. En el modelo final, el resto de predictores fueron significativos, explicando el 47% de la varianza del bienestar de los usuarios ( $F[3, 80] = 23.54$ ,  $p < .001$ ). La recuperación presentó el coeficiente beta más alto (ver Tabla 2).

### 3.8. Predictores del bienestar en familiares

En el análisis de regresión múltiple por pasos hacia adelante, se introdujeron aquellas variables independientes asociadas con el bienestar de los familiares. Los datos cumplieron los supuestos para pruebas paramétricas: los residuos son independientes (Durbin-Watson = 2.08) y no se observó multicolinealidad ( $VIF \leq 1.05$ ). En cuanto a las variables específicas del modelo, en el primer paso se introdujo la variable de la vinculación al tratamiento; en el segundo paso, la sobrecarga; en el tercer paso, la satisfacción con el apoyo social; y, en el cuarto paso, se introdujeron el criticismo y la sobreimplicación. Como se observa en la Tabla 6, tras incluir todos los predictores, se generaron dos modelos. La vinculación al tratamiento, el criticismo y la sobreimplicación no resultaron significativas. En el modelo final, la satisfacción con el apoyo social y la sobrecarga fueron significativas, explicando el 34% de la varianza del bienestar de los familiares ( $F[2, 90] = 23.32, p < .001$ ). La sobrecarga presentó el coeficiente beta más alto (ver Tabla 3).

**Table 2**

*Regresión lineal por pasos hacia adelante para predecir el bienestar de los usuarios*

	<b>Predictores</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>ΔR<sup>2</sup></b>	<b>b</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<i>Modelo 1</i>		.07	.06				
	Vinculación familiar			-2.53	-.26	-2.45	.016**
<i>Modelo 2</i>		.40	.39				
	Vinculación familiar			-2.10	-.21	-2.48	.015**
	Recuperación (RAS)			.17	.60	6.73	.001***
<i>Model 3</i>		.47	.45				
	Vinculación familiar			-1.64	-.17	-2.05	.044*
	Recuperación (RAS)			.12	.40	3.92	.001***
	Autoestigma (ISMI)			-3.14	-.32	-3.16	.002**

*Nota.* b = beta no estandarizada; β = beta estandarizada; R<sup>2</sup> = coeficiente de determinación; ΔR<sup>2</sup> = cambio en el coeficiente de determinación. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

**Tabla 3***Regresión lineal por pasos hacia adelante para predecir el bienestar de los familiares*

Predictores	$R^2$	$\Delta R^2$	$b$	$\beta$	$T$	$p$
<i>Modelo 1</i>	.30	.29				
Sobrecarga (ZARIT)			-.15	-.55	-6.25	.001***
<i>Modelo 2</i>	.34	.33				
Sobrecarga (ZARIT)			-.14	-.50	-5.73	.001***
Apoyo social (SSQ)			.12	.21	2.07	.020*

*Nota.*  $b$  = beta no estandarizada;  $\beta$  = beta estandarizada;  $R^2$  = coeficiente de determinación;  $\Delta R^2$  = cambio en el coeficiente de determinación. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

#### 4. Discusión

El presente estudio analizó la relación entre el bienestar, el autoestigma, la satisfacción con el apoyo social y la recuperación en usuarios, y el papel de la vinculación familiar al tratamiento tanto en usuarios como en familiares. Además, se exploraron qué variables predicen el bienestar en ambos grupos. Los resultados encontrados en este estudio preliminar apoyan parcialmente las hipótesis. Las variables psicológicas (autoestigma, recuperación y sobrecarga) explicaron mejor el bienestar que la vinculación familiar. Además, la satisfacción con el apoyo social parece ser un factor muy importante en los familiares, mientras que, en los usuarios, es más importante la recuperación y el autoestigma.

En cuanto a los resultados de los usuarios, las hipótesis sólo se confirman en parte. Se encontró que el bienestar se relaciona positivamente con la recuperación y negativamente con el autoestigma, lo cual es coherente con la literatura de la rehabilitación psicosocial, donde ambos factores se consideran elementos clave para el proceso de recuperación (Dubreucq et al., 2021). No obstante, la satisfacción con el apoyo social no mostró asociaciones con ninguna de las otras variables (autoestigma, recuperación y bienestar), lo cual contrasta con la literatura (Corrigan y Phelan, 2004). Este resultado podría explicarse no solo por el tamaño muestral, sino también por la medida utilizada, centrada en la satisfacción percibida y no en la calidad de las relaciones o funcionalidad del apoyo social, ya que el apoyo social percibido no siempre implica que este sea beneficioso para la recuperación o el bienestar (Lakey y Orehek, 2011). Además, dada la escasa red social que suele tener este colectivo, el tipo de apoyo que reciben podría estar más vinculado a contextos de salud mental que a relaciones elegidas personalmente; e incluso en algunos

casos, las relaciones de apoyo podrían vivirse de manera más controladora o centrada en la enfermedad que como un apoyo significativo (Corrigan y Phelan, 2004; McGuire et al., 2020).

Asimismo, los usuarios cuyos familiares estaban vinculados a su tratamiento presentaron mayores niveles de bienestar. Sin embargo, y en contra de las hipótesis planteadas, no mostraron una recuperación más avanzada, un menor autoestigma ni una mayor satisfacción con el apoyo social. Estos resultados contrastan con investigaciones previas donde se ha señalado que la participación en intervenciones familiares se asocia con mejores resultados clínicos, mejores pronósticos y menor sintomatología (Glick et al., 2011; Kim y Park, 2023; Susanti et al., 2024). Esta discrepancia podría explicarse porque la vinculación familiar, tal y como se ha definido en este estudio, puede favorecer aspectos más conductuales o clínicos, como la adherencia al tratamiento o la reducción del riesgo de recaídas, sin necesariamente afectar a procesos psicológicos más complejos e intrapersonales, como la recuperación subjetiva o el autoestigma (Demarais et al., 2024; Dubreucq et al., 2021). Estos resultados también sugieren que la presencia o participación de la familia en el tratamiento por sí sola podría no ser suficiente, siendo posiblemente más relevante una vinculación más activa y de calidad.

Del mismo modo, el modelo de regresión mostró que la recuperación y el autoestigma tienen una mayor fuerza predictiva del bienestar de los usuarios que la vinculación familiar al tratamiento. Este resultado refuerza la idea de que los procesos intrapersonales desempeñan un papel central en el bienestar de las personas con TMG. En este sentido, la literatura ha señalado que el bienestar de esta población se asocia más estrechamente con variables psicológicas y subjetivas, como menores niveles de estrés y de sintomatología depresiva, una mayor orientación hacia el futuro, curiosidad y sensación de eficacia personal, que con factores exclusivamente contextuales (Caballero et al., 2021; Leamy et al., 2011).

Por otra parte, en el caso de los familiares, las hipótesis no se confirmaron. Los resultados mostraron que la vinculación al tratamiento no se asoció con mayores niveles de bienestar ni con una reducción de la sobrecarga o la emoción expresada, observándose diferencias únicamente en la satisfacción con el apoyo social. Estos resultados contrastan con los de investigaciones previas, que señalan que la participación en intervenciones familiares se asocia con una disminución de la sobrecarga, una menor expresión emocional y una mejora en la calidad de vida y en el funcionamiento familiar (Caqueo et

al., 2017; Hahlweg y Baucom 2023; McFarlane, 2016; Susanti et al., 2024). No obstante, esta discrepancia podría explicarse porque la vinculación familiar, tal y como se ha definido en este estudio, no refleja necesariamente la calidad, la intensidad o el tipo de participación en el tratamiento, aspectos que la literatura ha identificado como fundamentales para generar cambios significativos en variables como la sobrecarga o la emoción expresada. También es posible que el bienestar de los familiares dependa más de factores psicosociales y contextuales, como la sobrecarga percibida, los recursos disponibles o las características sociodemográficas, que de la vinculación al tratamiento. Aunque el tamaño muestral podría haber limitado la detección de efectos estadísticamente significativos, estos resultados sugieren la necesidad de considerar variables adicionales y valorar una definición más precisa de la vinculación familiar al tratamiento en futuros estudios.

En el modelo de regresión, la satisfacción con el apoyo social y la sobrecarga aparecieron como predictores significativos del bienestar de los familiares, lo que sugiere que estas variables están más estrechamente relacionadas con su bienestar que la mera vinculación al tratamiento. Este resultado refuerza la idea de que el bienestar del cuidador está más directamente influido por factores psicosociales relacionados con la experiencia del cuidado, como la carga percibida o la disponibilidad de apoyo, que por su participación formal en los servicios. La literatura ha señalado que la sobrecarga del cuidador es uno de los principales determinantes del malestar psicológico, asociándose a una peor calidad de vida (Caqueo et al., 2017; Hahlweg y Baucom, 2023), mientras que el apoyo social actúa como factor protector frente al estrés asociado al cuidado (Rohmi et al., 2025; Zarit et al., 1980). De cara a futuras investigaciones, sería relevante profundizar en otras variables que podrían estar implicadas en el bienestar de los cuidadores, como el trauma, la diferenciación del self (Galdimi y Shor, 2026) o el perdón hacia uno mismo (Rismarini y Hasanat, 2022), y analizar también el papel de las variables sociodemográficas para comprender con mayor precisión los factores que pueden estar influyendo en su bienestar.

Por otro lado, la emoción expresada no apareció como predictor del bienestar en los familiares. Este resultado puede deberse a que, tradicionalmente, la emoción expresada se ha relacionado principalmente con el curso clínico del paciente, especialmente con el riesgo de recaídas, más que con el bienestar del cuidador (Hooley, 2007; Caqueo et al., 2017). Asimismo, diversos estudios sugieren que la emoción expresada podría reflejar

niveles elevados de estrés o sobrecarga en el cuidador, más que actuar como un predictor directo de su bienestar (Wearden et al., 2000). En este sentido, es posible que su influencia en el bienestar sea indirecta, mediada por variables como la sobrecarga o su capacidad de afrontamiento. Futuras investigaciones deberían analizar su papel dentro de modelos más amplios del funcionamiento familiar, teniendo en cuenta estas variables.

El deterioro de las relaciones familiares tras el inicio del TMG coincide con la literatura existente, que señala su impacto negativo en la dinámica familiar, el estrés y la carga emocional (Caqueo et al., 2017). Sin embargo, el hecho de que este deterioro sea menor en los familiares vinculados al tratamiento sugiere que dicha vinculación podría desempeñar un papel protector en la calidad de las relaciones, posiblemente gracias a un mayor acceso a la información, a la psicoeducación y a las estrategias de afrontamiento, tal y como señalan estudios previos (McFarlane, 2016).

En cuanto a los puntos fuertes de este estudio, se incluyó información de los usuarios y de sus familiares, lo que permite comprender el TMG de manera más integral. Además, se ha tenido en cuenta la comparación entre familiares vinculados y no vinculados al tratamiento, un aspecto poco abordado en la literatura y que aporta un valor diferencial al estudio. Por otro lado, el uso de instrumentos psicométricos estandarizados y validados contribuye a garantizar la fiabilidad y la validez de los resultados obtenidos.

Por otra parte, el estudio aborda específicamente variables psicológicas relevantes, como el autoestigma, la recuperación y la sobrecarga del cuidador, lo que permite un acercamiento más profundo al bienestar desde un enfoque psicosocial. Además, haber utilizado modelos de regresión permite un análisis más robusto al identificar el peso relativo de las distintas variables en la explicación del bienestar. Por último, el enfoque utilizado permite identificar variables sobre las que se podría intervenir terapéuticamente en usuarios y familiares.

En cuanto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, el tamaño reducido de la muestra y el carácter voluntario de la participación, podrían haber generado sesgos de selección, limitando la representatividad de la muestra y la generalización de los resultados. Asimismo, el uso de medidas de autoinforme puede haber dado lugar a sesgos como la deseabilidad social, lo que podría haber influido en las asociaciones observadas.

En segundo lugar, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables, ya que estos requieren diseños longitudinales que permitan

analizar la dirección de los efectos y su evolución en el tiempo. Además, la medida de la vinculación familiar al tratamiento constituye otra limitación relevante, ya que, siguiendo a Demarias et al., (2024), se ha evaluado en términos dicotómicos (presencia / ausencia en los últimos seis meses), sin considerar aspectos clave como la calidad, frecuencia o el tipo de participación, que podrían tener un impacto diferencial en las variables analizadas. Por otro lado, no se han considerado variables potencialmente relevantes que podrían estar influyendo en el bienestar, como las características sociodemográficas (edad, género, situación laboral), el tiempo de evolución del trastorno, el funcionamiento psicosocial o el tipo de convivencia, lo que limita una comprensión más amplia de los factores relacionados con el bienestar. Finalmente, el contexto específico de la recogida de datos en recursos asistenciales podría haber influido en las respuestas, especialmente en variables como el apoyo social, lo que habría reducido su variabilidad y capacidad explicativa.

En cuanto a las implicaciones clínicas, los resultados de este estudio indican que, aunque la vinculación familiar al tratamiento es importante, podría no ser un factor central en la explicación del bienestar, en comparación con otras variables psicológicas y psicosociales. En concreto, factores como la sobrecarga y el apoyo social de los familiares, y la recuperación y el autoestigma de los usuarios, presentan una asociación más estrecha con el bienestar. Estos resultados indican la necesidad de que la práctica clínica se oriente hacia intervenciones más centradas en los procesos intrapersonales y psicosociales. En el caso de los usuarios, esto implicaría dar prioridad a estrategias dirigidas a reducir el autoestigma y a promover la recuperación personal, aspectos ampliamente reconocidos como centrales en los modelos contemporáneos de rehabilitación (Dubreucq et al., 2021; Leamy et al., 2011). En cuanto a los familiares, los resultados refuerzan la importancia de intervenir sobre la sobrecarga del cuidador y de fortalecer los recursos de apoyo social, ya que tienen un impacto directo en el bienestar (Caqueo et al., 2017; Zarit et al., 1980). No obstante, es importante recalcar que estos resultados no restan valor a la implicación familiar, sino que sugieren que su efectividad podría depender más de la calidad y el contenido de dicha participación, que de su mera presencia en el tratamiento. En este sentido, las intervenciones basadas en la psicoeducación familiar y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento han demostrado ser eficaces para mejorar la dinámica familiar y el funcionamiento global (McFarlane, 2016; Pharoah et al., 2010).

En conjunto, estos resultados subrayan la necesidad de desarrollar intervenciones más individualizadas y centradas en las necesidades específicas tanto de los usuarios como de sus familiares, en las que se aborden variables psicológicas clave junto con la participación familiar en el proceso terapéutico.

## **5. Conclusiones**

El presente estudio aporta un enfoque novedoso al incluir la perspectiva de usuarios y familiares, y al comparar familiares vinculados y no vinculados al tratamiento, un aspecto todavía poco explorado en la literatura. Los resultados obtenidos sugieren que, si bien la vinculación familiar al tratamiento es un elemento importante, su papel en el bienestar podría ser menor de lo esperado. Por el contrario, las variables de carácter psicológico y psicosocial, como la recuperación y el autoestigma en los usuarios, y la sobrecarga y el apoyo social en los familiares, parecen mostrar una relación más estrecha con el bienestar. En este sentido, los resultados obtenidos pueden contribuir a orientar la investigación y la práctica clínica hacia intervenciones más sensibles, adaptadas a las necesidades específicas de usuarios y familiares, y a un abordaje más personalizado.

## 6. Referencias

- Aass, L. K., Moen, Ø. L., Skundberg-Kletthagen, H., Lundqvist, L. O., y Schröder, A. (2022). Family support and quality of community mental health care: Perspectives from families living with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 31(7-8), 935-948. <https://doi.org/10.1111/jocn.15948>
- Aldersey, H. M., y Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community mental health journal*, 51(4), 467–476. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9783-y>
- Alyafei, A. H., Alqunaibet, T., Mansour, H., Ali, A., y Billings, J. (2021). The experiences of family caregivers of people with severe mental illness in the Middle East: A systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *PloS one*, 16(7), e0254351. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254351>
- American Psychological Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Depressive Disorders. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm04>
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., y Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 19(4), 318–327. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.492484>
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., de Tojeiro-Roce, J. G., García-Polavieja, B., ... y Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 244-254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., y Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention 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)

- de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., y van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 206(5), 408–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148486>
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., y Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Caballero, R., y Oliver, J. (2025). A needs assessment of family members supporting individuals with severe mental illness (SMI): barriers to treatment engagement and proposed solutions. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/5763Y>
- Caballero, R., Valiente, C., y Espinosa, R. (2021). Predictors of subjective well-being among individuals with severe psychiatric conditions. *Comprehensive psychiatry*, 110, 152266. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152266>
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K., Irrarazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., y Williams, D. R. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current psychiatry reports*, 19(1), 2. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>
- Camacho-Gomez, M., y Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia bulletin*, 46(1), 98–109. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz038>
- Chronister, J., Fitzgerald, S., y Chou, C. C. (2021). The meaning of social support for persons with serious mental illness: A family member perspective. *Rehabilitation psychology*, 66(1), 87–101. <https://doi.org/10.1037/rep0000369>
- Cohen, A. N., Pedersen, E. R., Glynn, S. M., Hamilton, A. B., McNagny, K. P., Reist, C., Chemerinski, E., y Young, A. S. (2019). Preferences for family involvement among veterans in treatment for schizophrenia. *Psychiatric rehabilitation journal*, 42(3), 210–219. <https://doi.org/10.1037/prj0000352>
- Comunidad de Madrid. (2016). *Guía de funcionamiento y calidad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)*. Red de Atención Social a Personas con

Enfermedad Mental, Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, Consejería de Políticas Sociales y Familia.

- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., y Lorraine, K. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Corrigan, P. W., y Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community mental health journal*, 40(6), 513-523. <https://doi.org/10.1007/s10597-004-6125-5>
- Darban, F., Mehdipour-Rabori, R., Farokhzadian, J., Nouhi, E., y Sabzevari, S. (2021). Family achievements in struggling with schizophrenia: life experiences in a qualitative content analysis study in Iran. *BMC psychiatry*, 21(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03025-w>
- Dehbozorgi, R., Fereidooni-Moghadam, M., Shahriari, M., y Moghimi-Sarani, E. (2022). Barriers to family involvement in the care of patients with chronic mental illnesses: A qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 995863. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.995863>
- Demarais, M., Fisher, M., Williams-Wengerd, A., Alexandre, C., Meyer-Kalos, P., y Vinogradov, S. (2024). Impact of family engagement on client participation in coordinated specialty care for first episodes of psychosis. *BMC psychiatry*, 24(1), 686. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06126-y>
- Dubreucq, J., Plasse, J., y Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Espinosa-López, R., y Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero?. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4-14. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4079>
- Galmidi, N., & Shor, R. (2026). Recovery from severe mental illness in the family: The role of intrapersonal and interpersonal differentiation. *Family Relations*, 75(2), 1158-1175. <https://doi.org/10.1111/fare.70076>

- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Valendorf, C., y Germain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. Illinois Office of Mental Health.
- Glick, I. D., Stekoll, A. H., y Hays, S. (2011). The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(1), 82–85. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31820597fa>
- Hahlweg, K., y Baucom, D. H. (2023). Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 273(4), 819–824. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01393-w>
- Hajek, A., Gyasi, R. M., Pengpid, S., Peltzer, K., Kostev, K., Soysal, P., ... König, H.-H. (2025). Prevalence of loneliness and social isolation amongst individuals with severe mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 34, e25. <https://doi.org/10.1017/S2045796025000228>
- Hamidi, S., Ebrahimi, H., Vahidi, M., y Areshtanab, H. N. (2023). Internalized Stigma and its Association with Hope, Self-Esteem, Self-Efficacy, and Treatment Adherence among Outpatients with Severe Mental Illness: A Cross-Sectional Survey. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 28(3), 345–351. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_248\\_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_248_21)
- Hansson, K. M., Romøren, M., Pedersen, R., Weimand, B., Hestmark, L., Norheim, I., Ruud, T., Hymer, I. S., y Heiervang, K. S. (2022). Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres - a nested qualitative study. *BMC health services research*, 22(1), 1153. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08489-y>
- Hardy, A., van de Giessen, I., y van den Berg, D. (2020). Trauma, posttraumatic stress, and psychosis. In *A clinical introduction to psychosis* (pp. 223-243). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815012-2.00010-9>
- Hooley J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 3, 329–352. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236>
- Ince, P., Haddock, G., y Tai, S. (2016). A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: rates, barriers, and

- improvement strategies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 324-350. <https://doi.org/10.1111/papt.12084>
- Issac, A., Nayak, S. G., Yesodharan, R., y Sequira, L. (2022). Needs, challenges, and coping strategies among primary caregivers of schizophrenia patient: A systematic review y meta-synthesis. *Archives of psychiatric nursing*, 41, 317–332. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.09.001>
- Izon, E., Berry, K., Law, H., Au-Yeung, K., y French, P. (2019). “I don’t know how to fix it and sometimes it’s so overwhelming” Identifying the barriers and facilitators for family caregivers supporting someone at high-risk of psychosis: A qualitative study. *Psychosis*, 12(1), 57–67. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1688858>
- Kaggwa, M. M., Najjuka, S. M., Mamun, M. A., Griffiths, M. D., Nyemara, N., y Ashaba, S. (2023). Involvement and burden of informal caregivers of patients with mental illness: the mediating role of affiliated stigma. *BMC psychiatry*, 23(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04553-x>
- Kim, H. W., y Salyers, M. P. (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: mental health professionals' perspectives. *Community mental health journal*, 44(5), 337–345. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9135-x>
- Kim, S. H., y Park, S. (2023). Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 32(6), 1598–1615. <https://doi.org/10.1111/inm.13198>
- Lakey, B., y Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological review*, 118(3), 482–495. <https://doi.org/10.1037/a0023477>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., y 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>
- Madoz-Gúrpide, A., Martín, J., Sanmartín, M., y Yagüe, E. (2017). Enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la

reforma psiquiátrica. *Revista Española de Salud*  
<https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838003.pdf>

- Martin-Carrasco, M., Otermin, P., Pérez-Camo, V., Pujol, J., Agüera, L., Martín, M. J., Gobartt, A. L., Pons, S., y Balañá, M. (2010). EDUCA study: Psychometric properties of the Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale. *Aging & mental health*, 14(6), 705–711. <https://doi.org/10.1080/13607860903586094>
- Martínez-López, Z., Páramo Fernández, M. F., Guisande Couñago, M. A., Vacas, C. T., da Silva Almeida, L., y Rodríguez González, M. S. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: Propiedades psicométricas del *Social Support Questionnaire-Short Form* y el *Social Provisions Scale* [Social support in Spanish first year university students: Psychometrics properties of the Social Support Questionnaire-Short Form and the Social Provisions Scale]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1-3), 102–110. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70013-5](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70013-5)
- McGuire, N., Melville, C., Karadzhov, D., y Gumley, A. (2020). “She is more about my illness than me”: a qualitative study exploring social support in individuals with experiences of psychosis. *Psychosis*, 12(2), 128-138. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1699943>
- McFarlane W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family process*, 55(3), 460–482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>
- Murray, R. M., Mondelli, V., Stilo, S. A., Trotta, A., Sideli, L., Ajnakina, O., Ferraro, L., Vassos, E., Iyegbe, C., Schoeler, T., Bhattacharyya, S., Marques, T. R., Dazzan, P., Lopez-Morinigo, J., Colizzi, M., O'Connor, J., Falcone, M. A., Quattrone, D., Rodriguez, V., Tripoli, G., ... Di Forti, M. (2020). The influence of risk factors on the onset and outcome of psychosis: What we learned from the GAP study. *Schizophrenia research*, 225, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.01.011>
- Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., y Rüsçh, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 169–175. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000949>

- Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3>
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., y Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 27(1), 73–92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
- Rismarini, N. A., & Hasanat, N. U. (2022). Forgiveness therapy to increase psychological well-being of family caregivers of patients with schizophrenia. *Psychological Research and Intervention*, 5(2), 63-79. <https://orcid.org/0000-0001-9484-8843>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Signorelli, M. S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T. A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E., y Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 9(3), 211–221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
- Rohmi, F., Sari, D. K., y Setiawan, A. (2025). Influence of Protective and Risk Factors on Resilience among Family Caregivers of Schizophrenia Patients. *Journal Of Nursing Practice*, 8(4), 812–824. <https://doi.org/10.30994/jnp.v8i4.862>
- Rosenfield, P. J., Jiang, D., y Pauselli, L. (2022). Childhood adversity and psychotic disorders: Epidemiological evidence, theoretical models and clinical considerations. *Schizophrenia research*, 247, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.005>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 177, 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>

- Saavedra, J., Vázquez-Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R., Arias-Sánchez, S., González-Álvarez, S., y Corrigan, P. (2021). Spanish Validation of the Recovery Assessment Scale (RAS-24). *Psicothema*, 33(3), 500–508. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.52>
- Sampogna G, Brohan E, Luciano M, Chowdhary N, y Fiorillo A (2023). Psychosocial interventions for carers of people with severe mental and substance use disorders: a systematic review and meta analysis. *European Psychiatry*, 66(1), e98, 1–24 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2472>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., y Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497–510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F., y Graell, M. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26(3), 321–327. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.310>
- Sin, J., Elkes, J., Batchelor, R., Henderson, C., Gillard, S., Woodham, L. A., Chen, T., Aden, A., y Cornelius, V. (2021). Mental health and caregiving experiences of family carers supporting people with psychosis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, e3. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001067>
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., y Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and quality of life outcomes*, 7, 15. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>
- Susanti, H., Brooks, H., Keliat, B. A., Bradshaw, T., Wulandari, D., Fadilah, R., Diorarta, R., Suherman, Bee, P., Lovell, K., y Renwick, L. (2024). Stakeholder perspectives of family interventions for schizophrenia in Indonesia: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 24(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05504-w>
- Świtaj, P., Grygiel, P., Leciak, J., Stefaniak, I., Opozda-Suder, S., y Anczewska, M. (2025). Examining the relationships between self-stigma, loneliness, depressive

- symptoms, and suicidal ideation among people with bipolar disorder. *Scientific reports*, 15(1), 3432. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-87559-7>
- Tejero-Aranguren, J., Del Moral, R. G., Poyatos-Aguilera, M. E., y Colmenero, M. (2024). Family burden after critical illness: the forgotten caregivers. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 48(2), 69-76. DOI: [10.1016/j.medine.2023.08.002](https://doi.org/10.1016/j.medine.2023.08.002)
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and quality of life outcomes*, 5, 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Wahbeh, M. H., y Avramopoulos, D. (2021). Gene-environment interactions in schizophrenia: a literature review. *Genes*, 12(12), 1850. <https://doi.org/10.3390/genes12121850>
- Wearden, A. J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., y Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical psychology review*, 20(5), 633–666. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00008-2)
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry research*, 109(3), 265–279. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(02)00023-9)
- Wirsén, E., Åkerlund, S., Ingvarsdotter, K., Hjärthag, F., Östman, M., y Persson, K. (2020). Burdens experienced and perceived needs of relatives of persons with SMI - a systematic meta-synthesis. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 29(6), 712–721. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370632>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

- Zhou, L., Sommer, I. E. C., Yang, P., Sikirin, L., van Os, J., Bentall, R. P., Varese, F., y Begemann, M. J. H. (2025). What Do Four Decades of Research Tell Us About the Association Between Childhood Adversity and Psychosis: An Updated and Extended Multi-Level Meta-Analysis. *The American journal of psychiatry*, 182(4), 360–372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240456>
- Zumstein, N., y Riese, F. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 648. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

**Anexo A: Informes de aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Investigación Científica del Hospital Universitario Ramón y Cajal (N.º 160/25) y por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la Universidad Pontificia de Comillas (Dictamen N.º 096/24-25).**



**COMITE DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS**

**D<sup>a</sup>. Itziar de Pablo López de Abechuco**, Secretaria del COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

**CERTIFICA**

Que se ha evaluado la propuesta referida al Proyecto:

**TÍTULO: En el margen del sistema:**

**ESTUDIO A: Atención integral al envejecimiento con trastorno mental grave: experiencias de personas mayores de 50 años, familiares y profesionales.**

**ESTUDIO B: Redes de apoyo en trastorno mental grave: estado de la cuestión y barreras de vinculación al tratamiento en familiares. Experiencias de pacientes, familiares y profesionales.**

**Protocolo versión 4.0, de 09 octubre 2025**

**HIP/CI Línea de Mayores, versión 4.0, de 09 octubre 2025**

**HIP/CI Redes de Apoyo, versión 4.0, de 09 octubre 2025**

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos legalmente establecidos, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- El proceso de selección de los sujetos participantes es apropiado.
- Se considera adecuado el procedimiento previsto para información y obtención del consentimiento informado, o, alternativamente, se acepta la exención de consentimiento propuesta para este estudio

Este CEIm actuando como comité evaluador, emite dictamen **FAVORABLE** y acepta que dicho estudio sea realizado en los centros siguientes por los investigadores principales que se relacionan a continuación:

**Dra. Rocío Caballero Campillo / PDI Universidad Pontificia Comillas**  
**Dra. Teresa Hornillos Cárdenas / CSM de Hortaleza (Hospital Universitario Ramón y Cajal)**

Y HACE CONSTAR QUE:

1º En la reunión celebrada el día **23/09/2025 ACTA 481** se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente y se cumplieron las normas de funcionamiento interno del Comité para que la decisión del citado CEIm sea válida.

3º El CEIm, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (E6 R2)

4º La composición actual del CEIm es la siguiente:

<b>PRESIDENTE</b>	Sonsoles Sancho García.	Oncología Radioterápica
<b>VICEPRESIDENTE</b>	Mª Angeles Gálvez	Farmacología Clínica. Miembro de la Comisión de Investigación.
<b>SECRETARIO TECNICO</b>	Itziar de Pablo López de Abechuco	Farmacología Clínica
<b>VOCALES</b>	Irene Cabrera Troye	Licenciada en Derecho. No vinculada laboralmente al Hospital. Miembro Lego, ajeno a la investigación biomédica/asistencia clínica. Experto en normativa de protección de datos. Representante del interés del paciente.
	Yolanda de Blas Fernández	DUE Servicio de Urgencias
	Victoria Gómez dos Santos	Urología
	Antonio Guerrero García	Gastroenterología
	Carmen Guillén Ponce	Oncología Médica.
	María Muñoz García	Farmacia Hospitalaria.
	Alfonso Muriel García	Bioestadística Clínica.
	Cristina Pueyo López	Farmacia hospitalaria y Máster de Bioética. Miembro del Comité de Ética Asistencial
	Adolfo Serrano de Triana	Doctor en Derecho. No vinculado laboralmente al Hospital. Miembro Lego, ajeno a la investigación biomédica/asistencia clínica.
	Sonia Soto Diaz	Medicina Familiar y Comunitaria.
	Carmen Herrero Domínguez-Berrueta	Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección asistencial Noroeste.
	Ana Jiménez Gordo	Oncología Médica. Hospital Universitario Infanta Sofía.
	Raul Antonio Ruiz Ortega	Medicina Interna
	Mª. del Carmen Barriocanal Fernández	Diplomada en Turismo. No vinculada laboralmente al Hospital. Miembro Lego, ajeno a la investigación biomédica/asistencia clínica. Representante del interés del paciente
	Manuela Villamar López	Genética Molecular

En el caso de que algún miembro participe en el estudio o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación, ni en el dictamen de la solicitud de autorización del mismo.

Se recuerda al investigador que al ejecutar este proyecto contrae una serie de compromisos con respecto al Comité (Anexo)

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor

Madrid a



### Conformidad de la Dirección del HURyC

La Dirección del Hospital Universitario Ramón y Cajal, visto el informe favorable emitido por el Comité de Ética de la Investigación que ha evaluado el estudio retrospectivo:

Título del Estudio:

**En el margen del sistema:**

**ESTUDIO A: Atención integral al envejecimiento con trastorno mental grave: experiencias de personas mayores de 50 años, familiares y profesionales.**

**ESTUDIO B: Redes de apoyo en trastorno mental grave: estado de la cuestión y barreras de vinculación al tratamiento en familiares. Experiencias de pacientes, familiares y profesionales.**

**Protocolo versión 4.0, de 09 octubre 2025**

**HIP/CI Línea de Mayores, versión 4.0, de 09 octubre 2025**

**HIP/CI Redes de Apoyo, versión 4.0, de 09 octubre 2025**

Código CEIm: **160/25**

CEI/CEIm evaluador: **Hospital Universitario Ramón y Cajal.**

Investigador Principal en el Hospital Universitario Ramón y Cajal: **Dra. Rocío Caballero Campillo / PDI Universidad Pontificia Comillas y Dra. Teresa Hornillos Cárdenas, Psicóloga Clínica del CSM de Hortaleza (Hospital Universitario Ramón y Cajal)**

Acepta la realización de dicho estudio en el centro con estricta sujeción al protocolo aprobado y, cuando su ejecución implique algún ingreso o gasto específico, al contrato que se tendrá que formalizar al efecto a través de la entidad gestora: *Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal.*

Madrid a 10 de octubre de 2025

El director gerente

GALVEZ  
MUGICA MARIA  
ANGELES -  
00825673L

Firmado digitalmente  
por GALVEZ MUGICA  
MARIA ANGELES -  
00825673L  
Fecha: 2025.10.10  
10:51:02 +02'00'

p.d.f. de 23/10/2023

Fdo. Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Gálvez Múgica



Madrid, 2 de abril de 2025

Dictamen 096/24-25

Para: Excmo. Vicerrector de Profesorado, Investigación e Inteligencia Artificial

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: “EN EL MARGEN DEL SISTEMA: DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) Y EN LAS FAMILIAS CON DIFICULTADES DE VINCULACIÓN AL TRATAMIENTO DEL USUARIO”, presentado por la Profesora D<sup>a</sup>. Rocio Caballero Campillo de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de las personas participantes en la investigación. Estas son personas mayores de 50 años afectadas por un trastorno mental grave a las cuales no se les ha declarado incapacidad jurídica; familiares de esas personas que no reciban tratamiento a causa del trastorno del pariente; y profesionales de la salud que controlan el tratamiento de estos pacientes. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación los participantes ampliarán sus conocimientos sobre las necesidades del colectivo investigado y su entorno. No existen riesgos para los participantes. La investigación no se efectúa con menores de edad. Todas las preguntas que se formulan resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

Los participantes en el proyecto gozan de autonomía para determinar si intervienen o no en el mismo, siendo también informados de que en cualquier momento pueden retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de los participantes no resulte posible. La investigación es, pues, conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

*El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.*

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez  
Presidente

Dr. Raúl González Fabre  
Secretario

## Anexo B: Cuestionarios administrados a los usuarios y a los familiares.

### C1. Cuestionario del bienestar (SWEWMBS) administrado a usuarios y familiares.

A continuación, aparecen algunas afirmaciones sobre sentimientos y pensamientos. Por favor, señale la casilla que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas 2 semanas.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1. Me he sentido optimista respecto al futuro.					
2. Me he sentido útil.					
3. Me he sentido relajado/a.					
4. He afrontado bien los problemas.					
5. He podido pensar con claridad.					
6. Me he sentido cercano/a los demás.					
7. He sido capaz de tomar mis propias decisiones.					

### C2. Cuestionario del apoyo social (SSQ) administrado a usuarios y familiares

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, con cuantas personas puede contar para ayudarle (no más de 9 en cada caso). En segundo lugar, marque el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada cuestión, según los siguientes criterios.

A: Muy insatisfecho	B: Bastante insatisfecho	C: Un poco insatisfecho
D: Un poco satisfecho	E: Bastante satisfecho	F: Muy satisfecho

1. Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado. Número de personas: <input type="text"/>	A	B	C	D	E	F
2. Contar para ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión. Número de personas: <input type="text"/>	A	B	C	D	E	F
3. Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades. Número de personas: <input type="text"/>	A	B	C	D	E	F
4. Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo. Número de personas: <input type="text"/>	A	B	C	D	E	F
5. Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido.	A	B	C	D	E	F

Número de personas:	<input type="text"/>						
6. Alguien que le consuele cuando está muy disgustado.		A	B	C	D	E	F
Número de personas:	<input type="text"/>						

*C3. Cuestionario del autoestigma (ISMI) administrado a usuarios*

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Vamos a utilizar el término «enfermedad mental» en el resto de este cuestionario, pero por favor, piense en cualquier otro que considere que es mejor. Por favor, señale la opción con la que esté más de acuerdo.

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental				
2. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas				
3. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental				
4. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo				
5. Estoy avergonzado/a de tener una enfermedad mental				
6. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse				
7. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad.				
8. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental.				
9. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro.				
10. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante.				
11. No hablo mucho de mí mismo porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental.				
12. Los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental me mantienen aislado del mundo «normal».				
13. Estar entre personas que no tienen enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado.				
14. Me siento cómodo si me ven en público con una persona que es				

evidente que tiene enfermedad mental.				
15. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental.				
16. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental.				
17. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida.				
18. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto.				
19. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de decisiones por mí.				
20. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos.				
21. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme.				
22. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental.				
23. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.				
24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona fuerte.				
25. Nadie estaría interesado en relacionarse conmigo porque tengo una enfermedad mental.				
26. En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero.				
27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental.				
28. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental.				
29. Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí.				

*C4. Cuestionario de la recuperación (RAS) administrado a usuarios*

A continuación, aparecen una serie de afirmaciones que describen cómo las personas se sienten algunas veces acerca de sí mismos y de sus vidas. Por favor, lea/escuche atentamente cada una e indique la respuesta que mejor describe el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo. Para cada una de estas afirmaciones, indique si está:

1 En total desacuerdo	2 En desacuerdo	3 No estoy seguro	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
--------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------	-------------------------------

	1	2	3	4	5
1. Tengo deseos de triunfar.					
2. Tengo mi propio plan para mantenerme bien o llegar a estar bien.					
3. Tengo objetivos en mi vida que quiero alcanzar.					
4. Creo que puedo alcanzar mis metas personales actuales.					
5. Tengo un propósito en la vida.					
6. Incluso cuando no me preocupo de mí mismo/a otras personas lo hacen.					
7. El miedo no me impide vivir del modo que quiero.					
8. Puedo afrontar lo que ocurre en mi vida.					
9. Me gusta a mí mismo.					
10. Si la gente me conociera bien, les gustaría.					
11. Tengo una idea de quién quiero llegar a ser.					
12. Algo bueno pasará al final.					
13. Estoy esperanzado acerca de mi futuro.					
14. Sigo teniendo nuevos intereses.					
15. Hacer frente a mi enfermedad mental ya no es el centro principal de mi vida.					
16. Mis síntomas interfieren cada vez menos en mi vida.					
17. Mis síntomas parecen ser un problema durante periodos de tiempo cada vez más breves.					
18. Sé cuándo pedir ayuda.					
19. No me cuesta pedir ayuda.					
20. Pido ayuda cuando lo necesito.					
21. Puedo manejar el estrés.					
22. Tengo personas con las que puedo contar.					
23. Incluso cuando no creo en mí mismo/a, otros lo hacen.					
24. Es importante tener una gran variedad de amigos.					

*C5. Cuestionario de la sobrecarga (ZARIT) administrado a familiares*

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
------------	-----------------	--------------	-------------------	--------------

	1 - 5
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	

3. ¿Se siente estresado/ a cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? (Ej.: con su familia o en el trabajo)	
4. ¿Se siente avergonzada/o por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
13. ¿Se siente incómoda/o para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19. ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargada/o por tener que cuidar de su familiar?	

*C6. Cuestionario de la emoción expresada (FQ) administrado a familiares*

Señale con qué frecuencia le ocurren estas situaciones con su familiar con problemas de salud mental:

	Nunca	A veces	Mucho	Frecuentemente
1. Tiendo a descuidarme a mí mismo/a por él/ella.				
2. Tengo que pedir continuamente que haga las cosas.				
3. Pienso a menudo qué va a ser de él/ella.				
4. Él/ella me molesta.				
5. Sigo pensando en las razones por las que enfermó.				
6. Tengo que intentar no criticarle/la.				
7. No puedo dormir a causa de él/ella.				
8. Es difícil para nosotros estar de acuerdo en cosas.				
9. Cuando algo me molesta de él/ella, yo me lo guardo para mí mismo/a.				
10. No aprecia lo que hago por él/ella.				

11. Percibo mis propias necesidades como menos importantes.				
12. En ocasiones, él/ella me pone de los nervios.				
13. Estoy muy preocupado por él/ella.				
14. Él/ella hace algunas cosas por rencor.				
15. Pensé que yo podría llegar a enfermar.				
16. Cuando él/ella quiere constantemente algo de mí, me molesta.				
17. Es una parte importante de mi vida.				
18. Tengo que insistir que él/ella se comporte de forma diferente.				
19. He renunciado a cosas importantes con la finalidad de poder ayudarle/la.				
20. Estoy a menudo enfadado con él/ella.				

### Anexo C: Tablas complementarias de las pruebas *t* de Student.

Tabla C1

*Análisis comparativo entre usuarios con familiares vinculados y no vinculados al tratamiento*

	Vinculado	No vinculado				
	M (DT)	M (DT)	<i>t</i>	gl.	<i>p</i>	<i>d</i>
SWEMWBS	24.18 (5.10)	21.85 (4.40)	2.26	83	0.026	0.49
RAS	89.45 (14.96)	87.55 (17.49)	0.53	83	0.598	0.12
SSQ	27.41 (7.43)	26.06 (8.2)	0.78	82	0.44	0.17
ISMI	1.93 (0.53)	2.06 (0.50)	-1.12	84	0.266	-0.24

*Nota.* SWEMWBS = Short Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale; RAS = Recovery Assessment Scale; ISMI = Internalized Stigma of Mental Illness; SSQ = Social Support Questionnaire; gl= grados de libertad; *d* = *d* de Cohen (diferencia de medias estandarizada).

Tabla C2

*Análisis comparativo entre familiares vinculados y no vinculados al tratamiento*

	Vinculado	No vinculado				
	M (DT)	M (DT)	<i>t</i>	gl.	<i>p</i>	<i>d</i>
SWEMWBS	25.6 (4.44)	24.4 (4.91)	1.27	95	0.207	0.26
ZARIT	53.7 (14.25)	55.7 (19.4)	-0.56	96	0.576	-0.11
SSQ	28.7 (6.17)	23.6 (9.65)	2.98	92	0.004	0.62
Criticismo	19.7 (5.35)	19.9 (6.22)	-0.21	95	0.836	-0.04
Sobreimplicación	22.3 (5.09)	23.5 (6.17)	-0.99	94	0.323	-0.20

*Nota.* SWEMWBS = Short Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale; SSQ = Social Support Questionnaire; Zarit = Zarit Burden Interview; gl= grados de libertad; *d* = *d* de Cohen (diferencia de medias estandarizada).

## Anexo D: Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

Título del trabajo: Perfil psicosociales en trastorno mental grave: comparación entre usuarios y familiares.

Autor/a: Betina Salomone

DNI/Alumno/a: 54347431A

Nombre del Director/a de TFM: Rocío Caballero Campillo

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Ferandez Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

ChatGpt. Se utilizó para comprender determinados artículos en inglés y aquellos cuyo lenguaje académico me generaba dudas. Le mandaba párrafos concretos de algún artículo, le decía lo que creía haber entendido, y que me confirmara si era correcto. También le mandaba artículos y le decía que me hiciera un resumen de lo encontrado.

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

ChatGpt. Se utilizó en determinados párrafos para obtener una redacción más fluida, sin repeticiones y un vocabulario más académico de mis ideas.

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Se utilizó ChatGpt para generar párrafos en base a las ideas que yo le daba. Por ejemplo, “Resúmeme estas ideas haciendo hincapié en esta idea”, “integra y asóciame esta idea con esta en base a este párrafo”. Luego, yo comprobaba el párrafo y lo adaptaba a un lenguaje con el que yo me sintiese cómoda. Especialmente lo utilicé para el resumen y algunas partes de la discusión.

Otros (especificar): [\_\_\_\_\_]

-Explica *qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta*. Cuando le pedía resúmenes sobre artículos, le decía que me mandase fragmentos específicos del artículo y luego yo lo comprobaba en el mismo. Comprobaba las citas que me daba en los artículos que yo tenía, y le pedía en todo momento que no

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: Betina Salomone



Fecha: 08/05/2026