



**Universidad
Europea CANARIAS**

**Propuesta De Intervención
Psicológica Basada En la Terapia de
Aceptación Compromiso para el
Fomento de la Recuperación
Personal y Social en Personas Con
Esquizofrenia**

Trabajo fin de Máster

Autoras: Laura Ximena Carrascal Higuera

Alba Tello García

Tutor: Alberto Vargas Guerrero

Fecha de realización del trabajo: 23/06/2025

Resumen

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que conlleva una importante carga clínica y social, afectando múltiples dimensiones del funcionamiento. En respuesta a los desafíos que plantea su abordaje, este trabajo presenta una propuesta de intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada en el contexto comunitario de Lleida. La intervención está orientada a personas con diagnóstico reciente de esquizofrenia, con un perfil cognitivo leve o moderado, y se estructura en 28 sesiones distribuidas en bloques temáticos. El programa combina sesiones grupales, individuales y con la familia, integrando técnicas de ACT, psicoeducación, habilidades sociales y promoción del empoderamiento personal. Los objetivos principales se centran en mejorar la calidad de vida, fomentar la autonomía y reducir el aislamiento social. Se plantea un diseño cuasiexperimental pretest-postest con una muestra estimada de 34 participantes. La intervención se evalúa mediante instrumentos validados que miden variables como la flexibilidad psicológica, calidad de vida, estigma interiorizado, autoeficacia y apoyo social. Se espera que el programa contribuya a mejorar la funcionalidad y la participación social de las personas participantes, ofreciendo una alternativa clínica viable, replicable y coherente con los modelos actuales de atención comunitaria. Aunque el diseño presenta limitaciones metodológicas, como la ausencia de grupo control, se propone su validación futura mediante estudios piloto que permitan explorar su impacto en el proceso de recuperación en esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, flexibilidad psicológica, inclusión social, intervención psicológica, recuperación personal, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Abstract

Schizophrenia is a severe mental disorder that carries a significant clinical and social burden, affecting multiple dimensions of personal and social functioning. In response to the challenges involved in its treatment, this paper presents a psychological intervention proposal based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), developed within the community context of Lleida. The intervention targets individuals with a recent diagnosis of schizophrenia and mild to moderate cognitive impairment, and is structured into 28 sessions distributed across thematic blocks. The program combines group, individual, and family sessions, integrating ACT techniques, psychoeducation, social skills training, and the promotion of personal empowerment. The main objectives focus on improving quality of life, fostering autonomy, and reducing social isolation. A quasi-experimental pretest-posttest design is proposed with an estimated sample of 34 participants. The intervention will be assessed using validated instruments measuring psychological flexibility, quality of life, internalized stigma, self-efficacy, and social support. The program is expected to enhance participants' functionality and social participation, offering a viable, replicable clinical alternative aligned with current community-based care models. Although the design presents methodological limitations, such as the absence of a control group, future pilot studies are proposed to evaluate its impact on the recovery process in schizophrenia.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychological flexibility, psychological intervention, personal recovery, schizophrenia, social inclusion.

Introducción

A lo largo de la historia la esquizofrenia ha sido conceptualizada de diversas maneras, Kraepelin la denominó *dementia praecox*, debido a su cronicidad y el deterioro observado, posteriormente, Bleuler utiliza el término esquizofrenia, debido a que la consideraba una fragmentación del pensamiento, también introdujo la distinción entre síntomas primarios y accesorios. Más adelante, Kurt Schneider propuso los síntomas de primer y segundo rango como forma de facilitar el diagnóstico diferencial (Belloch et al., 2024).

Con el tiempo los criterios diagnósticos han evolucionado desde los criterios Feigner, pasando por los RDC (criterios diagnósticos para la investigación) y finalmente, al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); (Belloch et al., 2024). Este último ha incluido progresivamente un enfoque más estructurado y dimensional, el DSM-5 y la CIE-11 (OMS) introducen el concepto de espectro psicótico, permitiendo una mayor flexibilidad y comprensión de la heterogeneidad del trastorno (López Cabezas, 2022; Marcos Rubio, 2021; Valle, 2020).

Según “El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.ª ed., revisión del texto; DSM-5-TR; Asociación Americana de Psiquiatría, 2022)”, la esquizofrenia se presenta como un trastorno mental grave en el que se manifiestan diferentes alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales.

Estas manifestaciones deben generar interferencia en el funcionamiento diario y persistir durante un mínimo de seis meses, se señala también la necesidad de un diagnóstico diferencial riguroso teniendo en cuenta que el trastorno puede ser comórbido con patologías médicas crónicas como el síndrome metabólico y trastornos por consumo de sustancias, entre otros.

Las principales manifestaciones clínicas en la esquizofrenia se agrupan en cinco dominios principales: Delirios, que son creencias fijas que permanecen incluso frente a

evidencia contraria, alucinaciones que suelen ser auditivas, como voces que comentan o dialogan sobre la persona, pensamiento desorganizado, que se refleja en lenguaje incoherente o inconexo, comportamiento motor desorganizado o catatónico, que incluye desde agitación hasta una falta total de respuesta y los síntomas negativos, como la disminución de la expresión emocional, la abulia (falta de motivación), el empobrecimiento del discurso y el retraimiento social (DSM-5-TR, 2022).

A nivel neurocognitivo, se ha identificado una elevada prevalencia de deterioro cognitivo entre personas con esquizofrenia, afectando dominios como la memoria, la atención o la flexibilidad cognitiva. Esto no solo compromete la funcionalidad, sino que es un predictor de recuperación más allá de los síntomas positivos (Barroso Rival et al., 2021). Diversos estudios han propuesto subtipos de funcionamiento cognitivo (grave, intermedio, preservado), recomendando adaptar las intervenciones a cada perfil (Green et al., 2019).

Según la OMS (2022), La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente al 0,32 % de la población mundial, se manifiesta típicamente al final de la adolescencia o durante la adultez temprana, con mayor precocidad en hombres, su impacto abarca el ámbito psicológico, social, ocupacional y una reducción de la esperanza de vida, derivada de enfermedades físicas asociadas. Aunque se estima que representa en torno al 50 % de las hospitalizaciones en unidades psiquiátricas, solo un 31,3 % de las personas afectadas recibe atención especializada (OMS, 2022).

El Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis (2018) que cuenta con los últimos datos actualizados hasta la fecha, señala que la esquizofrenia constituye uno de los trastornos mentales más costosos tanto a nivel sanitario como social.

En Europa, el coste medio anual por persona con esquizofrenia se estima en 19.000 euros, considerando los gastos directos e indirectos, como: el desempleo, la mortalidad prematura y los cuidados informales. La tasa de desempleo en esta población se aproxima al 85 %, y

transcurren en promedio ocho años desde el inicio del trastorno hasta su ingreso en el mundo laboral, sumado a esto el empleo al que acceden rara vez se corresponde con sus competencias formativas, lo que impacta negativamente en su funcionamiento social y calidad de vida (Libro Blanco, 2018). En España, la prevalencia estimada es del 0,37 % con claras desigualdades socioeconómicas: las rentas muy bajas presentan hasta 12 veces más riesgo que las altas. Con una mayor prevalencia en hombres jóvenes entre los 20 y 49 años (Base de Datos Clínicos de Atención Primaria [BDCAP], 2017).

En respuesta a estos datos, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026 propone un modelo comunitario, centrado en la recuperación e inclusión social (Ministerio de Sanidad, 2022). Reforzada por el Plan de Acción en Salud Mental 2025–2027 (Ministerio de Sanidad, 2025).

En Cataluña, la atención a la psicosis ha sido una prioridad creciente en el ámbito de la salud pública, en consonancia con las estrategias estatales y europeas. La prevalencia en esta comunidad se estima entre el 1 % y 1,3 % de la población, con una incidencia anual de aproximadamente 15 a 18 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (Hospital Clínic de Barcelona, s.f.).

Se han implementado programas pioneros como el Programa de Atención Específica a los Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI), dirigido a adolescentes y adultos jóvenes con primeros episodios psicóticos, el cual ha mostrado mejoras clínicas y en adherencia al tratamiento en esta población. Sin embargo, algunos informes de evaluación también señalan la necesidad de mejorar los sistemas de información y establecer indicadores comunes de seguimiento y evaluación que garanticen una implementación más homogénea de los programas en todo el territorio catalán (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya [AQuAS], 2023).

Estos datos evidencian la elevada carga clínica y social de la esquizofrenia, y también la necesidad de intervenciones centradas en la persona y adaptadas al contexto socio territorial.

En cuanto a los modelos teóricos, el paradigma biomédico predominante hasta la fecha ha priorizado una visión neurobiológica de la esquizofrenia basando las intervenciones en el uso de farmacoterapia, conceptualizándola como una enfermedad del cerebro y ubicando a la persona en un rol pasivo. Por lo que, este enfoque ha sido criticado por su reduccionismo y escasa atención a factores subjetivos y contextuales (Cejas Méndez y Díaz Mesa, 2021).

Como alternativa se presenta el modelo biopsicosocial, que intenta responder a las limitaciones del paradigma biomédico tradicional, incorporando dimensiones teóricas, técnicas y éticas que permiten una atención más humana y centrada en la persona. En el caso de la esquizofrenia, este enfoque sostiene que, si bien existen bases neurobiológicas y genéticas relevantes, los factores psicológicos (como los estilos de afrontamiento o la percepción del yo) y sociales (como el estigma, el apoyo familiar o el entorno comunitario) son determinantes tanto en la expresión de los síntomas como en la respuesta terapéutica. (Ruiz Mitjana, 2020; Ramos Pozón, 2015; Ramos Pozón, 2014).

En sintonía con el modelo biopsicosocial, en los últimos años ha cobrado relevancia el paradigma de recuperación como marco central en la atención a personas con esquizofrenia. Este enfoque, ampliamente respaldado por la literatura internacional, entiende la recuperación no solo como la remisión de síntomas, sino como un proceso personal y subjetivo orientado a lograr una vida plena, significativa y socialmente integrada, incluso en presencia de síntomas (Silva y Restrepo, 2019).

En este contexto, algunos autores como el catedrático referente Marino Pérez-Álvarez y colaboradores (2010), desde una perspectiva fenomenológica, han propuesto comprender la

psicosis como una alteración profunda de la experiencia del yo, afectando la ipseidad, es decir, el núcleo esencial de la identidad personal. Esta alteración generaría distorsiones en la manera en que el individuo se concibe a sí mismo y al mundo que lo rodea (Rejón altable,2022; Fonseca y Lemos, 2019a).

Esta visión destaca la necesidad de recuperar la vivencia subjetiva como un componente central para la comprensión y el abordaje terapéutico del trastorno (Pérez-Álvarez, 2019).

En esta línea en su revisión integrativa, Cea (2023) propone replantear el abordaje de la esquizofrenia a partir de cuatro ejes fundamentales: la injusticia epistémica, que prioriza la necesidad de reconocer a las personas diagnosticadas como sujetos activos y válidos en la producción de conocimiento sobre su experiencia, el enfoque de derechos humanos, que apuesta por una atención no coercitiva, participativa y despatologizadora, la reparación del estigma histórico y social, proponiendo un cambio de mirada hacia la locura como parte de la diversidad humana y finalmente, una perspectiva interseccional que contemple factores como el género, la clase o la etnia, asegurando la participación de las personas psiquiatrizadas en la investigación y el diseño de las intervenciones.

Actualmente, el tratamiento de la esquizofrenia tiene como uno de sus pilares fundamentales la farmacoterapia, representada por los antipsicóticos, su principal ventaja radica en su eficacia para reducir rápidamente los síntomas positivos, como delirios y alucinaciones. Aunque diversos estudios han señalado, que el uso prolongado de estos fármacos podría asociarse con menores tasas de recuperación funcional y una limitada capacidad de promover la autonomía personal (Pol Yanguas, 2023; Pol Yanguas, 2015).

En cuanto a las primeras aproximaciones psicoterapéuticas, estaban basadas en modelos psicodinámicos que atribuían el origen de la esquizofrenia a patrones disfuncionales de comunicación familiar, este enfoque, además de carecer de evidencia empírica sólida, tuvo

un efecto estigmatizante sobre las familias; Con el tiempo, el interés se desplazó hacia factores contextuales, como el impacto del entorno familiar y social, dando lugar a estudios sobre la emoción expresada y su influencia en las recaídas de pacientes estabilizados (Fonseca-Pedrero, 2021b; Ma et al., 2021; Encinas Carpintero, 2017).

El desarrollo de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales marcó un punto de inflexión en la intervención psicológica en esquizofrenia, estas terapias demostraron eficacia y fueron integradas como tratamientos de primera línea en organismos como el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y los Cuidados del Reino Unido (NICE).

Desde entonces, las intervenciones psicológicas han evolucionado en dos direcciones principales: por un lado, la organización de la asistencia mediante modelos como la intervención asertiva comunitaria, y por otro, el fortalecimiento de intervenciones psicológicas y psicosociales centradas en la persona (Fonseca-Pedrero, 2021).

Por otra parte, las terapias de tercera generación cambian el enfoque centrándose en la relación que la persona tiene con sus pensamientos y emociones, fomentando la flexibilidad psicológica. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), el mindfulness y la Terapia Metacognitiva son algunas de las más estudiadas, no obstante, existe la necesidad de estudios adicionales que permitan establecer guías clínicas sólidas (Gil Santiago et al., 2023; Yildiz, 2019; Luengo González et al., 2018).

ACT se ha posicionado como una alternativa al enfoque reduccionista del modelo biomédico, al fomentar la agencia personal, la aceptación de la experiencia interna y la construcción de una vida valiosa, incluso con síntomas persistentes, centrándose en la flexibilidad psicológica y la evitación experiencial (Gil Santiago et al., 2023; Morales, 2022; Myin-Germeys et al., 2022; Burhan & Karadere, 2021; Wood et al., 2020).

También, combinada con otros recursos como la psicoeducación, la rehabilitación cognitiva o el apoyo social, puede incrementar la adherencia al tratamiento, reducir las recaídas y, de manera notable, favorecer la construcción de un sentido vital más sólido (Gil Santiago et al., 2023).

En consonancia con lo expuesto, este trabajo plantea una propuesta de intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), complementada con técnicas respaldadas por la evidencia, dirigida a personas con esquizofrenia en el contexto comunitario de Cataluña, específicamente en la provincia de Lleida, que representa un entorno idóneo para implementar y evaluar intervenciones innovadoras como la aquí propuesta, dada la especificidad del contexto y la existencia de programas comunitarios como el PAE-TPI. Esta elección permite, abordar una realidad asistencial con características propias dentro del sistema de salud mental catalán.

Esta propuesta busca trascender el modelo biomédico tradicional, ofreciendo un enfoque que integre las dimensiones clínicas, personales y sociales del proceso de recuperación, en coherencia con los principios de los derechos humanos y los enfoques contemporáneos de la atención en salud mental.

Diseño de intervención

Destinatarios

La intervención se dirigirá a personas con diagnóstico de esquizofrenia, con un perfil de afectación cognitiva leve o moderada, que mantengan seguimiento en salud mental y puedan beneficiarse de una intervención psicológica basada en ACT. El entorno de aplicación comprenderá el Centro Mentalia Lleida en donde se ofrecen servicios de apoyo psicosocial a personas con trastorno mental grave.

La selección de los criterios de inclusión y exclusión responde a la necesidad de delimitar una población diana adecuada a los objetivos del presente programa en el que se

evaluarán variables relacionadas con la calidad de vida, el funcionamiento psicosocial, la flexibilidad psicológica y la inclusión comunitaria.

Se establece un rango de edad entre 18 años y 65 años, para asegurar, que las personas participantes puedan otorgar consentimiento informado, asumir una participación en el proceso terapéutico, y limitar posibles interferencias asociadas al envejecimiento (como el deterioro cognitivo o comorbilidades médicas), que podrían requerir abordajes diferenciados, siguiendo las recomendaciones de estudios recientes como, Undurraga et al. (2021) y el *Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis* (2018, pp. 77-78) quienes destacan que los primeros años tras el inicio del trastorno representan un periodo de alta plasticidad biológica, psicológica y social, en el que una intervención intensiva permitiría mejorar la respuesta al tratamiento, reducir la duración de la psicosis no tratada y modificar favorablemente el curso clínico. Por esto se prioriza a personas que se encuentren en su primer episodio psicótico o con diagnóstico reciente.

Para asegurar la viabilidad y eficacia de la intervención, se requiere que las personas presenten un nivel de afectación cognitiva leve o moderado, valorado clínicamente, y que no se encuentren en un episodio psicótico agudo al momento de la intervención, lo que permitiría una mayor implicación en las tareas terapéuticas. Igualmente, se excluyen aquellas con deterioro cognitivo grave o discapacidad intelectual moderada o severa dado que sus necesidades de apoyo y adaptación escapan al marco metodológico de este programa (Undurraga et al. 2021; Green et al., 2019).

Otro criterio fundamental es el seguimiento activo en salud mental, ya que la coordinación con otros profesionales permite garantizar una intervención coherente, segura y sostenida en el tiempo (Ministerio de Sanidad, 2022). La ausencia de consumo activo de sustancias sin tratamiento también es relevante, debido a que puede afectar significativamente el curso de la intervención y requerir abordajes específicos.

La intervención está pensada para ser llevada a cabo en contextos comunitarios, por lo que se considera imprescindible que la persona tenga acceso a dispositivos o servicios de salud mental, y cuente con alguna red de apoyo familiar o social, o al menos muestre disposición para vincularse a una. Finalmente, se requiere que la persona muestre motivación para participar en procesos terapéuticos individuales o grupales, como factor de adherencia y efectividad.

Los criterios de exclusión, por tanto, se definen como aquellos que imposibilitarían la participación eficaz en el programa, comprometerían su seguridad o desviarían los objetivos.

Siguiendo los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki y un enfoque de equidad en salud mental, se garantizará que las personas que no cumplan los criterios de inclusión no sean desatendidas. Se ofrecerán rutas alternativas de intervención y seguimiento, incluyendo:

- Derivación a servicios específicos de atención dual, intensiva o discapacidad, según corresponda.
- Conexión con recursos comunitarios adaptados a sus necesidades individuales.
- Coordinación interprofesional para posibles reevaluaciones y ajustes en el plan de atención.

Para facilitar la lectura se exponen en la tabla 1, los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión de la propuesta de intervención

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Edad entre 18 y 65 años.	Edad menor de 18 años o mayor de 65 años.

Diagnóstico de esquizofrenia.	Diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico comórbido que pueda interferir significativamente con la intervención
Motivación para participar en la intervención	Falta de motivación para participar en el proceso terapéutico
Primer episodio psicótico o diagnóstico reciente	Presencia de curso crónico con deterioro funcional severo, no estabilizado o resistencia marcada al tratamiento.
Nivel de afectación cognitiva leve o moderado.	Deterioro cognitivo grave o discapacidad intelectual moderada o grave.
Estabilidad clínica (sin episodio psicótico agudo).	Presencia de un episodio psicótico agudo en el momento de la intervención.
Seguimiento activo en salud mental.	Personas que no estén en contacto regular con profesionales de salud mental o no participen en procesos terapéuticos.
Ausencia de consumo activo de sustancias.	Consumo activo de sustancias sin abordaje terapéutico simultáneo.
Presencia de red de apoyo familiar o social, o disposición para vincularse a recursos comunitarios.	Carencia de red de apoyo familiar o social, sin disposición o motivación para establecer vínculos con recursos comunitarios.
Acceso a servicios comunitarios o dispositivos de salud mental.	Imposibilidad de asistir a las sesiones por causas médicas, legales o logísticas.

La selección de esta población diana responde a los objetivos de promover la recuperación personal y la inclusión social a través de una intervención adaptada a perfiles

con potencial de participación en el proceso terapéutico. El diseño específico de la intervención (sesiones, temporalización y componentes) se detalla en apartados posteriores.

Objetivos generales y específicos de la intervención

Mediante la intervención propuesta se pretende conseguir los siguientes objetivos.

Objetivos generales:

Objetivo general 1: Promover la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas con esquizofrenia mediante una intervención basada en ACT.

Objetivos específicos:

1.1. Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.

1.2. Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.

1.3. Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.

1.4. Potenciar la conciencia del momento presente mediante prácticas adaptadas de atención plena.

Objetivo general 2: Favorecer la autonomía personal y el sentido de agencia.

Objetivos específicos:

2.1. Clarificar los valores personales significativos.

2.2. Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.

2.3. Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.

2.4. Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.

Objetivo general 3: Fomentar la integración social y la participación en entornos comunitarios para reducir el aislamiento social.

Objetivos específicos:

- 3.1. Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- 3.2. Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- 3.3. Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- 3.4. Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Hipótesis

La implementación de una intervención psicológica basada en ACT en personas con esquizofrenia contribuirá a mejorar su calidad de vida, incrementar su autonomía personal y reducir el aislamiento social.

Se espera observar cambios significativos en las variables de interés tras la implementación de la intervención (comparación pre-post intervención).

Hipótesis específicas

En coherencia con los objetivos planteados y con base en la literatura revisada, se formulan las siguientes hipótesis de trabajo:

H1a: La intervención producirá un aumento significativo en los niveles de calidad de vida en comparación con los niveles observados en la evaluación pre intervención.

H1b: La intervención incrementará la flexibilidad psicológica percibida.

H1c: Los participantes mostrarán un incremento en la autonomía personal y sentido de agencia tras la intervención.

H1d: Se observará una mejora en las habilidades sociales y una disminución en los niveles de evitación social.

H1e: La intervención reducirá los niveles de estigma percibido y mejorará la percepción de apoyo social.

Metodología

Diseño

En esta propuesta de intervención se adoptará un diseño longitudinal cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-postest con un solo grupo, sin grupo control. Este diseño se considera apropiado para evaluar la eficacia de la intervención en el contexto aplicado, especialmente cuando no resulta ético o factible privar a una parte de la población objetivo del acceso a un tratamiento potencialmente beneficioso.

Por otra parte, presenta ciertas limitaciones metodológicas. Entre ellas, el riesgo de sesgo de historia y maduración, ya que los cambios observados podrían atribuirse a factores externos no controlados o al paso del tiempo más que al efecto exclusivo de la intervención. También se contempla la posibilidad de abandono, lo cual podría afectar la validez interna del estudio.

Para paliar estas limitaciones y con el fin de reforzar la validez ecológica y la aplicabilidad real del estudio, se tomarán diversas medidas como: Seguimiento sistemático de los participantes para registrar y analizar posibles abandonos, análisis de casos perdidos con métodos como (imputación o análisis por intención de tratar (ITT)) si el número de pérdidas lo justifica, también se valorará la flexibilización de los criterios de participación dentro de un marco clínicamente seguro, para favorecer la inclusión de participantes y compensar las dificultades del reclutamiento.

El programa se desarrollará a lo largo de 28 semanas y constará de 28 sesiones, cuya estructura detallada se presenta en el apartado correspondiente de implementación.

Se enfatizará en la importancia de la coordinación con los equipos clínicos del centro Mentalia Lleida para garantizar continuidad asistencial y favorecer la adherencia al programa.

El procedimiento consistirá en una evaluación inicial (pretest) a través de instrumentos de evaluación validados (cuestionarios, escalas, test) de las variables objeto de

estudio (calidad de vida, autonomía personal/sentido de agencia, autoeficacia, habilidades sociales, bienestar psicológico, estigma interiorizado, flexibilidad psicológica, valores personales, regulación emocional/tolerancia al malestar, apoyo social percibido) antes de la implementación del programa, seguida de la aplicación de la intervención, y posteriormente una evaluación final (postest) para determinar los posibles cambios atribuibles a la intervención, de igual manera se seleccionará a los participantes a través de instrumentos de evaluación validados.

Instrumentos

Los instrumentos seleccionados para la evaluación pre y post test de las variables planteadas en la intervención calidad de vida, evitación experiencial, agencia personal y empoderamiento, autoeficacia general, habilidades sociales, bienestar psicológico, flexibilidad psicológica, valores personales, regulación emocional y apoyo social percibido, han sido seleccionados en función de su adecuación a la población destinataria, su validez y consistencia. A continuación, se describe brevemente cada instrumento:

La Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS-R4), validación española

(Arrarás et al., 2019). Es un cuestionario autoadministrado de 33 ítems diseñado para evaluar la calidad de vida subjetiva en personas con esquizofrenia o trastornos del espectro esquizofrénico. Está estructurado en dos subescalas principales: Psicosocial y Vitalidad y energía, ofreciendo además una puntuación total de calidad de vida. Presenta una consistencia interna, con alfas de Cronbach de .94 para la subescala psicosocial, .89 para vitalidad y .96 para la puntuación total.

El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ), adaptación española (Vázquez-Morejón et al., 2019). Es una medida de autoinforme compuesta por 15 ítems que evalúa la tendencia a evitar pensamientos, emociones o sensaciones internas desagradables. Su estructura es unidimensional y ha mostrado una consistencia interna de $\alpha = .82$.

La **Escala de Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE-Sp-19)** (Rodríguez-Pellejero et al., 2023), consta de 19 ítems y ha sido diseñada para medir el nivel de agencia personal y empoderamiento en adultos, especialmente en contextos de exclusión social. Se estructura en tres factores: Autoconfianza, Control Interno y Empoderamiento. La consistencia interna de la escala presenta un alfa de Cronbach total de .80 ($\alpha = .82$ para agencia personal y $\alpha = .80$ para empoderamiento).

La **Escala de Autoeficacia General**, adaptación española (Sanjuán et al., 2000), incluye 10 ítems y evalúa la creencia general de una persona en su capacidad para afrontar eficazmente diversas situaciones difíciles de la vida cotidiana. Su estructura es unidimensional y presenta una consistencia interna de $\alpha = .87$.

La **Escala de Habilidades Sociales** (Gismero, 2022), es una herramienta compuesta por 33 ítems que permite evaluar el repertorio de habilidades sociales y la conducta asertiva en adolescentes y adultos. Agrupa los ítems en seis factores específicos relacionados con diferentes contextos sociales, como la autoexpresión, la expresión de desacuerdo o la realización de peticiones. La consistencia interna global es de $\alpha = .88$, con valores por factor entre $\alpha = .62$ y $\alpha = .82$.

La **Escala de Bienestar Psicológico** (Sánchez-Cánovas, 2021), mide el nivel de bienestar percibido a través de diferentes dominios vitales, como el bienestar subjetivo, material, laboral y de pareja en población adolescente y adulta. Incluye una estructura factorial de cuatro subescalas, con una consistencia interna $\alpha = 0,70$.

El **Cuestionario de Aceptación y Acción II** (Ruiz et al., 2013), es un instrumento breve de 7 ítems que evalúa la evitación experiencial y la flexibilidad psicológica. Su estructura es unidimensional y presenta una consistencia interna $\alpha = .88$.

El **Cuestionario de Valores de Vida** (Macías et al., 2019), contiene 20 ítems y evalúa tanto la importancia que una persona otorga a 10 dominios de valores vitales como el

grado de coherencia entre dichos valores y su comportamiento. Se estructura en dos factores: importancia y coherencia, y presenta una consistencia interna de $\alpha = .88$ para importancia, $\alpha = .87$ para coherencia y $\alpha = .91$ para la puntuación total.

La **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional** (Hervás y Jódar, 2008), incluye 28 ítems y mide seis dimensiones de la desregulación emocional: no aceptación de emociones, dificultad en la conducta dirigida a objetivos, impulsividad, falta de conciencia, estrategias limitadas y falta de claridad emocional. Su consistencia interna es de $\alpha = .93$, con valores por subescala que van de $\alpha = .74$ a $.86$.

Finalmente, la **Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido** (Ruiz Jiménez et al., 2017), consta de 12 ítems y ha sido adaptada específicamente para población con trastorno mental grave. Evalúa la percepción de apoyo emocional, afectivo e instrumental en tres fuentes: familia, amigos y personas significativas. Su consistencia interna es para la puntuación total de $\alpha = .90$ y para las subescalas entre $\alpha = .84$ y $.90$, lo que respalda su utilidad para intervenciones psicosociales centradas en redes de apoyo.

Para facilitar la lectura en la tabla 2 se describen las variables de la intervención junto a su instrumento de evaluación, en el Apéndice A se encuentra la descripción detallada de cada instrumento.

En cuanto a los instrumentos de cribaje, para garantizar la adecuada selección de los participantes en el programa de intervención, se proponen instrumentos validados que permiten identificar las características clínicas y funcionales requeridas para cumplir con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Las variables evaluadas mediante estos instrumentos son el estado cognitivo, la sintomatología psicótica, el funcionamiento personal y social, así como el nivel de discapacidad global. los instrumentos seleccionados son los siguientes:

Examen Cognoscitivo Mini-Mental (Lobo et al., 2002), es una prueba hetero aplicada de 30 ítems diseñada para evaluar el estado cognitivo general. Explora seis áreas (orientación, memoria, atención, lenguaje y funciones visuoespaciales) y se utiliza comúnmente para el cribado de deterioro neurocognitivo. Presenta una consistencia interna con valores de alfa de Cronbach entre .82 y .84.

La **Escala de Síntomas Positivos y Negativos** (Peralta y Cuesta, 1994), es una entrevista semiestructurada compuesta por 30 ítems, que permite evaluar la severidad de los síntomas positivos, negativos y generales en personas con esquizofrenia. Se estructura en tres subescalas principales, con consistencias internas entre $\alpha = .73$ (síntomas positivos) y $\alpha = .87$ (psicopatología general).

El **Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS** (World Health Organization, 2010), está disponible en versiones de 36 y 12 ítems, y evalúa el nivel de funcionamiento en seis dominios vitales, como cognición, movilidad y participación social. Su versión larga presenta una alta consistencia interna ($\alpha \approx .90$), y ha sido validada transculturalmente por la OMS.

La **Escala de Funcionamiento Personal y Social** (García-Portilla et al., 2011), consta de una puntuación global y cuatro dominios (autocuidado, relaciones sociales, actividades cotidianas y conductas perturbadoras). Evalúa el funcionamiento global de personas con trastornos psicóticos mediante una escala de 1 a 100. Muestra una consistencia interna $\alpha = .874$ y alta fiabilidad test-retest ($r = .979$).

La **Prueba breve de evaluación del funcionamiento** (Rosa et al., 2007), es una prueba breve heteroaplicada de 24 ítems que evalúa el funcionamiento en seis áreas de la vida diaria, incluyendo autonomía, relaciones y tiempo libre. Fue validada inicialmente en trastorno bipolar, pero se ha extendido a otros trastornos mentales graves. Su consistencia interna es $\alpha = .90$.

Con el objetivo de facilitar la lectura en la tabla 3 se describen cada uno de los instrumentos junto a su utilidad en el cribaje, para una descripción detallada de los mismos, se remite al lector al Apéndice B.

Tabla 2

Variables de la Intervención e Instrumentos para Evaluación pre y post Intervención

Tipo de Variable	Variable	Indicador o dimensión principal
Independiente	Intervención psicológica multicomponente	Presencia/ausencia de participación en el programa
Dependientes	Calidad de vida	Cuestionario Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) validación española (Arrarás et al., 2019)
	Evitación experiencial	Validación de la versión española del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ) Vázquez-Morejón (et al., 2019).
	Autonomía personal / sentido de agencia	Escala de Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE; Pick et al., 2007), <i>Validación española ESAGE-Sp-19</i> , 2023).
	Autoeficacia	Escala de Autoeficacia General (GSES Baessler y Schwarzer, 1996). Adaptación española (Sanjuán et al., 2000)
	Habilidades sociales	Escala de habilidades sociales (EHS; Gismero 2022
Bienestar psicológico	Escala de Bienestar Psicologico (EBP; Sánchez-Canovas,J, 2021)	

Tipo de Variable	Variable	Indicador o dimensión principal
	Estigma internalizado	Discrimination and stigma scale (DISC 12; Brohan et al.,2013), validación española Reneses et al. (2019),
	Flexibilidad psicológica	Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II; Bond et al., 2011), validación española Cuestionario Aceptación y Acción (Ruiz et al., 2013)
	Valores personales	(VLQ; Wilson et al., 2010) validación española Cuestionario de valores de vida (Macías et al., 2023)
	Regulación emocional y tolerancia al malestar	Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz y Roemer, 2004). Adaptación al español (Hervás, et al., 2008).
	Apoyo social percibido	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS; Zimet et al., 1988), en su versión adaptada (Ruiz Jiménez et al., 2017)

Tabla 3.

Instrumentos de cribaje para criterios de inclusión y exclusión

Variable evaluada	Utilidad en cribaje	Instrumento
Estado cognitivo general	Detectar estado de deterioro cognitivo	Mini-Mental (Lobo et al., 2002)

Síntomas psicóticos	Determinar estabilidad clínica y excluir episodios agudos	Versión adaptada Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS; Peralta V y Cuesta MJ, 1994).
Discapacidad y funcionamiento general	Valorar grado de afectación	WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0; OMS, 2010)
Funcionamiento personal y social	Identificar niveles de funcionamiento que impidan o dificulten la intervención	Personal and Social Performance scale (PSP; Morosini PL et al.,2000), validación Escala de Funcionamiento Personal y Social (García-Portilla et al., 2011):
Funcionamiento y autonomía.	Evaluación del funcionamiento	Prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST, Rosa AR et al.,2007)

Muestra y Muestreo

La muestra estará compuesta por personas con diagnóstico de esquizofrenia, se empleará muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los participantes del centro Mentalia en la provincia de Lleida, que cumplan los criterios de inclusión establecidos y estén dispuestos a participar en la intervención.

Este tipo de muestreo se escoge por considerarse el más idóneo debido al contexto de la intervención ya que el reclutamiento aleatorio en este caso podría no ser viable.

Con el objetivo de estimar el tamaño de muestra mínimo necesario, se ha realizado un cálculo a partir de una prueba t de Student para muestras relacionadas (pretest-postest), asumiendo un

nivel de confianza del 95 %, una potencia estadística del 80 % y un tamaño del efecto medio ($d = 0.5$).

Siguiendo estos parámetros, el tamaño muestral sería de 34 participantes.

Aunque este cálculo proporciona una base orientativa, los resultados deberán interpretarse considerando las limitaciones inherentes al tipo de muestreo.

Nota: El número exacto puede adaptarse según recursos disponibles, duración del programa y accesibilidad de la muestra.

Análisis de datos

Se utilizará el software estadístico SPSS (versión 2024) para la gestión, procesamiento y análisis de la información recogida.

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra, mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar), así como frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Con el fin de caracterizar la muestra y establecer una línea base de referencia.

Posteriormente, se realizará un análisis inferencial para valorar el impacto de la intervención. Se aplicará la prueba t de Student para muestras relacionadas para comparar las medias de las variables evaluadas en los momentos pretest y posttest, siempre que se cumplan los supuestos de normalidad, en caso contrario, se recurrirá a la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Adicionalmente, se analizarán las diferencias entre los momentos pretest y posttest, estimando la magnitud de los cambios mediante el estadístico Cohen's d, los valores de referencia serán:

- $d < 0.20$: efecto pequeño
- $0.20 \leq d < 0.80$: efecto medio
- $d \geq 0.80$: efecto grande

Se plantea como hipótesis que la implementación de la intervención genere mejoras significativas en las siguientes variables: calidad de vida, bienestar psicológico, autonomía personal, habilidades sociales, percepción de apoyo social y reducción del estigma internalizado.

Materiales

Medios materiales

Para el desarrollo de la intervención se requerirán los siguientes recursos:

- Instrumentos de evaluación estandarizados: (PANSS, WHODAS 2.0, FAST, AAQ-II, MSPSS, DISC-12, EHS, MMSE, SQLS-R4, BEAQ, ESAGE, GSES, VLQ, DERS, entre otros) para la evaluación pre y posttest, así como para el cribaje inicial.

Material didáctico y psicoeducativo:

- Guías impresas o digitales adaptadas al nivel de comprensión de los participantes, que abordan contenidos sobre esquizofrenia, estrategias de afrontamiento, emociones, valores personales y funcionamiento familiar.
- Infografías para las sesiones psicoeducativas incluyendo mitos y realidades sobre la esquizofrenia.
- Folletos resumen para familiares, con estrategias de comunicación, validación emocional y resolución de conflictos.
- Listados estructurados de mitos y realidades para dinámicas de des estigmatización.

Cuadernos de trabajo individuales con:

- Índice de sesiones.
- Espacio para tareas entre sesiones y reflexiones personales.

Recursos para ejercicios experienciales y dinámicas grupales:

- Tarjetas blancas para el ejercicio de “invitados molestos”.
- Cuerda para la metáfora del monstruo.

- Canicas para el ejercicio “la canica en el zapato”.
- Rueda de valores y materiales visuales para clarificación de valores.
- Papelógrafos, pizarra o rotafolios y rotuladores para dinámicas de lluvia de ideas, registro de aprendizajes y elaboración colectiva de normas.

Tecnología básica:

- Ordenador con software SPSS (versión 2024) para el análisis de datos.

Material de oficina y organización:

- Carpetas, bolígrafos, lápices, hojas, post-its, clips, grapas, tijeras, reglas, cinta adhesiva.
- Hojas de registro de asistencia, hojas de observación por sesión y fichas de seguimiento individual.

Medios humanos

La intervención será llevada a cabo por un equipo interdisciplinar especializado:

- Dos psicólogos/as generales sanitarios/as o clínicos/as con formación en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y experiencia en trastornos psicóticos.
- Dos terapeutas ocupacionales y/o educadores/as sociales, que facilitarán el trabajo grupal, comunitario y de habilidades funcionales.
- Un/a trabajador/a social, responsable de la coordinación con recursos comunitarios, servicios de apoyo externo y orientación familiar.
- Personal de apoyo administrativo, encargado de la gestión de citas, comunicación con familiares, organización logística y recogida de datos durante las evaluaciones.

Medios físicos

El programa se desarrollará en un entorno seguro y accesible, como el centro Mentalia

Salud Lleida, que reúne las condiciones necesarias:

- Salas de intervención: espacios diferenciados para sesiones grupales e individuales, con privacidad, buena ventilación, iluminación adecuada y mobiliario confortable.
- Espacios comunes adecuados para actividades socioeducativas o recreativas.
- Accesibilidad universal, incluyendo acceso para personas con movilidad reducida.
- Ubicación próxima a transporte público, para facilitar la asistencia regular.

Directrices para la implementación y evaluación del trabajo

Temporalización

El programa de intervención se desarrollará a lo largo de 28 sesiones, con una periodicidad de una sesión semanal.

La intervención combinará sesiones grupales y sesiones individuales. Las sesiones grupales tendrán una duración aproximada de 90 minutos, mientras que las sesiones individuales tendrán una duración aproximada de 45 minutos.

Se constituirán cinco grupos, cuatro grupos de 7 personas y un grupo de 6 personas. Los cinco grupos trabajarán en paralelo, avanzando por el mismo itinerario de sesiones con la misma estructura de contenidos, permitiendo la gestión adecuada de los tiempos y la optimización de recursos terapéuticos.

El programa se implementará en un marco temporal de aproximadamente 28 semanas, con posibilidad de incluir semanas adicionales para compensación de ausencias o imprevistos.

El desarrollo de la intervención seguirá la estructura de bloques temáticos definida en el apartado implementación de la intervención.

En la tabla 4, se presenta un resumen de la temporalización.

Tabla 4.

Cronograma de las sesiones

Semana	Sesión	Modalidad	Bloque
1-4	1-4	Grupal/individual	Introducción y alianza terapéutica

5-6	5-6	Grupal/familiar	Psicoeducación sobre la esquizofrenia
7-9	7-9	Individual/grupal	Aceptación de la experiencia psicótica, desesperanza creativa.
10-11	10-11	Individual/grupal	El control como problema
12-13	12-13	Individual/grupal	Defusión cognitiva y distancia del síntoma
14-15	14-15	Grupal	Atención plena y contacto con el presente
16-17	16-17	Individual	Clarificación de valores personales
18-19	18-19	Grupal	Acción comprometida
20-21	20-21	Grupal	Redefinición del yo, empoderamiento y Fortalecer el sentido del yo como contexto
22-23	22-23	Grupal	Habilidades sociales
24-25	24-25	Grupal/familiar	Red de apoyo y participación comunitaria
26	26	Grupal	Estigma y evitación experiencial
27-28	27-28	Individual/grupal	Cierre, revisión de logros y plan de mantenimiento

Plan de trabajo:

Se proponen 4 fases: difusión y captación, evaluación inicial y cribaje, implementación de la intervención y evaluación final.

1. Difusión y captación:

Esta primera fase tiene como objetivo asegurar la adecuada implementación del programa mediante una planificación estratégica en: difusión, identificación y reclutamiento de participantes

Se busca la motivación y adecuación de los perfiles seleccionados, así como fomentar la coordinación entre profesionales y asegurar la sostenibilidad del proceso terapéutico.

Actividades previstas:

- Se desarrollará de forma coordinada con el equipo del centro Mentalia Lleida, donde se llevará a cabo la intervención.
- Se mantendrán reuniones informativas con responsables y profesionales del centro (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y educadores/as) para presentar los objetivos del programa, la estructura de los módulos y los criterios de inclusión y exclusión.
- Se elaborarán materiales informativos (carteles, folletos, etc.) que se expondrán en zonas comunes del centro para dar a conocer la propuesta a usuarios/as y familiares.
- Se organizarán sesiones de presentación (formato grupal o individual) para explicar a los/as usuarios/as en qué consiste la intervención y resolver posibles dudas.
- Los profesionales del centro propondrán personas potencialmente beneficiarias del programa, atendiendo a los criterios de inclusión establecidos.
- Posteriormente, se llevará a cabo una entrevista inicial individual para valorar posible participación.
- Se realizará una sesión informativa con las familias o referentes sociofamiliares para explicar la propuesta, resolver inquietudes y favorecer la adherencia.
- Se elaborará un listado de personas interesadas y preseleccionadas y se programará una sesión para que los investigadores/as realicen las pruebas de cribado.

2. Evaluación inicial y cribaje:

Esta segunda fase tiene como objetivos: seleccionar a los participantes mediante la administración de pruebas estandarizadas aplicadas por psicólogos habilitados y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente, y realizar una

evaluación de cada participante antes del inicio del programa, a fin de establecer una línea base que permita evaluar el impacto de la intervención. También se pretende iniciar el proceso terapéutico desde una perspectiva centrada en la persona, favoreciendo la implicación de las personas participantes en su propio proceso terapéutico.

En el apartado posterior “ Implementación de la intervención” se detallará el procedimiento de aplicación.

Actividades previstas:

- Se aplicarán los instrumentos de cribaje para realizar la selección asegurando que se cumplan los criterios de inclusión y exclusión.
- A las personas que no hayan sido seleccionadas se les ofrecerán rutas alternativas según corresponda.
- Las personas seleccionadas serán distribuidas de forma aleatoria en cuatro grupos de siete y un grupo de seis y se les aplicará una batería de pruebas a nivel individual que evaluarán distintas áreas vinculadas a los objetivos del programa: calidad de vida, flexibilidad psicológica, funcionamiento psicosocial, habilidades sociales, sentido de agencia, entre otras. La administración de los instrumentos se organizará en diferentes sesiones, de forma secuenciada, para evitar la sobrecarga cognitiva y emocional.
- Desde la primera sesión de evaluación se priorizará la construcción de la alianza terapéutica, generando un espacio de confianza y aceptación incondicional, facilitando la motivación y la adherencia a la intervención. Además, se incorporarán ejercicios iniciales de orientación a valores personales (ACT), con el objetivo de que la persona pueda comenzar a clarificar lo que es importante para ella, con esto se busca contrarrestar el posible malestar asociado al rol pasivo de “paciente evaluado”, favoreciendo una experiencia participativa y en línea con los principios de la atención centrada en la persona.

- Cada persona contará con una ficha de evaluación y seguimiento donde se recogerán las puntuaciones obtenidas en los instrumentos aplicados, así como las observaciones pertinentes.

3. Implementación de la intervención:

La intervención estará estructurada en 13 bloques temáticos, cada bloque se desarrolla en una o más sesiones, tal como se detalla en la tabla 5 en donde se resumen los bloques con su respectivo objetivo.

4. Evaluación final:

Esta fase se llevará a cabo un año después de la implementación del programa, con el objetivo de contrastar los resultados obtenidos respecto a las variables evaluadas en el pretest. Esta elección temporal permite minimizar el posible efecto de práctica asociado a la repetición de instrumentos de medida, y valorar la estabilidad y el mantenimiento de los cambios.

Se volverá a aplicar la batería de evaluación empleada en la fase inicial, manteniendo la coherencia metodológica.

La evaluación será realizada, siempre que sea posible, en el mismo contexto y por los mismos profesionales que participaron en el pretest. Se ofrecerá un espacio a cada persona, en el que se comentarán los avances y se establecerán recomendaciones o posibles líneas de continuidad terapéutica en función del perfil observado.

Tabla 5.

Bloques temáticos con su objetivo específico.

Bloque temático	Objetivos específicos
1. Introducción y alianza terapéutica	- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
Sesiones: 1,2,3 y 4	- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.

-
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
 - Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.
 - Clarificar los valores personales significativos.
 - Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
 - Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.
2. Psicoeducación sobre la esquizofrenia
- Sesiones:** 5 y 6
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
3. Aceptación de la experiencia psicótica, desesperanza creativa.
- Sesiones:** 7,8 y 9
- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.
 - Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
 - Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
 - Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.

- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
4. El control como problema
- Sesiones:** 10 y 11
- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.
 - Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
 - Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
 - Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
 - Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
5. Defusión cognitiva y distancia del síntoma
- Sesiones:** 12 y 13
- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
 - Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
 - Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.

- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.
 - Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.
6. Atención plena y contacto con el presente
- Sesiones:** 14 y 15
- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
 - Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
 - Potenciar la conciencia del momento presente mediante prácticas adaptadas de mindfulness.
 - Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
7. Clarificación de valores personales
- Sesiones:** 16 y 17
- Clarificar los valores personales significativos.
 - Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
 - Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.
8. Acción comprometida
- Sesiones:** 18 y 19
- Clarificar los valores personales significativos.
 - Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.

- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.
 - Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
9. Redefinición del yo, empoderamiento y Fortalecer el sentido del yo como contexto
Sesiones: 20 y 21
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
 - Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.
10. Habilidades sociales
Sesiones: 22 y 23
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
 - Desarrollar habilidades para la autoeficacia

11. Red de apoyo y participación comunitaria
- Sesiones:** 24 y 25
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
 - Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.
12. Estigma y evitación experiencial
- sesión:** 26
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
 - Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
 - Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
 - Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
 - Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.
13. Cierre, revisión de logros y plan de mantenimiento
- Sesiones:** 27 y 28
- Revisar los objetivos personales planteados al inicio.
 - Consolidar aprendizajes.
 - Fomentar la continuidad del cambio tras finalizar la intervención.
 - Fortalecer el sentimiento de cierre y pertenencia grupal.
-

Implementación de la Intervención

Bloque temático 1: Introducción y alianza terapéutica

Sesión 1

Modalidad: Grupal.

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.

Procedimiento:

La sesión se iniciará con todos los profesionales implicados en la intervención (psicólogos, personal de apoyo o facilitadores) quienes darán la bienvenida a los participantes y a sus figuras de apoyo si están presentes (familiares, acompañantes u otros referentes significativos).

Se facilitará la ubicación en la sala, en forma de círculo o semicírculo, se informará de los servicios disponibles y reglas básicas del espacio. También se presentarán las normas grupales basadas en el respeto, confidencialidad y participación voluntaria. Se fomentará que los participantes propongan otras normas si lo desean, promoviendo la co-creación del marco.

Se utilizarán estrategias de validación y escucha activa para reducir la ansiedad inicial, junto a dinámicas de respiración si el grupo lo requiere.

Después se procederá con una explicación del modelo ACT, el propósito de la intervención, su estructura por bloques temáticos y en que consiste cada uno junto a los objetivos generales.

Seguidamente se hará uso de la Metáfora de ACT : “*Los pasajeros del autobús*” (Hayes et al., 2014) (apéndice C), se explicará como forma de ilustrar la relación entre nuestros pensamientos/síntomas y la dirección vital y se fomentará el diálogo reflexivo para que las personas vinculen esta metáfora con experiencias propias.

Se realizará una dinámica de presentación grupal en la que cada persona será invitada a presentarse incluyendo una fortaleza personal (habilidad, rasgo o experiencia significativa). El facilitador modelará primero la presentación.

Como forma de explorar los apoyos percibidos, se propondrá el ejercicio “Identificar personas que nos sostienen”. Se pedirá a los participantes que recuerden a personas que hayan sido fuente de apoyo o acompañamiento, y se invitará a compartir de forma voluntaria, respetando los niveles de intimidad de cada uno.

Por último, se realizarán preguntas abiertas, se explorarán posibles barreras (internas y externas) que puedan interferir con la participación en el programa. Estas se recogerán en una hoja de trabajo para retomarlas en sesiones posteriores.

Para finalizar, se recapitularán los contenidos abordados, se reforzará la idea de grupo como espacio seguro. Se recordará que la participación es voluntaria, flexible y adaptada al ritmo de cada persona y se agradecerá la implicación, también se facilitarán los primeros cuadernos de trabajo con un índice de sesiones y espacio para reflexiones personales.

Los profesionales se despedirán con mensajes de refuerzo positivo, validando la disposición a iniciar el proceso.

Sesión 2

Modalidad: Individual

Objetivos:

- Evaluación de variables objeto de estudio mediante las pruebas estandarizadas descritas anteriormente, las variables medidas serán: calidad de vida, bienestar psicológico y valores personales
- Clarificar los valores personales significativos.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.

Procedimiento:

Se iniciará la sesión con una recepción cálida, seguidamente se dará una explicación clara y detallada de los documentos: consentimiento informado, protección de datos (LOPD y reglamento europeo) y hoja informativa del programa (apéndice D).

Una vez firmados los documentos se procederá con una introducción al objetivo de la sesión, haciendo énfasis en el papel de la evaluación como parte esencial del proceso.

Se aplicarán los cuestionarios seleccionados SQLS-R4, EBP y el VLQ, introduciendo tiempos de descanso si es necesario para evitar fatiga. A medida que se aplican los instrumentos, se ofrecerá una contextualización terapéutica para evitar que la persona se sienta “evaluada” en el sentido tradicional.

Finalizada la aplicación, se facilitará una actividad de clarificación de objetivos personales. El objetivo de esta actividad es que la persona identifique aspectos de su vida que considera importantes y que le gustaría mejorar, desarrollar o recuperar a lo largo del proceso de intervención. Los objetivos personales se recogerán en una hoja de trabajo individual que cada persona conservará en su cuaderno de trabajo con el fin de que, en la sesión de cierre individual, se realice una revisión conjunta de los avances percibidos por la persona.

Una vez hecho esto se iniciará la orientación a valores personales, a través psicoeducación sobre el rol de los valores en ACT: diferencia entre valores y objetivos.

Como herramienta visual para facilitar la actividad, se propone el ejercicio del juego de dardos (Lundgren et al., 2012)(apéndice E). Se promoverá la reflexión mediante dialogo terapéutico y preguntas abiertas sobre qué aspectos vitales son más significativos.

Para dar cierre a la sesión se hará entrega de una tarea reflexiva para la siguiente sesión que se podrá realizar en el cuaderno de trabajo, en la que la persona completara las frases: “Para mí es importante...”, “me gustaría acercarme más a...”, “me siento más yo cuando...”, “en 5 años me visualizo...”

Sesión 3

Modalidad: Individual

Objetivos:

- Evaluación de variables objeto de estudio mediante las pruebas estandarizadas descritas anteriormente, las variables medidas serán: Evitación experiencial, Autoeficacia, flexibilidad psicológica, autonomía personal / sentido de agencia.
- Clarificar los valores personales significativos.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.

Procedimiento:

Se iniciará la sesión con una explicación del propósito de la evaluación, validando posibles resistencias o cansancio, seguidamente se aplicarán las pruebas AAQ-II, GSES, ESAGE, y BEAQ.

Se procurarán pausas si es necesario para evitar la fatiga y se integraran comentarios normalizadores. Una vez finalizada la evaluación se realizará un repaso de la sesión anterior y validación de la tarea de reflexión sobre frases completadas sobre valores.

A partir de lo explorado se profundizará en los valores más significativos para la persona mediante las preguntas: “*¿Qué tipo de persona quieres ser en tus relaciones?*”, “*¿Qué cualidades valoras en ti, incluso en momentos difíciles?*” “*¿Qué es aquello que realmente te da sentido más allá de las circunstancias?*” “*¿En qué aspectos de tu vida te gustaría avanzar o acercarte más, aunque todavía no lo hayas hecho?*” “*¿Cuándo sientes que estás siendo auténticamente tú?*”

Para finalizar la sesión se hará un resumen de los contenidos abordados, validando el esfuerzo realizado y se propondrá un pequeño ejercicio para casa con el fin de reflexionar sobre las acciones que conectan con los valores identificados, la persona deberá identificar 3 acciones que realizan que consideran que están alineadas con estos valores y 3 que no lo están o los alejan de estos.

Sesión 4

Modalidad: Individual.

Objetivos:

- Evaluación de variables objeto de estudio mediante las pruebas estandarizadas descritas anteriormente, las variables medidas serán: habilidades sociales, estigma interiorizado, apoyo social percibido y regulación emocional.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

La sesión comenzará, validando el progreso realizado hasta el momento y anticipando los contenidos a trabajar. Se explicará la importancia de explorar el entorno familiar y social como parte del abordaje terapéutico

Se procederá con la administración de las pruebas de evaluación EHS, DISC 12, DERS, MSPSS, facilitando pausas según las necesidades individuales.

Una vez realizada esta parte de la evaluación, se hará un recordatorio de la sesión anterior y se revisará el ejercicio para casa, pidiendo a la persona su percepción de las acciones descritas y se reforzará el haber desarrollado el ejercicio, en caso de que no lo haya realizado se le propondrá hacerlo en sesión.

Para finalizar este bloque en la última parte de la sesión, se realizará una entrevista de diseño propio (apéndice F) centrada en las relaciones familiares y el impacto del diagnóstico en estas. Y por último se agradecerá expresamente el compromiso y participación, tanto en la evaluación como en la asistencia a las sesiones previas.

Bloque temático 2: Psicoeducación sobre la esquizofrenia.

Este bloque constituye un componente esencial de la intervención multicomponente propuesta, su incorporación se fundamenta en la sólida evidencia que respalda la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en el tratamiento de la esquizofrenia (Asensio Fernández, 2019).

El diseño de este bloque integra componentes provenientes de diferentes marcos teóricos complementarios, modelo psicoeducativo, terapia cognitivo-conductual para la psicosis (CBTp), modelo de recuperación y modelo comunitario.

Sesión 5

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Reforzar la identidad no patologizada
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

La sesión se iniciará dando la bienvenida al grupo y recordando las normas básicas (confidencialidad, respeto y participación voluntaria). A continuación, se explicará el propósito de la sesión: *“Hoy vamos a hablar de la esquizofrenia, entender lo que es, nos puede ayudar a afrontar el día a día, tomar mejores decisiones y desmontar algunos mitos.”*

Se iniciará con una discusión guiada en grupo, se preguntará:

“¿Qué sabéis o habéis escuchado sobre la esquizofrenia?”

Se recogerán las respuestas en una pizarra, con el objetivo de visibilizar posibles creencias erróneas y estigmatizantes.

A partir de las ideas recogidas, se ofrecerá una exposición didáctica con apoyo visual (diapositivas o folletos), estructurada en los siguientes contenidos:

- Definición de esquizofrenia como trastorno complejo que forma parte de un continuo, que afecta a la percepción, el pensamiento, la emoción y el comportamiento.
- Síntomas positivos: delirios, alucinaciones.
- Síntomas negativos: apatía, anhedonia, disminución de la expresión emocional, retraimiento social.
- Síntomas cognitivos: dificultades de atención, memoria y flexibilidad cognitiva.
- Variabilidad del curso del trastorno: periodos de estabilidad, factores que influyen en la evolución.
- Factores de mantenimiento y riesgo: estrés, falta de sueño, consumo de sustancias, dinámica familiar, aislamiento.
- Factores de protección: adherencia al tratamiento, autocuidado, red de apoyo social, actividades significativas.

Se explicará también el impacto del estigma y de las creencias en la vivencia de la enfermedad.

A continuación, se trabajará de forma estructurada la desmitificación de ideas erróneas:

- Se presentará una lista de mitos y realidades sobre la esquizofrenia (preparada previamente), que se comentará en grupo. Ejemplos de mitos:

“La esquizofrenia es una enfermedad rara.”

“Las personas con esquizofrenia son peligrosas.”

“La esquizofrenia no se puede tratar.”

“Tener esquizofrenia significa no poder llevar una vida normal.”

“Las personas con esquizofrenia no se dan cuenta de que están enfermas.”

Se utilizará la técnica de debate estructurado y se animará a los participantes a comentar y debatir sobre cada mito, aportando sus propias experiencias y reflexiones, para consolidar una visión más realista y menos estigmatizante del trastorno.

Después, se reforzará el concepto de afrontamiento activo:

- Se explicará qué significa adoptar un papel activo en la recuperación.
- Se ofrecerán recomendaciones prácticas para el manejo de los síntomas y la prevención de recaídas, a través de una mini formación en estrategias de afrontamiento:
 - Reconocimiento precoz de señales de alerta.
 - Importancia del sueño, la alimentación y el ejercicio.
 - Evitación del consumo de sustancias.
 - Participación en actividades significativas.
 - Cuidado de la red de apoyo social.
 - Importancia de la adherencia al tratamiento y la comunicación con los profesionales.

Como actividad de cierre, se organizará una dinámica de grupo: “*¿Qué tres cosas importantes me llevo hoy sobre la esquizofrenia?*”

Cada persona compartirá sus conclusiones en el grupo, promoviendo la validación de las experiencias y el aprendizaje colectivo.

Como consolidación del aprendizaje, se entregará un folleto-resumen con los contenidos básicos trabajados, que podrán conservar como material de consulta.

Finalmente, se propondrá una reflexión escrita como tarea personal en el cuaderno de trabajo: “*¿Qué idea me ayuda hoy a entenderme mejor y me puede servir para afrontar el futuro?*”

Se cerrará la sesión agradeciendo la participación, reforzando el papel de cada persona en su recuperación y recordando que comprender el trastorno es un primer paso hacia el empoderamiento personal.

Sesión 6

Modalidad: Grupal/familiar

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.

Procedimiento:

La sesión se iniciará con la bienvenida a los familiares o referentes sociofamiliares invitados. Se explicitará que la participación es voluntaria y que el objetivo de la sesión es

ofrecer herramientas para comprender mejor el trastorno y apoyar el proceso de recuperación de sus familiares.

Se recordarán las normas básicas de funcionamiento (respeto, confidencialidad, participación voluntaria).

Se iniciará una discusión guiada: “¿*Qué sabéis o habéis escuchado sobre la esquizofrenia?*” y se recogerán las respuestas en una pizarra.

Este espacio permitirá visibilizar y trabajar las creencias erróneas o estigmatizantes, que a menudo están presentes en el entorno familiar.

A continuación, se ofrecerá una exposición didáctica con apoyo visual (diapositivas o folletos), abordando los siguientes contenidos:

- Qué es la esquizofrenia (concepto actual basado en evidencia).
- Síntomas positivos, negativos y cognitivos.
- Curso variable y factores que influyen en su evolución.
- Papel del entorno familiar en el proceso de recuperación.
- Concepto de expresión emocional elevada y su impacto en el riesgo de recaídas.
- Estrategias familiares que favorecen la estabilidad clínica y el bienestar.
- Importancia de cuidar también el bienestar de los propios familiares.

Se hará especial énfasis en transmitir que la esquizofrenia es un trastorno complejo que no es causado por la familia, desmontando visiones culpabilizadoras, y en que el apoyo familiar puede ser un factor de gran relevancia para la recuperación.

Posteriormente, se realizará una actividad de desmitificación: se presentará una lista de mitos y realidades sobre la esquizofrenia y la familia y se abrirá un debate estructurado en el que se contrastarán estos mitos con la información científica.

A continuación, se introducirán técnicas básicas de afrontamiento y habilidades de comunicación familiar:

- Validación emocional.
- Uso de mensajes de apoyo no directivos.
- Evitación de críticas, sobre implicación emocional o actitudes controladoras.
- Técnicas de resolución de problemas en el entorno familiar.

Estas habilidades se explicarán de forma sencilla y con ejemplos prácticos.

Como parte experiencial, se realizará un ejercicio para identificar:

- 3 cosas que como familia hacemos para apoyar a nuestro familiar.
- 3 cosas que podríamos mejorar para contribuir a su bienestar.

El grupo compartirá las reflexiones de forma voluntaria, en un clima de validación y aprendizaje mutuo.

Como cierre, se entregará un folleto-resumen con los principales contenidos de la sesión y pautas de afrontamiento familiar. Se propondrá como tarea opcional reflexionar en casa sobre: *“¿Qué pequeña acción concreta podría incorporar en casa esta semana para apoyar mejor el proceso de recuperación de mi familiar?”*

Se finalizará la sesión agradeciendo la participación y el compromiso de los asistentes, y se reforzará la importancia de mantener una comunicación fluida con el equipo terapéutico.

Bloque temático 3: Aceptación de la experiencia psicótica, desesperanza creativa.

Sesión 7

Modalidad: Individual.

Objetivos:

- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.
- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.

- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.

Procedimiento:

Se iniciará la sesión revisando el estado actual de la persona, en relación con su vida y el programa de intervención.

Seguidamente se anticipará la temática de la sesión: “Hoy hablaremos de cómo enfrentamos lo que nos hace daño y el resultado de estas estrategias”.

Se explorarán las estrategias de afrontamiento a través del dialogo terapéutico, y un ejercicio de lluvia de ideas en el que se le pedirá a la persona que describa y anote en el cuaderno de trabajo: “que actuaciones ha hecho para enfrentarse al malestar”; Si la persona verbaliza pocas acciones, se concretara la cantidad en un número determinado, de 5 a 10 por ejemplo.

Una vez conseguidas acciones suficientes se hará especial énfasis en la validación empática del sufrimiento, de la función de estas estrategias y el reconocimiento de los esfuerzos realizados para enfrentarse al malestar. Después se procederá con la confrontación sobre la eficacia de estas estrategias con el fin de generar un estado de “desesperanza creativa” en el que la persona se haga consciente del escaso éxito que han tenido en cuanto a conseguir alcanzar su proyecto vital.

Esta confrontación se desarrollará mediante la metáfora: El Monstruo (Hayes et al.,1999) (apéndice G) La idea es facilitar el contacto con la experiencia en lugar de “entenderla” y promover el abandono de la resistencia o lucha, es decir su aceptación.

Nota: es muy importante que lo que se confronte sean las acciones o estrategias que se han utilizado hasta el momento como mecanismos de afrontamiento y no a la persona.

Para finalizar la sesión se preguntará a la persona cómo se ha sentido durante la sesión y qué aprendizaje se lleva

Se reforzará que no buscamos eliminar los síntomas, sino vivir con ellos sin que controlen nuestras decisiones.

Como tarea para casa con el objetivo de realizar un análisis funcional de las conductas, se le pedirá registrar situaciones difíciles durante la semana y anotar: qué pensamientos/emociones surgieron, cuando y donde paso, qué hizo y qué efecto tuvo esta acción.

Sesión 8

Modalidad: Individual.

Objetivos:

- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.
- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.

Procedimiento:

La sesión comenzará con la revisión del registro de situaciones difíciles realizado como tarea entre sesiones. Se reforzará positivamente el esfuerzo realizado por observar y anotar sus propias reacciones ante dichas situaciones.

A continuación, se indagará en la historia y función que han tenido estas conductas, destacando que dichas reacciones son comprensibles dentro del contexto vital de cada persona. Se transmitirá de forma empática que, dadas sus experiencias y circunstancias, cualquier persona podría haber reaccionado de manera similar.

Sin embargo, se facilitará la reflexión sobre el hecho de que, aunque estas respuestas puedan cumplir una función, no siempre resultan ser las más útiles o adaptativas a largo plazo.

Siguiendo con la dinámica se trabajará sobre estas estrategias de afrontamiento y su eficacia y se hará uso de la pregunta: *“¿Y si el problema no es el síntoma... sino todo lo que intentamos hacer para que desaparezca?”*

Se recordará la metáfora del monstruo (Hayes et al., 1999), haciendo énfasis en que la lucha da más fuerza al monstruo.

A continuación, se explicará la metáfora: “el invitado molesto” (apéndice H) (basada en Hayes et al., 2014).

Después de narrar la metáfora, se promoverá la reflexión mediante la pregunta:

“¿Qué pasa si dejamos que ese invitado molesto —síntomas— esté ahí, sin echarlo, pero sin hacerle caso todo el rato?”

Seguidamente se procederá con un ejercicio experiencial: se pedirá a la persona que evoque un pensamiento, sensación o voz difícil reciente y se guiará un contacto con esa experiencia: *“Nota dónde lo sientes en el cuerpo, ¿Tiene forma, temperatura, movimiento?”*, *“¿Podrías permitir que estuviera ahí, sin hacer nada con ello, solo por unos segundos?”*

Se validará cualquier emoción asociada, miedo, frustración, cansancio, etc y se presentará la aceptación como:

“La disposición de dejar que los pensamientos, emociones o síntomas estén ahí, aunque no nos gusten, para poder vivir la vida que uno desea”.

Se preguntará a la persona cómo se ha sentido durante la sesión y qué aprendizaje se lleva. Como tarea para casa con el objetivo de consolidar el proceso de aceptación se continuará con el registro experiencial con la indicación de que, en lugar de luchar contra la experiencia, simplemente anote lo que ocurrió sin juzgarlo.

Sesión 9

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.
- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

Se iniciará la sesión recordando la metáfora: “el invitado molesto”, abriendo un espacio para que los miembros del grupo compartan de forma voluntaria, experiencias de sus registros y como intentaron deshacerse del malestar realizando las siguientes preguntas: “*¿se parecen estas experiencias a un invitado molesto? ¿Qué hiciste cuando apareció el malestar o los pensamientos molestos? ¿Desaparecieron del todo?*”.

Se validarán las respuestas reconociendo la dificultad de estas experiencias y se reforzará el compartirlas, seguidamente se procederá con la actividad tarjetas de invitados molestos: Para esta actividad se repartirán tarjetas en blanco. Cada persona anotará en varias tarjetas los síntomas, emociones o pensamientos molestos que suelen aparecer como: “las voces que me insultan”, “el miedo a perder el control”, “la tristeza constante”, etc.

Se colocarán las tarjetas en el suelo, creando una pequeña distancia física, y se procederá con una reflexión guiada: “*Si no tuvierais que luchar con estas experiencias...*”

¿qué podríais hacer ahora mismo? ¿Qué haríais si no tuvieras que eliminarlas para actuar?” y se invitará a compartir en grupo estas observaciones.

Se procederá con un ejercicio experiencial haciendo uso de la metáfora de “El monstruo”, se dibujará un círculo en el suelo. Dos personas se colocarán dentro con una cuerda. Uno representara al participante y el otro al "monstruo" (síntoma).

Se escenificará la lucha de manera que ambos tiraran de la cuerda. Se observará cómo la persona se acerca más al borde del círculo (caída simbólica).

Luego se introduce la consigna: *“¿Y si en lugar de seguir luchando... simplemente soltaras la cuerda?”*

Cuando la persona suelte la cuerda: *“¿Qué cambia cuando dejas de luchar?”*

Se repetirá con otras parejas del grupo, los observadores también podrán participar comentando.

Finalmente, en cada tarjeta de “invitado molesto”, escribirán en el reverso lo que ocurriría si sueltan la cuerda.

Para cerrar se realizará una ronda con preguntas sobre lo escrito en las tarjetas.

Se validará de forma empática y se reforzará el valor de dejar de luchar para poder centrarse en acciones que los lleven a una vida alineada con lo que realmente valoran, aunque el malestar siga presente.

Bloque temático 4: El control como problema

Sesión 10

Objetivos:

- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.
- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.

- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.

Procedimiento:

La sesión comenzará revisando el estado actual de la persona, se explorará si en los últimos días han aparecido intentos de controlar o evitar experiencias internas desagradables (como pensamientos intrusivos, voces o emociones difíciles) y qué consecuencias han tenido estas estrategias.

Se introducirá la temática: “¿Qué sucede cuando intentamos controlar lo incontrolable?”. Seguidamente, se propondrá un ejercicio experiencial.

Se pedirá a la persona que piense durante unos segundos en el color verde, una vez hecho esto, se le pedirá que, de forma deliberada, intente no pensar en el color verde.

Se explorará conjuntamente lo ocurrido durante el ejercicio, facilitando la toma de conciencia sobre la dificultad o incluso imposibilidad de controlar ciertos pensamientos o experiencias.

El objetivo de este ejercicio es favorecer una actitud de apertura y aceptación hacia los eventos mentales. Se promoverá la reflexión mediante la pregunta: “¿Cuántas veces has intentado dejar de pensar, de oír, de sentir algo?”

Seguidamente se procederá con la “Metáfora del polígrafo” (Hayes et al., 1999, pp. 123-124): *Imagina que participas en un experimento. Te colocan un polígrafo, una máquina que detecta el estrés o la incomodidad emocional. La consigna es simple: no debes sentir ansiedad, ni pensar en nada perturbador, o el polígrafo se activará. Cada vez que te pongas nervioso o pienses en algo desagradable, sonará una alarma. Si suena, te darán una descarga eléctrica.*

Se acompañará de las siguientes preguntas: *¿Qué crees que ocurriría si te esforzaras mucho por no sentir en esta situación? ¿Alguna vez te ha pasado que cuanto más intentas no*

pensar o no sentir algo, más presente se vuelve? ¿Qué efecto tiene esto en ti? ¿Qué precio crees que pagamos al luchar constantemente por no sentir malestar o incomodidad? ¿Qué crees que cambiaría si en lugar de evitar esas experiencias, aprendieras a relacionarte con ellas de otra manera?

Se propondrá a la persona que piense en una acción significativa que podría llevar a cabo si no luchara con su malestar, orientándola a que conecte con algún valor personal relevante.

Para finalizar se preguntará, cómo se ha sentido durante la sesión, qué aprendizaje se lleva y se validará de forma empática cualquier dificultad experimentada, recordando que aceptar no significa rendirse, sino permitir que el malestar esté presente mientras se avanza en lo que realmente importa.

Como tarea para casa se pedirá registrar durante la semana al menos una situación difícil en la que aparezca malestar emocional o psicótico, anotando:

- Qué situación fue.
- Qué experiencia interna surgió (pensamiento, emoción, síntoma).
- Qué intentó hacer para controlar o evitar esa experiencia.
- Qué resultado tuvo.
- Qué podría haber hecho diferente si no necesitara controlar esa experiencia.
- Qué valor personal estaría presente en esta situación si no luchara.

Sesión 11

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Fomentar la aceptación de la experiencia psicótica y reducir la lucha interna contra los síntomas.

- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

Durante esta sesión a través del diálogo terapéutico y ejercicios experienciales, se trabajarán opciones al control de pensamientos o emociones, mediante el avance en dirección de los propios valores, a pesar del malestar o las dificultades.

La sesión comenzará con un repaso de los contenidos tratados en el encuentro anterior, se invitará a compartir cómo han gestionado en los últimos días aquellas experiencias internas que les generan malestar. Se planteará la pregunta: “*¿En qué momentos de esta semana has sentido que estabas luchando contra tus pensamientos o emociones?*”

A continuación, se propondrá el ejercicio “Tu nombre”, con el objetivo de tomar contacto de manera vivencial con la imposibilidad de controlar ciertos pensamientos. Se pedirá a una persona voluntaria que se levante y diga en voz alta su nombre completo frente al grupo. Seguidamente, se pedirá al resto de participantes que, durante un minuto, traten activamente de no pensar en el nombre que acaban de oír.

El facilitador cronometrará el tiempo y, al finalizar, se abrirá un espacio para compartir la experiencia.

Se fomentará la reflexión grupal mediante preguntas como:

- “¿Fue posible no pensar en el nombre?”
- “¿Qué ocurrió en vuestra mente cuando intentasteis evitarlo?”

- “¿Qué hacéis normalmente cuando aparece un pensamiento que no os gusta?”

A partir de las respuestas, se guiará una conversación que permita observar la tendencia automática a luchar con las experiencias internas, y cómo dicha lucha puede ser ineficaz o incluso contraproducente, conectando con experiencias frecuentes (como las alucinaciones auditivas o los pensamientos persecutorios) y se introducirá la idea de que aceptar su presencia, puede reducir el malestar asociado.

Se trabajará con el ejercicio experiencial “La canica en el zapato”: Se entregará una canica a cada persona y se les pedirá que la introduzcan en uno de sus zapatos, con la consigna de que caminen por la sala durante unos minutos realizando tareas sencillas como dar la vuelta a una silla, mirar por la ventana, saludar a un compañero o leer en voz alta una frase. Durante la actividad, se hará la observación de que el malestar físico está presente, pero no necesariamente impide llevar a cabo las acciones propuestas.

Tras la caminata, se abrirá un espacio de reflexión:

- “¿Cómo os habéis sentido caminando con la canica?”
- “¿Habéis podido hacer las tareas a pesar de la molestia?”
- “¿Qué aprendemos de esto con relación a las emociones o síntomas que nos incomodan?”

Se concluirá que, igual que es posible caminar con una incomodidad física, también es posible actuar en la vida con presencia de síntomas o pensamientos desagradables, sin que estos tengan que decidir qué hacemos.

Finalizado este ejercicio, se facilitará el diálogo terapéutico retomando la metáfora del autobús, recordando que, en esta metáfora, la persona es el conductor del autobús de su vida, en el autobús viajan muchos pasajeros: algunos son tranquilos, otros ruidosos, amenazantes, desagradables. Sin embargo, el conductor no puede controlar que estén ahí

ni hacerlos bajar a la fuerza, lo único que puede controlar es la dirección en la que decide conducir su autobús.

Se preguntará al grupo:

- “¿Qué pasajeros suelen subirse a vuestro autobús?”
- “¿Qué hacéis cuando esos pasajeros gritan o molestan?”
- “¿Cómo sería tomar el volante y seguir vuestro camino, aunque estén ahí?”

A través de este diálogo, se trabajará la identificación de valores personales como guía para la acción, más allá del malestar. Se invitará a cada persona a pensar en algo pequeño que podrían hacer esta semana, alineado con sus valores, aunque aparezcan los “pasajeros”.

Para finalizar la sesión, se recogerán las verbalizaciones sin forzar la participación, validando cada aportación desde un enfoque respetuoso. Se invitará al grupo a seguir observando sus experiencias internas desde una actitud de apertura.

Bloque temático 5: Defusión cognitiva y distancia del síntoma

Sesión 12

Modalidad: Individual

Objetivos:

- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.

Procedimiento:

En esta sesión se trabajará el proceso de defusión cognitiva, con el propósito de que la persona aprenda a relacionarse de manera distinta con sus síntomas. Se promoverá

una actitud de observación y toma de distancia, reduciendo el impacto y capacidad de los síntomas para gobernar la conducta.

Se reflexionará sobre que, los pensamientos no son hechos, sino eventos mentales que aparecen de forma automática, muchas veces sin que podamos elegir su contenido.

Mediante ejercicios experienciales y metáforas, se fomentará una postura de curiosidad y apertura ante el lenguaje interno, para que la persona pueda notar lo que piensa sin fusionarse con ello ni dejar que dichos pensamientos determinen su comportamiento.

Se propondrá el ejercicio “Sacar la mente a paseo” (Hayes et al., 1999), Se le explicará a la persona que durante unos minutos se simulara que la mente es una persona externa que va hablándole mientras se mueve por la sala. El terapeuta representará la voz de la mente de la persona, repitiendo frases que le afectan de forma personalizada (por ejemplo: *“No puedes confiar en nadie”*, *“Te están vigilando”*, *“Vas a fallar”*). La persona caminará por el espacio, realizando tareas simples, sin responderle a esta “mente”.

Si en algún momento la persona responde, se le recordará la única norma del ejercicio: *“Nunca hables a tu mente”*. Tras unos minutos, se intercambiarán roles de modo que la persona hará de mente del terapeuta, funcionando este como modelo.

Seguidamente, se introducirá un ejercicio de desliteralización. Se pedirá a la persona que elija uno de sus pensamientos más frecuentes y perturbadores, y se le invitará a repetirlo de diferentes formas: como si lo dijera con voz de robot, como si estuviera cantando una canción, o de forma extremadamente rápida o lenta y se le preguntará: *¿Notas alguna diferencia cuando lo dices así? ¿Sigues teniendo el mismo peso o se siente distinto?*

Este ejercicio se deberá realizar con mucho cuidado de forma que no se ridiculice el sufrimiento de la persona.

Sesión 13

Modalidad: Individual.

Objetivos:

- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.
- Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.

Procedimiento:

La sesión comenzará con una recapitulación de lo trabajado en sesiones anteriores, haciendo énfasis en el avance hacia una relación más abierta y flexible con los síntomas.

Se trabajará con la idea de que el contenido negativo o positivo del pensamiento no sería lo problemático, sino el apego a cualquier contenido mental.

Se propondrá el ejercicio experiencial de polaridad de la mente (*Mental Polarity*, Hayes et al., 1999): Se pedirá a la persona que con los ojos cerrados escuche y crea profundamente una serie de pensamientos que se le dirán.

El ejercicio comenzará con frases positivas: “Soy una persona válida.”, “Tengo mucho valor.”, “Estoy hecho para grandes cosas.”, “Soy perfecto.”

Después de cada frase, se le pedirá que observe lo que ocurre internamente: qué imágenes, sensaciones, pensamientos o juicios aparecen. Luego, el mismo proceso se repetirá

con pensamientos negativos: “Tengo fallos importantes.”, “Soy insuficiente.”, “Soy un fracaso.”, “No hay nada bueno en mí.”

Se animará de nuevo a notar la reacción de la mente ante estos contenidos, especialmente si aparecen contradicciones, rechazos, o pensamientos compensatorios y se abrirá un espacio de reflexión:

- “¿Cómo fue para ti escuchar estas frases?”
- “¿Qué pensamientos eran más difíciles de sostener?”
- “¿Qué hacía tu mente mientras escuchabas estos extremos?”
- “¿Te diste cuenta de que al afirmar algo, tu mente inmediatamente contrarresta con lo contrario?”

Se trabajará cómo el lenguaje opera dialécticamente, y que la serenidad no se halla en el contenido, sino en una posición distinta: la del yo que observa.

Se continuará con a la metáfora del tablero de ajedrez (Hayes et al., 1999), para activar la toma de distancia respecto a los contenidos mentales y favorecer el contacto con el *yo como contexto*, reforzando una perspectiva más amplia, flexible y con mayor sentido de agencia.

Para facilitar una experiencia vivencial, se colocará un tablero de ajedrez real sobre la mesa de la consulta y se explicará a la persona que las piezas blancas representan, recuerdos agradables, esperanzas, pensamientos positivos, tranquilidad o momentos de conexión. Las piezas negras, en cambio, simbolizan los pensamientos difíciles, síntomas, miedo, ansiedad o desesperanza. Se planteará entonces la pregunta: “En este juego que estás viendo aquí, ¿quién dirías que eres tú?”

Buscando reflejar los aspectos más deseables o positivos lo más común es que la persona elija las piezas blancas. Ante esta respuesta, se le invitará a ampliar la perspectiva:

“¿Y si no fueras ninguna de las fichas? ¿Y si fueras otra cosa dentro de este juego?”

Se le propondrá entonces contemplar la posibilidad de que sea el tablero. Un espacio que contiene todas las piezas, tanto las agradables como las desagradables.

“Así como este tablero sostiene a todas las piezas sin preferencia, también tú sostienes en tu interior pensamientos agradables y desagradables, recuerdos felices y dolorosos, momentos de calma y otros de lucha. Sin embargo, tú sigues siendo tú, más allá de lo que pasa sobre tu tablero.”

El ejercicio se ampliará incluyendo una segunda capa:

“Y si nos alejamos un poco... podemos observar algo más: el lugar donde está ocurriendo la partida. Quizá es un sitio frío, lluvioso, incómodo. Tal vez hay mucho ruido, o es un lugar donde no te sientes seguro. Estás tan enfocado en ganar la partida entre blancas y negras que has olvidado mirar dónde estás jugando. ¿Qué pasaría si dejaras de luchar en la partida, y empezaras a mirar alrededor, a explorar si hay otro lugar al que mover tu tablero?”

Se le puede decir algo como:

“Quizá más allá de esta mesa haya algún sitio más cálido, con luz, con calma”.
¿Necesitas ganar esta partida? ¿Puedes elegir llevar tu tablero hacia ese otro lugar? ¿Tal vez dejar que las negras ganen?”

Para finalizar se facilitará un espacio de conversación para integrar la experiencia con preguntas como:

- “¿Cómo fue para ti ver todo esto representado con un tablero?”
- “¿Te sientes más identificado con alguna pieza o con el tablero?”
- “¿Qué cambió en ti cuando empezaste a pensar que podías llevar tu tablero a otro lugar?”
- “¿Dónde te gustaría poner tu tablero a partir de ahora?”

Bloque 6: Atención plena y contacto con el presente

Sesión 14

Modalidad: grupal

Objetivos:

- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
- Potenciar la conciencia del momento presente mediante prácticas adaptadas de mindfulness.
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

Se dará la bienvenida al grupo, haciendo un resumen de lo trabajado hasta el momento también se recordarán las normas básicas (confidencialidad, respeto, compartir desde la experiencia, no interrumpir). Se explicará la sesión como un taller de aprendizaje para mantenerse en el momento presente, esta sesión se realizará al aire libre, en una zona arbolada y verde a ser posible.

Se pedirá al grupo que se tumben en el césped y realicen una respiración profunda, a continuación, se procederá con forma reducida de la relajación progresiva de Jacobson para favorecer el anclaje corporal (apéndice I).

Seguidamente se pedirá al grupo que se pongan de pie y junto a los facilitadores formen un círculo, se coloquen uno tras otro y comiencen a caminar lentamente focalizando la atención en el movimiento al andar.

El facilitador dará instrucciones breves cada 30-60 segundos para dirigir la atención:

- “Nota el contacto de tus pies con el suelo.”
- “Siente el balanceo de tu cuerpo mientras te mueves.”
- “Observa el movimiento de tus pies, cadera, piernas, tobillo, talón”
- “Quizás aparecen pensamientos... puedes notarlos y volver a sentir cómo caminas.”
- “Si pierdes el foco, está bien... solo vuelve a tus pasos.”

Se validará que puedan surgir distracciones, pensamientos, voces o incomodidad, y que eso no es señal de fallo, sino parte del proceso.

Una vez realizado el ejercicio, sentados se abrirá un espacio grupal para compartir qué notaron durante el ejercicio. Se reforzará cualquier observación, incluyendo las dificultades: “¿Qué has notado al caminar de este modo? ¿Ha sido fácil o difícil mantener la atención? ¿Ha habido momentos de conexión con el cuerpo?”

Para finalizar se realizará un ejercicio de respiración sentados: “Lleva tu atención a tu respiración. Nota cómo el aire entra... y sale... Si tu mente se distrae, vuelve con amabilidad.”

Se invitará a elegir un momento cotidiano durante la semana para caminar con más atención (por ejemplo, al ir al supermercado o al moverse por casa). No como obligación, sino como una forma de entrenar estar presentes.

Se entregará como tarea para casa una hoja de trabajo diseñada por Ruiz,2020 en la que se retomará la metáfora del autobús.

Sesión 15

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Incrementar la flexibilidad psicológica como herramienta para el afrontamiento del malestar emocional.
- Mejorar la regulación emocional en situaciones estresantes.
- Potenciar la conciencia del momento presente mediante prácticas adaptadas de mindfulness.
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

La sesión iniciara con un repaso de la sesión anterior, y se invitara a los participantes a compartir si han podido practicar durante la semana en algún momento la técnica del caminar consciente, se preguntará: “¿Hubo algún momento esta semana en el que os hayáis acordado de caminar más despacio o prestar atención al cuerpo?”, “¿Qué fue fácil o difícil de esta práctica?”, “¿Qué notasteis mientras caminabais con más atención?”

Se validarán tanto las experiencias positivas como las dificultades o resistencias encontradas reforzando que no se trata de hacerlo perfecto, sino de observar ya que el objetivo es cultivar una actitud de curiosidad y amabilidad hacia la propia experiencia.

A continuación, se procederá a revisar en grupo la hoja de trabajo de la metáfora del autobús se animará a hablar desde la experiencia concreta, sin entrar en debates, y a usar el lenguaje de la metáfora.

- “¿Qué dirección valiosa habías elegido la semana pasada?”

- “¿Qué pasajeros aparecieron durante el camino?”
- “¿Qué hiciste con ellos? ¿Lograste seguir conduciendo?”
- “¿Hubo algún momento en el que sentiste que los pasajeros tomaban el control?”

Se validarán las respuestas, reforzando el movimiento hacia los valores pese a la presencia de los pasajeros. Se destacará que el objetivo no es eliminar los pensamientos o síntomas, sino relacionarse de manera distinta con ellos, desde una posición más amplia y flexible.

Una vez realizada la revisión se procederá con el ejercicio experiencial “comer consciente” como forma de potenciar la conexión con el presente a través de los sentidos y entrenar la observación sin juicios.

Se entregará una galleta sencilla a cada participante (puede ser tipo María o similar) y se indicará que no la coman aún, se explicará el objetivo del ejercicio: “Hoy vamos a practicar cómo estar plenamente presentes en una actividad tan cotidiana como comer. Vamos a comer una galleta con todos nuestros sentidos, lentamente, observando lo que aparece momento a momento.”

Se guiará el ejercicio paso a paso, haciendo pausas frecuentes:

- Observar: “Mira la galleta como si nunca hubieras visto una. Observa su forma, color, textura.”
- Oler: “Acércala a tu nariz... ¿qué olor tiene? ¿te recuerda a algo?”
- Tocar: “Nota su textura con los dedos... ¿es lisa, rugosa, blanda?”
- Escuchar: “¿Hace algún sonido al rozarla con los dedos?”
- Probar: “Llévala lentamente a tu boca, sin morderla aún. Nota el contacto.”
- Masticar: “Empieza a masticar lentamente... nota el sabor, la temperatura, la textura. Mastica despacio... sin prisas.”

Durante todo el proceso se recordará que, si surgen pensamientos o distracciones, pueden observarlos y volver a la experiencia con los sentidos.

Tras finalizar, se invitará a compartir: “¿Cómo fue esta experiencia comparada con cómo comes habitualmente?, ¿Hubo algo que notaste por primera vez?”, “¿Qué distracciones aparecieron?, ¿Qué hiciste con ellas?”

Se reforzará la actitud de curiosidad, y presencia sin juicio. Para finalizar se realizará una pequeña práctica de atención plena de 3 minutos centrada en los sonidos del entorno en la que se pedirá a los participantes que escuchen los sonidos de la naturaleza, con el objetivo de generar un espacio de calma.

Se invitará a elegir algún momento del día para comer un alimento conscientemente, sin estímulos externos (sin tele, sin móvil), y prestar atención solo a los sentidos. No como deber, sino como experiencia de exploración.

Bloque 7: Clarificación de valores personales

Sesión 16

Modalidad: Individual

Objetivos:

- Clarificar los valores personales significativos.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.

Procedimiento:

La sesión iniciara repasando con la persona los progresos que se han realizado hasta el momento, como se está sintiendo y que limitaciones o dificultades se han encontrado.

Seguidamente se explicará que se va a trabajar sobre: lo que es importante para uno mismo, más allá de los síntomas, las dificultades o el pasado. Volviendo al concepto de valor como dirección elegida, y no como meta concreta.

“Un valor no es algo que se consigue, como un trabajo o una casa. Es una forma de caminar en la vida. Por ejemplo: tratar a los demás con respeto, ser un buen amigo, cuidar de la salud. Son cosas que uno elige porque le importan, no porque tenga que hacerlo.”

Se explicará que en esta sesión se busca explorar lo que realmente importa a la persona, sin juicios más allá de las demandas familiares, sociales o del terapeuta.

Se propondrá el ejercicio experiencial "Funeral o epitafio" (Hayes,1999):

“Imagina que, dentro de muchos años, hay una reunión donde tus seres queridos hablan de ti. ¿Qué te gustaría que dijeran sobre la persona que fuiste? ¿Cómo te gustaría que te recordaran?”

Se facilitará material para que la persona pueda escribir libremente o verbalizarlo. Se le ayudará a identificar palabras relacionadas con valores (ej. "fue generoso", "luchó por los suyos", "nunca dejó de intentarlo").

A continuación, se presentará la hoja de áreas vitales (apéndice J), donde se repasarán diferentes dimensiones: salud, relaciones familiares, amistades, trabajo o formación, ocio, espiritualidad, crecimiento personal, comunidad, etc.

Para cada una, se le pedirá:

1. Puntuar cuán importante es esa área en su vida (0–10).
2. Puntuar cómo se siente actualmente en esa área (0–10).
3. Escoger una o dos áreas que considere significativas para explorar en profundidad.

Se facilitará un diálogo empático, validando cualquier bloqueo, confusión o duda.

La sesión terminará con una exploración de barreras internas y externas que puedan estar interfiriendo: “¿Qué te impide moverte hacia eso que te importa? ¿Qué te dice tu mente? ¿Qué emociones aparecen cuando piensas en dar pasos en esa dirección?”

Se recogerán estas respuestas y se relacionarán con los "pasajeros del autobús" que están bloqueando la acción comprometida.

Para cerrar, se reforzará que no hay una forma correcta de responder y que solo con empezar a reflexionar sobre estos temas ya se está avanzando hacia una vida con más sentido.

Se entregará la hoja de trabajo: reflexión sobre elecciones y valores (apéndice K).

Sesión 17

Modalidad: Individual.

Objetivos:

- Clarificar los valores personales significativos.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.

Procedimiento:

La sesión iniciará retomando el contenido anterior. Se revisará lo compartido sobre los valores personales, la hoja de áreas vitales y de reflexión: “¿Hubo algo que te resonara especialmente? ¿Un valor que sientas que te representa?”

Se tratará la diferencia entre decisiones y elecciones (Hayes et al., 2014): “Decidir es algo que solemos justificar con razones. Elegir es algo más profundo, que nace de lo que valoramos, aunque no siempre sepamos explicarlo. A veces, aunque no tengamos ganas, elegimos movernos porque eso nos conecta con lo que nos importa.”

Para ilustrarlo se usará un ejemplo cotidiano como ir a alguna reunión sin ganas, o levantarse sin motivación cuando hay algo valioso en juego. Se presentará la metáfora del cubo de basura: “Imagina que hay un cubo de basura lleno de cosas desagradables: pensamientos como ‘no valgo’, emociones difíciles, voces molestas... pero sabes que al fondo hay algo que es valioso para ti: una foto, un recuerdo, un proyecto. ¿Estarías dispuesto a meter la mano para cogerlo?”

Se reflexionará sobre el hecho de que el malestar no tiene por qué impedirnos actuar si lo que hay al otro lado tiene suficiente valor.

Se pedirá a la persona que elija uno de sus valores importantes y se diseñara una pequeña acción valiosa:

- ¿Qué acción concreta puede hacer esta semana que le acerque a ese valor?
- ¿Cuándo la hará? ¿Dónde? ¿Cuánto tiempo?
- ¿Qué barreras pueden aparecer? ¿Qué le dirá su mente?
- ¿Qué le ayudará a mantenerse conectado a su valor?

La sesión concluirá reforzando la autonomía:

“No necesitas esperar a que todo esté perfecto para empezar a actuar, lo que haces hoy puede ser un paso pequeño, pero te acerca a la dirección que eliges.”

Bloque 8: Acción comprometida

Sesión 18

Modalidad: Grupal.

Objetivos:

- Clarificar los valores personales significativos.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

Se dará la bienvenida al grupo y se contextualizará la sesión como parte del proceso de aceptar pensamientos, emociones o síntomas sin luchar contra ellos. Se retomará la metáfora “lucha contra el monstruo”.

Seguidamente se recordará la metáfora del cubo de basura a través de un ejercicio experiencial, se tomará un cubo y se invitará a las personas a imaginar que el cubo está lleno de: miedo, ansiedad, voces, recuerdos dolorosos. En el fondo del cubo hay algo muy valioso: una fotografía, una relación, un deseo importante.

Se preguntará: “¿Qué estarías dispuesto a sentir si eso te acercara a lo que más valoras?” “¿Podrías meter la mano en el cubo con el objetivo de llegar a lo que anhelas?” “¿Has hecho alguna vez algo difícil solo porque era importante para ti?”

Se abrirá espacio para compartir experiencias y conectar con la idea de que muchas veces aceptamos el malestar cuando lo que hay detrás vale la pena.

Después se trabajará la dinámica grupal: círculos de aceptación, se formarán tres círculos en el suelo:

- Círculo 1: “Lo que estoy dispuesto a aceptar”
- Círculo 2: “Lo que me cuesta mucho aceptar”
- Círculo 3: “Lo que no estoy dispuesto a aceptar todavía”

Cada persona escribirá en post-its elementos de su experiencia (síntomas, emociones, recuerdos) y los colocará en el círculo correspondiente. Luego, en grupo, se reflexionará:

“¿Qué hace que algunas cosas sean más fáciles de aceptar que otras?” “¿Qué podría ayudarte a mover algo al círculo 1?”

Se cerrará la sesión recordando que la aceptación no es resignación, sino una forma de liberarse del control. Se recordará la metáfora del autobús: “puedo conducir, aunque los pasajeros no me gusten”. Se invitará a los participantes a pensar en una pequeña acción valiosa que harían esta semana, aunque aparezca malestar.

Sesión 19

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Clarificar los valores personales significativos.
- Fomentar la toma de decisiones alineadas con los valores personales.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia y la acción comprometida.
- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Procedimiento:

Se iniciará la sesión preguntando si han podido poner en práctica alguna pequeña acción valiosa, validando cualquier intento, y remarcando que la dirección importa más que la perfección.

Se procederá con la activación de valores a través de la dinámica de los hilos: cada persona recibe una tarjeta con un valor (elegido previamente en sesiones anteriores) y una madeja de hilo. Se les pedirá que compartan por qué ese valor es importante y a quién los conecta (ej.: familia, amigos, comunidad). Al compartir, lanzarán el hilo a otro compañero, tejiendo una red simbólica de sentido y compromiso.

Se reflexionará en grupo: “¿Qué sientes al ver esta red?” “¿Cómo cambia tu experiencia interna cuando conectas con lo que de verdad importa?”

Seguidamente se procederá con el ejercicio plan de acción en el que cada participante completará una ficha donde especifique:

- Valor elegido
- Acción específica y observable

- Frecuencia y duración
- Obstáculos internos esperados
- Recursos personales o grupales disponibles

Después se trabajará en parejas y supervisados por los facilitadores para pensar estrategias de afrontamiento.

Para finalizar se invitará a los miembros del grupo a verbalizar su acción elegida con una frase como:

“Esta semana, aunque aparezca miedo o pereza, me comprometo a...”

Se reforzará la agencia personal y la orientación a valores.

Bloque 9: Redefinición del yo, empoderamiento y fortalecer el sentido del yo como contexto

Sesión 20

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.

Procedimiento:

La sesión se iniciará con una dinámica de acogida para crear un clima de seguridad y apertura. Se invitará a compartir algo que hayan hecho durante la última semana que haya contribuido a su bienestar o les haya permitido afrontar mejor alguna dificultad.

A continuación, se introducirá el concepto de empoderamiento como proceso personal que permite a la persona asumir un rol activo en su recuperación, en línea con el paradigma de recuperación descrito. Se explicará que el empoderamiento implica aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, fortalecer la capacidad de tomar decisiones y desarrollar habilidades que favorezcan una vida significativa.

Se expondrá brevemente el modelo de vulnerabilidad-estrés, utilizando ejemplos concretos, para promover una comprensión integral de la esquizofrenia como interacción entre predisposición, factores ambientales y estrategias personales. Se destacará que, si bien algunos factores no son modificables, muchos otros sí dependen de la propia persona y pueden ser gestionados de forma activa.

A partir de este marco, se propondrá la dinámica experiencial “mi poder personal”. Cada participante dispondrá de una hoja dividida en dos círculos: uno destinado a aspectos que no pueden controlar (por ejemplo, el diagnóstico, la genética, las reacciones ajenas), y otro a aspectos sobre los que sí tienen influencia (por ejemplo, la adherencia al tratamiento, la organización del día a día, la búsqueda de apoyo, la gestión del estrés). Se animará a reflexionar de forma realista y empática sobre su capacidad de acción.

Posteriormente, se facilitará un espacio de discusión grupal en el que se podrán compartir los mapas y comentar estrategias que les han resultado útiles para fortalecer su capacidad de control y su participación en el propio proceso de recuperación. Se reforzará las actitudes de autoeficacia y validará los esfuerzos individuales, promoviendo un clima de apoyo mutuo.

Para cerrar la sesión, se propondrá a cada persona que identifique una acción concreta que desee realizar en la próxima semana para incrementar su sentido de control y empoderamiento, registrándola en su hoja de trabajo personal. Se realizará una última ronda de palabra en la que cada persona compartirá con el grupo su compromiso individual.

Sesión 21

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.

Procedimiento:

La sesión se iniciará invitando a los participantes a compartir alguna acción realizada desde la última sesión que haya contribuido a fortalecer su sentido de control o bienestar.

A continuación, se introducirá el tema central de la sesión: la identidad personal y la tendencia habitual a definirse de forma rígida en función de etiquetas externas (por ejemplo: “soy un enfermo mental”, “soy esquizofrénico”). Se explicará que este tipo de identificación restringe las posibilidades de acción y puede reforzar la autolimitación y el estigma.

Se trabajará con el concepto de yo como contexto y se retomará la metáfora del tablero de ajedrez: los pensamientos y emociones son piezas que se mueven en el tablero, pero el tablero (el yo como contexto) permanece estable y amplio.

A continuación, se realizará un ejercicio guiado de defusión y toma de perspectiva, basado en la práctica de *yo observador* (Hayes et al., 1999) en esta meditación en la que observarán los pensamientos como eventos pasajeros, promoviendo la separación entre el contenido de la mente y el yo.

Posteriormente, se llevará a cabo la dinámica experiencial “La historia que me cuento sobre mí”. Los participantes escribirán frases que habitualmente se dicen sobre sí mismos o

que han recibido de su entorno (“soy incapaz”, “siempre fallo”, “no soy como los demás”). En un segundo momento, se les invitará a explorar cómo podrían reformular estas frases desde una perspectiva más flexible y empoderada (“soy una persona que ha pasado por muchas dificultades y sigue adelante”, “soy más que mis síntomas”).

Se facilitará una discusión grupal en la que se reforzarán las narrativas de recuperación y se validarán las identidades personales más allá de la enfermedad. Se subrayará que el proceso de recuperación implica también redefinir el propio sentido de identidad y agencia.

La sesión se cerrará con una invitación a que cada participante identifique una cualidad personal valiosa o un valor importante que desee cultivar como parte de su identidad, más allá del diagnóstico. Se les animará a llevar esta reflexión a su vida cotidiana.

Nota: Es importante validar en todo momento las experiencias de los participantes, cuidando que la discusión sobre la identidad no genere malestar excesivo. Se fomentará una actitud de curiosidad y apertura hacia nuevas formas de definirse, sin forzar cambios abruptos.

Bloque 10:Habilidades sociales

Sesión 22

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia

Procedimiento:

La sesión se iniciará con una introducción a las habilidades sociales, entendidas como conductas que facilitan las relaciones interpersonales satisfactorias y que pueden mejorar el bienestar personal. Se explicará que muchas personas con esquizofrenia presentan dificultades en este ámbito, en parte como consecuencia de los síntomas y de las experiencias de estigma y retraimiento.

Se introducirán los tres estilos básicos de comunicación (agresivo, pasivo/evitativo y asertivo) mediante ejemplos cotidianos. A través de preguntas abiertas, se promoverá que los participantes reflexionen sobre su estilo predominante.

A continuación, se expondrán las características de la comunicación asertiva y sus beneficios, subrayando su coherencia con los objetivos de empoderamiento y recuperación personal.

Se realizará una primera práctica experiencial a través de role-playing en tríadas (participante-observador-terapeuta), donde se ensayarán frases de petición, de expresión de necesidades y de negativa asertiva.

El facilitador ofrecerá feedback positivo y correctivo, animando a la experimentación y a la autoobservación.

Se promoverá la reflexión grupal sobre las emociones vividas durante la práctica y sobre los posibles obstáculos personales a la comunicación asertiva.

Para cerrar la sesión, se invitará a cada participante a identificar una situación real en la que podría intentar poner en práctica la comunicación asertiva durante la semana siguiente.

Sesión 23**Modalidad:** Grupal**Objetivos:**

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.

- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Desarrollar habilidades para la autoeficacia

Procedimiento:

La sesión se iniciará recuperando las experiencias en relación con la tarea asignada en la sesión anterior (uso de comunicación asertiva en la vida cotidiana). Se validarán los intentos realizados y se explorarán las dificultades encontradas.

Seguidamente, se introducirá el tema de la expresión emocional como componente central de las habilidades sociales. Se destacará que muchas veces las emociones se reprimen o se expresan de forma desajustada, dificultando la interacción interpersonal.

A continuación, se trabajarán habilidades para afrontar situaciones interpersonales difíciles, como:

- recibir críticas
- expresar desacuerdo de forma respetuosa
- manejar el rechazo
- pedir ayuda

Se ofrecerán ejemplos y se realizarán role-playing centrados en estas situaciones, promoviendo la práctica de respuestas asertivas y emocionalmente adecuadas.

Se reforzará la importancia de la autoaceptación y del mantenimiento de los propios valores en las relaciones interpersonales.

La sesión se cerrará con una ronda de compromisos personales, en la que cada participante identificará una situación futura en la que quiera aplicar alguna de las habilidades trabajadas.

Bloque 11: Red de apoyo y participación comunitaria

Sesión 24

Modalidad: Grupal/familiar

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.

Procedimiento:

La sesión se iniciará con una dinámica de presentación en la que cada familiar y participante compartirá qué espera de la sesión. Se explicará el marco de trabajo basado en el empoderamiento y la recuperación personal, resaltando el valor de una red de apoyo respetuosa que favorezca la autonomía.

Se destacará el papel que juegan los grupos de ayuda mutua (GAM) en este proceso, tanto para las personas con esquizofrenia como para sus familiares.

Se presentarán conceptos como: autoestima, autoeficacia, estigma y auto estigma, y cómo la interacción familiar puede impactar en estos aspectos. Se trabajará especialmente la necesidad de fomentar un entorno de apoyo que respete el ritmo y los objetivos personales de la persona en su proceso.

Posteriormente, se realizará una dinámica de trabajo en subgrupos en la que familiares y participantes explorarán conjuntamente:

- ¿Qué cosas nos ayudan como familia a apoyar el proceso de recuperación?
- ¿Qué cosas nos dificultan o bloquean?

- ¿Qué acciones concretas podríamos cambiar para mejorar el apoyo mutuo?

Se promoverá la participación y el intercambio de estrategias efectivas, la sesión se cerrará con una síntesis de los aprendizajes compartidos y con el compromiso de cada familiar/apoyo de implementar alguna acción concreta que fortalezca la red de apoyo.

Sesión 25

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.
- Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.

Procedimiento:

La sesión se iniciará con una dinámica de reflexión en la que cada participante dibujará su “red de apoyo”. Identificarán personas de su entorno (familiares, amigos, profesionales, grupos) que representan fuentes de apoyo, así como aquellos apoyos que desearían fortalecer o desarrollar.

Se guiará la reflexión sobre la importancia de contar con una red de apoyo diversa y funcional para sostener el proceso de recuperación. Se dialogará sobre las barreras personales (auto estigma, miedo al rechazo, dificultades en habilidades sociales) que a veces dificultan la búsqueda de apoyo.

A continuación, se trabajarán habilidades para pedir ayuda de manera efectiva:

- Identificar cuándo y cómo pedir ayuda.

- Superar barreras internas.
- Comunicar necesidades de forma asertiva.

Se realizará un role-playing para practicar peticiones de ayuda en diferentes contextos (familiar, grupo de iguales, recursos comunitarios).

Posteriormente, se presentarán opciones concretas de participación comunitaria (GAM, asociaciones de salud mental, talleres, actividades de ocio) y se animará a explorar cuál podría ser un primer paso realista para aumentar su participación.

La sesión se cerrará con un compromiso personal: cada persona elegirá una acción concreta para fortalecer su red de apoyo o para aumentar su participación en la comunidad.

Bloque 12: Estigma y evitación experiencial

Sesión 26

Modalidad:

Objetivos:

- Mejorar las habilidades sociales y la comunicación interpersonal.
- Identificar y fortalecer redes de apoyo social.
- Disminuir la evitación experiencial vinculada a la interacción social.
- Trabajar los efectos del estigma y promover la participación comunitaria.

Reforzar la identidad no patologizada mediante ejercicios narrativos y de redefinición del yo.

Procedimiento:

La sesión se iniciará recuperando aprendizajes previos del programa, se invitará a reflexionar sobre lo que han trabajado hasta el momento en relación con la aceptación, la flexibilidad psicológica y la redefinición del yo.

Se introducirá el tema de la sesión explicando que, a menudo, uno de los mayores obstáculos para vivir una vida valiosa no es tanto el síntoma en sí, sino la carga del estigma (externo e internalizado) y las estrategias de evitación que desarrollamos para protegernos de ese estigma.

Se guiará una dinámica de reflexión inicial: “Historias que nos han contado”. Se pedirá a los participantes que escriban en una hoja frases, etiquetas o comentarios que han recibido o que ellos mismos se han dicho en relación con su diagnóstico (ej.: “no sirvo”, “si saben que tengo esquizofrenia no me aceptarán”, “no podré trabajar”).

Se invitará al grupo a compartir de forma voluntaria algunas de estas frases y se validará el dolor asociado y se explicará cómo el auto estigma se alimenta de estas narrativas.

A continuación, se introducirá la metáfora de las mochilas: se visualizará que estas frases son como piedras que llevamos en una mochila, se les pedirá imaginar qué peso supone cargar con esas piedras, y cómo ese peso afecta a su vida.

Se conectará esta reflexión con el concepto de evitación experiencial: muchas veces evitamos situaciones o relaciones que podrían enriquecer nuestra vida por miedo a que estas piedras sean vistas o señaladas. Se planteará la pregunta: “¿Qué coste tiene esta evitación en mi vida?”.

Posteriormente, se realizará un ejercicio de defusión con estas frases estigmatizantes: se invitará a leerlas en voz alta cantadas o como si fueran un anuncio de radio, promoviendo así la distancia con su contenido literal.

Seguidamente se facilitará la reflexión grupal sobre cómo cambia la relación con esas frases al practicar la defusión.

En la parte final de la sesión, se invitará a cada participante a reescribir una frase estigmatizante en forma de un compromiso de empoderamiento personal, por ejemplo:

- De “soy incapaz” a “soy una persona que sigue aprendiendo cada día”.

- De “no podré tener amigos” a “puedo elegir acercarme a personas con quienes me sienta bien”.

Este compromiso se recogerá en el cuaderno de trabajo como preparación simbólica para el cierre del programa.

Como cierre de la sesión, se promoverá una reflexión grupal sobre el camino recorrido y se reforzará la idea de que, aunque el estigma existe, es posible actuar con libertad y autenticidad en dirección a los propios valores.

Bloque 14: Cierre, revisión de logros y plan de mantenimiento

Sesión 27

Modalidad: Individual

Objetivos:

Procedimiento:

La sesión se iniciará validando la participación en el proceso y resaltando el valor de haber completado el recorrido de la intervención. Se explicitará que el propósito es cerrar este espacio de acompañamiento, ayudando a la persona a consolidar aprendizajes y planificar la continuidad de su proceso.

A continuación, se revisarán los objetivos personales planteados al inicio del programa, se reflexionará sobre los avances realizados, dificultades encontradas y recursos personales movilizados.

Se realizará un ejercicio de línea de vida del programa: la persona será invitada a representar en una línea temporal los hitos o momentos significativos de su participación (aprendizajes, cambios en su forma de relacionarse con los síntomas, experiencias sociales significativas, etc.).

Posteriormente, se elaborará conjuntamente un plan de mantenimiento personalizado, que incluirá:

- Estrategias de autocuidado físico y emocional.
- Prácticas de ACT que la persona desee mantener (aceptación, mindfulness, defusión, valores).
- Recursos de apoyo comunitario que seguirá utilizando o explorando.
- Señales de alerta personalizadas y estrategias de afrontamiento.
- Personas de referencia en su red de apoyo.

Finalmente, se reforzará el sentimiento de agencia personal, destacando que el proceso es continuo y que la persona es protagonista de este camino.

Se agradecerá expresamente la participación y se ofrecerá un espacio para que la persona exprese libremente sus impresiones sobre el programa y cualquier necesidad de seguimiento.

Sesión 28

Modalidad: Grupal

Objetivos:

- Revisar los objetivos personales planteados al inicio.
- Consolidar aprendizajes.
- Fomentar la continuidad del cambio tras finalizar la intervención.
- Fortalecer el sentimiento de cierre y pertenencia grupal.

Procedimiento:

La sesión se iniciará en un clima de celebración, con la sala preparada de manera acogedora y festiva. Se dará la bienvenida resaltando que este espacio tiene como finalidad celebrar el camino recorrido y reforzar los vínculos grupales.

Se propondrá un círculo de palabra inicial, en el que cada persona compartirá una palabra que represente lo que el programa ha significado para él/ella.

Posteriormente, se facilitará la actividad “Mi viaje personal en el programa”:
cada persona dispondrá de una hoja en la que escribirá:

- 3 cosas que ha aprendido.
- 2 cosas que desea seguir practicando.
- 1 cosa que ha cambiado en su vida o forma de relacionarse consigo mismo/a o con los demás.

Estos elementos se compartirán en grupo de manera voluntaria, promoviendo la validación mutua.

A continuación, se realizará una actividad simbólica: “La piedra de mis valores”. Cada participante elegirá una pequeña piedra sobre la que escribirá una palabra o valor que desee llevarse consigo como recordatorio de su proceso de recuperación.

Se reforzará que el fin del programa no implica el fin del proceso, sino un nuevo comienzo desde un lugar de mayor conciencia y agencia personal.

Se cerrará la sesión con un círculo de despedida, en el que cada persona podrá expresar libremente un deseo o mensaje para sí misma y para el grupo.

Como parte final, se entregará a cada persona un certificado simbólico de participación.

Conclusiones

La intervención propuesta busca contribuir al abordaje de la esquizofrenia, a través del eje metodológico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). A partir de los objetivos planteados mejorar la calidad de vida, fomentar la autonomía y reducir el aislamiento social, se espera que la intervención basada en los seis procesos del modelo Hexaflex, movilicen la flexibilidad psicológica, la regulación emocional, el sentido de agencia, la aceptación de los síntomas y la distancia cognitiva con el fin de favorecer la reducción de la lucha interna, la construcción de un proyecto vital significativo y la promoción de la agencia personal (Gil Santiago et al., 2023; Morales, 2022; Myin-Germeys et al., 2022; Burhan & Karadere, 2021; Wood et al., 2020).

A diferencia de propuestas más sintomáticas o centradas exclusivamente en la remisión clínica, este trabajo se adscribe a un paradigma biopsicosocial-contextual y de recuperación, con enfoque en los derechos humanos y la justicia social, alineándose con los planteamientos de Cea (2023) y Pérez-Álvarez (2019), en donde la intervención no solo persigue mejoras funcionales, sino también la reconstrucción de una identidad no patologizada y el empoderamiento de las personas con esquizofrenia teniendo en cuenta su experiencia subjetiva.

También, se busca promover una relación terapéutica más horizontal, alejándose del modelo biomédico y la imagen de experto, en este caso el profesional actúa como facilitador del proceso de recuperación en lugar de asumir un rol exclusivamente directivo, considerándose especialmente relevante en esquizofrenia, donde el estigma y la cronificación pueden erosionar la agencia personal.

Aunque la intervención aún no ha sido implementada, los objetivos e hipótesis se han definido de manera operativa, se espera que la medición pretest-postest de variables como la

evitación experiencial, el estigma, el apoyo social, la autoeficacia o la regulación emocional, permita observar cambios clínicamente relevantes tras la aplicación del programa.

Se plantea un modelo de intervención con alto potencial de replicabilidad, especialmente para dispositivos de atención intermedia y comunitaria. Su diseño modular y estructurado permite una implementación progresiva y adaptable, combinando sesiones grupales, espacios individuales y encuentros con familiares o redes de apoyo. Sin embargo, esta misma estructuración, si bien aporta coherencia y orientación para los terapeutas, podría restringir cierta espontaneidad o capacidad de ajuste a los ritmos individuales de cada participante. Por ello, se subraya la importancia de mantener espacios de retroalimentación continua y flexibilidad durante el proceso, que permitan adaptar la intervención a las necesidades emergentes de las personas implicadas.

Con respecto al apartado metodológico, se ha incorporado un sistema de evaluación, con instrumentos validados que miden tanto variables clínicas como psicosociales y experienciales (p. ej., flexibilidad psicológica, evitación experiencial, agencia personal, estigma percibido, etc.), lo cual permite valorar de forma integral el impacto del programa.

No obstante, es necesario señalar una serie de limitaciones que afectan tanto a la validez interna como externa del programa. La ausencia de un grupo control dificulta establecer una relación causal directa entre la intervención y los cambios observados en las variables dependientes, como la calidad de vida, la agencia personal o el estigma interiorizado, esto deja abierta la posibilidad de que dichos cambios se vean influidos por factores ajenos al programa, como eventos externos (efectos de historia) o procesos de estabilización natural del curso clínico (efectos de maduración). Asimismo, el fenómeno de regresión a la media podría afectar los resultados cuando se parte de puntuaciones extremas en variables como la evitación experiencial o el apoyo social. A ello se suma el riesgo de mortalidad experimental, ya que el abandono de participantes puede producir sesgo si quienes

no completan el programa presentan características distintas a quienes lo finalizan. Otro aspecto importante es la instrumentación, dado que la variabilidad en la aplicación de los instrumentos de evaluación o en las condiciones del pretest y posttest podría comprometer la fiabilidad de los datos. En cuanto a la validez externa, el tamaño muestral estimado, podría no ser suficiente para generalizar los resultados. Finalmente, debe considerarse que la implementación del programa requiere profesionales con formación específica en ACT y experiencia en intervención con psicosis, lo que podría limitar su aplicabilidad en servicios con menor especialización o con recursos humanos más reducidos.

Desde una perspectiva ética y práctica, también se señala la importancia de no reforzar discursos que responsabilicen únicamente al individuo de su proceso de recuperación, especialmente en contextos donde existen desigualdades estructurales y barreras materiales que escapan al alcance terapéutico. La intervención debe contemplarse como parte de un entramado institucional y social que acompañe de forma realista y sostenida el proceso de cambio.

Para implementaciones futuras, sería recomendable realizar una intervención piloto con un grupo control, así como estudios multicéntricos que permitan evaluar su eficacia comparada y sostenibilidad a largo plazo. También se sugiere explorar adaptaciones culturales del programa y consolidar espacios de formación profesional que integren enfoques centrados en la justicia epistémica y la experiencia subjetiva.

Finalmente, este trabajo no pretende ofrecer una solución cerrada, sino abrir vías para prácticas clínicas más habitables, humanas y participativas, que reconozcan la complejidad de vivir con un diagnóstico de esquizofrenia.

Referencias bibliográficas

- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2023). *Evaluación de los programas de intervención temprana en psicosis en adolescentes y jóvenes en el Sistema Nacional de Salud*.
https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2023/evaluacion_programas_psicosis_jovenes_redets_aquas2023.pdf
- Arango, C., & Crespo-Facorro, B. (Coords.). (2018). *Libro blanco de la intervención temprana en psicosis en España*. Movimiento Rethinking – Alianza Otsuka-Lundbeck.
- Arrarás, J. I., Basterra, I., Pereda, N., Ibañez, B., Iribarren, S., & Cabases, J. M. (2019). El cuestionario Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4): Estudio de validación con pacientes españoles ambulatorios del espectro de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(3), 97–109.
- Asensio Fernández, E. (2019). *Intervención psicoeducativa en pacientes con esquizofrenia y sus familiares* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid].
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/39716>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2022). Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto rev). Editorial Médica Panamericana.
- Barroso Rival, J. D., Ferreira Padilla, D., Molina Rodríguez, Y., González Amador, Z., & García Cabello, E. (2021). Neuropsicología del deterioro cognitivo en la psicosis. En J. A. Díaz Garrido, H. Laffite Cabrera, & R. Zúñiga Costa (Coords.), *Terapia de Aceptación y Compromiso en Psicosis*. Pirámide.
- Basarán, M. T., Guzmán-Quilo, C., & Bobes, J. (2011). Validation of the Spanish Personal and Social Performance Scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 9–18.

Belloch Fuster, A., Sandín Ferrero, B., & Ramos Campos, F. (2024). *Manual de psicopatología* (4.ª ed., Vol. II). McGraw-Hill.

Burhan, H. Ş., & Karadere, E. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for patients with psychosis being monitored at a community mental health center: A six-month follow-up study. *Alpha Psychiatry*, 22(4), 206–211.

<https://doi.org/10.5455/apd.93130>

Cea, J. M. (2023). Activismos locos en salud mental: Una revisión integrativa. *Salud Colectiva*, 19, e4627. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4627>

Cejas Méndez, M. R., & Díaz Mesa, E. (2021). Nuevas perspectivas y entendimiento de la psicosis: El trabajo integrador. En J. A. Díaz Garrido, H. Laffite Cabrera, & R. Zúñiga Costa (Coords.), *Terapia de Aceptación y Compromiso en Psicosis*. Pirámide.

Díaz Garrido, J. A., Laffite Cabrera, H., & Zúñiga Costa, R. (2021). *Terapia de aceptación y compromiso en psicosis. Aceptación y recuperación por niveles (ART)*. Pirámide.

Encinas Carpintero, T. (2017). Efectividad de una intervención familiar para disminuir la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia: Protocolo proyecto de investigación. En *Investigación en enfermería y salud mental: IV Jornadas de Investigación de Residentes de la Comunidad de Madrid* (pp. 212–234). Unidad Docente del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687177/IESM_8.pdf

Fonseca-Pedrero, E., & Lemos Giráldez, S. (2019a). El síndrome psicótico: pasado, presente y futuro. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 55–60). Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., Díez Gómez del Casal, A., & Pérez de Albéniz, A. (2019b). Evaluación del síndrome psicótico. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Perona Garcelán, S., & Rodríguez-Testal, J. F. (2021). Tratamientos psicológicos para la psicosis. En E. Fonseca-Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos* (pp. 251–297). Pirámide.

García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., & Cangas-Díaz, A. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de Psicología*, 24(1–3), 293–307. <https://doi.org/10.55414/tmqjcb42>

Gil Santiago, H., Laffite Cabrera, H., Díaz Garrido, J. A., Martínez Huidobro, M. F., Sola Berenguel, A., & Nuez Hernández, C. (2023). Eficacia y mecanismos de cambio de las terapias de tercera generación en psicosis. *Psiquiatría.com*, 27.

https://psiquiatria.com/trabajos/usr_3116948762035.pdf

Gismero, E. (2022). *Escala de habilidades sociales (EHS)* (4.ª ed.). TEA Ediciones.

Green, M. J., Girshkin, L., Kremerskothen, K., Watkeys, O., & Quidé, Y. (2020). A systematic review of studies reporting data-driven cognitive subtypes across the psychosis spectrum. *Neuropsychology Review*, 30, 446–460. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09422-7>

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente* (2.ª ed.). Desclée de Brouwer.

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139–156.

Hospital Clínic de Barcelona. (s.f.). Unidad de esquizofrenia.

<https://www.clinicbarcelona.org/unidad/esquizofrenia>

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, 119788–120030.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Díaz, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Pascual, L. F., Montañés, J. A., & Aznar, S. (2002). Revalidación y estandarización del Cognition Mini-Exam (primera versión española del Mini-Mental Status Examination) en población geriátrica. *Medicina Clínica*, 118(20), 767–774.

López Cabezas, E. (2022). *Evolución histórica del concepto de esquizofrenia*.

Ponencia presentada en el XXIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. <https://www.interpsiquis.com>

Luengo González, R., Rapado Castro, M., & Fraguas Herráez, D. (2018). *Eficacia de las terapias de tercera generación en personas con trastorno mental grave*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020318.pdf>

Lundgren, T., Luoma, J., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518–526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>

Ma, C. F., Chan, S. K. W., Chung, Y. L., Hui, C. L. M., Wong, C. S. M., Chang, W. C., Chan, Q. W. Y., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2021). The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: A meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 51(3), 365–375.

<https://doi.org/10.1017/S0033291721000209>

Macías, F., Postigo-Zegarra, S., Vallejo, M. A., Bretón-López, J., & Albacete, F. (2019). Validación y propiedades psicométricas del Cuestionario de Valores de Vida (VLQ) para población española. *Psicothema*, 31(2), 145–152.

Marcos Rubio, M. B. (2021). La esquizofrenia: Concepto, sintomatología y actualidad [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales]. <http://hdl.handle.net/11531/50890>

Martínez-López, M. A., Limiñana-Bravo, A., & Sánchez-López, M. P. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 871–888.

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud: Período 2022–2026* (Versión v. 2021 11 25). Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones.
https://sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_de_l_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de acción de salud mental 2025–2027*. Comisionado de Salud Mental.
https://sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf

Morales, J. (2022). *ACT y psicosis: El efecto de la aceptación y el compromiso en personas con diagnóstico de esquizofrenia residentes en viviendas tuteladas* [Trabajo Fin de Máster, Universidad a Distancia de Madrid]. <http://hdl.handle.net/20.500.12226/1122>

Myin-Germeys, I., Klippel, A., Steinhart, H., Reininghaus, U., Ward, T., Viechtbauer, W.,... van Os, J. (2022). Efficacy of acceptance and commitment therapy in daily life in early

psychosis: Results from the multi-center INTERACT randomized controlled trial.

Psychotherapy and Psychosomatics, 91(6), 411–423. <https://doi.org/10.1159/000522274>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Esquizofrenia*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 4, 44–50.

Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., & Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 221–233.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300003&lng=es&tlng=es

Pérez-Álvarez, M. (2019). Diagnóstico más allá de los síntomas: Un enfoque centrado en el mundo de la vida de las personas. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 16(1), 22–38.

<https://aen.es/wp-content/uploads/docs/cuadernos-de-psiquiatria-vol-16-fin-19.pdf>

Pol Yanguas, E. (2015). Antipsicóticos para la esquizofrenia: Paradigma de los medicamentos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, 11(1), 115–128.

<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2015.v11n1/115-128/es>

Pol Yanguas, E. (2023). Un método de reducción de dosis del tratamiento antipsicótico que puede minimizar el riesgo de recaída. *Boletín Fármacos: Prescripción, Farmacia y Utilización*, 26(2), 6–9. <https://www.researchgate.net/publication/377436164>

Ramos Pozón, S. (2014). El modelo bio-psico-social en la esquizofrenia: Implicaciones filosóficas y bioéticas [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. *Tesis Doctorals en Xarxa (TDX)*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/284701>

Ramos Pozón, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 511–526. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000300005>

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. (2016). *Diario Oficial de la Unión Europea*, L119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Rejón Altable, C. (2022). Lo nuevo del sentido: Fenomenología y psicoterapia. *Eikasía: Revista de Filosofía*, 106, 167–180.

Rodríguez-Pellejero, J. M., Núñez, J. L., Martel, Á., González Rodríguez, D., Hernández-Rodríguez, M., & Hernández Gómez, D. (2023). Validación española de la Escala de Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE-Sp-19). *Revista Evaluar*, 23(3), 61–76. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v23.n3.43900>

Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W. G., Ayuso-Mateos, J. L., & Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>

Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Validación de la versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) en población clínica. *Psicothema*, 25(1), 123–129.

Ruiz Mitjana, L. (2020). Modelo biopsicosocial: Qué es y cómo entiende la salud mental. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial>

Sánchez-Cánovas, J. (2021). *EBP. Escala de Bienestar Psicológico* (4.ª ed.). Hogrefe TEA Ediciones.

Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., & Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos psicométricos de la adaptación para población española.

Psicothema, 12(Supl. 2), 509–513.

Silva, M. A., & Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia.

Revista Colombiana de Psiquiatría, 48(4), 252–260.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.004>

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos:*

Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP-Series 2 (Datos 2017).

Ministerio de Sanidad.

https://sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

Undurraga, J., Gaspar, P., Nachar, R., Díaz, C., Rivera, G., & Noto, C. (2021).

Intervención temprana en psicosis: Una perspectiva clínica. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 20(2), 22–28.

Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: Comparación con la CIE-10 y el

DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95–104.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.001>

Vázquez-Morejón, R., León Rubio, J. M., Martín Rodríguez, A., & Vázquez-

Morejón, A. J. (2019). Validación de la versión española del Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ) en población clínica. *Psicothema*, 31(3), 335–340.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/16974>

World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: Manual for*

WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). WHO Press.

Wood, L., Williams, C., Billings, J., & Johnson, S. (2020). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural informed psychological interventions for psychiatric inpatients with psychosis. *Schizophrenia Research*, 222, 133–144.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.041>

Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 149–167. <https://doi.org/10.1111/ppc.12396>

Apéndices

Apéndice A

Instrumentos para Evaluación pre y post Intervención

Instrumento	Schizophrenia Quality of Life Scale – Revision 4 (SQLS-R4)
Autores	Wilkinson et al. (2000); revisión: Oxford Outcomes Ltd. (2004)
Adaptación y validación en España	Arrarás et al. (2019), <i>Actas Esp Psiquiatr</i> , 47(3), 97-109
Tipo de instrumento	Cuestionario autoadministrado
Objetivo	Evaluar la calidad de vida subjetiva en personas con esquizofrenia o trastornos del espectro esquizofrénico
Población diana	Adultos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en fase estable y seguimiento ambulatorio
Número de ítems	33 ítems
Estructura factorial	2 subescalas: - Psicosocial - Vitalidad y energía + Puntuación total de CV
Escala de puntuación	Likert; puntuaciones transformadas de 0 a 100 (mayor puntuación = peor calidad de vida)
Tiempo estimado de aplicación	10-15 minutos
Fiabilidad	Alfa de Cronbach: Psicosocial = 0,94; Vitalidad = 0,89; Total = 0,96
Validez convergente	Correlaciones altas con EUROQOL-5D-5L (ansiedad/depresión) y WHOQOL-BREF (salud psicológica)
Validez divergente	Correlaciones bajas con dimensiones de movilidad y autocuidado
Sensibilidad	Alta: sin efectos techo o suelo relevantes
Idioma	Versión en español validada mediante método de traducción inversa
Usos recomendados	Evaluación de resultados terapéuticos, planificación de intervenciones, seguimiento longitudinal de calidad de vida subjetiva

Instrumento	Cuestionario Breve de Evitación Experiencial (BEAQ)
Autores originales	Gámez et al. (2014)
Adaptación y validación en España	Vázquez-Morejón, R., León Rubio, J. M., Martín Rodríguez, A., Y Vázquez Morejón, A. J. (2019), <i>Psicothema</i> , 31(3), 335–340
Tipo de instrumento	Autoinforme
Objetivo	Evaluar la evitación experiencial (tendencia a evitar pensamientos, emociones o sensaciones internas desagradables)
Población diana	Personas adultas con diagnóstico clínico (e.g., depresión, ansiedad, trastornos de personalidad)
Número de ítems	15 ítems
Formato de respuesta	Escala Likert de 6 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 6 = totalmente de acuerdo)
Puntuación	Rango total de 15 a 90 puntos (ítem 6 invertido); puntuaciones altas indican mayor evitación experiencial
Duración de aplicación	Aprox. 5 minutos
Consistencia interna	$\alpha = .82$
Fiabilidad test-retest	$r = .70$ (4-6 semanas)
Estructura factorial	Unidimensional (varianza explicada = 30.12%)
Validez concurrente	Correlación con AAQ-II: $r = .67$ ($p < .01$)
Validez convergente	Correlaciones significativas con índices de psicopatología (SCL-90-R): ansiedad, depresión, somatización, obsesivo-compulsivo ($r = .27$ a $.48$)
Idioma	Español (traducción inversa validada)
Usos recomendados	Evaluación clínica de evitación experiencial en contextos sanitarios y de investigación

Instrumento	Escala de Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE-Sp-19)
Autores	Rodríguez-Pellejero, J. M. et al. (2023), adaptación de Pick et al. (2007)
Finalidad	Evaluar el nivel de agencia personal y empoderamiento en población adulta, especialmente en contextos de exclusión social.
Ámbitos de aplicación	Contextos educativos, sociales y clínicos.
Población	Adultos jóvenes (validada con estudiantes universitarios; media de edad = 24,89 años).
Versión	Española, reducida (19 ítems).
Estructura factorial	Un factor de segundo orden (Agencia Personal) con tres factores de primer orden: Autoconfianza, Control Interno y Empoderamiento.
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 5 puntos (de 0 = Nunca a 4 = Siempre).
Dimensiones	Autoconfianza (AC), Control Interno (CI) y Empoderamiento (E).
Puntuación	Se recomienda calcular puntuaciones separadas para AP (13 ítems) y E (6 ítems); no se recomienda puntuación total unidimensional.
Consistencia interna (α de Cronbach)	AP: $\alpha = .82$; E: $\alpha = .80$; Total: $\alpha = .80$
Validez	Evidencia de validez estructural, convergente (con ISP-20) y predictiva (disfunción ejecutiva).
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10 minutos.

Instrumento	Escala de Autoeficacia General
Autores	Baessler y Schwarzer (1996); adaptación: Sanjuán, Pérez García y Bermúdez Moreno (2000)
Finalidad	Evaluar la creencia estable sobre la capacidad de manejar una amplia gama de estresores de la vida cotidiana.
Población	Adultos
Formato	10 ítems; escala tipo Likert de 10 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 10 = totalmente de acuerdo)

Instrumento	Escala de Autoeficacia General
Puntuación total	De 10 a 100 puntos
Estructura factorial	Unidimensional
Consistencia interna (α Cronbach)	$\alpha = .87$
Fiabilidad test-retest (Spearman-Brown)	$r = .88$ (dos mitades)
Validez convergente	Competencia percibida ($r = .55$), Fortaleza ($r = .52$), Locus de control ($r = -.25$), Reactancia ($r = .11$)
Validez predictiva	Afrontamiento centrado en la tarea ($r = .48$), emocional ($r = -.39$), evitación (no significativa)
Normas	Puntuaciones típicas (Z) disponibles para población universitaria
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 5 minutos

Instrumento	Escala de Habilidades Sociales (EHS)
Autora	Elena Gismero González
Finalidad	Evaluar el repertorio de habilidades sociales y la conducta asertiva en adolescentes y adultos, identificando fortalezas y áreas de mejora en la interacción social.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, educativa, organizacional e investigación psicosocial.
Población	Adolescentes y adultos; aplicación individual o colectiva.
Versión	Original en español; 4. ^a edición revisada y ampliada (2022).
Estructura factorial	Seis factores: 1. Autoexpresión en situaciones sociales 2. Defensa de los propios derechos como consumidor 3. Expresión de enfado o disconformidad 4. Decir no y cortar interacciones 5. Hacer peticiones 6. Iniciar interacciones positivas con personas atractivas
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 4 puntos (de 1 = no me identifico en absoluto, a 4 = muy de acuerdo).

Instrumento	Escala de Habilidades Sociales (EHS)
Puntuación	Se obtiene una puntuación global y puntuaciones específicas por factor.
Consistencia interna	$\alpha = .88$; factores: entre $\alpha = .62$ y $\alpha = .82$ (Torres Fernández et al., 2022).
Validez	Validez factorial confirmatoria, convergente (con autoestima, ansiedad social y autoeficacia), y de criterio (diferenciación clínica).
Tiempo de aplicación	De 10 a 15 minutos.

Instrumento	Escala de Bienestar Psicológico (EBP)
Autor	José Sánchez-Cánovas
Finalidad	Evaluar el bienestar psicológico general de la persona a través de su nivel subjetivo de satisfacción en diferentes ámbitos vitales.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, salud, trabajo, educación e investigación.
Población	Adolescentes y adultos (17 a 90 años). La subescala de relaciones de pareja se recomienda a partir de los 26 años.
Versión	Original en español. 4. ^a edición revisada (2021).
Estructura factorial	Cuatro subescalas: 1. Bienestar psicológico subjetivo 2. Bienestar material 3. Bienestar laboral 4. Relaciones con la pareja
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 5 puntos (1 = muy en desacuerdo, 5 = muy de acuerdo).
Puntuación	Se obtiene puntuación por subescala, escala combinada y escala ponderada de bienestar global.
Consistencia interna (α de Cronbach)	0.70
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 20 minutos.

Instrumento	BEAQ. Cuestionario Breve de Evitación Experiencial
Autores	Gámez et al. (2014); adaptación española: Vázquez-Morejón, León Rubio, Martín Rodríguez y Vázquez-Morejón (2019)

Instrumento	BEAQ. Cuestionario Breve de Evitación Experiencial
Finalidad	Evaluar la evitación experiencial, entendida como la tendencia a evitar pensamientos, emociones y sensaciones internas negativas.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, sanitaria e investigación sobre psicopatología y procesos de regulación emocional.
Población	Adultos (muestra clínica y no clínica). Validado en población española (N = 1006; media de edad = 33.9 años).
Versión	Adaptación española del BEAQ original (2014), con 15 ítems.
Estructura factorial	Estructura unifactorial (confirmada mediante AFC).
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 6 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 6 = totalmente de acuerdo).
Puntuación	Puntuación total obtenida por suma directa de ítems (rango 15–90).
Consistencia interna (α de Cronbach)	$\alpha = .87$ (muestra total); $\alpha = .84$ (muestra clínica); $\alpha = .88$ (no clínica)
Validez	Validez convergente con AAQ-II ($r = .80$), validez discriminante entre población clínica y general, y consistencia con constructos relacionados (depresión, ansiedad, impulsividad).
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 5 minutos.

Instrumento	AAQ-II. Cuestionario de Aceptación y Acción II
Autores	Bond et al. (2011); adaptación española: Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán (2013)
Finalidad	Evaluar la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica, núcleo de múltiples psicopatologías según el modelo ACT.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, sanitaria, educativa y organizacional; investigaciones basadas en ACT.
Población	Adultos (validación española en población universitaria y general, N = 734; media de edad = 33 años).
Versión	Adaptación española del Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), 7 ítems.

Instrumento	AAQ-II. Cuestionario de Aceptación y Acción II
Estructura factorial	Estructura unifactorial (confirmada mediante análisis factorial confirmatorio).
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 7 puntos (1 = nunca verdadero, 7 = siempre verdadero).
Puntuación	Puntuación total (rango 7–49); puntuaciones más altas indican mayor evitación experiencial e inflexibilidad.
Consistencia interna (α de Cronbach)	$\alpha = .88$ (muestra española)
Validez	Alta validez convergente con BEAQ y DERS; correlaciones significativas con ansiedad, depresión y bienestar psicológico.
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 5 minutos.

Instrumento	VLQ. Cuestionario de Valores de Vida
Autores	Wilson, Sandoz y Kitchens (2010); adaptación española: Macías, J. A., Orgilés, M., Méndez, X., & Ruiz, F. J. (2019)
Finalidad	Evaluar la importancia personal de 10 dominios de valores vitales y el grado de coherencia entre los valores declarados y la acción conductual.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica y de la salud, especialmente en intervenciones basadas en ACT.
Población	Adolescentes y adultos.
Versión	Adaptación española del Valued Living Questionnaire (VLQ).
Estructura factorial	Estructura bifactorial: 1. Importancia del valor 2. Coherencia del comportamiento con el valor
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 10 puntos: • Parte 1: importancia (1 = nada importante, 10 = extremadamente importante) • Parte 2: coherencia (1 = no en absoluto, 10 = completamente coherente)
Puntuación	Se obtiene una puntuación por dominio y una puntuación global de alineación valor-acción.

Instrumento	VLQ. Cuestionario de Valores de Vida
Consistencia interna (α de Cronbach)	$\alpha = .88$ (importancia), $\alpha = .87$ (coherencia), $\alpha = .91$ (puntuación total)
Validez	Validez convergente con sentido de la vida, afecto positivo y salud emocional; validez discriminante respecto a psicopatología.
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10 minutos.
Instrumento	DERS. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional
Autores	Gratz y Roemer (2004); adaptación española: Hervás y Jódar (2008)
Finalidad	Evaluar distintas dimensiones de la desregulación emocional en población adulta.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, investigación sobre regulación emocional, trastornos afectivos, de ansiedad y personalidad.
Población	Adultos (estudiantes universitarios y población general; $N = 482$; edad media = 25.86 años)
Versión	Adaptación española de la versión original en inglés; 28 ítems (versión breve adaptada en el artículo)
Estructura factorial	Seis factores: 1. No aceptación de respuestas emocionales 2. Dificultades en la conducta dirigida a objetivos 3. Dificultades en el control de impulsos 4. Falta de conciencia emocional 5. Acceso limitado a estrategias de regulación emocional 6. Falta de claridad emocional
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 5 puntos (1 = casi nunca, 5 = casi siempre)
Puntuación	Puntuación total y puntuaciones por subescala (a mayor puntuación, mayor dificultad en regulación emocional)
Consistencia interna (α de Cronbach)	Total: $\alpha = .93$; subescalas: entre $\alpha = .74$ y $\alpha = .86$

Instrumento	DERS. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional
Validez	Validez convergente con sintomatología depresiva y ansiedad; validez discriminante respecto a alexitimia
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10 a 15 minutos
Instrumento	EMASp. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
Autores	Zimet et al. (1988); adaptación española: Landeta y Calvete (2002); adaptación para TMG: Ruiz Jiménez, Saiz Galdós, Montero Arredondo y Navarro Bayón (2017)
Finalidad	Evaluar el grado en que la persona percibe apoyo emocional, instrumental y afectivo por parte de su red social más cercana.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica y comunitaria; especialmente útil en el abordaje de personas con trastorno mental grave (TMG).
Población	Adultos con diagnóstico de TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.); N = 133; media de edad = 44.6 años
Versión	Adaptación de la MSPSS a población española con TMG; 12 ítems
Estructura factorial	Tres subescalas: 1. Apoyo de la familia 2. Apoyo de los amigos 3. Apoyo de personas significativas
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 7 puntos (1 = muy en desacuerdo, 7 = muy de acuerdo)
Puntuación	Puntuaciones por subescala y una puntuación total (mayor puntuación = mayor percepción de apoyo)
Consistencia interna (α de Cronbach)	Total: $\alpha = .90$; subescalas: entre $\alpha = .84$ y $\alpha = .90$
Validez	Validez estructural confirmada (AFC), buena sensibilidad para detectar diferencias según tipo de red social y nivel de funcionamiento psicosocial
Tiempo de aplicación	Entre 5 y 10 minutos

Apéndice B

Instrumentos de cribaje para criterios de inclusión y exclusión

Instrumento	MEC-30. Examen Cognoscitivo Mini-Mental
Autores	Adaptación española: Lobo, Saz, Marcos, Díaz, de la Cámara, Ventura, Morales Asín, Pascual, Montañés y Aznar (2002)
Finalidad	Evaluar el estado cognitivo general, útil para el cribado y seguimiento del deterioro neurocognitivo.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, neuropsicología, geriatría, neurología, medicina general.
Población	Adultos y personas mayores
Versión	Adaptación española del Mini-Mental State Examination (MMSE)
Estructura factorial / Dimensiones	6 áreas: 1. Orientación temporal y espacial 2. Memoria inmediata 3. Atención y cálculo 4. Memoria diferida 5. Lenguaje 6. Construcción visual
Formato de respuesta	Heteroaplicado; estructurado con ítems de respuesta abierta y tareas prácticas
Puntuación	0–30 puntos. A mayor puntuación, mejor estado cognitivo. Puntos de corte recomendados: 24 o 27 según nivel educativo.
Consistencia interna (α de Cronbach)	$\alpha = .82-.84$
Fiabilidad test-retest	Alta, aunque disminuye con el tiempo por evolución del deterioro cognitivo
Validez	Buenas correlaciones con otras pruebas de memoria y cognición
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10 minutos

Instrumento	PANSS. Escala de Síntomas Positivos y Negativos
Autores	Versión original: Kay, Fiszbein Y Opler (1987) Adaptación española: Peralta y Cuesta (1994)
Finalidad	Evaluar la severidad de los síntomas positivos, negativos y generales en personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Instrumento	PANSS. Escala de Síntomas Positivos y Negativos
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, psiquiatría, investigación sobre esquizofrenia, evaluación de respuesta terapéutica.
Población	Adultos con esquizofrenia u otros trastornos del espectro psicótico
Versión	Adaptación española validada en muestra de pacientes esquizofrénicos
Estructura factorial / Dimensiones	4 subescalas: 1. Síntomas positivos (7 ítems) 2. Síntomas negativos (7 ítems) 3. Psicopatología general (16 ítems) 4. Escala compuesta (positiva – negativa)
Formato de respuesta	Heteroaplicada; entrevista semiestructurada; escala de 1 (ausente) a 7 (extremo) por ítem
Puntuación	Se calculan puntuaciones independientes por subescala y una puntuación compuesta; puede clasificarse en subtipo positivo, negativo, mixto u otro
Consistencia interna (α de Cronbach)	PANSS-P: $\alpha = .73$ PANSS-N: $\alpha = .83$ Psicopatología general: $\alpha = .87$
Fiabilidad	Buena fiabilidad interobservador y test-retest; mayor consistencia en la subescala negativa. La subescala positiva presenta baja homogeneidad factorial.
Validez	Buena validez concurrente con BPRS, SAPS y SANS: PANSS/SAPS: $r = .77$ PANSS-N/SANS: $r = .70$ Psicopatología general/Impresión global: $r = .52$
Tiempo de aplicación	30 a 60 minutos

Instrumento	WHODAS 2.0 – Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS
Autores	Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010)
Finalidad	Evaluar el nivel de funcionamiento y discapacidad en seis dominios vitales del día a día, independientemente del diagnóstico médico.
Ámbitos de aplicación	Salud mental, medicina general, rehabilitación, investigación epidemiológica, estudios de calidad de vida.

Instrumento	WHODAS 2.0 – Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS
Población	Personas mayores de 18 años con condiciones de salud físicas, mentales o ambas. Disponible en versiones para autoaplicación o entrevista.
Versión	Versión internacional validada por la OMS. Existen versiones de 36 ítems (completa) y 12 ítems (abreviada).
Estructura factorial / Dimensiones	6 dominios funcionales: 1. Cognición 2. Movilidad 3. Autocuidado 4. Relaciones interpersonales 5. Actividades de la vida diaria 6. Participación en la sociedad
Formato de respuesta	Escala tipo Likert de 5 puntos: 1 (ninguna dificultad) a 5 (extrema dificultad o no puede hacerlo)
Puntuación	Se calcula una puntuación total y por dominio, que puede transformarse en una escala de 0 a 100 (0 = sin discapacidad, 100 = discapacidad total). Puede usarse método de puntuación simple o ponderado.
Consistencia interna (α de Cronbach)	$\alpha \approx .90$ en la versión de 36 ítems; buena fiabilidad test-retest y validez transcultural en múltiples países y lenguas .
Validez	Excelente validez de constructo y concurrente con otras medidas de funcionamiento; validado en contextos clínicos y poblacionales.
Tiempo de aplicación	36 ítems: 20–30 minutos • 12 ítems: 5–10 minutos

Instrumento	PSP. Escala de Funcionamiento Personal y Social
Autores	Versión original: Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini Y Pioli (2000) Adaptación española: García-Portilla, Saiz, Bousoño, Bascarán, Guzmán-Quilo Y Bobes (2011)
Finalidad	Evaluar el funcionamiento personal y social de pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

Instrumento	PSP. Escala de Funcionamiento Personal y Social
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, psiquiatría, investigación en salud mental.
Población	Adultos con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos del espectro psicótico
Versión	Adaptación y validación española en pacientes ambulatorios estables e inestables
Estructura factorial / Dimensiones	4 áreas: 1. Autocuidado 2. Actividades sociales habituales (trabajo/estudio) 3. Relaciones personales y sociales 4. Comportamientos perturbadores/agresivos
Formato de respuesta	Escala Likert de gravedad de 6 puntos (1 = ausente; 6 = muy grave) + puntuación global (intervalo 1–100)
Puntuación	Puntuación específica en cada área (a mayor puntuación, mayor gravedad) y puntuación global (a mayor puntuación, mejor funcionamiento general). Punto de corte sugerido: 79.
Consistencia interna	$\alpha = .874$
Fiabilidad test-retest	$r = .979$
Validez	Unidimensional (73.2% varianza explicada); alta validez convergente con SOFAS ($r = .954$) e inversa con CGI-G ($r = -.878$); capacidad discriminativa entre pacientes y controles (AUC = 0.986); sensibilidad = 94.3%, especificidad = 96.1%
Tiempo de aplicación	10 a 30 minutos

Instrumento	FAST. Functioning Assessment Short Test – Prueba breve de evaluación del funcionamiento
Autores	Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W. G., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczinski, F., y Vieta, E. (2007)

Instrumento	FAST. Functioning Assessment Short Test – Prueba breve de evaluación del funcionamiento
Finalidad	Evaluar de forma rápida el nivel de funcionamiento en diferentes áreas de la vida cotidiana en personas con trastorno mental.
Ámbitos de aplicación	Psicología clínica, psiquiatría, medicina general, programas de salud mental
Población	Adultos y personas mayores con trastornos mentales (originalmente validado en trastorno bipolar)
Estructura factorial / Dimensiones	6 áreas de funcionamiento: 1. Autonomía 2. Funcionamiento ocupacional 3. Funcionamiento cognitivo 4. Gestión financiera 5. Relaciones interpersonales 6. Tiempo libre
Formato de respuesta	Heteroaplicada; cada ítem se puntúa de 0 (sin dificultad) a 3 (dificultad severa)
Puntuación	Rango total de 0 a 72; puntuaciones más altas indican mayor deterioro funcional
Consistencia	$\alpha = .90$
Fiabilidad test-retest	Elevada; buenos indicadores de estabilidad temporal
Validez	Buena validez concurrente y discriminante; útil para detectar diferencias según estado clínico (eutímico vs. sintomático)
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10 minutos

Apéndice C

“Los pasajeros del autobús”

“Imagina que conduces un autobús, pero en tu autobús no viajan pasajeros comunes, quienes suben son partes de ti como tus pensamientos, recuerdos, emociones, impulsos... Algunos son agradables, pero otros resultan incómodos, perturbadores o incluso intimidantes.

Hay pasajeros que gritan desde el fondo del autobús, tratando de imponerte rutas, amenazándote con acercarse si no sigues sus instrucciones. A veces, sus voces son tan insistentes que, con tal de evitar el malestar, terminas desviándote, cediendo a sus demandas. “Mientras estén tranquilos allá atrás, yo los complazco”, piensas. Y sin darte cuenta, comienzas a conducir según lo que esos pasajeros te dictan, aunque no sea hacia donde tú realmente quieres ir.

Con el tiempo, esto se vuelve tan habitual que incluso anticipas lo que van a decirte y cambias el rumbo sin que ellos lo pidan, ya no sientes que tengas el control del autobús, pareces un simple ejecutor de sus exigencias y aunque te justifiques diciéndote que es más fácil así, el resultado es que estás lejos del destino que anhelas.

Pero hay algo fundamental, esos pasajeros no pueden tomar el volante, no pueden girar el timón, frenar ni acelerar.

Solo pueden hablar, incomodar, amenazar, su poder reside únicamente en tu reacción ante ellos. ¿Y si te permites continuar tu ruta con ellos a bordo, aunque hagan ruido?

Porque en realidad, quien conduce eres tú, no importa cuántos pasajeros lleves ni cuán molestos sean, ¿podrás avanzar en la dirección que consideras sin que tu trayecto dependa de silenciar a cada uno de ellos?”

Adaptada de Hayes et al., 2014.

Apéndice D

Consentimiento Informado, Protección de Datos y Hoja Informativa del Programa

Programa psicológico: “Vivir con sentido: intervención para personas con esquizofrenia”

¿Qué es este programa?

Es un acompañamiento psicológico diseñado para ayudarte a mejorar tu calidad de vida, sentirte más autónomo/a, relacionarte mejor con los demás y avanzar hacia lo que realmente te importa en la vida.

¿Qué haremos?

Durante varias semanas, participarás en sesiones donde:

- Se entrenarán habilidades para estar más presente en el aquí y ahora.
- Relacionarte de forma diferente con tus pensamientos y emociones.
- Descubrir qué es importante para ti.
- Dar pequeños pasos hacia una vida con más sentido.

¿Cómo será?

- Tendremos sesiones una vez por semana, que duraran entre 40 y 90 minutos aproximadamente.
- Las sesiones serán individuales y grupales (algunas solo contigo y otras con más personas).
- El programa dura unos 6 meses.

¿Qué actividades incluye?

- Ejercicios para entrenar la atención.
- Juegos o metáforas para entender mejor tu experiencia.
- Espacios para hablar sobre lo que piensas, sientes y haces.

- Ejercicios prácticos para aplicar lo aprendido fuera de las sesiones.

¿Quién dirige el programa?

Un/a psicólogo/a especializado/a en salud mental, que estará contigo durante todo el proceso.

¿Qué beneficios puedes obtener?

- Comprender mejor tus pensamientos y emociones.
- Relacionarte de forma diferente con el malestar.
- Mejorar tus relaciones con los demás.
- Sentirte más dueño/a de tu vida.

¿Y si no quiero seguir?

Puedes dejar el programa en cualquier momento. Es completamente voluntario.

¿Existen riesgos o molestias?

Este programa no conlleva riesgos físicos. Pero, es importante que sepas que:

- Durante algunas sesiones podrías entrar en contacto con recuerdos o emociones difíciles (como tristeza, ansiedad, frustración o miedo).
- Al hablar sobre tus pensamientos o vivencias, puedes sentirte incómodo/a o vulnerable en ciertos momentos.
- El programa no pretende eliminar por completo los síntomas, sino ayudarte a relacionarte de otra manera con ellos, lo cual puede ser un proceso desafiante.

Todo esto forma parte del proceso terapéutico y estarás acompañado/a por un profesional que te orientara y acompañara para manejar estas experiencias de forma segura y respetuosa.

Puedes decidir en todo momento si quieres participar o no en los ejercicios, y se respetarán siempre tus límites personales.

¿Y mi información personal?

Todo lo que compartas será confidencial. Solo se utilizará para ayudarte en tu proceso terapéutico, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos. Si tienes dudas, puedes preguntar al profesional que te acompaña.

Consentimiento Informado

Declaro haber sido informado/a de los objetivos, características, beneficios y posibles riesgos del programa descrito. Se me ha ofrecido la oportunidad de realizar preguntas, y todas han sido respondidas de forma clara y comprensible. Entiendo que puedo desistir de participar en cualquier momento, sin que esto me pueda perjudicar.

Nombre del participante: _____

DNI/NIE: _____

Firma del participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del profesional: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Protección de Datos

Se le informa que:

1. El responsable del tratamiento de sus datos personales es [Nombre del centro o profesional].
2. La finalidad del tratamiento es la prestación de servicios psicológicos en el marco del presente programa.
3. Sus datos no serán cedidos a terceros salvo obligación legal o consentimiento expreso.

4. Tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir, oponerse y limitar el tratamiento de sus datos, así como a la portabilidad de estos, dirigiéndose a [correo electrónico o dirección postal del responsable].
5. Sus datos serán conservados únicamente durante el tiempo necesario para los fines para los que fueron recogidos y mientras pueda derivarse responsabilidad legal.
6. Puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) si considera que se han vulnerado sus derechos.

(Reglamento (UE) 2016/679; LOPDGDD, 2018)

He leído y comprendido esta información y autorizo el tratamiento de mis datos personales en el marco del programa mencionado.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Apéndice E

Hoja de Trabajo: “El Juego de los Dardos”

Basado en Lundgren et al., 2012

Parte 1: Definición de Valores

¿Qué es lo más importante para ti?

Los valores son tus principios fundamentales, lo que realmente te importa y te guía en la vida.

A diferencia de las metas, los valores no se alcanzan, sino que marcan una dirección

continua. Reflexiona y responde:

1. Trabajo/Educación

¿Cómo deseas ser como trabajador/a o estudiante? ¿Qué habilidades quieres cultivar?

.....

2. Relaciones

¿Qué tipo de relaciones te gustaría construir? ¿Qué cualidades personales quieres desarrollar al relacionarte?

.....

3. Crecimiento Personal / Salud

¿Qué prácticas o actividades te conectan contigo mismo/a? ¿Qué hábitos quieres fomentar?

.....

4. Esparcimiento

¿Cómo disfrutas tu tiempo libre? ¿Qué actividades te generan placer o bienestar?

.....

Parte 2: Juego de Dardos – Autovaloración

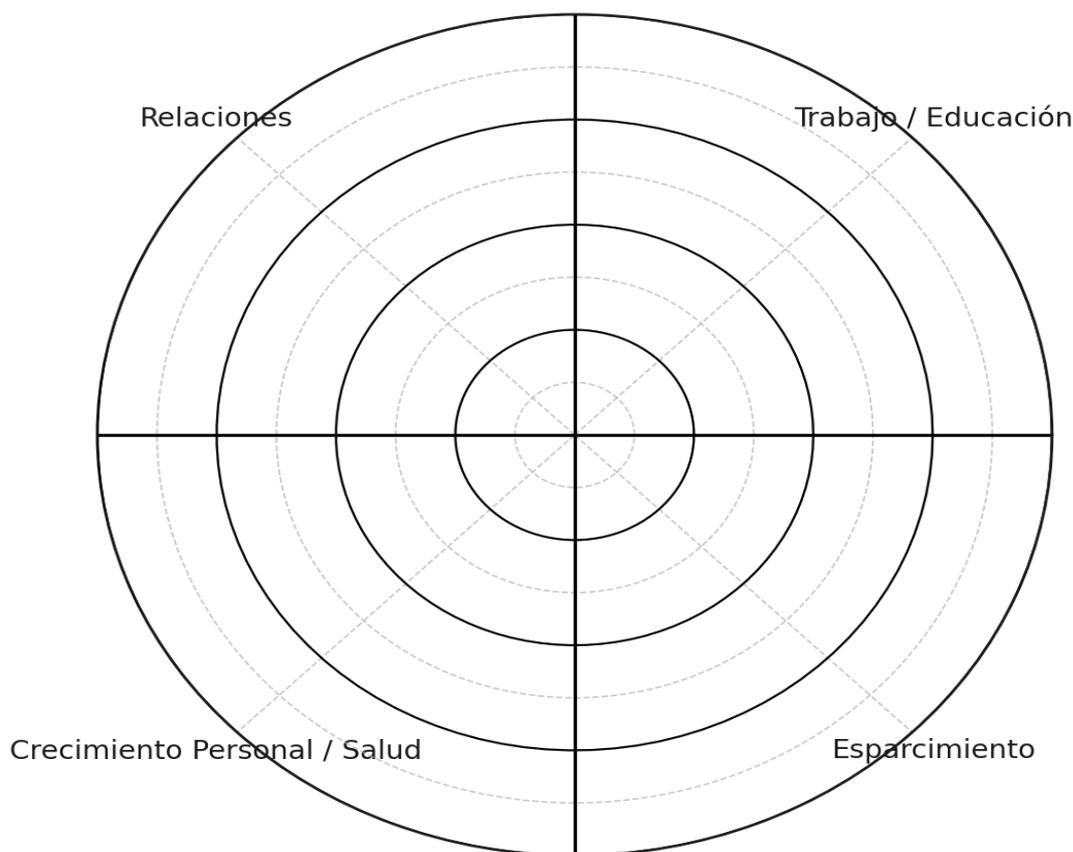
Ahora observa el siguiente tablero dividido en cuatro cuadrantes (uno por cada área de valor). Marca con una “X” en cada sección para señalar qué tan alineado estás actualmente con tus propios valores.

- Si colocas la “X” en el centro (la diana), significa que estás viviendo completamente conforme a ese valor.
- Cuanto más lejos esté la “X” del centro, más alejado/a te encuentras actualmente de ese valor en tu vida.

Marca una “X” en cada uno de los 4 sectores.

No es una evaluación, sino una herramienta de reflexión personal.

Juego de los Dardos - Clarificación de Valores



Apéndice F

Entrevista psicológica semiestructurada: Relaciones familiares e impacto del diagnóstico de esquizofrenia

Objetivo general:

Explorar las dinámicas familiares, el impacto emocional y funcional del diagnóstico de esquizofrenia en la familia, así como las estrategias de afrontamiento y percepción del apoyo social.

Formato: Semiestructurado

Duración aproximada: 45-60 minutos

Modalidad de aplicación: Individual, presencial

Aplicador/a: Psicólogo/a clínico o investigador/a con formación en salud mental

Preguntas guía

Contexto familiar previo al diagnóstico

1. ¿Cómo describiría la relación familiar antes de que se manifestaran los primeros síntomas?
2. ¿Qué tipo de apoyo y comunicación existía dentro de la familia?
3. ¿Había antecedentes de trastornos mentales u otras enfermedades crónicas en la familia?

Inicio de los síntomas y proceso diagnóstico

4. ¿Cuándo y cómo comenzaron a aparecer los primeros signos que les hicieron pensar que algo ocurría?
5. ¿Cómo vivió usted el proceso diagnóstico?
6. ¿Qué emociones o pensamientos tuvo al recibir el diagnóstico de esquizofrenia?
7. ¿Qué cambios notó en la dinámica familiar tras el diagnóstico?

Impacto emocional y funcional

8. ¿Cómo ha afectado el diagnóstico a su vida cotidiana y a la de otros miembros de la familia?
9. ¿Han cambiado las responsabilidades dentro del hogar? ¿Cómo?

Relación con la familia

11. ¿Cómo describiría su relación actual con su familia?
12. ¿Ha cambiado la manera en que se comunican?
13. ¿Qué aspectos le resultan más difíciles y cuáles más satisfactorios en esta relación?

Apoyo social y recursos

14. ¿Recibe apoyo de otros familiares, amigos o profesionales?
15. ¿Ha participado en grupos o ha recibido orientación psicoeducativa?
16. ¿Qué tipo de recursos o intervenciones le han resultado útiles?

Estrategias de afrontamiento y necesidades

17. ¿Qué estrategias utiliza para afrontar las dificultades relacionadas con la enfermedad?
18. ¿Qué cree que ayudaría a mejorar la calidad de vida del entorno familiar?
19. ¿Qué necesidades no cubiertas considera que tiene la familia en este momento?

Cierre

20. ¿Hay algo más que le gustaría añadir o compartir sobre su experiencia familiar desde el diagnóstico?

Observaciones del entrevistador/a (post-entrevista):

- Nivel de expresividad emocional.
- Resistencia o evitación de ciertos temas.
- Coherencia del discurso y nivel de insight familiar.
- Recursos de afrontamiento identificados.

Apéndice G

El Monstruo basada en Hayes et al.,1999.

“Imagina que llevas tiempo enfrentándote a un problema que te causa mucho malestar. Puede ser ansiedad, pensamientos intrusivos, culpa, recuerdos difíciles, o cualquier otro malestar interno que se presenta una y otra vez.

Ahora, imagina que ese problema se parece a un monstruo grande y aterrador, al que estás atado por una cuerda. Entre tú y él hay un foso muy profundo. Mientras el monstruo está dormido o tranquilo, no parece tan amenazante.

Pero, en cuanto se despierta, se vuelve insoportable. Su aspecto es temible, grita, se mueve con fuerza, y tú, instintivamente, empiezas a tirar de la cuerda para empujarlo hacia el foso e intentar que desaparezca.

A veces parece que, al tirar, el monstruo se calma, como si te estuviera dando una tregua. Pero, con el tiempo, te das cuenta de que cuantas más tiras, más fuerte se hace el monstruo, más se resiste, más violento se vuelve... y tú, sin darte cuenta, estás cada vez más cerca del borde del foso, en peligro de caer.

Mientras tanto, toda tu energía y tu atención están puestas en controlar la cuerda. No puedes dejar de mirar al monstruo, anticipar si se mueve, si despierta, si ataca. Y poco a poco, tu vida se limita a eso: estar pendiente del monstruo y de la cuerda.

Ahora imagina que soltar la cuerda es una opción. No para deshacerte del monstruo pero sí para dejar de pelear, dejar de acercarte al borde del foso, y permitirte mirar alrededor. Cuando sueltas la cuerda, el monstruo sigue ahí, puede que incluso grite, pero tú ya no estás atrapado en la lucha. Puedes volver a dirigir tu atención hacia aquello que es importante para ti, a pesar de la presencia del monstruo.”

Apéndice H

“el invitado molesto” (basada en Hayes et al., 2014).

“Imagina que organizas una reunión con personas importantes para ti, preparas el espacio con cuidado y alegría, y cuando comienza el evento, todo marcha como esperabas, la gente disfruta, conversas animadamente, el ambiente te gusta.

Al cabo de un rato, aparece alguien que no habías invitado, una persona molesta, difícil, poco amable.

Entra sin pedir permiso y comienza a incomodar a los demás, te resulta desagradable tenerle ahí, así que haces lo posible por echarle. Lo consigues... pero pronto regresa.

En esta ocasión decides no apartarte de la puerta, vigilando constantemente para que no vuelva a colarse. Y sí, lo mantienes fuera, pero a costa de quedarte tú también fuera de la fiesta. Puedes oír a los demás pasándolo bien, pero tú estás en otro sitio, ocupado en controlar esa amenaza.

Entonces te das cuenta: esta reunión era algo importante para ti, y no quieres seguir perdiéndotela. Así que tomas otra decisión, vuelves a entrar con la idea de que, si esa persona regresa, ya verás qué hacer, pero no vas a dejar que su presencia arruine lo que es valioso para ti.

Efectivamente, vuelve. Y sí, sigue siendo molesto, pero ahora tú eliges enfocar tu atención en lo importante: hablar con tus invitados, disfrutar del momento.

Aunque ese personaje siga allí, tú recuperas tu lugar en la fiesta.”

Apéndice I

Ejercicio de Relajación Progresiva de Jacobson (versión 5 minutos)

Instrucciones:

“Tómate un momento para cerrar los ojos o fijar la vista en un punto”.

Fase de respiración inicial

“Respira hondo tres veces: inhala lentamente por la nariz y exhala por la boca. Lleva la atención al aire que entra y sale”

Tensión y relajación de grupos musculares

“Realiza estos pasos en orden. Tensa cada grupo muscular durante 5 segundos, luego suelta y siente la diferencia durante 10 segundos”

1. Manos y brazos

- *“Aprieta los puños y siente la tensión en antebrazos y manos”*
- *“Suelta lentamente y relaja”*

2. Hombros

- *“Sube los hombros como si quisieras tocarte las orejas”*
- *“Suelta con suavidad y deja que caigan”*

3. Cara (frente y mandíbula)

- *“Frunce el ceño y aprieta los párpados y labios”*
- *“Relaja todo el rostro, siente la suavidad”*

4. Abdomen

- *“Contrae el abdomen como si quisieras llevar el ombligo hacia dentro”*
- *“Suelta y respira con el vientre suelto”*

5. Piernas y pies

- *“Aprieta los muslos y estira los dedos de los pies”*
- *“Relaja y nota cómo las piernas descansan”*

Cierre del ejercicio

“Respira profundamente una vez más y siente tu cuerpo más relajado, suelto y tranquilo.”

Permanece un momento en silencio, simplemente notando cómo te sientes.”

Apéndice J

Exploración de Áreas Vitales

A continuación, encontrarás distintas áreas que suelen ser importantes en la vida de muchas personas.

Indica cuán importante es para ti (de 0 a 10), cómo te sientes actualmente en esa área (de 0 a 10), y si te gustaría trabajar en ella.

Área Vital	Importancia (0-10)	Satisfacción Actual (0-10)	¿Te gustaría trabajar en esta área? (Sí/No)
------------	--------------------	-------------------------------	---

Relaciones
familiares

Amistades

Salud

Formación o
aprendizaje

Trabajo o actividad
significativa

Ocio y tiempo libre

Espiritualidad o
creencias

Contribución o
ayuda a otros

Autocuidado

Pareja o relaciones
íntimas

Participación en
comunidad

Crecimiento
personal

Apéndice K

Ejercicios basados en Hayes et al., 2014

Reflexión sobre elecciones y valores

Piensa en una situación reciente en la que tomaste una decisión importante o cotidiana.

Reflexiona si esa decisión estuvo guiada por tus valores o por razones externas.

1. ¿Qué situación elegiste?

2. ¿Qué razones influyeron en tu decisión?

3. ¿Qué valor personal (si lo hubo) estuvo presente?

4. ¿Cómo te sentiste al tomar esa decisión?

Plan de Acción Valiosa

Selecciona un valor importante para ti y piensa en una acción concreta que puedas llevar a cabo para acercarte a ese valor.

Valor elegido: _____

Acción concreta que representa este valor:

¿Cuándo la harás? _____ ¿Dónde? _____

¿Qué obstáculos pueden aparecer?

¿Qué te dirá tu mente? ¿Qué emociones pueden surgir?

¿Qué te ayudará a mantenerte conectado con tu valor?
