



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Programa en Psicoeducación y Bienestar para  
Personas con Esquizofrenia en Servicios de  
Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva**

Presentado por:

**Andrea Tortosa Rodenas**

Tutor/a:

**César Andrés Mateu Hernández**

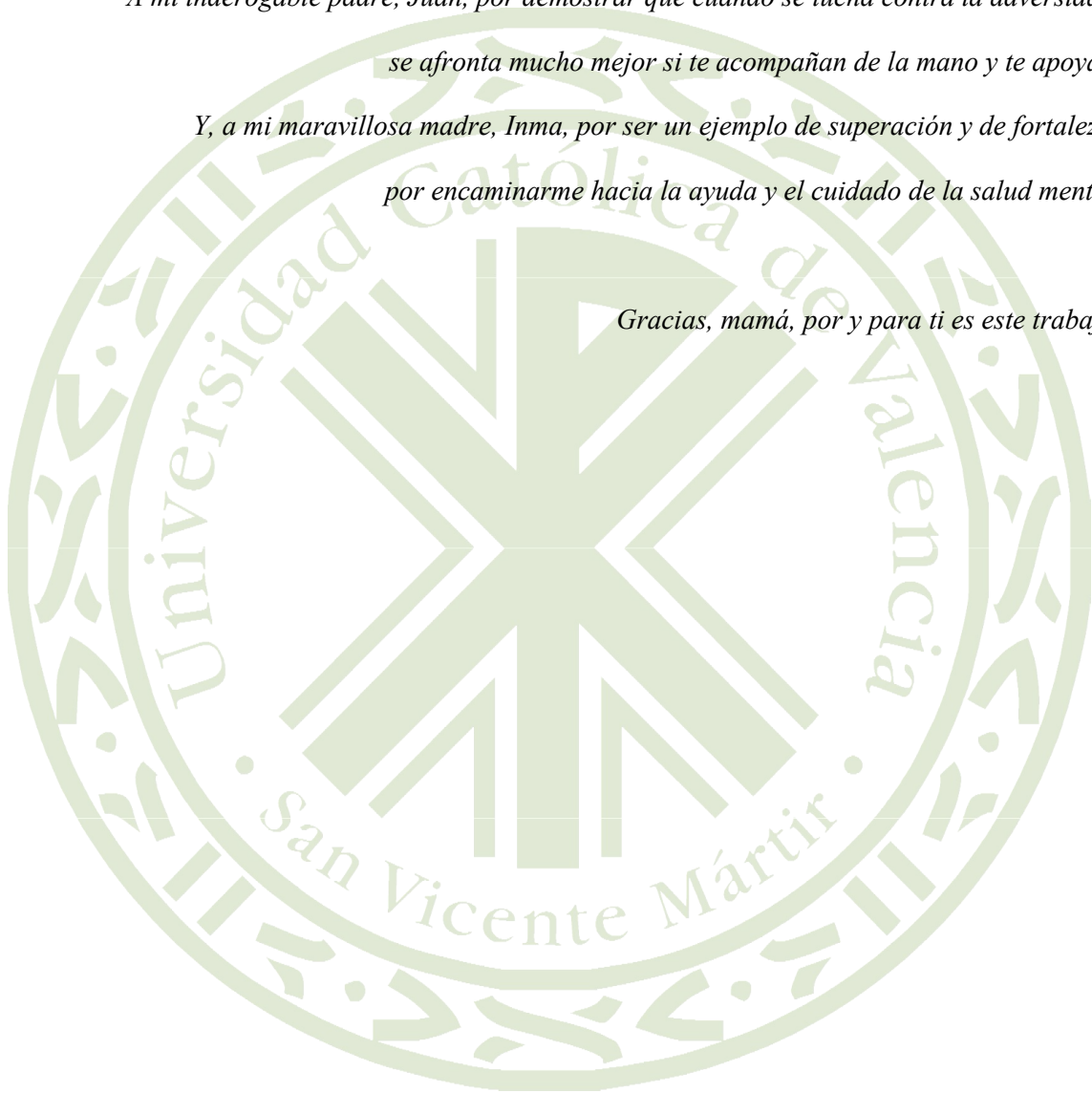
**Valencia, a 1 de junio de 2020**

*A mi pequeña hermana, Berta, para que se sepas que,  
pase lo que pase, siempre voy a estar ahí.*

*A mi inderogable padre, Juan, por demostrar que cuando se lucha contra la adversidad,  
se afronta mucho mejor si te acompañan de la mano y te apoyan.*

*Y, a mi maravillosa madre, Inma, por ser un ejemplo de superación y de fortaleza;  
por encaminarme hacia la ayuda y el cuidado de la salud mental.*

*Gracias, mamá, por y para ti es este trabajo.*



**PROGRAMA EN PSICOEDUCACIÓN Y  
BIENESTAR PARA PERSONAS CON  
ESQUIZOFRENIA EN SERVICIOS DE  
REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTENSIVA**

Trabajo de Final de Grado presentado por: **Andrea Tortosa Rodenas**

Bajo la dirección de: **César Andrés Mateu Hernández**

**Universidad Católica de Valencia – San Vicente Mártir**

**Facultad de Psicología**

**Sede Padre Jofre – 46100 Burjassot**

**RESUMEN.** La esquizofrenia es un trastorno mental característico por la distorsión del pensamiento, la percepción, la emoción, el lenguaje, la autoconciencia y la conducta. Esto lleva a considerar la esquizofrenia como una psicopatología grave con un alto grado de sufrimiento y malestar para la persona que la padece y sus allegados.

Las intervenciones actuales apuestan por una combinación de tratamiento farmacológico y terapias psicosociales, teniendo en cuenta la importancia de realizar intervenciones adaptadas a las necesidades del paciente y que lidien con los síntomas positivos y negativos de la enfermedad. Por ello, el Programa de Psicoeducación y Bienestar para Personas Diagnosticadas de Esquizofrenia, que aquí se presenta, es un programa fundamentado en la psicoeducación y en las terapias de tercera generación, formado por 15 sesiones grupales y 2 individuales, que promueven el desarrollo de habilidades y fortalezas personales, la expresión y la comprensión de las emociones y sentimientos positivos, el vivir el momento presente y hacer frente al estigma. El principal objetivo que se persigue con su implantación es reducir los síntomas negativos con mayor malestar significativo, promoviendo el bienestar de las personas que padecen el trastorno en todos sus ámbitos personales, así como, proveyendo a la persona de herramientas e información necesaria para afrontar el estrés y los problemas que conlleva padecer el trastorno y el diagnóstico de esquizofrenia.

*Palabras clave:* Psicosis, Esquizofrenia, Psicoeducación, Bienestar, Mindfulness

**ABSTRACT.** Schizophrenia is a mental disorder characterized by distortion of thought, perception, emotion, language, self-awareness, and behavior. That makes consider schizophrenia as a serious psychopathology with high levels of distress and discomfort for the person who is suffering the disorder and his closest environment.

Current interventions beat on a combination of pharmacological treatment and psychosocial therapies, considering the need to proceed with interventions adapted to the patient's needs, ensuring that they deal with the positive and negative symptoms of the disease. Therefore, the Psychoeducation and Wellness Program for People Diagnosed with Schizophrenia, presented here, is a program based on psychoeducation and third-generation therapies, consisting of 15 group sessions and 2 individual sessions, which promote the development of skills and personal strengths, expression and understanding of positive emotions and feelings, living in the present moment and dealing with stigma.

The main goal of this program is to reduce negative symptoms with greater significant discomfort, promoting the well-being of people who suffer from the disorder in all their personal areas, as well as providing the person with necessary tools and information to cope of having the disorder and the diagnosis.

*Key words:* Psychosis, Schizophrenia, Psychoeducation, Wellness, Mindfulness

## ÍNDICE

<b>SOLICITUD DE DEFENSA .....</b>	<b>II</b>
<b>DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>VI</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Marco Teórico .....</b>	<b>2</b>
1.1.1. Una visión general de la psicosis: Breve recorrido histórico hacia el concepto de esquizofrenia .....	2
1.1.2. Criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-11 .....	4
1.1.3. Epidemiología .....	5
1.1.4. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés.....	6
1.1.5. Tratamiento Farmacológico .....	7
1.1.5.1. <i>Consecuencias del abandono de la medicación</i> .....	7
1.1.6. Tratamientos Psicológicos basados en la evidencia .....	8
<b>1.2. Revisión de Programas que Fundamentan la Solidez del Trabajo .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. Justificación .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Programa en Psicoeducación y Bienestar para Personas Diagnosticadas de Esquizofrenia .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Ámbito de Aplicación .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. Objetivos .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3 Población Diana .....</b>	<b>13</b>
<b>2.4. Implantación de Fases-Objetivos del Programa .....</b>	<b>14</b>
<b>2.5. Descripción del Programa .....</b>	<b>18</b>

2.6. Calendario de Sesiones, Objetivos y Actividades .....	26
2.7. Delimitación de Recursos .....	26
2.8. Análisis de su Viabilidad .....	27
2.9. Evaluación .....	27
3. Conclusión .....	27
4. Referencias Bibliográficas .....	29
ANEXOS .....	40
Anexo I. Criterios diagnósticos DSM-5 para esquizofrenia .....	41
Anexo II. Criterios diagnósticos CIE-11 para esquizofrenia .....	43
Anexo III. Antipsicóticos típicos y atípicos .....	44
Anexo IV. Listado de sintomatología negativa .....	45
Anexo V. Ejercicio de profundización .....	46
Anexo VI. Guión para la práctica “uva pasa” .....	47
Anexo VII. Registro semanal de técnicas de relajación .....	48
Anexo VIII. Registro semanal de pensamientos automáticos negativos .....	49
Anexo IX. Registro de situaciones placenteras .....	50
Anexo X. Registro de situaciones conflictivas .....	51
Anexo XI. Calendario .....	52

## 1. Introducción

Las experiencias psicóticas forman parte de la diversidad humana. Oír voces o experimentar paranoia, como cualquier otro fenómeno psicológico, surge como respuesta a un contexto biográfico determinado vivenciado por una persona concreta (Cooke, 2014). Dichos fenómenos se pueden comprender como formas diferentes de responder a los problemas consustanciales de la vida y a la complejidad del ser humano y solo considerando subjetivamente estas experiencias podremos llegar a comprender su verdadero significado (Pérez-Álvarez, 2012). Además, de acuerdo con Fonseca y Lemos (2019), la psicosis, y en concreto, la esquizofrenia, puede considerarse en sí misma una psicopatología capaz de alterar cualquier proceso psicológico básico con consecuencias en la vida de las personas y sus familiares.

La percepción de la psicosis ha ido evolucionando con el paso del tiempo: ha pasado de una visión pesimista y oscura a una visión actual más esperanzadora. Aun así, aunque la perspectiva actual de la psicosis ha mejorado, sigue asociada a estigmas y tabúes, siendo esta una de las principales barreras en las que se encuentran las personas diagnosticadas de psicosis y sus familiares. Por lo tanto, es necesario introducir modelos más comprensivos centrados en las capacidades de las personas, así como promover teorías que supongan una novedad en el campo de estudio de la psicosis, demostrar la eficacia de los tratamientos psicológicos y construir sistemas diagnósticos útiles, fiables y válidos, los cuales lleven a resituar a la persona en el epicentro de la ecuación (Fonseca y Lemos, 2019).

Así pues, en el presente trabajo se presentará una breve descripción de lo que es la psicosis, en especial, la esquizofrenia, mediante un pequeño recorrido histórico sobre su conceptualización, los criterios diagnósticos postulados por los principales sistemas clasificatorios actuales (DSM-5 y CIE-11) y su prevalencia a nivel mundial y nacional. Se entenderá el modelo epidemiológico más actual de “vulnerabilidad-estrés” que nos adentra en el por qué puede darse este tipo de trastorno. Se conocerá brevemente el tipo de tratamiento farmacológico, junto algunos de los problemas que puede ocasionar el abandono de la medicación. Se describirá el abordaje de los programas más eficaces en las terapias psicológicas y se presentará aquellos en los que se fundamenta el programa. Por último, se describirá el Programa en Psicoeducación y Bienestar para Personas Diagnosticadas de Esquizofrenia en el Ámbito de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de manera más ampliada.

## 1.1. Marco Teórico

### 1.1.1. Una visión general de la psicosis: Breve recorrido histórico hacia el concepto de esquizofrenia

El concepto general de esquizofrenia es considerado resultado de una progresión histórica, la cual acumula varias definiciones que han concluido en el concepto vigente en manuales diagnósticos modernos. Por lo tanto, el concepto de esquizofrenia no proviene de un único objeto de investigación, sino, de un conjunto de fenómenos clínicos provenientes de diferentes enfoques y definiciones (Berrios, Luke & Villagram, 2003).

En la literatura psiquiátrica, los autores Emil Kraepelin, Eugen Bleuler y Kurt Schneider recogen las aproximaciones que fundamentan, de manera más o menos consensuada, lo que es (y no es) la esquizofrenia (Tandon, Nasrallah & Keshavan, 2009), siendo influentes en la actual visión de este trastorno y formando parte de los sistemas clasificatorios internacionales (Kendler, 2016).

La historia del concepto de esquizofrenia parte de la descripción de la llamada *Dementia Praecox* por parte del autor Emil Kraepelin (1856-1926) (Enric y Rafael, 2010), quien afirmó que muchos de los problemas clínicos que se había encontrado en los manicomios alemanes compartían una evolución de deterioro progresivo. Esto le llevó a considerar que, por ejemplo, el estado hebefrénico, el catatónico y el paranoide eran provocados por un proceso mórbido común y desconocido, por lo que deberían considerarse variantes de una misma enfermedad. La diferencia que encontró con otras enfermedades neurológicas fue la imposibilidad de identificar una causa biológica evidente. Así pues, el deterioro progresivo de pacientes con demencia precoz se consideraba inevitable e imparable, dando lugar a deterioro intelectual, errores de juicio y a la destrucción de la personalidad (Morrison, Renton, Dunn, Williams & Bentall, 2012).

Más adelante, Eugen Bleuler (1950) rechazó la idea de Kraepelin de que el deterioro intelectual era un componente esencial del trastorno, y proponía que los síntomas fundamentales de la enfermedad eran características emocionales e intelectuales, como el afecto inapropiado, la ambivalencia emocional, el autismo o una relajación de las asociaciones. Además, consideraba que las alucinaciones y delirios eran subproductos del proceso mórbido. Esta visión, lo llevó a rechazar el concepto de “demencia precoz”, argumentando que no todo el mundo sufría un deterioro (demencia) y que, a pesar de que el inicio era más frecuente al principio de la vida adulta, algunas personas lo sufrían de manera

más tardía (precoz). En consecuencia, se reemplazó el término de “demencia precoz” propuesto por Kraepelin por el de “esquizofrenia” (del griego: *schizein*, *esquizo*, “dividir, escindir, romper” y *phren*, *frenia*, “entendimiento, razón, mente”) propuesto por Bleuler.

Cincuenta años más tarde, Kurt Schneider (1959) estableció criterios diagnósticos basados en dos órdenes de síntomas: El primer orden incluye signos de la enfermedad fáciles de detectar (pensamiento audible, percepciones delirantes y de influencias externas sobre el cuerpo). Y el segundo orden, el resto de síntomas esquizofrénicos. Según Schneider, y por equivocación, a menudo se da por supuesto que los síntomas de primer orden representaban las características fundamentales de la enfermedad (Hoenig, 1982). Schneider solo pretendía mejorar el proceso diagnóstico, sin embargo, los psiquiatras anglosajones, interpretaron que Schneider daba mayor importancia a los síntomas de primer orden, y ese punto de vista ha persistido hasta los manuales diagnósticos modernos (Morrison et al., 2012). Así pues, aunque las aportaciones de Schneider fueran las más recientes, las de Bleuler fueron las más significativas en el desarrollo de la actual psicopatología experimental (especialmente en procesos cognitivos) y de nuevos enfoques terapéuticos.

Más recientemente, y como resultado de investigaciones cuantitativas sobre los síntomas de la esquizofrenia, fueron surgiendo nuevas clasificaciones (Fonseca y Lemos, 2019). Por un lado, Timothy Crow, sugirió su reconceptualización en dos formas: Tipo I y Tipo II, caracterizada por la presencia de síntomas positivos y negativos. Por otro lado, la propuesta en los años 80 y 90 de “dimensionar” la esquizofrenia se hizo eco en autores como Peter F. Liddle y Nancy Andreasen que propusieron la división en tres dimensiones: positiva, negativa y desorganizativa (Liddle, 1987) y, recientemente, en cinco: síntomas positivos, negativos, desorganizativos, maníacos y depresivos (Reininghaus, Priebe & Bentall, 2013).

Todo este recorrido histórico ha derivado en un debate sobre la necesidad de reconceptualizar este constructo, proponiéndose incluso cambiar el propio término de esquizofrenia (Guloksuz & Van Os, 2018).

Autores actuales como Perona (2006) afirman que la esquizofrenia sigue siendo un gran problema científico, sanitario y social, aunque, desde los años 60, con avances sociales, la aparición de los neurolépticos, el desarrollo de tecnologías psicológicas y de procesos de reformas psiquiátricas, la vida de muchas personas con trastorno mental grave ha mejorado significativamente. Sin embargo, la tarea más difícil para los profesionales clínicos sigue siendo comprender y reivindicar el concepto de “persona” dentro de las competencias del tratamiento (García Montes y Pérez Álvarez, 2003). Otros autores, como Seikkula & Arkil (2016) desde la perspectiva del Diálogo Abierto, consideran psicosis a vivencias que intentan

comunicarse pero que aún no han encontrado las palabras para hacerlo, es decir, “*una alienación temporal radical de las prácticas comunicativas compartidas*” en la que las experiencias emocionales intensas no tienen palabras para ser comunicadas. Así, los síntomas psicóticos, serían maneras de sobrevivir a experiencias confusas o dolorosas (McCarthy-Jones, Marriott, Knowles, Rowse, & Thompson, 2013), y estrategias que la mente utiliza como respuesta a determinadas situaciones (Blackman, 2001).

Aún así, para una descripción más completa y actual, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define la esquizofrenia como una enfermedad mental que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la autoconciencia y la conducta. Siendo las experiencias más frecuentes las alucinaciones, los delirios y el lenguaje desorganizado. Esto conlleva a considerar la esquizofrenia como una de las psicopatologías más graves, que presenta altos niveles de sufrimiento tanto en la persona que lo padece como en sus allegados.

#### 1.1.2. Criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-11

Los criterios diagnósticos de esquizofrenia según el DSM-5 (APA, 2013) se recogen en el **Anexo 1** y sus principales cambios respecto al DSM-IV-TR son (APA, 2013; Tandon et al., 2013): el aumento a dos de los síntomas del criterio A siendo uno de ellos delirios, alucinaciones o habla desorganizada; eliminar el síntoma de delirio extraño (bizarro) o alucinación Schneideriana, perdiendo importancia como síntoma que confirma la esquizofrenia; e introducir un modelo mixto que combina el enfoque dimensional y categorial, es decir, captar la estructura dimensional que subyace a los cuadros psicóticos a través de dominios, gradientes y dimensiones (Heckers et al., 2013).

En cuanto al Modelo CIE, la OMS acaba de presentar su onceava versión. Así pues, se detallan en el **Anexo 2** los criterios diagnósticos para la esquizofrenia según la CIE-11. Además, los principales cambios que presenta respecto a la CIE-10 son (First, Reed, Hyman & Saxena, 2015; Gaebel, 2012; Tandon, 2012): Una ligera modificación en la definición de esquizofrenia, dando mayor importancia a perturbaciones del yo y reduciendo el énfasis en síntomas de primer rango; la introducción de nuevos detalles sobre calificadores de síntomas, curso, impacto funcional y dominio cognitivo; e incluyendo en el capítulo la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el esquizotípico, el psicótico agudo y transitorio, el delusional y otras esquizofrenias especificadas u otros trastornos psicóticos primarios. Informar, que los

aspectos comentados en dicho Anexo están sujetos a modificación, pues la CIE-11 estará en vigor a partir de enero de 2022.

Después de un pequeño estudio exhaustivo, se pueden encontrar entre ambos modelos ciertas diferencias y semejanzas. En cuanto a diferencias, la CIE-11 no tiene en cuenta el deterioro sociolaboral que presenta el DSM-5, en el que es necesario presentar una duración de los síntomas de 6 meses, mientras que en el CIE-11 es tan solo durante al menos un mes. Y, respecto a las semejanzas, ambos sistemas realizan un cambio conceptual al retirar los síntomas de primer grado de Schneider (presentados en el apartado 1.1.1) y de incluir, por parte del modelo DSM-5 el trastorno esquizotípico de la personalidad dentro del espectro psicótico (Fonseca y Lemos, 2012).

### 1.1.3. Epidemiología

Actualmente, la prevalencia media para la esquizofrenia es de 1,8-3,3 personas por cada 1.000 (Charlson et al., 2018; Saha, Chant, Welham & McGrath, 2005).

Las tasas de incidencia anual en población general para la esquizofrenia presentan una gran heterogeneidad en función de la zona geográfica (Jogsma et al., 2018) y se sitúan en un rango de 8 a 16 casos nuevos por 100.000 habitantes, con una media de 15,2/100.000 personas (McGrath, Saha Chant & Welham, 2008).

En general se estima, según la OMS y trabajos previos (Charlson et al. 2018), que la esquizofrenia afecta a 21-26 millones de personas mundialmente, y cada año, 1,5 millones de personas reciben este diagnóstico.

A continuación, se muestra la distribución de prevalencia para cualquier trastorno psicótico en población mundial (APA, 2013; Perälä et al., 2007; Segarra, 2013) y en muestras españolas, así como el porcentaje de personas que reciben un diagnóstico de trastorno psicótico, aplicando los criterios nosológicos del DSM-IV-TR (Segarra, 2013). Además, estas tasas de prevalencia no solo se basan en casos clínicamente diagnosticados, sino también, en experiencias psicóticas presentes en la población general: Por un lado, en población mundial se encuentra 0,9% esquizofrenia, 0,32% trastorno esquizoafectivo, 0,1% trastorno esquizofreniforme, 0,18% trastorno delirante, 0,42% trastornos psicóticos inducidos por sustancias tóxicas, 0,21% trastornos psicóticos secundarios a patología médica, 0,24% trastorno bipolar tipo I, 0,35% trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y 1,9% trastorno de la personalidad esquizotípico. Y, en población española se encuentra 54,2% esquizofrenia, 9,2% trastorno esquizofreniforme, 8,6% trastorno psicótico breve, 4,1%

trastorno delirante, 4,8% psicosis atípicas, 5,6% trastorno esquizoafectivo y 13,3% trastorno del humor con síntomas psicóticos.

#### 1.1.4. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés

El modelo de *Vulnerabilidad-Estrés* es uno de los modelos de mayor aceptación en las últimas décadas. Según sostienen Zubing & Spring (1977), “*la vulnerabilidad podría ser producida tanto por factores genéticos, bioquímicos y neurofisiológicos, como por factores psicosociales o procesos evolutivos o de aprendizaje*”. Así pues, este modelo propone que diversos eventos estresantes desencadenan síntomas psicóticos si ocurren en personas con alta vulnerabilidad genética o ambiental (Nuechterlein et al., 1994; Van Os, Kenis & Rutten, 2010; Zubin & Spring, 1977).

De acuerdo con Lemos Giráldez (1986), dichos estresores ambientales o psicosociales ejercen dos tipos de efectos en la probabilidad de la aparición de la esquizofrenia: Efectos *causales o formativos* que aparecen cuando los factores estresantes contribuyen a la formación de la vulnerabilidad, llegando a determinar desviaciones estables y predisponer a una persona un rasgo de vulnerabilidad o riesgo de enfermedad; y efectos *precipitantes o desencadenantes*, que provocan un episodio agudo o recaída en presencia de una vulnerabilidad subyacente. En este caso, el suceso precipitante no incrementa la vulnerabilidad, sino que la pone de manifiesto.

En psicosis, el modelo de Vulnerabilidad-Estrés asume que los acontecimientos vitales estresantes pueden inducir un grado de estrés suficiente como para desarrollar un cuadro psicótico en personas vulnerables (Cullberg, 2003). Algunos de los factores moderadores que influirían en el estrés sobre la vulnerabilidad podrían ser: la personalidad premórbida; el apoyo familiar o social; y otros factores físicos, sociales y culturales (Arango, 2002).

Los acontecimientos estresantes estarían relacionados tanto con el inicio de la enfermedad como con la aparición de recaídas. El modelo de Vulnerabilidad-Estrés sugiere que la reducción de factores vulnerables podría minimizar el número de recaídas o afectar positivamente a su curso (Bologna et al., 2011).

### 1.1.5. Tratamiento Farmacológico

Basándonos en la *Guía Práctica para el Manejo de la Esquizofrenia* de Aznar y Berlanga (2013) se encuentra que, en el tratamiento farmacológico, los principales medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la esquizofrenia son los antipsicóticos o neurolépticos.

El primer antipsicótico que se descubrió fue la Clorpromacina (Largactil) siendo la base de nuevos fármacos conocidos como “antipsicóticos tradicionales” (**Anexo 3**), los cuales inciden sobre la dopamina consiguiendo eliminar o reducir los síntomas positivos de la enfermedad, pero teniendo un efecto reducido sobre los síntomas negativos. Posteriormente, se sintetizó la Clozapina (Leponex), como un fármaco eficaz para tratar a aquellas personas en las que no funcionaban los antipsicóticos típicos.

Todos estos descubrimientos han permitido a la investigación el desarrollo de nuevos antipsicóticos más eficaces que los típicos en cuanto a los síntomas positivos y que, además, también inciden en algunos síntomas negativos y producen menores efectos secundarios. Estos fármacos son los “neurolépticos atípicos” (**Anexo 3**).

Además de neurolépticos, en las personas con esquizofrenia también se utilizan otros tipos de fármacos, como los antiparkinsonianos (para tratar algunos efectos secundarios) y ansiolíticos (para controlar algunos síntomas de la enfermedad).

Se debe tener en cuenta que los antipsicóticos o neurolépticos se utilizan con el fin de tratar los síntomas durante la crisis y para prevenir recaídas cuando los síntomas ya han desaparecido. Por eso, aunque haya una mejora significativa y visible, el paciente debe continuar con su medicación y la duración del tratamiento dependerá del curso de la enfermedad y del número de crisis que haya sufrido.

#### 1.1.5.1. *Consecuencias del abandono de la medicación*

Las consecuencias que surgen cuando un paciente abandona la medicación no son evidentes hasta pasadas unas semanas. Se estima que, durante el primer año, entre el 41% y el 76% de los afectados dejan la medicación o no la toman tal y como se les prescribe. Las principales consecuencias que esto conlleva son: un mayor número de recaídas (80%), mayor gravedad de la recaída, mayor duración de los ingresos hospitalarios y peor evolución de la enfermedad.

### 1.1.6. Tratamientos Psicológicos basados en la evidencia

Tras los fallidos intentos de aplicaciones psicoanalíticas en la psicosis (Fenton, 2000; Martindale, Bateman, Crowe, & Marginson, 2000), las tres últimas décadas han abordado un cambio en las actitudes en los problemas de salud mental grave desde el punto de las terapias psicológicas (Slade & Haddock, 1996).

Los principales avances en las estrategias de tratamiento para la esquizofrenia se han desarrollado a raíz del modelo de Vulnerabilidad-Estrés (descrito anteriormente), el cual, ha promovido el surgimiento de varios formatos terapéuticos actuales que se dirigen hacia un doble objetivo: el desarrollo y fortalecimiento de factores que permiten una óptima protección del paciente (tratamientos farmacológicos, habilidades de afrontamiento y autoeficacia, capacidad cognitiva de procesamiento y el apoyo familiar y social) y, la disminución o erradicación de estresores ambientales y de vulnerabilidad biológica subyacente (Birchwood, Hallet, & Preston, 1989; Wykes, Tarrier, & Lewis, 1998).

Diversos estudios y directrices (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001; Falloon et al., 1998; Penn & Mueser, 1996) han descrito aquellos tratamientos psicológicos que presentan mayor apoyo empírico hasta el momento. Dichos tratamientos, junto a estrategias farmacológicas han demostrado su validez sobretodo en la mejora de la recuperación de la esquizofrenia: intervenciones familiares psicoeducativas; entrenamiento en habilidades sociales; tratamientos cognitivo-conductuales y terapia psicológica integrada (IPT). Los cuales, se centran en los efectos de adaptación a las experiencias psicóticas, en la reducción de los síntomas, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales, la adquisición de habilidades para la vida independiente y la reducción de estrés y de carga familiar (Vallina y Lemos, 2001). Así pues, la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009) apuesta por una combinación de farmacoterapia e intervención psicosocial como tratamiento recomendado en trastornos psicóticos, demostrando un mayor beneficio del tratamiento farmacológico cuando va acompañado de tratamientos psicosociales, siendo principalmente en la esquizofrenia, un necesario abordaje multidisciplinar que contenga intervenciones farmacológicas, psicológicas, familiares, académico-laborales y de minimización del impacto del estigma.

Los tratamientos de “la tercera Ola” o de “tercera generación” también han demostrado su validez para el tratamiento de la esquizofrenia. Una de ellas es el programa Diálogo Abierto, que se ha convertido en el abordaje de mayor éxito en Laponia occidental para el tratamiento de la psicosis (Abad y Toledano, 2015; 2017), ya que, según sus autores Seikkula & Trimble

(2005) su éxito se debe a la integración del cambio estructural en el sistema de atención y en el proceso dialógico que se desarrolla con los pacientes. Los resultados han demostrado que atender a personas en crisis junto a sus redes sociales, en su contexto y de modo adaptado, facilita que las crisis se resuelvan y que las personas puedan seguir con sus vidas sin depender en un futuro de profesionales, fármacos y servicios. Otra de ellas, es la terapia de aceptación y compromiso (ACT), que entiende los síntomas psicóticos como formas de evitación experiencial, siendo su enfoque terapéutico la promoción de la aceptación de las experiencias problemáticas y el aumento de las acciones en direcciones de valor (Latorre, 2017).

Entre todos ellos, el tratamiento psicoeducativo ha resultado incluso más eficaz que el tratamiento cognitivo-conductual para el abordaje de la esquizofrenia (y el trastorno bipolar) (Froböse, Bäuml, Jahn, Phol & Pitschel-Walz, 2014; Stafford & Colom, 2013; Miziou, Tsitsipa, Moysidou, et al., 2015), aunque estos sean útiles para mejorar los síntomas positivos persistentes (Mehl, Werner & Lincoln, 2015).

En las intervenciones psicoeducativas, a pesar de emplear diferentes formatos (grupo de familiares, grupo familiar-paciente, terapia familiar individual y terapia de grupo para familias o pacientes), ninguno de ellos ha mostrado ser más eficaz que otro para prevenir recaídas (Goldstein, 1995). Además, estas intervenciones han mostrado ser eficaces al disminuir la sintomatología, mejorar el clima familiar y su bienestar y aumentar la adherencia al tratamiento (Dixon et al., 2004; Vallina y Lemos, 2001; Vigod et al., 2013; Xia, Merinder & Belgamwar, 2011). Sin embargo, esta eficacia se ve afectada por factores como la diversidad en contenidos educativos, la duración (prefiriéndose breves con menos de 10 sesiones), la necesidad de habilidades por parte del terapeuta y del paciente y por la motivación del paciente y familiares (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011).

La experiencia clínica ha demostrado que la eficacia de una terapia es inversamente proporcional al tiempo de evolución. Por lo tanto, se considera el mejor momento para comenzar el tratamiento al poco tiempo de debutar el trastorno y en el preciso momento en que el paciente lo acepte. También se ha demostrado que para pacientes esquizofrénicos con poco *insight* son más beneficiosas las terapias grupales que individuales (González de Chávez y Capilla, 1993a;1993b). Esta eficacia puede deberse al hecho de que el grupo proporciona ejemplos de socialización, modelos comportamentales y una transferencia más compartida (Guimón, 2000).

## 1.2. Revisión de Programas que Fundamentan la Solidez del Trabajo

Después de una búsqueda exhaustiva de información, los programas en los que principalmente se fundamenta el trabajo son los siguientes:

El programa de prevención de la autoestigmación elaborado por Strkalj-Ivezic (2014), cuyo objetivo principal es prevenir la internalización del estigma en personas con esquizofrenia para fomentar su empoderamiento y recuperación (Strkalj-Ivezic, 2018).

El programa en entrenamiento de Habilidades de Liberman (Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs & Eckman, 1986; Liberman, et al., 1993) que tiene como objetivo trabajar aspectos psicoeducativos sobre la enfermedad.

La terapia de aceptación y compromiso para la psicosis (ACTp), que se presenta como una intervención alternativa a la terapia cognitivo-conductual, cuyo propósito es reducir la amplitud con la que las creencias y otros síntomas dominan las experiencias y la conducta (Pankey & Hayes, 2003).

En las estrategias de afrontamiento al estrés y mindfulness (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat Zinn, 2010) y la terapia basada en mindfulness y aceptación para la psicosis, los procesos de defusión y de aceptación conducen a la reducción de la preocupación, convicción, malestar y alteración de la vida que se asocia a los delirios y alucinaciones. Además, el aumento del compromiso con las acciones basadas en los valores conducirá a un cambio conductual adaptativo y a una mejoría general de los síntomas negativos. En conclusión, los cambios conllevan a una mejoría en el estado mental general y en el funcionamiento social (Thomas, Sawyer, Castle, Hayes & Farhall, 2014).

La IPT (Roder, Brenner, Hodel & Kienzle, 1996; Roder, Müller, Brenner & Spaulding, 2010), es el programa multimodal más utilizado y aprobado para las personas con esquizofrenia y focalizado principalmente en la rehabilitación psicosocial y la prevención de recaídas.

Y, por último, el proyecto HORIZONS nacido en el centro Orygen (Melbourne, Australia) con el propósito de mantener y promover los beneficios terapéuticos, especialmente en relación con la prevención de recaídas y el funcionamiento social (Álvarez-Jiménez et al., 2013).

### 1.3. Justificación

El programa de Psicoeducación y Bienestar en Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia es un programa asistencial que integra gran parte de los contenidos tratados en las intervenciones psicoeducativas. Además, se han añadido nuevas aproximaciones centradas en las emociones positivas y el bienestar que ya han demostrado su eficacia en la población general (Bolier et al., 2013; Gander, Proyer, Ruch & Wyss, 2013; Marrero, Carballeira, Martín, Mejías y Hernández-Cabrera, 2016; Sin & Lyubomirsky, 2009) y en personas con trastorno psicótico (Penn, Roberts, Combs & Sterne, 2007; Roberts et al., 2014).

El programa parte principalmente de dos premisas por las que se toma la iniciativa de ser implantado:

La primera, porque la gran parte de tratamientos psicoterapéuticos se han focalizado específicamente en el concepto de enfermedad, la sintomatología, las dificultades y las limitaciones de los pacientes, dejando de lado aquellas fortalezas y capacidades orientadas a la calidad de vida (Keyes y López, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La segunda, porque se centra en las dificultades emocionales de las personas con esquizofrenia (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair & Deeks, 2005). Según la teoría de la ampliación y construcción de emociones positivas (Fredrickson, 1998; 2001; 2013), las emociones positivas permiten ampliar y construir pensamientos y acciones más duraderos, flexibles, creativos y receptivos, influyendo así en las relaciones interpersonales de los pacientes. De aquí parte la necesidad de entrenar dichas emociones positivas y disminuir las negativas para promover el bienestar de los pacientes (Garland et al., 2010).

Lo que se pretende con el presente trabajo es, mediante la psicoeducación, mejorar en el paciente el control de los síntomas, la reducción de recaídas y rehospitalizaciones, la adherencia al tratamiento y el funcionamiento familiar (Dixon et al., 2004; Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007; Vallina y Lemos, 2001; Vigod et al., 2013; Xia et al., 2011), así como proveerle de estrategias que le permitan controlar la sintomatología, cambiar conductas e incorporar comportamientos más adaptativos que incrementen su bienestar. Por lo tanto, el objetivo principal es estructurar un programa psicoeducativo y de bienestar para pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que promueva la comprensión del trastorno, la adherencia al tratamiento y el bienestar del paciente mediante la potencialización de sus fortalezas personales y la experimentación de emociones positivas, así como la mejora de los síntomas más característicos de la enfermedad, en especial, los síntomas negativos, y la disminución o extinción de la autoestigmación del trastorno, de las recaídas y del estrés.

Todo ello se va a evaluar con la implantación de dos cuestionarios de manera pre y post: el SANS (Andreasen, 1983), cuestionario de primera generación que evalúa los síntomas negativos; y la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) (Amador et al., 1993), que evalúa la falta de conciencia de la enfermedad en personas diagnosticadas de psicosis.

## **2. Programa en Psicoeducación y Bienestar para Personas Diagnosticadas de Esquizofrenia**

### **2.1. Ámbito de Aplicación**

El presente programa psicoterapéutico se puede realizar desde los Centros de Salud Mental o desde los servicios de Rehabilitación, siempre y cuando el paciente esté tomando tratamiento psicofarmacológico y por lo tanto se encuentre en una fase de estabilización de su enfermedad. Su duración oscila entre aproximadamente 2 meses, siendo las sesiones dos veces por semana, específicamente los lunes y los viernes. Así, se puede favorecer la realización de las tareas teniendo tiempo durante la semana y en el fin de semana.

El programa en Psicoeducación y Bienestar se implanta en el Servicio Especializado en Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva (SERPI) (Sant Joan de Déu – Barcelona). SERPI, es un servicio de rehabilitación psiquiátrica en régimen de hospitalización, que ofrece una asistencia integral para personas que padecen un trastorno mental grave resistente a las rehabilitaciones comunitarias. El tiempo previsto de ingreso oscila entre los 3 y 24 meses. En este servicio se encuentra una alta unidad de dependencia psiquiátrica (ADP), dirigido a personas con problemas de salud mental que no aceptan el tratamiento o que, a causa del fracaso de las relaciones familiares, están en situación continua de explotación social e incapacidad legal, inadaptación social y conductas de alto riesgo para ellas mismas o terceros.

Las sesiones que se realizan en base al programa se llevarán a cabo en el mismo centro, en un aula especializada para ello, donde se dispone de todo el material necesario para llevarlo a cabo: manuales (tanto para el usuario como para el/los terapeutas), pizarra, proyector, ordenadores, mesas y utensilios para escribir.

Las sesiones se realizan en grupos cerrados de entre 5 y 10 personas, lo que significa que no se admitirán más pacientes una vez empezadas las sesiones del mismo, esto facilitará la comunicación y la atención individual en el caso que se requiera, y la duración de las sesiones será de entre 50-60 minutos para garantizar la atención, concentración y evitar el

cansancio de los pacientes, ya que al tratarse de esquizofrenia junto un tratamiento farmacológico estas capacidades se ven afectadas.

## 2.2. Objetivos

Los objetivos específicos que se persiguen con la implantación del programa son los siguientes:

- a) Desarrollar en el paciente una mayor comprensión del trastorno.
- b) Promover la adherencia al tratamiento.
- c) Disminuir la autoestigmación y promover la integración de las personas con esquizofrenia.
- d) Mejorar los síntomas de la enfermedad (principalmente los negativos) y reducir el riesgo de recaídas.
- e) Enfatizar las potencialidades y fortalezas personales mientras se minimizan las debilidades.
- f) Aprender a aplicar técnicas de afrontamiento al estrés.
- g) Focalizar la atención en la experimentación de emociones positivas como ayuda para desarrollar patrones de pensamiento más adaptativo e integrar las nuevas conductas a la vida cotidiana.
- h) Promover el desarrollo de metas y objetivos vitales significativos.
- i) Ayudar a tener consciencia de los avances a medida que transcurre el programa

## 2.3. Población Diana

Este programa está dirigido a personas diagnosticadas de esquizofrenia, de entre 25 y 45 años, que se encuentran en fase de estabilización después de haber superado la fase aguda de la enfermedad.

Los criterios de inclusión y exclusión que se establecen son los siguientes:

### Criterios de Inclusión:

- Estar diagnosticado de esquizofrenia, sin presentar otro tipo de trastorno.

- Estar en tratamiento farmacológico.
- Encontrarse en la fase de estabilización del tratamiento, habiendo pasado la fase aguda de la enfermedad.
- Presentar síntomas negativos que produzcan malestar significativo.

Criterios de Exclusión:

- Presentar síntomas positivos activos y con malestar significativo.
- Presentar un deterioro intelectual que no les permita seguir las dinámicas de las sesiones y el conocimiento que éstas conllevan.
- Consumir drogas durante el último año.

#### **2.4. Implantación de Fases-Objetivos del Programa**

A continuación, se presentan las principales fases que forman el programa. En total son 6 fases, en las cuales se especificarán los objetivos que se pretenden conseguir en las mismas.

##### **FASE 0. Entrevista individualizada paciente-terapeuta**

Antes de empezar con las sesiones grupales se realizará una sesión individual paciente-terapeuta, con la finalidad de fomentar la alianza terapéutica y conocer las fortalezas y debilidades de cada paciente. Además, se administrarán los cuestionarios SANS y SUMD, para tener conocimiento de sus puntuaciones y al final (Fase 5) poder evaluar la eficacia del programa.

Se pretende establecer un diálogo, fomentando la comunicación eficaz con escucha activa de las dificultades y problemas del paciente, así como recibir información sobre la actual consciencia de la enfermedad del paciente y la intensidad de los síntomas negativos. En toda la sesión, se intentará crear un ambiente donde el paciente se sienta cómodo para expresar sus emociones y preocupaciones.

## **FASE 1. Asesoramiento acerca de la enfermedad**

### Sesión 1. Abordaje de la sintomatología psicótica

Conocer las principales hipótesis de la etiología del trastorno, ya que ayuda a reducir el sentimiento de culpa que se puede generar al conocer el diagnóstico.

Profundizar en el concepto de esquizofrenia y sus principales síntomas, teniendo en cuenta la heterogeneidad en función de sus diagnósticos, pronóstico y desarrollo.

### Sesión 2. Desencadenantes. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés

Explicación de cómo funciona el modelo de Vulnerabilidad-Estrés.

### Sesión 3. Abordaje de la enfermedad: tratamientos eficaces

Conocer los principales tratamientos que se han empleado con el trastorno de esquizofrenia y que han demostrado mayor eficacia.

## **FASE 2. Estrategias para identificar y fomentar los recursos y fortalezas personales**

### Sesión 4. Estrategias de relajación y atención plena

Aprender la importancia de la relajación como estrategia de afrontamiento al estrés, siendo la más apropiada para el programa el *mindfulness*, de la cual se realizará una breve explicación.

### Sesión 5. *Mindfulness*. Contacto con el momento presente

Aplicar, basándose en el modelo de terapias basadas en el *mindfulness* y la aceptación para la psicosis de Thomas, Sawyer, Castle, Hayes, & Farhall (2014), la práctica de la “Uva Pasa”, en la que se dedicará un tiempo excepcional de 20-30 minutos. Con el fin de aprender a salir del piloto automático, reconocer y aceptar la experiencia actual.

### Sesión 6. Autoestima/autoeficacia/autoestigmación/empoderamiento

Conocer qué son la autoestima, el autoconcepto y el estigma y qué importancia tienen en el bienestar del paciente.

### Sesión 7. Identificar pensamientos distorsionados

Identificación y manejo de pensamientos derrotistas.

### Sesión 8. Fomentar los pensamientos optimistas

Identificación de los estilos atribucionales y los orígenes de pensamientos optimistas.

## **FASE 3. Técnicas para fomentar el procesamiento emocional y el bienestar**

### Sesión 9. Percepción y expresión de las emociones

Identificación y creación de emociones positivas.

### Sesión 10. Emociones y sentimientos positivos

Fomentar y experimentar los sentimientos positivos para ayudar a “dejar pasar” las emociones negativas.

### Sesión 11. Manejo de la anhedonia

Aprender a anticipar situaciones placenteras.

### Sesión 12. Agradecimiento y perdón

Aprender qué es la gratitud y el perdón y ayudar a utilizar ambas capacidades.

#### **FASE 4. Prevención de recaídas**

##### Sesión 13. Emoción Expresada (EE)

Conocer e identificar la emoción expresada (EE).

##### Sesión 14. Resolución de problemas

Basado en la IPT, adquirir interpretaciones realistas de un problema y plantear soluciones viables. Este objetivo implica: mejorar la habilidad para identificar un problema, desarrollar una actitud adaptativa, racional y orientada hacia el problema, fomentar un pensamiento alternativo que anticipe y tenga en cuenta las consecuencias de las opciones elegidas y aumentar las conductas eficaces para resolver los problemas.

##### Sesión 15. Inicio al programa HORYZONS

Mediante tecnología digital, se explica el funcionamiento del programa HORYZONS, con el fin de aprender a utilizar la plataforma, conocer sus beneficios y estructuras y fomentar las relaciones sociales.

#### **FASE 5. Evaluación individual paciente-terapeuta**

Una vez finalizadas todas las sesiones, se realiza una sesión individual con cada paciente para valorar la mejoría de este y la eficacia del programa. Para ello, se repite de nuevo el pase de los cuestionarios SANS y SUMD.

Por último, se dialoga con el paciente para corroborar (o no) sus mejorías, cómo se siente después del programa, en qué le han influido y cómo y sobretodo, si lo ha considerado útil para futuras intervenciones.

## 2.5. Descripción del Programa

Como se ha comentado anteriormente, el programa se realizará en el mismo centro de Rehabilitación Psiquiátrica, en un aula habilitada con el material necesario, en grupo de 5 a 10 persona de entre 25-45 años y con un diagnóstico de esquizofrenia.

Estará formado por 6 fases y en un total de 15 sesiones (sin contar las sesiones individuales de la Fase 0 y Fase 5), las cuales, se realizarán dos veces a la semana y tendrán una duración de entre 50-60 minutos manteniendo siempre la misma estructura (excepto en la Sesión 5 descrita anteriormente):

- Repaso de contenidos trabajados en la última sesión mediante la puesta en común de los mismos (aprox. 5 minutos).
- Breve introducción de los objetivos planteados para la sesión por parte del terapeuta (aprox. 10 minutos).
- Ejercicios, dinámicas y/o *role playing* relacionado con la temática de la sesión (20 minutos).
- Puesta en común de las sensaciones, emociones y pensamientos que se hayan experimentado durante los ejercicios (20 min)
- Recapitulación de los contenidos trabajados y explicación de las tareas de la próxima semana por parte del terapeuta (5 min).

A continuación, se presenta la completa descripción del programa, donde se especificarán las dinámicas y tareas que se realizan en cada sesión:

### **FASE 0. Entrevista individualizada paciente-terapeuta**

Se comenzará con una conversación trivial para tener una primera toma de contacto con el paciente. A continuación, se le pedirá información sobre su primera y última crisis y la explicación que le da a sus síntomas y cómo éstos le hacen sentir. Por último, se le administrarán los cuestionarios SANS y SUMD para adquirir un mayor conocimiento sobre el paciente y una correcta evaluación de éste y del programa.

## **FASE 1. Asesoramiento acerca de la enfermedad**

### Sesión 1. Abordaje de la sintomatología psicótica

*Presentación.* Se anima a los participantes y a los profesionales a realizar una pequeña presentación. Cada uno dirá su nombre y a continuación qué es lo que más le gusta hacer y por qué.

*Entrega del material.* Se hace entrega de un manual para cada paciente; se explica que es un documento de trabajo, donde se podrá seguir cada sesión, así como los contenidos que conllevan, por lo tanto, la presencia de este será necesaria y obligatoria.

*Dinámica.* Breve explicación de qué es la esquizofrenia, principales síntomas, prevalencia, inicio y curso. A continuación, se pondrá especial atención en la sintomatología, realizando el listado de sintomatología negativa del **Anexo 4** (el cual, ha sido generado por elaboración propia de los terapeutas). Posteriormente se comentarán en voz alta las respuestas comentando los diversos sentimientos y opiniones.

### Sesión 2. Desencadenantes. Modelo de Vulnerabilidad-Estrés

Repaso de la sesión anterior.

*Dinámica.* Se describirá el modelo de Vulnerabilidad-Estrés; el terapeuta comentará que, dependiendo de determinadas características de personalidad y la presencia de estresores, puede alterarse el funcionamiento de la persona. A continuación, se explicará que el estrés se produce por vivencias que alteran los mecanismos que mantienen el equilibrio fisiológico, emocional y cognitivo. Todo ello, con ejemplos de situaciones estresantes. Se insistirá que, al identificar dichas situaciones, ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento al estrés, por eso, para finalizar, se debatirá con los pacientes cuáles son sus fuentes de estrés y que han hecho para hacerles frente. Por último, se hará una breve explicación de qué es y cómo funciona la Respiración Natural Completa.

*Tarea.* Practicar la Respiración Natural Completa durante la semana.

### Sesión 3. Abordaje de la enfermedad: tratamientos eficaces

Repaso de la sesión anterior y puesta en común de la tarea (¿Cómo ha ido? ¿Ha sido útil? ¿Se han sentido más relajados?)

*Dinámica.* Se expondrá la necesidad de un tratamiento combinado. Por un lado, el farmacológico para estabilizar los síntomas positivos (alertando de posibles recaídas tras su retirada) y, por otro lado, el psicológico, en el cual, se especificará la importancia que tienen en la identificación, comprensión y regulación de las emociones; el control del malestar por los síntomas; y la promoción de las relaciones interpersonales. A continuación, se realizará un ejercicio para comentarlo en grupo, ayudando a profundizar sobre la sesión (**Véase Anexo 5**).

## **FASE 2. Estrategias para identificar y fomentar los recursos y fortalezas personales**

### Sesión 4. Estrategias de relajación y atención plena

Repaso de la sesión anterior.

*Dinámica.* Se comentará que las situaciones estresantes pueden afrontarse gracias a técnicas de relajación. A continuación, se definirá brevemente qué es el *Mindfulness* y se expondrá en qué consiste la atención plena y cuáles son sus beneficios: aumentar la conciencia, la aceptación y el manejo de sus síntomas; prestar atención y disfrutar de las actividades placenteras. Los pacientes aprenderán a identificar la relación entre sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas, haciéndoles saber que esta estrategia puede fomentar los estados mentales positivos. Finalmente, se realiza el ejercicio de *body scan* (Jacobsen, 2018). Con esta meditación, el paciente prestará toda la atención a las sensaciones de cada parte de su cuerpo, pasando de una a otra. Al acabar, se debatirá el cómo se han sentido durante el ejercicio y qué aspectos podrían mejorar.

*Tarea.* Practicar el ejercicio de atención plena. Se facilitará un audio con las instrucciones de la meditación.

### Sesión 5. *Mindfulness*. Contacto con el momento presente

Puesta en común sobre la tarea realizada durante la semana.

*Dinámica.* Se realizará el ejercicio de la “Uva Pasa”. El terapeuta pasará unos objetos (preferiblemente golosinas o caramelos) y al paciente, con la palma de la mano abierta y los ojos cerrados, se le pedirá que preste atención en ese objeto durante los próximos minutos. Además, se le invitará a imaginar que acaba de llegar de otro planeta y que su misión consiste

en observar y describir con mayor detalle posible ese objeto, como si tuviera que informar de él. También, se le fomentará para que sea consciente de lo que está sintiendo en relación con el ejercicio y a sus pensamientos. Si siente agrado o desagrado. (Véase **Anexo 6** para una completa descripción de la práctica).

*Tarea.* Practicar durante la semana las técnicas anteriores (Respiración Natural Completa, *body scan* o uva pasa). Registrar el día, el tiempo, el lugar y las observaciones/dificultades (**Anexo 7**).

#### Sesión 6. Autoestima/autoeficacia/autoestigmación/empoderamiento

Repaso de la sesión anterior.

*Dinámica.* Se establecerá un debate sobre cómo se va cada paciente a sí mismo (cómo es, qué piensa y siente, cuáles son sus motivaciones). A continuación, se definirá qué es el autoconcepto y la autoestima, añadiendo que ésta última es importante para proporcionar seguridad, identidad, pertenencia, competencia y propósito de vida (Lecomte et al., 1999). Después, se explicará qué es y cómo combatir el estigma, partiendo de diferentes mitos (son menos inteligentes, más agresivos, no pueden llevar una vida normal...) los cuales debatirán y propondrán situaciones en las que no se cumplen tales expectativas. Por último, se pedirá a los pacientes que describan dos cualidades de ellos mismos junto una situación en las que estuvieran presentes (Hall & Tarrier, 2003).

*Tarea.* Dedicar media hora al final del día a pensar en actividades realizadas, autorreforzándose con mensajes positivos. Pueden apuntarlo en una hoja para compartirlo en la próxima sesión.

#### Sesión 7. Identificar pensamientos distorsionados

Revisión de la tarea de la Sesión 5 y puesta en común de la tarea de la sesión anterior.

*Dinámica.* Se explicará cómo las creencias influyen en el comportamiento, describiendo qué son los pensamientos automáticos y cómo producen malestar cuando son negativos. Se expondrá cuáles son las distorsiones cognitivas (McKay, Davis & Fanning, 1985) y cómo fomentan las creencias inapropiadas y respuestas desadaptativas. A continuación, se destacarán las distorsiones derrotistas (Nguyen et al., 2016), trabajando las razones en base a esa creencia e identificándolas. Una vez identificadas, los pacientes generarán soluciones alternativas más positivas para hacerles frente.

*Tarea.* Autorregistro de pensamientos automáticos negativos (**Anexo 8**).

### Sesión 8 Fomentar los pensamientos optimistas

Revisión de las distorsiones registradas.

*Dinámica.* Tomando como ejemplo algunos pensamientos recogidos en el autorregistro de la tarea anterior, se realizará la transformación de dichas distorsiones a pensamientos más adaptativos para reducir el malestar. Se explicará que las autoinstrucciones positivas son habilidades para ayudar en esta transformación. A continuación, se explicará el entrenamiento en autoinstrucciones:

- 1) El terapeuta actuará como modelo (modelado cognitivo);
- 2) Los pacientes practicarán el ejemplo (guía externa en alto);
- 3) Por último, llevarán a cabo la tarea primero, susurrando las instrucciones para sí mismos (autoinstrucción enmascarada), y luego, utilizando autoinstrucciones internas (encubiertas).

Una vez finalizado el entrenamiento, los pensamientos negativos se debatirán en grupo y entre todos se propondrán pensamientos optimistas.

*Tarea.* Realizar la actividad “cerrar una puerta y abrir otra” (Rashid & Anjum, 2008), que consiste en buscar un significado positivo a acontecimientos pasados negativos.

## **FASE 3. Técnicas para fomentar el procesamiento emocional y el bienestar**

### Sesión 9. Percepción y expresión de las emociones

Revisión de la actividad anterior.

*Dinámica.* Se describirá la importancia que tiene identificar, expresar y regular las emociones, ya que tienen función adaptativa, motivadora, social e informativa. A continuación, se realizarán dos actividades: La primera, cada paciente representará una emoción con su expresión facial y con ayuda de emoticonos mientras que el resto intentarán adivinarlas. Seguidamente se debatirá el cómo se han manifestado las emociones, ¿qué reacciones se han notado en el cuerpo?, ¿qué pensó durante la emoción? o ¿qué hizo cuando la identificó? En la segunda actividad, se visualizará imágenes de personas reales expresando varias emociones. A continuación, los pacientes las imitarán delante de un espejo para que observen cómo se manifiesta e identifiquen posibles dificultades.

*Tarea.* Celebrar y comunicar situaciones positivas con personas significativas (Favrod et al., 2015; Nguyen et al., 2016). Por ejemplo, “me ha gustado que mi madre me despierte esta mañana con una sonrisa”. Al acabar el día, le leerá lo escrito a la persona que le provocó la emoción positiva.

#### Sesión 10. Emociones y sentimientos positivos

Puesta en común de la tarea anterior.

*Dinámica.* Cada paciente describirá momentos que le generen felicidad y/o bienestar. A continuación, se debatirán las siguientes cuestiones: ¿qué cosas te hacen sentir feliz?, ¿eres feliz haciendo lo que haces?, ¿qué crees que influye en ello? Por último, el terapeuta explicará la diferencia entre bienestar hedónico (situaciones placenteras) y bienestar eudaimónico (situaciones más relacionadas al desarrollo personal).

*Tarea.* Describir tres logros o situaciones positivas ocurridas a lo largo del día.

#### Sesión 11. Manejo de la anhedonia

Revisión de los logros positivos ocurridos en los anteriores días.

*Dinámica.* Se comentará la necesidad de dedicar tiempo a experimentar sensaciones que genera una situación agradable en el presente (placer consumatorio) y momentos agradables que podrían ocurrir en el futuro (anticipatorio). Se recordará la práctica de la “uva pasa” de la sesión 5, la cual hace referencia al placer consumatorio y se enfatizará en el placer anticipatorio. Para trabajar este último, se empleará un ejercicio adaptado de Vellignan et al. (2015), en el cual se les pedirá a los pacientes que debatan una actividad placentera común y a continuación, se visualizará y se preguntará individualmente qué hace cada uno, que ve y qué experimenta.

*Tarea.* Durante el fin de semana, dedicar tiempo a actividades placenteras, después, registrar el grado de bienestar en cada una de ellas usando una escala de 1-10 (Bryant & Veroff, 2007) (**Anexo9**).

#### Sesión 12. Agradecimiento y perdón

Puesta en común de la tarea anterior.

*Dinámica.* Se definirá la gratitud mediante la explicación de que la mayoría de las actividades placenteras se relacionan con otras personas y eso las hace gratificantes. Después, se reflexionará sobre momentos o personas a las que cada paciente esté agradecido y se resaltarán la importancia que tiene la gratitud en la generación de emociones positivas (Emmons & McCullough, 2003). A continuación, se trabajará el perdón como estrategia para disminuir la desesperanza, incrementar la autoeficacia y las emociones positivas y generar redes de apoyo social y emocional (López, Kasanzew y Fernández, 2008)

*Tarea.* Escribir una carta a una persona cercana en la que el paciente agradezca lo que hizo por él o, le pida perdón por algo que le ofendió.

#### **FASE 4. Prevención de recaídas**

##### Sesión 13. Emoción Expresada (EE)

Se comienza revisando la tarea anterior.

*Dinámica.* Se definirá la EE (actitudes negativas en el contexto familiar sobre la enfermedad). Se debatirán diferentes situaciones y los pacientes describirán qué hacen, qué dicen y qué sienten, para poder así identificar la EE. En dichas respuestas, se destacarán los comentarios asociados a la EE (actitud hipercrítica, hostilidad, sobreimplicación emocional). Es importante evaluar la amenaza para saber si se dispone de recursos y afrontarla correctamente. Se destacará la importancia que tiene la forma de pensar y actuar sobre el estado de ánimo negativo. Por último, se establecerán instrucciones para disminuir algunos problemas cotidianos y ayudar con autoinstrucción a que los pacientes tomen conciencia de sus habilidades. Por ejemplo: “¡Lo estoy haciendo bien!” o “¡lo he conseguido!”

*Tarea.* Realizar un autorregistro de una situación que haya generado conflicto o disgusto durante la semana. Se deberá anotar la fecha, el suceso, el pensamiento y las emociones que originó, el comportamiento que le sucedió y la estrategia de afrontamiento que utilizó para disminuir su malestar (**Véase Anexo 10**).

##### Sesión 14. Resolución de problemas

Revisión y puesta en común de la tarea anterior.

*Dinámica.* Se realiza una pequeña introducción sobre la necesidad que tiene la habilidad de resolver problemas en el día a día, con la finalidad de cambiar la percepción del estrés emocional y el fracaso social. Para ello, se describirán los siguientes pasos:

- a) Identificación y evaluación del problema.
- b) Procesamiento cognitivo del mismo.
- c) Generación de soluciones alternativas.
- d) Evaluación de las soluciones.
- e) Decisión por una solución.
- f) Puesta en práctica.

Por último, se debatirán ejemplos de problemas (por ejemplo, la búsqueda de empleo) y se realizará un *role playing*. Siguiendo el ejemplo, se puede imaginar que el paciente está buscando trabajo, pero no sabe cómo y dónde hacerlo.

*Tarea.* Resolver las situaciones problemáticas que vayan aconteciendo a lo largo de la semana, intentando aplicar los pasos en la resolución de problemas.

*Feedback grupal.* Con motivo de que la sesión 15 es una sesión más independiente, se reservarán los últimos 10 minutos de esta sesión a la realización de un feedback grupal, donde los pacientes expresarán qué les ha parecido el programa y cómo han sido sus sensaciones al trabajar en grupo.

### Sesión 15. Inicio al programa HORIZONS

Puesta en común de los problemas que hayan surgido y debatir si ha sido útil los pasos descritos en la resolución de problemas.

*Dinámica.* En el aula de ordenadores, se describirá en qué consiste el programa HORIZONS y cuáles son sus principales ventajas y beneficios con respecto al trastorno. Al ingresar en el sistema, el paciente responderá una serie de preguntas estandarizadas que lo guiarán a módulos de psicoeducación interactivos personalizados. A continuación, se dejará a los pacientes que interactúen libremente con el programa, con la finalidad de interactuar en los contenidos a través de textos, vídeos, audios e ilustraciones interactivas.

*Tarea.* Para la próxima sesión individual con el terapeuta, escribir en una hoja todo lo que haya aprendido en el programa, recomendaciones, si ha sido de su agrado o no y una pequeña valoración personal de qué es aquello que ha mejorado y beneficiado.

## **FASE 5. Evaluación individual paciente-terapeuta**

Una vez finalizadas todas las sesiones, se vuelven a reunir de manera individualizada los pacientes con el terapeuta. En primer lugar, se le anima al paciente a que lea lo que haya apuntado sobre el programa, se le deja expresar su opinión y que comunique sus recomendaciones, sus mejoras o sus dificultades, cómo se ha sentido y se siente después de su implantación y si lo ha considerado útil. Todo ello ayudará a una mejor evaluación para demostrar la eficacia del programa y así poder repetirlo en futuras intervenciones.

Por último, para finalizar la sesión, se repite el pase de los cuestionarios SANS y SUMD.

### **2.6. Calendario de Sesiones, Objetivos y Actividades**

En el **Anexo 11** se recoge toda la información del programa en formato tabla desde la Fase 1 hasta la Fase 4 (días de implantación, sesiones, objetivos y actividades realizadas durante las sesiones).

### **2.7. Delimitación de Recursos**

Los recursos que se utilizarán para llevar a cabo este programa son:

Dos aulas, una de ellas el aula de trabajo, donde se realizará la mayoría de las sesiones. En esta aula se encontrarán todas las herramientas necesarias para trabajar cómodamente y poder seguir correctamente las sesiones: un proyector para las diapositivas, ordenadores, mesas, sillas, folios, lápices y rotuladores. La otra aula será la de relajación, que dispondrá de cojines y de cadena de música para poder realizar las prácticas de relajación y *mindfulness*.

Dos manuales, uno para el paciente y otro para el terapeuta. En el manual del paciente se presentará el temario necesario para cada sesión, definiciones y las prácticas que se realizarán para que pueda practicarlas en casa si es necesario. Y el manual del terapeuta será una guía para formalizar las sesiones de manera ordenada.

Los cuestionarios SANS y SUMD, que se repartirán en la Fase 0 y en la Fase 5 al principio y al final del programa de manera individualizada.

Registros, actividades y tareas que se completarán de manera individual en las sesiones o, en casa. Dichos recursos han sido elaborados por los mismos terapeutas y se encuentran descritos en la descripción del programa y en los Anexos 4, 5, 7, 8, 9 y 10.

Por último, la formación profesional que se necesita para una buena implantación del programa será la de dos psicólogos, los cuales serán los mismos que realicen las terapias individuales al principio y al final del programa.

## **2.8. Análisis de su Viabilidad**

El programa es perfectamente viable, ya que no supone ningún coste adicional. Los recursos utilizados ya están incluidos en el mismo centro de rehabilitación psiquiátrica, así como los mismos profesionales, que se ofrecen voluntarios para la realización del mismo.

Las únicas limitaciones que se pueden encontrar son la participación, estado anímico y curso de la enfermedad del paciente, así como también, la participación y la motivación del terapeuta.

## **2.9. Evaluación**

Para la evaluación del programa se ha utilizado una evaluación test-retest con los cuestionarios SANS y SUMD, los cuales han sido utilizados en la Fase 0 y en la Fase 5 de manera individualizada a cada paciente.

Además, durante la intervención del programa se han administrado cuatro registros, un cuestionario y una formulación de preguntas. Todos ellos, han sido elaborados por los mismos terapeutas al formalizar el programa. El momento de su realización ha dependido de la estructura de las sesiones, siendo de manera grupal (en la misma sesión) o individual (tarea para casa).

## **3. Conclusión**

La formulación de la esquizofrenia, como una enfermedad que requiere un tratamiento multicomponente e individualizado, ha fomentado el desarrollo de diversos tratamientos psicológicos que se adaptan a las diferentes necesidades de la persona, así como a la fase en la que se encuentre la misma. Sin embargo, estos tratamientos psicológicos se han centrado principalmente en la disminución o remisión de los síntomas positivos en primera instancia, dejando de lado, quizá, aquellos síntomas negativos también presentes en la enfermedad que provocan un malestar significativo en el paciente, y que le repercute y le interfiere en todos los ámbitos de su vida personal.

Por ello, el Programa en Psicoeducación y Bienestar para Personas Diagnosticadas de Esquizofrenia (PPBE) aporta, respecto a otros programas, un enfoque más holístico a la hora de afrontar y manejar la enfermedad, teniendo como finalidad la disminución de los síntomas negativos del paciente a través del desarrollo de un bienestar completo en todos sus ámbitos y la adquisición de fortalezas y habilidades que le ayuden y le acompañen en todo el proceso de la enfermedad.

Con ello, puede considerarse como una nueva propuesta terapéutica de intervención para la esquizofrenia combinando psicoeducación junto a varias técnicas y dinámicas basadas en terapias de tercera generación como el *mindfulness*, la terapia de aceptación y compromiso o la técnica del diálogo abierto, que aunque, recientes en su aplicación, están demostrando su eficacia a la hora de prevenir recaídas, fomentar pensamientos y comportamientos adaptativos, disminuir la sintomatología negativa y aumentar la adherencia al tratamiento. Así como, las nuevas intervenciones tecnológicas como el proyecto HORYZONS, siendo eficaz en la mejora de las relaciones interpersonales y prevención de recaídas.

El programa también presenta algunas limitaciones como la falta de la atención a la sintomatología positiva, no dejándola de lado, pero sí, dejándola a cargo de la terapia farmacológica. Esto se debe a una falta de personal que conlleva a no poder abarcar toda la sintomatología del trastorno. Así mismo, el abandono de los pacientes al principio, a mitad o al final del programa, sin querer o no poder acabarlo, sea por un nuevo brote, por consumo de drogas o simplemente, por desagrado. Finalmente, la falta de una mayor validez empírica de la eficacia de terapias de tercera generación.

En conclusión, los programas psicoeducativos son una buena herramienta de intervención para el tratamiento de la esquizofrenia, y también, para otras psicopatologías. La realización del programa PPBE podría extrapolarse a otras entidades psicopatológicas del SERPI, como trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares o adicciones, así como, las intervenciones que incorporan estrategias de bienestar, que también pueden ser beneficiosas en otras fases de la enfermedad o incluso después de una recaída. En cualquier caso, es imprescindible continuar investigando para identificar elementos comunes y planteamientos teóricos que hagan más efectivas y eficientes las intervenciones psicológicas y ayuden a paliar el sufrimiento que este tipo de trastornos suponen para los pacientes y su entorno más cercano.

#### 4. Referencias Bibliográficas

- Abad, T. y Toledano, S. (2015). Posibilidades del enfoque de Diálogo Abierto en nuestro contexto. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 39, 19-23.
- Abad, T. y Toledano, S. (2017). Relaciones de poder y sufrimiento psíquico. La influencia del diagnóstico en su salud mental. *e-Átopos*, 3, 129-142.
- Álvarez-Jiménez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S. ... Gleeson, J. F. (2013). On the HORYZON: Moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 143, 143-149.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaunm, M. M., Endicott, J. & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5* (5ª. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (1983). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*. Iowa City: University of Iowa Press.
- Arango, C. (2002). Esquizofrenia: ¿Proceso atrófico, del desarrollo o ambos? Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves, in: Pichot, P., Ezcurra, J., González Pinto, A., Gutiérrez Fraile, M. (Eds.). *Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves. Aula Médica, Madrid*, 37-55.
- Aznar, E. y Berlanga, A. (2013). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Pirámide.
- Berrios, G. E., Luque, R., & Villagran, J. M. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *Journal Psychological Therapy*, 3(2), 111-140.
- Birchwood, M., Hallet, S., & Preston, M. (1989). *Schizophrenia: An integrated approach to research and treatment*. New York: NY University Press.

- Blackman, L. (2001). *Hearing voices: Embodiment and experience*. Londres: Free Association Books.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, trad. De E. Zinkin, Nueva York, International Universities Press, 1950.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Bryant, F. & Veroff, J. (2007). Enhancing savouring. En F. Bryant y J. Veroff (eds.), *Savouring: A new model of positive experience* (pp. 198-215). Lawrence Erlbaum Associates, Nueva York: Mahwah.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G. ... Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203.
- Cooke. A. (2014). *Comprender la psicosis* (edición española). Londres: The British Psychological Society (Division of Clinical Psychology).
- Cullberg, J. (2003). Stressful life events preceding the first onset of psychosis. An explorative study. *Nord J Psychiatry* 57(3), 209-214.
- Dixon, L. B., Luckstedm A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C. H., Postrado, L. & Hoffman, M. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109, 207-215.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389.

- Enric J., N., & Rafael, H. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205–219.
- Favrod, J., Nguyen, A., Frankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J. D., Ringuet, A. ... Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): A pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*, 15, 231.
- Fernández Hermida, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos, *Psicothema*, 13, 337-344.
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E. y Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82-90.
- Fonseca-Pedrero, E. (Coord.) (2019). *Tratamientos Psicológicos para la Psicosis*. Madrid: Pirámide.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. En E. A. Plant y P. G. Devine (eds), *Advances in experimental social psychology*. 47, 1-53. Nueva York: Elsevier.
- Froböse, T., Bäuml, J., Jahn, T., Phol, C., & Pitschel-Walz, G. (2014). Knowledge Gain by Psychoeducation for Patients with Schizophrenia: Associations with Sociodemographic Data, Psychopathology, Insight and Global Neurocognitive Performance. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*. 2, 111-121.

- Gaebel, W. (2012). Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 895-898.
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W. & Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1241-1259.
- García Montes, J.M. y Pérez Álvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-121.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S. & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotions dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30, 849-864.
- Goldstein, M. J. (1995). Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology*, 9,59-69.
- González de Chávez, M., y Capilla, T. (1993a). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos (I). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 44(13).
- González de Chávez, M., y Capilla, T. (1993b). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos (II). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 44(13).
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació (2009). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2.

- Guimón, J. (2000). Evidence based studies on the results of group therapy. *Advances in relational mental health*, 2(3).
- Guloksuz, S. & Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48, 229-244.
- Hall, P. L. & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients. A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317-332.
- Haw, C., Hawton, K., Sutton, L., Sinclair, J. & Deeks, J. (2005). Schizophrenia and deliberate self-harm: A systematic review of risk factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 50-62.
- Heckers, S., Barch, D., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D. ... Carpenter, W. T. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 11-14.
- Hoening, J. (1982). Kurt Schneider and anglophone psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 391-400.
- Jacobsen, C. P. (2018). *Mindfulness-Based Crisis Interventions (MBCI) for psychosis within acute inpatient psychiatric settings; A feasibility randomised controlled trial* (Doctoral Thesis). Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, UK.
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Sköze, A. ... Cristofalo, D. (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU- GEI study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 36-46.
- Kendler, K. S. (2016). Phenomenology of schizophrenia and the representativeness of modern diagnostic criteria. *JAMA Psychiatry*, 73(10), 1082.
- Keyes, C. L. M. & López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En C. R. Snyder y S. J. López (eds.). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 45-59). Londres: Oxford University Press.

- Latorre Rodríguez, S. (2017). *Eficacia del tratamiento de los síntomas psicóticos desde la Terapia de Aceptación y Compromiso*. (Tesis de pregrado). Universidad de Almería, Almería.
- Lecompte, T., Cyr, M., Lesage, A. D., Wilde, J., Leclerc, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 406-413.
- Lemos Giráldez, S. (1986). Esquizofrenia: ¿Enfermedad crónica? Consideraciones teóricas. *Estudios de Psicología*, 25, 37-53.
- Lieberman, R., Mueser, K., Wallace, C., Jacobs, H., & Eckman, T. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 631-647.
- Lieberman, R., Wallace, C., Blackwell, G., Eckman, T., Vaccaro, J., & Kuehnel, T. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA Social and Independent Living Skills Modules. *Innovations and Research*, 2, 43-60.
- Liddle, P. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: A re-examination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96, 232-245.
- López Pell, A. F., Kasanzwe, A. y Fernández, M. S. (2008). Psychotherapeutical effects of stimulate positive connotation in the increase of forgiveness. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26, 211-226.
- Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M. y Hernández-Cabrera, J. A. (2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioural therapy in university students. *Anales de Psicología*, 32, 728-740.

- Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M., & Margison, F. (2000). *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell.
- McCarthy-Jones, S., Marriott, M., Knowles, R., Rowse, G. & Thompson, A. R. (2013). What is psychosis? A metasynthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis*, 5(1), 1-16.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mehl, S., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2015). Does Cognitive Behaviour Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1450.
- Miziou, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., et al. (2015). Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry*, 14-19.
- Morrison, P. A., Renton, C. J., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, P. R. (2012). *La Terapia Cognitiva de la Psicosis. Un Enfoque Basado en la Formulación*. Barcelona: Herder S.L.
- Nguyen, A., Frobert, L., McCluskey, I., Golay, P., Bonsack, C. & Favrod, J. (2016). Development of the positive emotions program for schizophrenia: An intervention to improve pleasure and motivation in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 13.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., Mintz, J., Bartzokis, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatry Scand Suppl* 382, 58-64
- Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2019). *Esquizofrenia*.  
Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

- Pankey, J. & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607- 617.
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D. & Sterne, A. (2007). Best practices: The development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58, 449-451.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S. ... Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28.
- Perez-Álvarez. M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: Razones de la locura. *Psichotema*, 24, 1-9.
- Perona, S. (2006). *La intervención en esquizofrenia: nuevos avances de la investigación y la práctica clínica*. 24, 5-10.
- Rashid, T., y Anjum, A. (2008). Positive psychotherapy for Young adults and children. En J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 250-287). Nueva York: Guilford.
- Reininghaus, U., Priebe, S. & Bentall, R. P (2013). Testing the psychopathology of psychosis: Evidence for a general psychosis dimension. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 884-895.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.

- Roder, V., Müller, D. R., Brenner, H. D. & Spaulding, W. D. (2010). *Integrated psychological therapy (IPT) for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2, 141.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*, Nueva York, Grune y Stratton.
- Segarra, R. (2013). *Abordaje integral de las fases iniciales de la psicosis. Una visión crítica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005). Healing elements of the therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family process*, 44, 461-475.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Slade, P. D., & Haddock, G. (1996). A historical overview of psychological treatments for psychotic symptoms. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 28-42). London: Routledge.
- Stafford, N., & Colom, F. (2013). Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatrica Scand*, 127, 11-18.
- Strkalj-Ivezic, S. (2014). Psychoeducation as group psychotherapy with the aim in achieving insight and reduction of selfstigma. Conferencia impartida en 6 *Hrvatski Psihijatrijski Kongres*, Zagreb, enero.

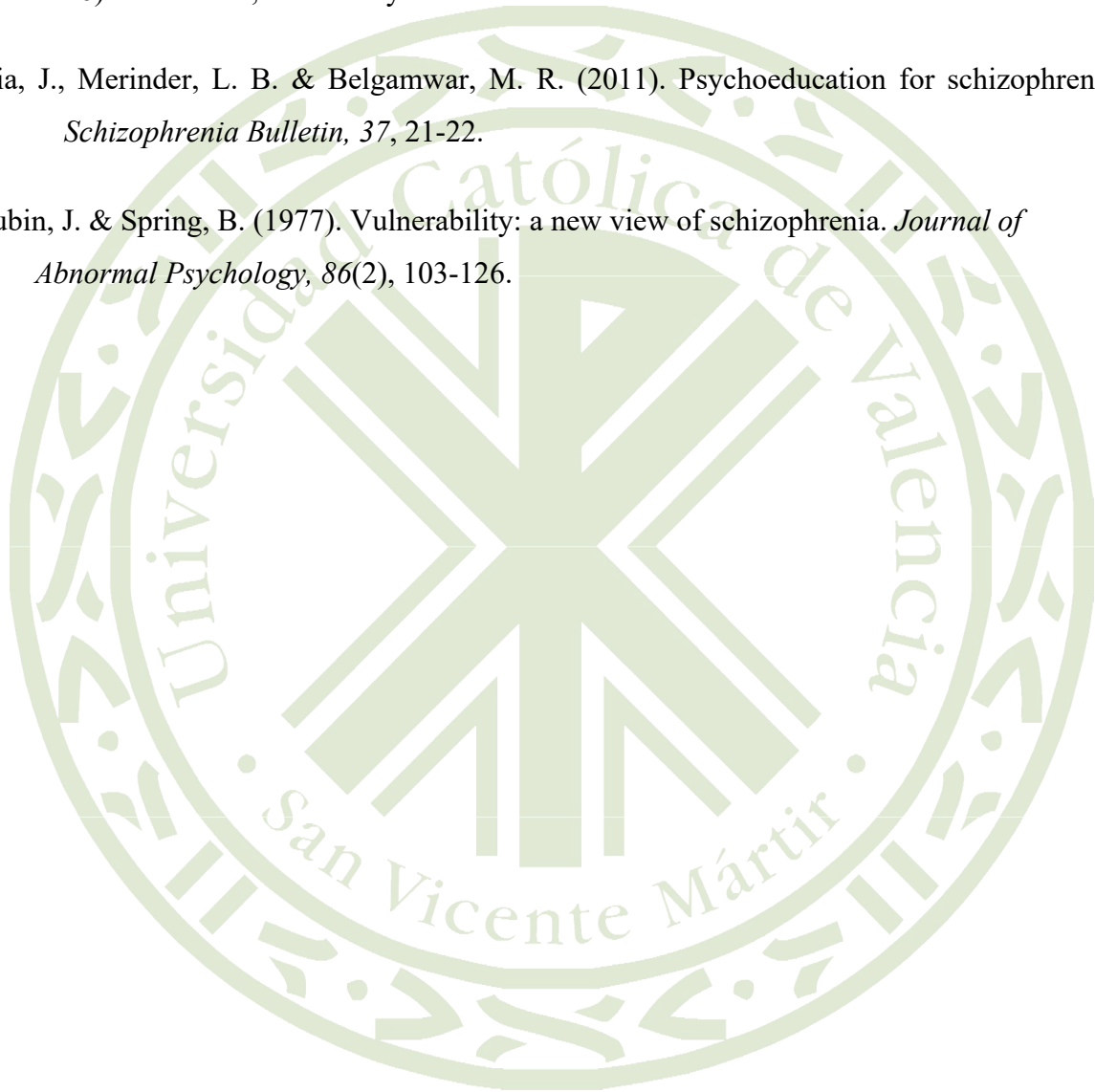
- Strkalj-Ivezic, S. S. (2018). Psychoeducation as a specific group psychotherapy intervention for patients with schizophrenia. En I. Urlic y M. González de Chávez (eds.), *Group therapy for psychoses*. Nueva York: Routledge.
- Tandon, R. (2012). The nosology of schizophrenia. Toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 557-569.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S. ... Carpenter W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 3-10.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 1-23.
- Thomas, N., Sawyer, F., Castle, D., Hayes, S. & Farhall, J. (2014). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 14, 198.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345–364.
- Van Os, J., Kenis, G., Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature* 468(7321), 203-212.
- Velligan, D. I., Roberts, D., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Medellin, E., & Brown, M. (2015). A randomized pilot study of MOtiVation and Enhancement (MOVE). Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 165, 175-180.
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C. L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M. & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 187-194.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & Kabat Zinn, J. (2010). *Vencer la depresión: Descubre el poder de las técnicas del mindfulness*. Barcelona: Paidós.

Wykes, T., Tarrier, N. & Lewis, S. (1998). Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia: The way ahead? In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 1-16). Chichester, UK: Wiley.

Xia, J., Merinder, L. B. & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 21-22.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.





# ANEXOS

## Anexo I. Criterios diagnósticos DSM.5 para esquizofrenia

A) *Síntomas característicos.* Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos (por ejemplo, expresión emocional restringida o abulia).

*Nota.* Al menos uno de los síntomas debe ser necesariamente las ideas delirantes, las alucinaciones o el lenguaje desorganizado.

B) *Disfunción social/laboral.* Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

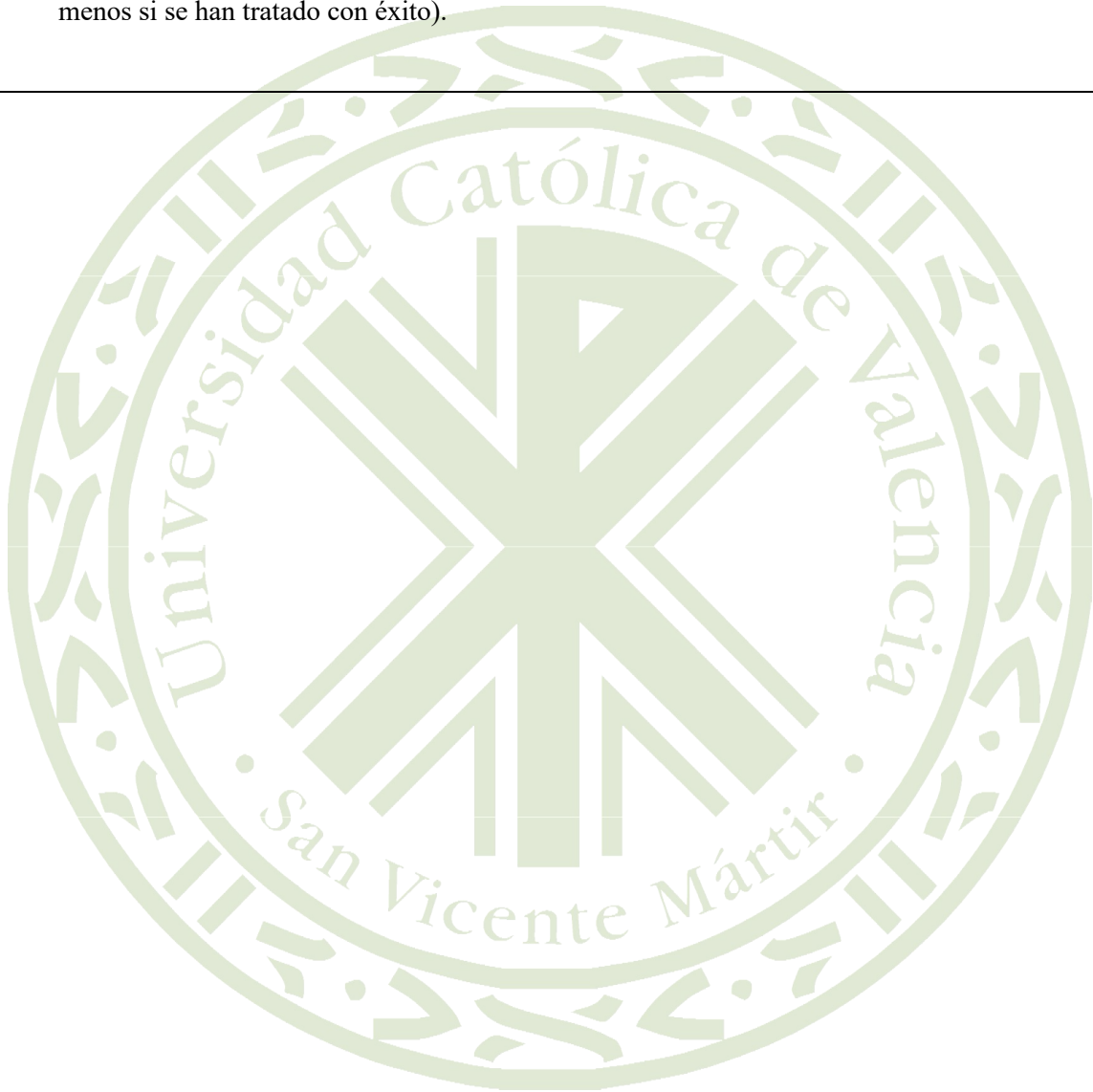
C) *Duración.* Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D) *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.* El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:

1. No ha habido ningún episodio depresivo mayor o maníaco concurrente con los síntomas de la fase activa.
2. Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

E) *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.* El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F) *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.* Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).



## Anexo II. Criterios diagnósticos CIE-11 para esquizofrenia

### Descripción

- La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, que incluyen el pensamiento (p. Ej., Delirios, desorganización en forma de pensamiento), la percepción (p. Ej., Alucinaciones), la autoexperiencia (p. Ej., La experiencia de los sentimientos, impulsos, pensamientos o conducta de uno mismo que están bajo el control de una fuerza externa), cognición (p. Ej., atención deteriorada, memoria verbal y cognición social), volición (p. Ej., pérdida de motivación), afecto (p. Ej., expresión emocional embotada) y conducta (p. Ej., conducta que aparecen respuestas emocionales extrañas o sin propósito, impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento).
- Pueden estar presentes trastornos psicomotores, incluida la catatonía.
- Delirios persistentes, alucinaciones persistentes, trastorno del pensamiento y experiencias de influencia, pasividad, o control se consideran síntomas centrales.
- Los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para poder asignar un diagnóstico de esquizofrenia.
- Los síntomas no son una manifestación de otras afecciones de salud (p. Ej., Un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (p. Ej., Corticosteroides), incluida la abstinencia (p. Ej., Abstinencia de alcohol).

### Exclusiones

- Trastorno esquizotípico (6A22)
- Reacción esquizofrénica (6A22)
- Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)

### Postcoordinación

- |               |   |
|---------------|---|
| <b>6A25</b>   | Manifestaciones sintomáticas de trastornos psicóticos primarios |
| <b>6A25.0</b> | Síntomas positivos en trastornos psicóticos primarios           |
| <b>6A25.1</b> | Síntomas negativos en trastornos psicóticos primarios           |
| <b>6A25.2</b> | Síntomas depresivos en trastornos psicóticos primarios          |
| <b>6A25.3</b> | Síntomas maníacos en trastornos psicóticos primarios            |
| <b>6A25.4</b> | Síntomas psicomotores en trastornos psicóticos primarios        |
| <b>6A25.5</b> | Síntomas cognitivos en trastornos psicóticos primarios          |

### Anexo III. Antipsicóticos típicos y atípicos

#### *Antipsicóticos Típicos*

<b>Nombre del compuesto</b>	<b>Nombre comercial</b>
Clotiamina	Etumina
Flufenazina	Modecate
Haloperidol	Haloperidol
Levomepromazina	Sinogán
Loxapina	Desconex, Loxapal
Periciazina	Nemactil
Perfenazina	Decentán
Pimozida	Orap
Thiropetazina	Majeptil
Tioridazina	Meleril
Trifluoperazina	Eskazine
Zuclopenthixol	Cloxipol, Cisordinol

#### *Antipsicóticos Atípicos*

<b>Nombre del compuesto</b>	<b>Nombre comercial</b>
Clozapina	Leponex
Risperidona	Risperdal
Olanzapina	Zyprexa
Ciprasidona	Zeldox
Quetiapina	Seroquel

## Anexo IV. Listado de sintomatología negativa

Núm.	Síntoma	Sí	No	Núm.	Síntoma	Sí	No
1	Pienso que nadie me entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	No tengo ganas de vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tengo muchos miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Me noto cansado/flojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A menudo estoy triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	Me cuesta asumir responsabilidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Duermo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	Paso horas solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	No puedo dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	Tengo miedo de hacerme daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Me cuesta relacionarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	Pienso que nadie me quiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	No tengo ganas de hacer nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	Paso horas sin hacer nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	No disfruto como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	A veces me hago daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Me gusta estar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	Me siento muy solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Discuto con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	Tengo miedo de volverme loco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Me cuesta explicarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	A veces he pensado en acabar con todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Me enfado a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	No confío en nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Me cuesta expresar afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	Paso horas en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	No tengo hobbies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	Creo que hago mal olor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Me da igual todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	No me gusto como soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	No tengo apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Pienso que tengo culpa de todo lo que pasa en el mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	A veces tengo miedo de hacer daño a alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	En una conversación a menudo me distraigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	A veces tengo la sensación de que no se quien soy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Soy un peligro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	No valgo para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Mi familia no me entiende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	No tengo ningún tipo de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo V. Ejercicio de profundización

- **Selecciona un medicamento que tomes y apunta la frecuencia y la dosis pautadas:**

Medicamento:

Frecuencia:

Dosis:

- **¿Cómo te tomas la medicación? ¿Sigues alguna rutina?**

---

---

---

---

---

- **¿Cómo vives o qué significa para ti tomar medicación?**

¿es necesario? ¿me sienta bien? ¿es estresante? ¿me ayuda? ¿me compensa tomar medicación?

---

---

---

---

---

- **¿Cada cuanto tiempo visitas la consulta del psicólogo/a? ¿Crees que es beneficioso para ti? ¿Por qué?**

---

---

---

---

---

## Anexo VI. Guión para la práctica “uva pasa”

*Se encuentra en una postura adecuada y relajada, con los ojos cerrados y la palma de las manos abiertas encima de las rodillas.*

*Nuestra finalidad es que el paciente contacte con el momento presente, que sienta y experimente las emociones y sentimientos que está desarrollando en ese preciso momento. Para ello, contamos con la ayuda de objetos los cuales irán desarrollándose de manera diferente en cada apartado, aportando al paciente, diferentes sensaciones de este.*

### **1. MIRAR Y TOCAR**

- Ahora observa el objeto atentamente, como si fuera la primera vez y no lo conocieses.
- Gíralo entre los dedos y examina cada parte de él.

### **2. OLER**

- Podrías colocar el objeto debajo de la nariz e inhalar, notando si tiene algún olor.
- Nota si mientras haces esto, ocurre algo en tu boca o en tu estómago.

### **3. ESCUCHAR**

- Incluso podrías llevarlo a tu oído y apretarlo un poco para comprobar si suena algo.

### **4. COLOCAR**

- Y ahora, mientras llevas lentamente ese objeto a tus labios, date cuenta del movimiento de tu brazo, de tu mano que saben exactamente donde llevarlo. Y, luego, suavemente, coloca el objeto en tus labios, percibiéndolo. Mantenlo un instante, consciente de tus sensaciones y reacciones. Es posible que notes como comienzas a salivar.
- Después, coloca ese objeto en la lengua y mantelo ahí sin masticar. Percibe cómo lo sientes en la boca: textura, superficie...

### **5. SABOR**

- Cuando estés preparado, muy conscientemente le das un mordisco y te detienes. Nota como se liberan sus sabores, observa si cambia su textura. Quizá, ese objeto se ha convertido en dos objetos.
- Masticas lentamente notando su sabor y sus cambios de textura.

### **6. TRAGAR**

- Y cuando sientas que estás listo para tragar, observa tu tendencia de engullirlo. Tal vez, podrías detenerte antes de tragarlo para observar esa tendencia. Luego, mientras tragas el objeto, siéntelo mientras desciende de tu garganta al estómago.

**Anexo VII. Registro semanal de técnicas de relajación**

<b>Día</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Lugar</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Lunes</b>	20 min.	<i>En el salón</i>	<i>Me ha costado concentrarme porque en mi salón hay mucha luz.</i>
<b>Martes</b>	min.		
<b>Miércoles</b>	min.		
<b>Jueves</b>	min.		
<b>Viernes</b>	min.		
<b>Sábado</b>	min.		
<b>Domingo</b>	min.		





## Anexo X. Registro de situaciones conflictivas

Fecha	Suceso	Pensamiento	Emoción	Conducta	Estrategia de afrontamiento
06/05	Estoy desayunando y sin querer tiro el zumo al suelo. Mi madre empieza a gritarme.	Soy un desastre todo lo hago mal	Tristeza, rabia	Lo dejo todo y me encierro en mi cuarto a llorar	Recuerdo el entrenamiento en autoinstrucciones: ha sido un descuido, que son cosas que pasan. Luego, realizo la Respiración Natural Completa.

## Anexo XI. Calendario

Fases	Sesiones	Objetivos	Actividades
	Sesión 1 (5/6/20)	Definir el trastorno de esquizofrenia y su etiología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de la sintomatología negativa.</li> </ul>
<b>Fase 1</b> (5/6/20 – 12/6/20)	Sesión 2 (8/6/20)	Conocer el modelo de vulnerabilidad-estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debate de momentos que generaron estrés y qué hicieron para hacerles frente.</li> <li>Practicar la Respiración Natural Completa.</li> </ul>
	Sesión 3 (12/6/20)	Conocer los tratamientos con mayor eficacia para la esquizofrenia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercicio grupal sobre el abordaje de la enfermedad.</li> </ul>
	Sesión 4 (15/6/20)	Aprender atención plena y relajación e incorporarlo a la vida cotidiana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Practicar el ejercicio de atención plena (<i>body scan</i>).</li> <li>Practicar el momento presente con la práctica “uva pasa”.</li> </ul>
<b>Fase 2</b> (15/6/20 – 29/6/20)	Sesión 5 (19/6/20)	Contactar con el momento presente e incorporarlo a la vida cotidiana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro semanal sobre las estrategias de afrontamiento al estrés.</li> </ul>
	Sesión 6 (22/6/20)	Fomentar la autoestima y evitar el estigma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recordar cualidades propias.</li> <li>Revisar logros diarios.</li> </ul>
	Sesión 7 (26/6/20)	Conocer las distorsiones del pensamiento y fomentar pensamientos adaptativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de pensamientos negativos e identificación de la distorsión.</li> </ul>

	Sesión 8 (29/6/20)	Adquirir y experimentar pensamientos optimistas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento de pensamientos optimistas.</li> <li>• Encontrar un significado positivo a una situación negativa pasada.</li> </ul>
	Sesión 9 (3/7/20)	Reconocer y experimentar emociones positivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Celebrar y comunicar situaciones agradables a personas significativas.</li> </ul>
<b>Fase 3</b> (3/7/20)	Sesión 10 (6/7/20)	Diferenciar placer hedónico y eudaimónico, y desarrollar la capacidad de crear emociones positivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento de momentos de felicidad o bienestar.</li> <li>• Identificación de logros o situaciones positivas.</li> </ul>
— (13/7/20)	Sesión 11 (10/7/20)	Aprender a anticipar situaciones placenteras y fomentar el desarrollo personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programar una actividad placentera.</li> <li>• Registro de momentos de bienestar.</li> </ul>
	Sesión 12 (13/7/20)	Conocer la gratitud y el perdón.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una carta de gratitud y otra de perdón.</li> </ul>
<b>Fase 4</b> (17/7/20)	Sesión 13 (17/7/20)	Explicar la EE y tomar conciencia de sus efectos negativos (sobre todo en ámbito familiar).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debate y registro de situaciones conflictivas.</li> </ul>
— (24/7/20)	Sesión 14 (20/7/20)	Aprender a aplicar soluciones viables a un problema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad de <i>role playing</i>.</li> <li>• <i>Feedback</i> grupal.</li> </ul>

Sesión 15 Fomentar la interacción social y las  
(24/7/20) fortalezas personales.

- Interacción con el sistema HORIZONS.
  - Realización de una reflexión personal.
- 

