



**Universidad
Europea** CANARIAS

**El Cómic como Herramienta
Terapéutica en la Terapia de
Aceptación y Compromiso para la
Psicosis: una propuesta de
intervención**

Trabajo Fin de Máster

Autor/a: Anxel Carramal Fernández

Tutor/a: Carlos Suso Ribera

28/01/2026

1. Resumen

Antecedentes. La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos todavía constituyen una elevada carga clínica y socioeconómica. Si bien las intervenciones de primera línea han conseguido numerosos resultados, todavía persisten limitaciones en el manejo eficaz de la enfermedad. En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso para la psicosis (ACTp) emerge como un enfoque prometedor, mientras que el uso del cómic como herramienta terapéutica ha cobrado fuerza durante los últimos años, debido a sus posibilidades para ofrecer nuevas vías para la expresión narrativa y emocional.

Propuesta. El presente trabajo propone un protocolo de intervención psicológica grupal dirigido a adultos jóvenes (18-35 años) con primeros episodios psicóticos o en fase inicial de la enfermedad. Este programa integra los procesos nucleares de la ACTp con la creación de cómics como herramienta terapéutica. A través de ésta, se busca facilitar la externalización de síntomas, reducir la fusión cognitiva y clarificar valores personales, promoviendo así la recuperación funcional. Para evaluar su efectividad, se propone una evaluación cualitativa y cuantitativa dentro de un diseño de medidas repetidas (pre, post y seguimiento a 3 meses).

Conclusiones. La integración del cómic en el marco de la ACTp proporciona una sinergia terapéutica innovadora que permite superar barreras verbales y reducir el autoestigma. Este protocolo ofrece una estructura sistemática para su aplicación clínica. Se espera que el programa aumente la flexibilidad psicológica, la motivación y la adherencia, reduzca la evitación experiencial y el autoestigma, y mejore la mentalización y la capacidad emocional.

2. Abstract

Background. Schizophrenia and other psychotic disorders continue to represent a significant clinical and socioeconomic issue. Although first-line interventions have achieved substantial results, limitations persist regarding the effective management of the disease. In this context, Acceptance and Commitment Therapy for psychosis (ACTp) emerges as a promising approach, meanwhile the use of comics as a therapeutic tool has gained momentum in recent years due to its potential to offer new avenues for narrative and emotional expression.

Proposal. This paper proposes a group psychological intervention protocol targeted at young adults (ages 18–35) experiencing first-episode psychosis or in the early stages of the disorder. This program integrates the core processes of ACTp with comic creation as a therapeutic tool. Through this approach, the aim is to facilitate symptom externalization, reduce cognitive fusion, and clarify personal values, thereby promoting functional recovery. To evaluate its efficacy, both qualitative and quantitative assessments are proposed within a repeated-measures design (pre-intervention, post-intervention, and 3-month follow-up).

Conclusions. The integration of comics within the ACTp framework provides an innovative therapeutic synergy that helps overcome verbal barriers and reducing self-stigma. This protocol offers a systematic structure for clinical application. It is expected that the program will increase psychological flexibility, motivation, and treatment adherence; reduce experiential avoidance and self-stigma; and improve mentalization and emotional capacity.

3. Introducción

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ª versión revisada (DSM-5-TR), establece entre sus categorías los Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Estos se definen por la presencia de alteraciones en al menos uno de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y/o sintomatología negativa (American Psychiatric Association, APA, 2022, pp. 101-103).

Dentro de éstos, la esquizofrenia representa una preocupación central en salud mental por su curso crónico, frecuentes recaídas deterioro funcional asociado y el riesgo de muerte prematura (APA, 2022, pp. 113-121). Su impacto socioeconómico es también considerable, debido al estigma asociado y costes derivados del proceso de tratamiento actual.

En relación a esto último, cabe destacar que aproximadamente el 50% de las personas ingresadas en hospitales psiquiátricos han recibido este diagnóstico (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2022), y la propia OMS indica:

Solo el 31,3 % de las personas que padecen psicosis reciben atención de salud mental especializada. La mayoría de los recursos destinados a los servicios de salud mental se gastan de manera ineficiente en la atención proporcionada en los hospitales psiquiátricos. (OMS, 2022, párr. 21)

Se estima que la prevalencia mundial de la esquizofrenia es del 0,32%, afectando a aproximadamente 24 millones de personas (OMS, 2022). En España, la prevalencia de las psicosis en conjunto se estima en un 1,2% de la población (Subdirección General de Información

Sanitaria, 2021, p. 6). Detalles específicos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) pueden consultarse en el Apéndice A.

Estos datos subrayan la necesidad de un abordaje individualizado y multidisciplinar de la esquizofrenia. Las principales guías clínicas (INTEGRATE, NICE, APA) convergen en recomendar un enfoque integral que incluya: medicación antipsicótica, intervenciones psicosociales, psicoeducación y psicoterapia. Una descripción más detallada de las recomendaciones de cada guía puede consultarse en el Apéndice B.

Revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes coinciden con dichas indicaciones, concluyendo que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la psicoeducación y el abordaje familiar contribuyen a la mejora de calidad de vida, la reducción de recaídas y la mejora de las funciones social y cognitiva (Bighelli et al., 2021; Barlati et al., 2024). Aun así, varios factores continúan representando un reto significativo: su curso crónico, la persistencia de sintomatología residual, las dificultades para realizar una verdadera y efectiva intervención temprana y el elevado coste económico y social que plantea el abordaje de esta enfermedad. Estos límites evidencian la necesidad de seguir investigando tanto tratamientos emergentes aún poco explorados como actualizaciones de enfoques ya establecidos.

En este contexto, las terapias de tercera generación surgen como un enfoque esperanzador. Entre ellas, la ACTp destaca por su énfasis en la flexibilidad cognitiva y en promover el bienestar y la calidad de vida a la hora de abordar esta enfermedad (Morris y Simson, 2024), adaptando el modelo hexaflex a las características de la población diana. Además, permite aplicarse en formato grupal e individual en diversos dispositivos (unidades de hospitalización, atención ambulatoria, programas comunitarios) (Morris et al., 2023). Tal y como recogen los

autores, sus resultados preliminares son alentadores: reducción del número de reingresos, del malestar e interferencia asociados a la sintomatología, y mejora del funcionamiento y calidad de vida de los pacientes.

Revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes refuerzan esta tendencia. Pittman et al. (2024) encuentran que la ACTp parece tener un efecto grande sobre la inflexibilidad psicológica en paranoia, moderado en delirios y pequeño en alucinaciones auditivas. Pena-Garijo et al. (2025) concluyen que, por un lado, la ACTp podría mejorar los síntomas psicóticos, la adherencia al tratamiento, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida. Por otro, podría reducir el número de hospitalizaciones y su duración. Añaden que también podría ser factible y bien recibida en fases tempranas de la enfermedad, tanto de forma individual como grupal.

En conclusión, la ACTp surge como un enfoque prometedor, flexible y metodológicamente factible. Aun así, como señalan los estudios citados, es necesario ampliar los estudios con un mayor rigor metodológico y muestras más amplias para poder refinar el modelo y obtener conclusiones más fiables.

Considerando los potenciales beneficios de la ACTp, resulta pertinente explorar otras modalidades que puedan enriquecer sus procesos, destacando entre ellas la arteterapia. Aunque las guías NICE recomendaban en 2014 ofrecer arteterapia a todas las personas con esquizofrenia, su justificación bajo los estándares de la medicina basada en la evidencia ha sido compleja (Bastiampillai et al., 2016). Laws y Conway (2019) llegaron a conclusiones similares en su meta-análisis, donde advierten que la evidencia sobre el uso de arteterapia en pacientes con esquizofrenia podría estar sesgada hacia resultados positivos, resaltando la necesidad de mayor

rigor metodológico en estudios futuros. No obstante, identificaron mejores resultados en síntomas negativos en muestras más jóvenes y con mayor proporción de mujeres.

Investigaciones recientes profundizan en la eficacia específica de estas intervenciones. Du et al. (2024), en su revisión sistemática y meta-análisis centrada en arteterapia visual (principalmente pintura, manualidades y caligrafía), observaron efectos significativos pequeños-moderados en sintomatología positiva, moderados en la sintomatología negativa y en niveles de depresión, y una alta efectividad en la reducción de ansiedad. También encontraron que los mejores resultados se daban con las modalidades de pintura y manualidades, con una mayor participación femenina y un mayor número de horas semanales de terapia. Como dato destacable, los efectos resultan más consistentes en aquellos estudios realizados en Asia, en comparación con Europa.

Complementando estos datos con una visión cualitativa, del Río Diéguez et al. (2024) ofrecen el punto de vista de facultativos de dos hospitales de día de salud mental en Madrid sobre estas técnicas. Los profesionales destacan la facilitación que ofrece el lenguaje artístico para expresar singularidad y trabajar con procesos no verbales, así como la activación de procesos metacognitivos y regulatorios mediante la conexión sensorial y corporal. Esto permite al equipo clínico tanto evaluar la evolución y los estados internos del paciente, como recopilar información que permita complementar otras formas de intervención.

En conjunto, la literatura señala un interés creciente por la arteterapia como intervención complementaria, pero también una clara necesidad de fortalecer la calidad metodológica de las investigaciones. Para suplir esta carencia, Zhang et al. (2024) publicaron un protocolo para

revisiones sistemáticas y meta-análisis que permita evaluar la eficacia y seguridad de las terapias artísticas grupales (GATs) como tratamientos complementarios para la esquizofrenia.

Pese a que la evidencia científica sobre arteterapia continúa siendo preliminar, en España ya existen iniciativas que muestran su potencial terapéutico. Un ejemplo ilustrativo es el trabajo del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de la Fundación Manantial en Barajas (Madrid), donde emplean diversas modalidades artísticas en su programa de intervención comunitaria.

Durante una visita al CRPS, las profesionales María Luisa Jimeno (trabajadora social) y Saray Guzmán (terapeuta ocupacional) (comunicación personal, 7 de noviembre de 2025) explicaron cómo el centro participa en Acerca Cultura, una red que conecta espacios culturales con entidades sociales para facilitar acceso a la cultura a colectivos vulnerables. Esta iniciativa funciona no solo como vía expresiva, sino como espacio de encuentro y participación social en contextos normalizados, favoreciendo la integración social, el establecimiento de vínculos significativos y la reducción del estigma.

No obstante, su labor terapéutica se profundiza también dentro del centro, donde las profesionales implementan diversos medios expresivos. Entre ellas, destaca el trabajo con máscaras neutras, cuya función terapéutica facilita la expresión no verbal de emociones y la exploración identitaria en poblaciones con trastorno mental grave.

De esta forma, experiencias como la del CRPS de la Fundación Manantial refuerzan la alineación entre los principios de la ACTp y el potencial terapéutico del arte. Es por ello, por lo que resulta lógico explorar aquellas modalidades artísticas que permitan combinar lo visual y manipulativo con lo narrativo, potenciando así los distintos procesos de la ACTp. Y es aquí donde el cómic surge como una herramienta prometedora.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Tal y como recoge McCloud (1993), el cómic se articula en términos de ilustraciones yuxtapuestas y otras imágenes en secuencia deliberada, con el propósito de transmitir información y/o producir una respuesta estética en el lector. De esta forma, mientras que herramientas como la pintura o la música ofrecen expresión mediante modalidades singulares, el cómic otorga una integración multimodal: permite configurar narrativas en términos de secuencialidad, estructura, temporalidad y perspectiva. Esto resulta particularmente relevante en la ACTp, donde precisamente estos mismos elementos operan como ejes centrales: la secuencialidad (evolución de situaciones que favorecen su aceptación), estructura (clarificación y jerarquización de valores), temporalidad (distinción eventos pasados/futuros-momento presente) y perspectiva (yo como contexto). Esta convergencia permite construir narrativas terapéuticas más adaptativas, en las que el paciente se puede posicionar no como prisionero de sus síntomas, sino como observador y agente de su propia historia, tanto literal como figuradamente.

Además, a diferencia de otras modalidades artísticas que también permiten dicha convergencia (teatro, danza, expresión musical, escultura), el cómic presenta ventajas específicas a la hora de trabajar con personas con diagnóstico de psicosis. En primer lugar, no requiere de habilidades técnicas/artísticas previas: los participantes pueden expresarse mediante formas complejas, geométricas básicas o líneas simples, sin ver reducido por este motivo su potencial terapéutico. Esta flexibilidad es especialmente relevante en esta población, donde es habitual la presencia de deterioro cognitivo y sintomatología extrapiramidal, lo que, junto con la apatía, puede obstaculizar el aprovechamiento de otras modalidades artísticas más exigentes a nivel técnico. En segundo lugar, es muy accesible a nivel económico, requiriendo de base únicamente papel y lápiz. Esto resulta crucial en el abordaje de una enfermedad cuyo tratamiento ya es costoso de por sí, además de que permitiría aplicarlo en dispositivos de bajos recursos. En tercer

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

lugar, ofrece una estructura clara (algo fundamental en esta población) pero a la vez flexible, facilitando tanto una organización del pensamiento como una mayor flexibilidad cognitiva. Por último, proporciona un andamiaje (dibujo con texto) natural y lúdico que reduce la amenaza evaluativa (no hay opción a “hacerlo mal”) algo muy importante a la hora de trabajar con personas con elevados niveles de autoestigma.

Teniendo todo esto en cuenta, no es de extrañar que recientes estudios hayan explorado su efectividad a nivel educativo (Brandt et al., 2025; McNicol, 2016), como herramienta terapéutica narrativa (España et al., 2024), como facilitador emocional (Papathanasiou et al., 2023) e incluso como proceso terapéutico en sí mismo para autores profesionales (Bell, 2022). Todos ellos, además, señalan la necesidad de una mayor investigación sobre el uso de dicha herramienta.

Febres-Cordero et al. (2025) constatan cómo su naturaleza multimodal favorece la accesibilidad y la equidad, permitiendo superar barreras culturales y lingüísticas, además de potenciar la retención y la normalización de experiencias internas. Seia (2025) vincula este potencial terapéutico con el concepto de *Graphic Medicine* acuñado por Ian Williams (fundador de la plataforma GraphicMedicine.org).

Sin embargo, aun reconociendo sus múltiples ventajas, la integración de la ACTp con el cómic sigue siendo un terreno sin protocolos formalizados. Si bien podemos encontrar propuestas de integración de terapia narrativa con arte secuencial (Gysin, 2020), de protocolos estructurados de arteterapia mediante cómic para Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (*Graphic novel art therapy [GNAT]*, s/f) e incluso manuales que integran la ACT con arteterapia (Backos, 2022), ninguna de estas propuestas cubre específicamente la sinergia entre los procesos de aceptación y compromiso y el lenguaje del cómic.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Por lo tanto, es imperativo diseñar un protocolo estructurado que capitalice estos antecedentes para ofrecer una nueva vía de intervención mediante el empleo del cómic como herramienta terapéutica, en sinergia con el enfoque contextual y experiencial de la ACTp, lo que podría enriquecer cada uno de sus procesos:

La representación gráfica de experiencias psicóticas ofrecería contención emocional y normalización, lo que facilitaría una actitud de mayor apertura hacia ellas y por lo tanto, su aceptación (Figura 1). Esto resulta especialmente beneficioso para esta población, en la que una mayor flexibilidad psicológica se asocia con menores niveles de paranoia y delirios (Pittman et al., 2024).

El hecho de poder externalizar estas experiencias, así como los pensamientos y emociones asociados a ellas, facilitaría el proceso de defusión cognitiva, al existir una “separación” física y tangible (Figura 2). Metaanálisis recientes han encontrado una asociación entre mayor fusión cognitiva y mayor persistencia de deliros (Pittman et al., 2024).

La alternancia entre distintos puntos de vista (narrador, protagonista, observador, avatar) podría facilitar la toma de perspectiva desde la que se podrían observar pensamientos y emociones sin identificarse con ellos (Figura 3). Estudios como el de Hendriks et al. (2020) encuentran que las personas con psicosis tienden a mantener una perspectiva fija baja flexibilidad.

Tanto su creación como lectura requiere de la intervención de numerosos procesos cognitivos, lo que podría favorecer el anclaje natural en el momento presente y regular la activación frente a rumiaciones o disociaciones (Bellaiche et al., 2025; Kaimal et al., 2016).

Estudios como el de Lam et al. (2022) sugieren que una mayor capacidad de atención plena se relaciona con menores niveles de rumiación y emociones negativas.

Los diferentes arcos narrativos, tramas, decisiones estéticas, etc., permitirían visualizar de manera clara valores, metas y prioridades que en un inicio podrían resultar demasiado abstractas (Figura 4). Estudios como el de El-Ashry y Nashwan (2024) encuentran que el enfoque en valores puede aumentar la motivación y compromiso del paciente.

Finalmente, el cómic permitiría representar la experiencia personal del paciente y un ensayo narrativo de aquellas acciones que estarían alineadas con sus valores personal. Esto fortalecería la motivación hacia cambios conductuales, al implicar al paciente en un proceso de expresión y planificación de acciones futuras (Figura 5) (El-Ashry y Nashwan, 2024).

Pese a lo expuesto y a pesar de sus beneficios, el uso terapéutico del cómic en psicosis desde el marco de la ACTp conlleva riesgos que deben gestionarse: consolidación de delirios, sobreestimulación sensorial, inducción de estados disociativos o dinámicas grupales adversas. Para mitigar estos efectos, resulta indispensable aplicar un protocolo estructurado aplicado por profesionales de la psicología. En los próximos apartados se desarrollará una propuesta de intervención basada en ACTp complementada con el empleo del cómic como herramienta terapéutica. En la Tabla 1 se sintetizan las aportaciones que otorga el cómic a cada uno de los distintos procesos del hexaflex, así como la relevancia de estos últimos en el tratamiento de la psicosis.

Tabla 1*Integración de los procesos de la ACT y la creación de cómic en el tratamiento de la psicosis*

Proceso	Mecanismo en el Cómic	Beneficio Terapéutico
Aceptación	Representación gráfica de experiencias psicóticas.	Contención emocional y normalización, reduciendo la evitación.
Defusión cognitiva	Externalización en papel y separación física tangible.	Ver el pensamiento/voz como algo externo, disminuyendo la fusión y la literalidad.
Yo como contexto	Uso de múltiples perspectivas.	Facilitación de la toma de perspectiva y de la desidentificación con los contenidos psicóticos.
Momento presente	Demanda cognitiva y motora de la creación y lectura.	Favorecer el anclaje en el "aquí y ahora", regulando la activación frente a rumiaciones o disociación.
Valores	Visualización de tramas, estética y arcos narrativos.	Concreción y hacer tangibles conceptos abstractos vitales, favoreciendo la clarificación.
Acción comprometida	Ensayo narrativo de conductas futuras.	Fortalece la motivación y sirve como entrenamiento conductual seguro.

4. Objetivos generales y específicos de la intervención

Objetivos generales

1. Promover la flexibilidad psicológica en pacientes con psicosis, través de los procesos centrales de la ACTp, empleando el cómic como catalizador.
2. Fomentar la motivación intrínseca del paciente y su compromiso terapéutico de manera coherente con sus valores personales.
3. Favorecer un entorno terapéutico de aceptación y apoyo que combata el auto-estigma y permita desarrollar habilidades emocionales y sociales.

Objetivos específicos

- 1.1 Reducir la evitación experiencial mediante la potenciación de la aceptación de experiencias internas negativas, empleando la representación gráfica de las mismas y exponiendo a los pacientes a éstas de forma simbólica.
- 1.2 Facilitar la defusión cognitiva, fortaleciendo el rol de “yo como observador” mediante la externalización física de pensamientos/creencias y la adopción de diferentes roles narrativos.
- 1.3 Incrementar el contacto con el momento presente mediante actividades de creación artística que requieran atención plena, empleándolas en sí mismas como anclaje al aquí y ahora.
- 2.1 Facilitar la identificación y clarificación de los valores personales de los pacientes mediante la exploración narrativa de los mismos.
- 2.2 Fomentar la acción comprometida hacia metas terapéuticas acordes con los valores de los pacientes, mediante ensayos conductuales gráficos y representación simbólica.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

2.3 Mejorar la adherencia al tratamiento al integrar un formato atractivo, motivador y significativo mediante talleres y actividades hacia un fin.

3.1 Fomentar la cohesión grupal y reducir el auto-estigma mediante la expresión compartida de vivencias y dinámicas grupales colaborativas.

3.2 Potenciar el reconocimiento y regulación emocional de los pacientes mediante la expresión artística, el empleo de metáforas y la representación gráfica de estados emocionales propios y ajenos.

3.3 Estimular la teoría de la mente y los procesos de mentalización mediante la identificación con personajes, interpretación de estados mentales representados gráficamente y la creación de narrativas con múltiples perspectivas.

5. Metodología

5.1. Población diana y criterios de selección

5.1.1. Definición de la población diana

La presente intervención estará dirigida a jóvenes adultos de entre 18 y 35 años con diagnóstico de primer episodio psicótico (PEP) o en fase inicial de trastornos del espectro de la esquizofrenia, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5-TR (APA, 2022, pp. 104-125), población definida en el punto 3. Esta decisión se fundamenta en múltiples líneas de evidencia, recogidas a continuación.

Por un lado, es amplia la literatura que destaca la importancia de la intervención temprana sobre la psicosis (Williams et al., 2024), asociándose una mayor Duración de la Psicosis no Tratada (por sus siglas en inglés, Duration of Untreated Psychosis, DUP) con una mayor

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

gravedad de sintomatología negativa, peor funcionamiento cognitivo y social y un mayor riesgo de recaídas, hospitalización y suicidio (Catalan et al., 2025).

Según un metaanálisis reciente, la edad media de inicio de la psicosis se sitúa en torno a los 20.5 años, mostrando en su distribución que el 50% de los casos incluidos en éste (36) debutan entre los 20 y los 34 años (IQR= 20-34), con una mediana de 25 (Solmi et al., 2022). Además, en metaanálisis centrados específicamente en intervenciones tempranas en psicosis, la edad media de los participantes se eleva a aproximadamente 25,8 años (Williams et al., 2024).

Por otro lado, estudios recientes sugieren una amplia aceptación por parte de los pacientes jóvenes adultos con PEP del tratamiento basado en ACT, así como la efectividad de esta última en las fases tempranas de la enfermedad (Bouws et al., 2024; Özer y Dişsiz, 2024; von Hardenberg et al., 2022).

Finalmente, durante los últimos años se han destacado tanto la amplia aceptación de las distintas modalidades de arteterapia por parte de la población más joven (Versitano et al., 2025), como la potencial utilidad y efectividad del empleo de arteterapia en la intervención temprana en psicosis (Parkinson et al., 2024).

Es por estos motivos por los que se establece que el rango de edad adecuado para esta propuesta de intervención es el indicado. Se excluyen pacientes de más de 35 años por una mayor probabilidad de padecer un mayor nivel de deterioro cognitivo y cronicidad de enfermedad que dificulte esta propuesta de intervención (Irani et al., 2011). Se excluyen pacientes menores de 18 años debido a que presentan con mayor frecuencia un perfil clínico más grave y distinto al que está dirigido esta intervención (Immonen et al., 2017). Se acota el rango

de edad entre 18 y 35 para evitar en la medida de lo posible un *gap* generacional demasiado amplio que dificulte aspectos de cohesión y dinámicas grupales.

5.1.2. Criterios de inclusión

Criterios diagnósticos

Diagnóstico confirmado de trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico según DSM-5-TR, con especificador de primer episodio cuando aplique, o en su defecto, con evolución inferior a 24 meses desde el inicio de sintomatología psicótica.

Criterios temporales y de estabilización

DUP inferior a 24 meses.

Medicación antipsicótica estable durante las 6 semanas previas a la inclusión. La estabilidad se define como el empleo del mismo fármaco antipsicótico sin cambios de principio activo ni variaciones de dosis superiores al 25%.

Criterios de funcionamiento y capacidad

Capacidad para mantener niveles de concentración y atención adecuados a la intervención durante sesiones de 90 minutos, evaluadas por el personal facultativo de referencia.

Higiene y apariencia personal apropiadas para la terapia grupal.

Capacidad para participar activamente en las dinámicas del grupo.

Capacidad de comprensión oral y lectoescritura básica (mínimo estudios primarios completados con éxito) en lengua castellana.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Capacidad cognitiva adecuada que permita comprender la naturaleza, beneficios y riesgos de su participación en el programa, así como para otorgar consentimiento informado.

Criterios sociodemográficos

Edad de entre 18 y 35 años, ambas inclusive si se cumplen en el año de su ingreso en el programa.

Disponibilidad temporal, geográfica y logística para acudir regularmente al centro donde se lleve a cabo el programa.

5.1.3. Criterios de exclusión

Criterios clínicos

Riesgo suicida moderado (pensamientos suicidas activos con alguna intención o planificación, pero sin acción concreta ni plan específico) o alto (ideación suicida activa con plan específico e intención de actuar, o conductas preparatorias, o intento en los últimos 3 meses) (*Triage and risk Identification*, 2020).

Riesgo heteroagresivo actual o historia reciente de conducta violenta (durante el último año) que justifique preocupación por la seguridad del grupo, valorado por su facultativo de referencia.

Comportamiento gravemente desorganizado/catatónico, deterioro cognitivo y/o funcional severo que impida una participación significativa en la terapia.

Psicopatología comórbida que requiera atención prioritaria a la psicótica (en caso de no ser posible una atención simultánea) y/o que limiten la comprensión/participación en el proceso terapéutico.

Sintomatología psicótica activa que impida un grado mínimo de participación efectiva, valorado por su facultativo de referencia.

Participación simultánea en otro programa de intervención psicológica (grupal/individual) con el que pueda darse contaminación cruzada y/o resultar potencialmente en iatrogenia.

Criterio metodológico

Un participante que abandone el programa no podrá reincorporarse en sesiones posteriores, para evitar la influencia de variables extrañas al programa.

5.2. Diseño de la intervención

5.2.1. Tipo de diseño

La intervención se estructura como un programa grupal cerrado, secuencial y semiestructurado. Está diseñado específicamente para la implementación en servicios clínicos que posibiliten la atención ambulatoria (centro de atención temprana, hospital de día, centro de rehabilitación, unidad comunitaria especializada).

Con respecto a la evaluación de la efectividad, sigue un diseño de medidas repetidas con seguimiento (pretest, postest y a los 3 meses de finalizar la intervención).

En lo referente a la composición grupal, se trata de un grupo cerrado, de entre 8 y 12 participantes, formado por dos terapeutas (terapeuta principal y coterapeuta), ambos psicólogos

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

general sanitarios con formación específica en ACT, conocimiento amplio del cómic (estructura, elementos que lo componen, narrativa gráfica) y experiencia de al menos dos años en psicosis.

5.2.2. Análisis Estadístico Previsto

Considerando el diseño de medidas repetidas en tres momentos temporales (T0, T1, T2) con grupo pequeño de participantes ($n=8-12$), se realizará un análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas, siempre y cuando se cumplan los supuestos paramétricos. Estos últimos serán evaluados previamente (Normalidad mediante prueba de Shapiro-Wilk, Esfericidad mediante prueba de Mauchly e Independencia de observaciones) (de Villa y del Carmen, 2004).

En caso de que se incumplan los supuestos de normalidad y/o esfericidad, considerando el pequeño tamaño de la muestra, se empleará la Prueba de Friedman.

5.2.3 Manejo de datos faltantes

El manejo de los posibles datos faltantes en este estudio se llevará a cabo siguiendo las guías de la *European Medicines Agency* (EMA) sobre el tratamiento de datos faltantes (EMA, 2010).

Estrategias preventivas

Se intentarán minimizar los abandonos y/o falta de datos manteniendo contacto regular con los mismos y proporcionando recordatorios de las fechas de la próxima sesión.

Si algún participante abandona, se intentarán recoger igualmente sus medidas de T1/T2 (*retrieved dropout*), recogiendo en todo caso la fecha de abandono/ausencia y el motivo.

Para evitar en la medida de lo posible la contaminación de variables extrañas, si un participante abandona el programa, no podrá reincorporarse en ninguna de las sesiones restantes. En cualquier caso, si el abandono se produce antes de T0, este participante será excluido del análisis. Si el porcentaje de abandono en este supuesto supera el 20%, se constituirá un nuevo grupo de participantes.

Análisis de casos completos

El análisis de ANOVA de medidas repetidas /Friedman se realizará sólo con los datos de aquellos participantes de los que se hayan realizado las 3 mediciones. Se reportará el número total de participantes y tasa de abandonos.

Análisis de sensibilidad

En caso de que falten datos, se llevarán a cabo dos análisis de sensibilidad para poder evaluar la robustez de los resultados obtenidos.

Análisis de sensibilidad 1, imputación conservadora

Se empleará el método de imputación *Baseline Observation Carried Forward* (BOCF) o *Last Observation Carried Forward* (LOCF) en función del momento de abandono:

Si el abandono se produce entre T0 y T1 (no hay postest): Se llevará a cabo el método de imputación BOCF, imputando T1 y T2 como T0 (simulando una “no mejoría”).

Si el abandono se produce entre T1 y T2 (no hay datos de seguimiento): Se llevará a cabo el método de imputación LOCF, imputando T2 como T1 (simulando una “no mejoría”). Se empleará BOCF en lugar de LOCF si el primero es más razonable/conservador.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Análisis de sensibilidad 2, peor caso plausible

Se supondrán valores adversos razonables (en función del contexto y participante) para los datos faltantes.

Si el abandono se produce entre T0 y T1 (no hay posttest): Se imputarán valores que representen un empeoramiento clínico, a determinar en función de la línea base obtenida en T0.

Si el abandono se produce entre T1 y T2 (no hay datos de seguimiento): Se imputarán los datos con el peor valor observado en T2 (excluyendo causas externas documentadas; p.e., eventos traumáticos durante la intervención).

Interpretación de resultados

Realizadas las imputaciones pertinentes, se repetirá el ANOVA/Friedman de nuevo con todos los datos (obtenidos e imputados) y se comparará el resultado con el ANOVA de los casos completos.

Si las conclusiones coinciden entre los distintos análisis, se considerará que los efectos del programa son robustos; mientras que si difieren significativamente se interpretará que los datos faltantes podrían estar afectando a las conclusiones, discutiendo esta limitación en el apartado correspondiente.

Clasificación de los Datos Faltantes

Se reconoce que los métodos BOCF y LOCF, aunque conservadores, pueden no capturar completamente la complejidad de los mecanismos subyacentes a los datos faltantes. Por ello, se analizará también si los datos faltantes podrían constituir *Missing Completely At Random*

(MCAR, faltan por causas no relacionadas con el programa), *Missing At Random* (MAR, por

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

causas relacionadas con el programa y recogidas en las mediciones) o *Missing Not At Random* (MNAR, por causas relacionadas con estados no observados en el programa). Estos datos serán indicados en el apartado de resultados y se tendrán también en cuenta de cara a la interpretación final de los resultados.

5.2.2. *Variables de estudio*

Las variables a evaluar para objetivar la efectividad de esta intervención se derivan directamente de los objetivos generales y específicos de la intervención. Se integran tanto medidas cuantitativas (escalas validadas, cuestionarios de satisfacción y evaluación de participantes *ad-hoc*) como cualitativas (análisis temático, observación, producción artística).

Para dotar del mayor rigor científico posible a la intervención, únicamente se emplearán las medidas cuantitativas de cara a la valoración de la consecución o no de los objetivos. Esto se realiza en base al principio de que los cambios cualitativos se reflejan en cambios cuantitativos. Las mediciones cualitativas quedarán recogidas en el apartado dedicado a las observaciones clínicas de cada sesión, debido a su significativa importancia de cara a la optimización y análisis de la intervención.

Tal y como se recoge en el punto 5.2.1, la evaluación se realizará en 3 momentos temporales: pretest (T0), postest (T1) y seguimiento a los 3 meses de finalización de la intervención (T2).

Para establecer la variación de puntuación significativa, se establecieron criterios de mejora mínima en base al tamaño del efecto empleando la *d* de Cohen (Sullivan y Feinn, 2012): cambios que generaran un efecto pequeño a moderado ($d \geq 0.3-0.5$) fueron considerados clínicamente observables, mientras que cambios con $d < 0.2$ fueron descartados como triviales.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

De forma preliminar, se utiliza una aproximación basada en el rango total de puntuación posible para cada instrumento. La fórmula aplicada es la siguiente:

$$\Delta_{\text{mín}} = d \times (P_{\text{max}} - P_{\text{min}})$$

Donde $\Delta_{\text{mín}}$ representa el cambio mínimo significativo en la puntuación, d es el tamaño del efecto deseado para cambios clínicamente observables, y P_{max} y P_{min} son las puntuaciones máxima y mínima posibles del instrumento, respectivamente.

OG1: Promover la flexibilidad psicológica en pacientes con psicosis, través de los procesos centrales de la ACTp, empleando el cómic como catalizador.

Se considerará como alcanzado si se alcanzan los OE1.1, OE1.2 y OE1.3. Si no se alcanzan o no se mantienen en T2 alguno o ninguno de los OE, se considerará como objetivo no alcanzado.

OE1.1: Reducir la evitación experiencial mediante la potenciación de la aceptación de experiencias internas negativas, empleando la representación gráfica de las mismas y exponiendo a los pacientes a éstas de forma simbólica.

Evaluado mediante la puntuación en el *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II), cuestionario de 7 ítems tipo Likert que miden la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Una mayor puntuación en este cuestionario se relaciona con una mayor evitación experiencial e inflexibilidad psicológica (Ruiz et al., 2013).

Resultado esperado: Reducción $\geq 10\%$ en puntuación total de T0 a T1, mantenida o aumentada en T2, considerando el OE1.1 como alcanzado. Si la reducción disminuye más de un 5% en T2, se considerará el OE.1 como alcanzado pero no sostenido.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

OE1.2: Facilitar la defusión cognitiva, fortaleciendo el rol de “yo como observador” mediante la externalización física de pensamientos/creencias y la adopción de diferentes roles narrativos.

Evaluated mediante la puntuación en el *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ), cuestionario de 7 ítems tipo Likert que evalúa la fusión cognitiva. Una mayor puntuación en este cuestionario se asocia con una mayor fusión cognitiva (Romero-Moreno et al., 2014).

Resultado esperado: Reducción $\geq 15\%$ en puntuación total de T0 a T1, mantenida o aumentada en T2, considerando el OE1.2 como alcanzado. Si la reducción disminuye más de un 5% en T2, se considerará el OE1.2 como alcanzado pero no sostenido.

OE1.3: Incrementar el contacto con el momento presente mediante actividades de creación artística que requieran atención plena, empleándolas en sí mismas como anclaje al aquí y ahora.

Evaluated mediante la puntuación en *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS), escala de 15 ítems tipo Likert que mide la atención consciente en el momento presente y la capacidad de mantener el foco atencional sin distracciones. Una mayor puntuación en este cuestionario se asocia con una mayor atención/conciencia en el momento presente (Soler et al., 2012).

Resultado esperado: Aumento $\geq 10\%$ en puntuación total de T0 a T1, mantenido o incrementado en T2, considerando el OE1.3 como alcanzado. Si el aumento disminuye más de un 5% en T2, se considerará el OE1.3 como alcanzado pero no sostenido.

OG2: Fomentar la motivación intrínseca del paciente y su compromiso terapéutico de manera coherente con sus valores personales.

Se considerará como alcanzado si se alcanzan los OE2.1, OE2.2 y OE2.3. Si no se alcanzan o no se mantienen en T2 alguno o ninguno de los OE, se considerará como objetivo no alcanzado.

OE2.1: Facilitar la identificación y clarificación de los valores personales de los pacientes mediante la exploración narrativa de los mismos.

Evaluado mediante la puntuación obtenida en el *Valuing Questionnaire* (VQ), subescala *Progress*, de 5 ítems, que mide el progreso percibido por el paciente hacia sus valores, incluyendo claridad sobre lo personalmente significativo, capacidad para identificar qué importa, y *enactment* de valores. Una mayor puntuación en esta subescala es indicativa de una mayor capacidad para identificar valores personales en distintos dominios de la vida (Ruiz et al., 2022).

Resultado esperado: Aumento $\geq 25\%$ en puntuación de T0 a T1, mantenido o incrementado en T2, considerando el OE2.1 como alcanzado. Si el aumento disminuye más de un 10% en T2, se considerará el OE2.1 como alcanzado pero no sostenido.

OE2.2: Fomentar la acción comprometida hacia metas terapéuticas acordes con los valores de los pacientes, mediante ensayos conductuales gráficos y representación simbólica.

Evaluado mediante la puntuación en *Valuing Questionnaire* (VQ), subescala *Obstruction*, de 5 ítems, que evalúa la percepción de obstáculos que impiden la acción congruente con valores (síntomas, emociones negativas, evitación experiencial). Una menor puntuación en esta subescala sugiere una mayor capacidad para tomar acciones de forma congruente con los valores propios (Ruiz et al., 2022).

Resultado esperado: Disminución $\geq 20\%$ en puntuación de T0 a T1, mantenida o incrementada en T2, considerando el OE2.2 como alcanzado. Si la disminución incrementa más de un 5% en T2, se considerará el OE2.2 como alcanzado pero no sostenido.

OE2.3: Mejorar la adherencia al tratamiento al integrar un formato atractivo, motivador y significativo mediante talleres y actividades hacia un fin.

Evaluado mediante la puntuación en el Inventario de Actitudes Hacia la Medicación – 10 (Drug Attitude Inventory – 10, DAI-10), de 10 ítems dicotómicos, que mide la actitud global hacia la medicación antipsicótica. Una mayor puntuación en este cuestionario es indicativa de una actitud más positiva hacia la medicación (García et al., 2004).

Resultado esperado: Incremento ≥ 2 puntos en la puntuación total de T0 a T1, mantenido o incrementado en T2, considerando el OE2.3 como alcanzado. Si el aumento disminuye más de 1 punto en T2, se considerará el OE2.3 como alcanzado pero no sostenido.

OG3: Favorecer un entorno terapéutico de aceptación y apoyo que combata el auto-estigma y permita desarrollar habilidades emocionales y sociales.

Se considerará como alcanzado si se alcanzan los OE3.1, OE3.2 y OE3.3. Si no se alcanzan o no se mantienen en T2 alguno o ninguno de los OE, se considerará como objetivo no alcanzado.

OE3.1: Fomentar la cohesión grupal y reducir el auto-estigma mediante la expresión compartida de vivencias y dinámicas grupales colaborativas.

Evaluado mediante la puntuación total en la Escala de Estigma Interiorizado de la Enfermedad Mental (EIEM) (Internalized Stigma Of Mental Illness Scale, ISMI), de 29 ítems tipo Likert, que mide el estigma interiorizado en cinco dimensiones: alienación, estereotipo, discriminación percibida, discriminación experimentada, y detrimento. Una mayor puntuación en esta escala sugiere la presencia de un mayor nivel de estigma interiorizado (Bengochea-Seco et al., 2018).

Resultado esperado: Reducción $\geq 10\%$ en puntuación total de T0 a T1, mantenida o aumentada en T2, considerando el OE3.1 como alcanzado. Si la reducción disminuye más de un 5% en T2, se considerará el OE1.2 como alcanzado pero no sostenido.

OE3.2: Potenciar el reconocimiento y regulación emocional de los pacientes mediante la expresión artística, el empleo de metáforas y la representación gráfica de estados emocionales propios y ajenos.

Evaluado mediante la puntuación total en Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006). Esta escala de 24 ítems tipo Likert evalúa los factores de percepción, comprensión y regulación emocional en uno mismo. Se establecen puntos de corte para los distintos factores, diferenciando entre hombres y mujeres.

Respecto al factor Percepción; en hombres una puntuación < 21 sugiere escasa percepción, de 22 a 33 una percepción adecuada y > 33 percepción excesiva. En mujeres, una puntuación < 24 sugiere escasa percepción, de 25 a 35 una percepción adecuada y de 36 una percepción excesiva.

Respecto a la subescala Comprensión; en hombres una puntuación < 25 sugiere escasa comprensión, de 26 a 35 una comprensión adecuada y > 36 una comprensión excelente. En

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

mujeres, una puntuación < 23 sugiere escasa comprensión, de 24 a 34 una comprensión adecuada y ≥ 35 una comprensión excelente.

Respecto a la subescala Regulación; en hombres una puntuación < 23 sugiere escasa regulación, de 24 a 35 una regulación adecuada y >36 una regulación excelente. En mujeres, una puntuación < 23 sugiere escasa regulación, de 24 a 34 una regulación adecuada y >35 una regulación excelente.

Resultado esperado: En hombres, obtener una puntuación de entre 22 a 32 en Percepción, una puntuación \geq a 26 en comprensión y una puntuación \geq a 24 en Regulación en T1, sostenida en T2, considerando el OE3.2 como alcanzado. En caso de que los participantes ya se encontrasen en el rango adecuado en T0, se espera una mejoría ≥ 2 puntos en los factores Comprensión y Regulación en T1, sostenida o incrementada en T2. El factor Percepción se espera que se mantenga en el rango adecuado, no siendo necesario el incremento para considerar el OE3.2 como alcanzado.

En mujeres, obtener una puntuación de entre 25 a 35 en Percepción, una puntuación \geq a 24 en comprensión y una puntuación \geq a 24 en Regulación en T1, sostenida en T2, considerando el OE3.2 como alcanzado. En caso de que las participantes ya se encontrasen en el rango adecuado en T0, se espera una mejoría ≥ 2 puntos en los factores Comprensión y Regulación en T1, sostenida o incrementada en T2. El factor Percepción se espera que se mantenga en el rango adecuado, no siendo necesario el incremento para considerar el OE3.2 como alcanzado.

En ambos casos, si la puntuación se desvía del rango adecuado y/o no alcanza el punto de corte establecido en tan solo uno de los tres factores evaluados, se considerará el

OE3.2 como no alcanzado. Si los requisitos para considerar el OE3.2 como alcanzado se cumplen en T1 pero no en T2, se considerará el objetivo OE3.2 como alcanzado pero no sostenido.

OE3.3: Estimular la teoría de la mente y los procesos de mentalización mediante la identificación con personajes, interpretación de estados mentales representados gráficamente y la creación de narrativas con múltiples perspectivas.

Puntuación en el Test de las Insinuaciones – Versión abreviada, prueba que presenta 5 escenarios breves que requiere inferencia de intención implícita. Cada escenario presenta un diálogo donde la intención real no se dice directamente. El paciente debe deducir qué “quiere realmente decir” el personaje. Se puntúa: respuesta correcta en primer intento (2 puntos), respuesta correcta en segundo intento tras pista (1 punto), respuesta incorrecta (0 puntos). Una mayor puntuación en este test sugiere una mayor capacidad para utilizar la teoría de la mente (Gil et al., 2012).

Resultado esperado: Incremento $\geq 20\%$ en la puntuación total de T0 a T1, mantenido o incrementado en T2, considerando el OE3.3 como alcanzado. Si el aumento disminuye más de un 10% en T2, se considerará el OE2.3 como alcanzado pero no sostenido.

Cuestionario de satisfacción ad-hoc

Al finalizar cada sesión, los participantes evaluarán su grado de satisfacción mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 indica muy insatisfecho y 5 muy satisfecho. Con el fin de minimizar sesgos derivados de la influencia social o de evaluaciones previas, cada participante completará la escala de manera individual y confidencial en una hoja independiente.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Esta medida permitirá analizar la satisfacción percibida a lo largo del programa, identificar las sesiones con mayor aceptación y calcular la media grupal de satisfacción, proporcionando indicadores relevantes sobre la percepción subjetiva de calidad y utilidad de las intervenciones.

Evaluación del desempeño del paciente en cada sesión

La persona que dirija la sesión realizará una evaluación individual de cada participante, considerando tres dimensiones: participación, interés y actitud. Esta valoración se llevará a cabo mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, en la que 1 representa el nivel más bajo (ausencia de participación, interés y actitud negativa) y 5 el nivel más alto (participación activa, elevado interés y actitud muy positiva).

Esta evaluación permitirá valorar el grado de implicación y compromiso de cada participante durante la sesión, aportando información complementaria tanto al registro de satisfacción subjetiva como a la evolución del paciente a lo largo del programa.

5.3 Materiales necesarios para la conducción de sesiones

5.3.1 Materiales artísticos

- Papel de dibujo/cartulina (A4 y A3, blanco, 150 gr.)
- Acetatos transparentes
- Lápices de grafito (HB, 2B, 4B)
- Lápices de color (48 colores)
- Rotuladores de alcohol COPIC (24 colores)

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- Rotuladores POSCA negros (diferentes grosores)
- Acuarelas (12 colores)
- Pintura acrílica (blanco, negro, marrón, amarillo, magenta, cian)
- Gomas de borrar y difumino
- Reglas, compases, plantillas de formas (para participantes que prefieren estructura)
- Adhesivos (pegamento en barra, cinta de doble cara)
- Tijeras con puntas redondeadas
- Revistas y periódicos
- Grapadora
- Plastificadora
- Láminas de plastificar
- Plantillas de rejilla 3x3

5.3.2 Materiales de apoyo terapéutico

- Carteles informativos sobre los distintos procesos ACT con lenguaje accesible
- Ejercicios de mindfulness adaptados para psicosis
- Tarjetas de valores (preseleccionadas para facilitar clarificación inicial)
- Tarjetas con expresiones faciales
- Diarios de sesión para cada participante (cuadernos pequeños para registros)

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

5.3.3 *Materiales audiovisuales*

- Proyector o pantalla (para visualizar ejemplos de cómics terapéuticos)
- Altavoz (música de apoyo para sesiones de mindfulness y para complementar las rondas de trabajo)
- Tablet para fotografiar producciones de cómic (con consentimiento informado, para análisis posterior)
- Cómics como lecturas recomendadas (en función de la etapa del proceso y valorando la clínica de cada participante).
 - Se está muy sola en el centro de la tierra (Thorogood, 2024)
 - *In* (McPhail, 2022)
 - Mr. Milagro (King y Gerards, 2019)
 - *Blankets* (Thompson, 2004)
 - Trágame entera (Powell, 2009)
 - Transitorios (Nadar, 2022)
 - Sunny Sunny Ann! (Yamamoto, 2020)
 - El color de las cosas (Panchaud, 2024)
 - Sin City (Miller, 2010)
 - Soy una matagigantes (Kelly & Nimura, 2024)
 - Blanco Humano (King & Smallwood, 2024)

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

5.3.4 Material de espacio

- Espacio tranquilo, amplio, luminoso y que permita privacidad
- Mesas de trabajo (superficie mínima 60x100 cm, altura ajustable si es posible)
- Sillas cómodas con respaldo
- Estanterías o muebles para almacenamiento de materiales
- Pared o tablero para exposición temporal de trabajos (facilita visualización grupal)
- Espacios para descansos/transiciones entre actividades, donde se pueda fumar

6. Descripción y temporalización de la intervención

6.1 Estructura General del Programa

La presente intervención se estructura en 4 fases secuenciales desarrolladas a lo largo de 6 meses (24 sesiones). Cada sesión tiene una duración total de 2 horas y 20 minutos, distribuidas en Bloque 1 (60 minutos), Descanso (20 minutos) y Bloque 2 (60 minutos).

Duración total del programa: 6 meses (24 semanas)

Frecuencia: 1 sesión semanal

Duración por sesión: 120 minutos

Número total de sesiones: 24

6.2 Distribución por Fases y Sesiones

Fase 1: Portada. Introducción al mundo del cómic y primeras pinceladas de ACT

Sesión 1: El Origen del Héroe/Heroína

Objetivos: OE3.1, OE3.2

Materiales: Papel de dibujo A4 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, proyector, pantalla. Carteles informativos sobre procesos ACT con lenguaje accesible. Cómic recomendados impresos o digitales para visualización.

Bloque 1 (60 minutos)

Bienvenida y creación de seguridad grupal

Presentación del equipo terapéutico y su rol. Explicación clara del programa y sus objetivos generales. Establecimiento colaborativo de normas básicas: confidencialidad (todo lo que se comparta permanece en el grupo), respeto mutuo, participación voluntaria, no evaluación del “resultado artístico”, ausencia de juicio, comunicación desde la

experiencia personal. Énfasis: “No hay formas correctas o incorrectas de dibujar”.

Aclaración de expectativas. Recogida de consentimiento informado.

Presentación integrada del programa y la ACTp

Explicación accesible de la ACTp: “No se trata de eliminar los síntomas. Se trata de cambiar nuestra relación con ellos”. Introducción del cómic como herramienta terapéutica: “Es un lenguaje que permite contar historias de múltiples formas. Visual, narrativo, simbólico”. Proyección/muestra de páginas de cómics terapéuticamente relevantes

Introducción a elementos básicos del cómic

Explicación breve de la viñeta como contenedor, orden de lectura, globos de diálogo vs. pensamiento, cajas de narración, líneas de movimiento. Ejemplos visuales proyectados.

Ejercicio: Crear tu Avatar como Presentación al Grupo

Cada participante dibuja un avatar simple que lo represente ahora (abstracto, geométrico, literal... libertad creativa). En blanco y negro con lápices de grafito.

Pregunta guía: “¿Cómo te ves tú en este momento?”.

Presentación breve voluntaria: máximo 2-3 frases (nombre, cómo se ve, cómo se siente). Se da la bienvenida.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Evaluación Inicial T0

Administración de cuestionarios de pretest en ambiente tranquilo, con apoyo si es necesario.

Tarea para la próxima sesión: Dibuja tu Rutina Diaria en Viñetas

Explicación: “Dibuja 4-6 viñetas mostrando tu día actual, tal como es realmente (sin idealizar). Incluye bocadillos de diálogo o pensamiento mostrando 'qué pasa dentro’”.

Ejemplo de referencia: *Sunny Sunny Ann!* (Yamamoto, 2020), que muestra rutinas cotidianas.

Especificación: “Esta tarea es voluntaria. Si no la haces, está bien. Pero inténtalo si puedes.”

Cierre de Sesión

Validación del proceso. Recordatorio de confidencialidad. Despedida cálida.

Sesión 2: Construcción del personaje: *Stats & Debuffs*

Objetivos: OE3.2, OE1.1

Materiales: Papel de dibujo A4 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores). Avatares dibujados en Sesión 1 de cada participante.

Bloque 1 (60 minutos)

Revisión de la sesión anterior

Breve *check* emocional: “¿Cómo os sentís hoy?” Apertura para que quien lo desee comente brevemente cómo fue la tarea. En todas las siguientes sesiones se dedicarán los primeros minutos a un “aterrizaje” emocional en la sesión. Se evitará demorar demasiado tiempo en este apartado.

Concepto de Simplificación en el Cómic

Presentación teórico-práctica: “En el cómic, la simplificación es un arte. Un círculo y dos puntos son un rostro, más sencillo que el clásico 6 y 4. Cuando simplificamos, hacemos las cosas menos abrumadoras.”

Ejemplos de inspiración: *In* (McPhail, 2022), que combina un estilo realista con expresiones faciales *cartoon*; El color de las cosas (Panchaud, 2024), los personajes son simplemente puntos de colores; Se está muy sola en el centro de la tierra (Thorogood, 2024), donde se representan distintos personajes con estilos muy diferenciados.

Ejercicio: Formas y Siluetas

Los participantes practican dibujar emociones/situaciones usando formas geométricas básicas: círculos, líneas simples, cuadrados, triángulos. Se proporciona espacio para varios intentos.

Preguntas guía: “¿Cómo se vería la alegría si fuera una forma? ¿Y el miedo? ¿Y la calma?”

Ejercicio: Enriquecer tu Avatar con Fortalezas y Limitaciones

Los participantes retoman el avatar de la Sesión 1 e incorporan visualmente dos elementos (una fortaleza y una limitación actuales). Libertad creativa. Aclaración: “No se trata de escribir 'tengo depresión'. Se trata de cómo se ve eso, cómo se siente.”

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Introducción al Concepto de Elipsis

Explicación de las elipsis: “La elipsis es el espacio entre viñetas. Es lo que no se dibuja. El lector imagina qué pasa ahí, en base al contenido de las viñetas que la rodean”.

Relación con experiencias psicóticas: “Así como imaginamos qué pasa entre viñetas, a

veces nuestra mente imagina sobre eventos reales. Interpreta sin evidencia o malinterpreta los sucesos entre ambas viñetas.”

Muestra de ejemplos con páginas de cómic (sirve cualquiera de los recomendados), consultando acerca de qué ha ocurrido entre una viñeta y otra.

Ejercicio: ¿Qué Ha Ocurrido?

Se proporcionan parejas de viñetas sueltas de los cómics recomendados (mismas 2 viñetas cada 3-4 participantes). Cada participante, individualmente, tiene que crear viñetas intermedias en base a la información de la que dispone. Posteriormente se comparte en grupo lo que interpretaron, analizando las diferencias encontradas entre participantes.

Puesta en Común y Cierre

Reflexión: “¿Hubo diferencias entre la interpretación de las elipsis?”. Tarea: “Esta semana, intenta encontrar momentos donde tu mente 'completó' algo. ¿Fue exacto? ¿En base a qué información? Trae una idea o viñetas si puedes.”

Sesión 3: El Rashōmon Psicológico

Objetivos: OE1.2, OE3.3

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores).

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción a Perspectivas Múltiples

Explicación de la importancia de la perspectiva personal a la hora de abordar un suceso: “La misma historia puede contarse de muchas formas distintas según quién la

cuenta, dónde y cómo esté cada uno.” Pregunta reflexiva: “Si algo malo sucede, ¿cuántas versiones hay de lo que pasó?”

Conexión con ACT: “El 'yo como contexto' significa poder observar desde distintos ángulos una misma situación.”

Ejercicio Grupal: Multiversos Mentales

Se presenta un evento neutral: “Ana saluda con la mano a Carlos desde la otra acera. Carlos sigue caminando sin pararse ni devolver el saludo.” Se divide el grupo en 3 subgrupos. Cada subgrupo narra gráficamente en primera persona el mismo evento desde distintas perspectivas: la de Carlos (con pensamientos, emociones), de un observador externo que pasaba por ahí y no tiene relación con ninguno de los dos (qué se ve, sin pensamientos internos), de Ana (qué piensa, cuáles son sus atribuciones). 3-4 viñetas.

Presentación y Comparación

Se muestran todas las perspectivas. Análisis grupal: “¿Cuál es la verdadera historia? ¿Son todas diferentes? ¿Cuál es más correcta? Depende de dónde estés. No hay una verdad. Hay múltiples simultáneamente.”

Conexión terapéutica: "En estados paranoides, creemos que sabemos qué piensa alguien, qué intención tiene. Pero estamos viendo solo desde una perspectiva".

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio Personal: Yo emocional, Yo contextual

Repetir el ejercicio anterior, pero cada participante lo hará con un evento de su vida. Un momento donde lo haya pasado mal, sin ser uno nuclear en el proceso de la enfermedad, sino algo cotidiano: un conflicto, un error, una situación social incómoda.

Se dan ejemplos: “Cometí un error en el trabajo”, “Un amigo me criticó”, “Tuve una conversación difícil.” Cada participante dibuja el mismo evento desde dos perspectivas: cómo lo vivió él/ella (con emociones, pensamientos, sensaciones) y cómo lo vería una persona externa (qué se vería, sin acceso a pensamientos internos). 2-3 viñetas para cada perspectiva.

Puesta en común y Reflexión

Los participantes que lo deseen muestran brevemente sus dos perspectivas. No obligatorio. Preguntas guía: “¿Qué diferencia hay entre cómo lo viviste y cómo lo verían otros? ¿En qué te puede ayudar el tener en cuenta otras perspectivas? ¿Cómo lo puedes aplicar en tu día a día?”. Reflexión grupal y cierre.

Sesión 4: Mi Paleta de Colores

Objetivos: OE3.2

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores), acuarelas (12 colores), difumino. Carteles informativos sobre teoría del color y emociones. Obras recomendadas impresas o digitales. Ordenador, pantalla, proyector.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción a Color y Emoción

Explicación breve y teoría básica acerca del color: “El color comunica, tiene valencia emocional.” Explicación de las asociaciones tradicionales: color rojo indica peligro, verde esperanza, azul frío...

Aclaración: “El color es algo muy personal y depende también del contexto: el rojo se puede asociar con el peligro, la violencia, la pasión, la calidez... Hay interpretaciones clásicas, no universales. La que cada uno haga es válida.”

Ejemplos visuales de uso de color: *In* (McPhail, 2022), contraste entre gris (aislamiento) y colores vibrantes (conexión); *Se está muy sola en el centro de la tierra* (Thorogood, 2024), paletas muy diferenciadas entre las que destaca el empleo de blanco y negro con un color para destacar ciertos elementos; *Mr. Milagro* (King y Gerards, 2019), uso estratégico del color para indicar distintos estados mentales; *Blanco Humano* (King & Smallwood, 2024), uso narrativo de colores planos y paletas muy representativas; *El Color de las Cosas* (Panchaud, 2024), uso del color centrado en su representatividad y procesos de abstracción.

Ejercicio: Exploración de Colores

Se invita a que los participantes exploren los distintos materiales de color proporcionados. Preguntas guía: “¿Qué color te representa? ¿Cómo te sientes con este color? ¿Por qué este sí y otros no?”

Cada participante elige una pequeña paleta de colores que lo representen (máximo 5-6 colores) y se hace su *swatch* (muestrario de colores).

Ejercicio: Pantone

Tendrán que continuar creando paletas/*swatches*; uno para momentos buenos, otro para malos y otro para neutrales/ordinarios. Por otro lado, de forma más específica, tendrán que asociar determinados colores a estados emocionales intensos en los que se hayan encontrado (felicidad, orgullo, angustia, rabia, frustración). Se explorará el porqué de esas elecciones.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Colorear tu Avatar con tu Paleta Personal

Los participantes recuperan el avatar enriquecido de la Sesión 2. Ahora lo colorean usando su paleta personal elegida en esta sesión. Preguntas guía: “¿Por qué estos colores para mí? ¿Qué comunica de mí mismo/a cada color?”

Se permite música de apoyo (altavoz).

Cierre y Reflexión Final de Fase 1

Pregunta reflexiva: “¿Cómo ha sido conocer el lenguaje del cómic? ¿Qué habéis descubierto?” Validación: “En estas 4 sesiones habéis aprendido a ver las historias de múltiples formas. A través de perspectivas, colores, dibujos.” Introducción a Fase 2:

“Próximamente vamos a trabajar más profundamente con vuestras experiencias. Con los síntomas y con cómo convivir con ellos.”

Fase 2: Inicio. Trabajo de Aceptación, Defusión Cognitiva y Momento Presente

Sesión 5: El *Concept Art* de Mis Síntomas

Objetivos: OE1.1

Materiales: Papel de dibujo A3 y A4 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B, 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores), acuarelas (12 colores), pintura acrílica (blanco, negro, marrón, amarillo, magenta, cian), difumino. Altavoz para música de apoyo.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción al Concepto de Aceptación en ACTp

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Explicación del concepto: “Aceptación no es resignación. Significa reconocer que está aquí, que es parte de tu experiencia ahora y que eliges qué haces con ello. Si me duele la cabeza, puedo estar furioso o puedo decir: 'Vale, duele. Ahora, ¿qué quiero hacer?’”

Explicación de que no podemos controlar si los síntomas aparecen, pero sí el espacio que les damos y el significado que les atribuimos.

Énfasis: “En este ejercicio no vamos a luchar contra los síntomas. Vamos a mirarlos. Vamos a dibujarlos.”

Ejercicio: *Character Design*

Explicación del *concept art*: representa no cómo se ve algo literalmente, sino cómo se siente. Es un boceto centrado en la silueta, las emociones que transmite y su atmósfera.

Cada participante elige un síntoma predominante (voz, delirio, pensamiento intrusivo, sensación). Lo dibuja en formato *concept*. Especificación: "No tiene que ser literal. Puede ser formas abstractas, colores, líneas, texturas. Lo que comunique cómo se siente ese síntoma".

Ejemplos de inspiración: Se está muy sola en el centro de la tierra (Thorogood, 2024), donde la depresión y el vacío se representan como personajes; *In* (McPhail, 2022), donde la conexión emocional con las personas se representa con colores vibrantes; Soy una matagigantes (Kelly & Niimura, 2024), donde la inseguridad y preocupaciones se representan como gigantes a las que la protagonista se enfrenta y/o dialoga.

Preguntas guía: “¿Cómo sientes este síntoma en tu cuerpo? ¿De qué color podría ser? ¿Textura? ¿Temperatura? ¿Pesado o ligero? ¿Agudo o redondeado?’”

Se permite música de fondo (altavoz).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Retorno a la Rutina Diaria (Tarea Sesión 1)

Cada participante recupera el dibujo de su rutina diaria de la Sesión 1 (si lo hizo) o lo recrea brevemente. Observación: “¿Está el síntoma representado aquí? ¿Se ve en vuestro día?” Si no está, lo añaden ahora. Si ya está, se deja, retocando y añadiendo los detalles realizados anteriormente.

Especificación: “El síntoma sigue ahí. Está presente. Pero la vida continúa. Las cosas que queríais hacer pasan de todas formas.” Ejemplo: Si la rutina era “levantarse, desayunar, ir a trabajar”, ahora: “Me levanto y la voz está ahí”, “Desayuno mientras la voz continúa”, “Llego al trabajo. La voz sigue, pero yo estoy aquí.”

Puesta en Común, Cierre y Reflexión

Los participantes que lo deseen muestran cómo integraron el síntoma. No obligatorio, pero se intenta animar a todos, recalando lo beneficioso que resulta y cómo futuras sesiones funcionarán mejor si todos comparten sus tareas. Pregunta reflexiva: “¿Qué significa para vosotros que la rutina siga?”

Tarea: “Esta semana, intenta seguir realizando tu rutina a pesar de que el/los síntoma/s estén presentes. Piensa en el esquema que acabas de crear, en cómo ambos compartís vuestro espacio dentro de cada viñeta, sin lucha.”

Sesión 6: Los Bocadillos Mutantes

Objetivos: OE1.2

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, rotuladores de alcohol COPIC (24 colores), Rotuladores POSCA negros, hojas de acetato. Carteles informativos sobre defusión cognitiva.

Bloque 1 (60 minutos)

Teoría de Defusión Cognitiva

Explicación de los procesos de fusión y defusión cognitiva: “Fusión cognitiva es cuando te identificas tanto con tus pensamientos que los crees literalmente, como si fuesen hechos objetivos. Cuando la idea 'Soy un fracaso' se convierte en verdad absoluta, tus pensamientos y tú estáis completamente fusionados. La defusión es ver el pensamiento como lo que es, un fenómeno en nuestra cabeza que aparece, sobre el que no tenemos siempre el control, pero que no es la verdad absoluta.”

Especificidad para psicosis: “Los delirios o las voces están tan integradas que no vemos la diferencia entre pensamiento y realidad. Vamos a aprender a crear espacio.”

Bocadillos de Texto

Explicación de los diferentes tipos de bocadillo (diálogos, gritos, pensamientos, susurros) y cómo se integran en los cómics.

Ejercicio: Pensamiento y Realidad

Se forman parejas. En esta primera parte, cada persona, individualmente, debe elegir un pensamiento obsesivo/rumiativo/incapacitante que normalmente tenga, y representar una escena en 3 viñetas donde suela tener este pensamiento, sin poner todavía ningún tipo de texto.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Pensamiento y Realidad, Segunda Parte

Por parejas de nuevo, cada participante coge la hoja donde han representado su situación, coloca encima una hoja de acetato y dibuja sobre ésta bocadillos de texto que reflejen lo que está pensando en ese momento.

Posteriormente, se intercambiarán las escenas, de tal forma que cada participante tenga la hoja con la escena de su compañero. Sobre ésta, colocarán un nuevo acetato y dibujarán en bocadillos de texto lo que creen que está pensando/diciendo el personaje.

Análisis Grupal: Discrepancias y Aprendizajes

Se comparten los resultados. Por parejas, irán poniendo encima el acetato de lo que ellos estaban pensando en esa situación y el acetato de lo que su compañero cree que estaba pensando/diciendo.

Preguntas guía: “¿Coinciden? ¿Puede estar haciendo una tarea o hablando con alguien mientras su ‘bocadillo’ de pensamiento se encuentra encima? ¿Cómo te sientes al ver representado tu pensamiento en una hoja? ¿Y al ver la interpretación de tu compañero?”.

Cierre

Tarea para la semana: “Esta semana, cuando tengas un pensamiento incómodo, intenta escribirlo o dibujarlo. Viéndolo en papel, pregunta: ¿Cuánta verdad hay? ¿Hay evidencia? ¿Cuánto es interpretación? ¿Es visible? Y mientras tengas tus bocadillos de pensamientos encima, intenta continuar con tu rutina diaria.”

Sesión 7: La Vida en Plano Americano

Objetivos: OE1.2, OE1.3

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), reglas. Carteles informativos sobre atención flexible. Cómics recomendados, en formato impreso o digital.

Bloque 1 (60 minutos)

Atención Flexible

Concepto: “La atención flexible significa poder mover tu foco atencional. Puedes enfocarte en un elemento, pero también puedes ver el contexto. Piensa en una linterna con la que iluminas tus pensamientos, tus ideas. Tú tienes la linterna, y tú tienes la capacidad de elegir qué alumbrar.”

En cómics: “Una viñeta en plano detalle se centra en una parte muy específica de algo o alguien. Una en plano general muestra contexto. Ambas son ciertas, son dos formas de ver. Generalmente, en cómic, al igual que en el cine, solemos comenzar con un plano general para situar el contexto, e ir cerrando el plano hasta un plano detalle de algo que queremos observar más detenidamente.” Explicación sencilla de los principales tipos de plano (plano detalle, plano medio, plano entero, plano general). Ejemplos de plano en los cómics recomendados.

En psicosis: “Sin embargo, en nuestro día a día, a veces nos olvidamos de pasar por ese plano general y nos centramos en el detalle. Especialmente si nos encontramos en un estado paranoico o rumiativo, nos enfocamos en el detalle y olvidamos el contexto, adoptando una visión de túnel”.

Ejemplo: *Sin City* Edición integral Volumen 1 (Miller, 2010), *In* (McPhail, 2022), uso deliberado de planos generales y planos detalle. Alterar el orden de viñetas para

comprobar cómo con el plano detalle podemos tener claro un elemento pero no su contexto, y viceversa.

Ejercicio: Zoom Out

Dibujar en una serie de 4 viñetas una situación donde su mente se enfocó en un único detalle negativo (percepción de los demás, rumiaciones, pensamiento obsesivo, etc.). En cada viñeta se empleará un tipo de plano.

- Viñeta 1: Plano detalle (la preocupación de forma aislada)
- Viñeta 2: Primer plano / Plano medio (la preocupación relacionada conmigo)
- Viñeta 3: Plano entero (yo en relación a los demás / yo llevando a cabo una acción)
- Viñeta 4: Plano general (yo y los demás / mi acción dentro de un contexto).

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Comparación de Planos

Se presentan las cuatro versiones lado a lado. Analizar cómo, a medida que cerramos el plano, perdemos información importante y nos focalizamos únicamente en lo rumiativo. Abriendo el plano, podemos restarle peso a esto, y considerar el contexto en general. Recalcar que es importante utilizar diferentes tipos de plano en nuestro día a día.

Cierre y Reflexión

Reforzar la capacidad de abrir y cerrar el plano atencional para poder captar detalles pero no olvidar el contexto. Tarea: “Esta semana, cuando encontréis que estáis atascados en una rumiación o pensamiento obsesivo, intentad abrid el plano, tener un contexto.”

Sesión 8: Spoilers Perversos

Objetivos: OE1.2, OE1.3

Materiales: Papel de dibujo A3 y A4 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores).

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción al Catastrofismo

Concepto: “Catastrofismo es cuando comenzamos a elaborar una cadena de acontecimientos hipotética de tal forma que todo lo que puede salir mal lo hará en formas increíblemente negativas para nosotros. Ejemplo: Cometí un error en el trabajo → Me despedirán → Me quedaré sin dinero → Viviré en la calle → Me moriré solo.”

Reflexión mediante las preguntas que nos podemos hacer ante estas situaciones: ¿Es realista? ¿Hay evidencia de cada paso? ¿Hay precedentes en tu vida? Aclarar que no es optimismo forzado, sino realismo razonado. ¿Qué es lo más probable basado en tu experiencia real? ¿Puedo hacer algo para evitarlo?

Introducción al *Storyboard*

Herramienta visual: el *storyboard* es una secuencia que muestra cómo una cosa lleva a la siguiente. En la construcción de una historia, es muy importante que las secuencias sean lógicas y que no ocurran “por cuestiones del guion”. Aquí lo usamos para ver la lógica (o falta de lógica) del pensamiento catastrófico, para detectar los agujeros de guion o los *Ex Machina* que estamos llevando a cabo.

Ejercicio: Una Serie de Catastróficas Desdichas

Cada participante elige un pensamiento catastrófico suyo (real, no inventado). Lo dibuja como una cadena lineal (tipo tira cómica): $A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow D \rightarrow E$. Cada viñeta es un pensamiento/paso y se debe representar la cadena “completa”.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Finales Alternativos

Se recortan las viñetas del *storyboard*. Entre cada una de las creadas, se introducen viñetas que representen acciones o situaciones alternativas, basadas en precedentes personales, experiencia real de cada persona, probabilidad... Por lo menos 2 alternativas entre cada viñeta del *storyboard* original (situaciones neutras, situaciones de afrontamiento, situaciones con resultados negativos pero no catastrofistas, etc.).

Con los recortes y alternativas a cada paso, reflexionar acerca de los distintos cursos de acción que se pueden dar a partir de un evento. Reflexionar si dicha cadena catastrófica resulta tan probable ahora como antes.

Cierre y Reflexión

Pregunta: “¿Notáis la diferencia entre la versión catastrófica y las otras posibles? ¿Cuántas alternativas no dañinas pueden resultar? ¿Cuántas negativas pero que podremos superar?”. Invitar a que, cuando experimenten un pensamiento catastrófico, evalúen sus agujeros de guion e intenten modificar su *storyboard*.

Sesión 9: Género Autobiográfico

Objetivos: OE1.1, OE3.1

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores). Cartel informativo sobre identidad multidimensional.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Somos Más que la Enfermedad

Reflexión: “¿Quiénes sois si no existiera el diagnóstico? ¿Quiénes sois ahora con él?”. Recordar el concepto de elipsis y relacionar con nuestra autobiografía, y con como tendemos a destacar y traer a la mente solo eventos extremadamente negativos o positivos. Pregunta: “¿Cuántos días habéis vivido donde nada especial pasó? ¿Cuántos momentos cotidianos, normales?”. Aclarar que la cotidianidad también forma parte de nuestra identidad, y que al igual que no somos nuestro diagnóstico, no somos sólo lo malo/bueno que nos ha pasado.

Ejercicio: Identificar Tres Tipos de Eventos

Cada participante identifica y dibuja estilo *storyboard* (empleando bloques de color para resaltar las distintas emociones de cada evento):

- Dos viñetas con eventos vitales muy positivos (logros, conexión, alegría)
- Dos viñetas con eventos vitales muy negativos (trauma, pérdida, dolor)
- Dos viñetas con eventos diarios rutinarios característicos (costumbres como desayunos, paseos, contactos sociales habituales como saludar al vecino)

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio de Exposición: Identidad Incompleta vs. Completa

Recortar las distintas viñetas y ordenarlas según cronología vital de cada persona. Retirar las positivas y preguntar “¿Soy solo esto?”. Colocar las positivas y retirar las negativas, repetir pregunta “¿Soy solo esto?”. Colocar las negativas y retirar las “irrelevantes”, repetir pregunta “¿Soy solo esto?”.

Colocar todas las viñetas creadas y ver la “página completa”. Reflexión: "Soy el cómic entero, no una sola viñeta".

Reflexión y Cierre: *Retcon*

Puesta en común: “No podemos dejar de ser lo que hemos vivido. Pero la vida es más que lo traumático o el diagnóstico. Somos tan complejos como cualquier otra historia, y somos lo que somos por todo lo que hemos vivido hasta ahora, de lo más bonito hasta lo más duro, pasando por todos esos momentos que vemos como rutinarios, pero que también nos definen.”

Pedir que recuerden esta secuencia cronológica cada vez que se descubran enfocándose en sucesos negativos o identificándose con un diagnóstico.

Sesión 10: La Rutina del Dr. Manhattan

Objetivos: OE1.1, OE1.3

Materiales: Papel de dibujo A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores), reglas. Plantilla de rejilla 3x3. Páginas de muestra de cómics recomendados, impresas o digitalizadas. Ordenador, proyector, pantalla.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: La Vida es Flexible

Concepto: “La flexibilidad implica no es hacer siempre lo mismo, aunque nuestros objetivos se mantengan: es lograr esos objetivos de múltiples formas en función de lo que surja.” Relacionar esto con lo trabajado en la sesión 5 (convivencia de sintomatología psicótica en nuestras rutinas, sin imposibilitarlas; necesidad de mostrarse flexible ante las distintas dificultades que pueden surgir).

Ejemplo: Mr. Milagro (King & Gerards, 2019), Se está muy sola en el centro de la tierra (Thorogood, 2024), donde la rejilla 3x3 muestra la simultaneidad de preocupaciones/sintomatología con la rutina diaria.

Ejercicio: 3x3

Cada participante rellena la plantilla 3x3 con un día real rutinario suyo, tal y como es ahora (incluir síntomas, medicación, apoyo, dificultades). El objetivo es capturar un día completo en su complejidad. Puede haber múltiples acciones simultáneas, pensamiento y acción yuxtapuestas.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Tres Formas de Lograr lo Mismo (Objetivo)

Se recortan las viñetas 1, 5 y 9 (inicio, medio y final del día) y se pegan en una nueva plantilla de rejilla 3x3. Tras la primera viñeta, se introducirá el síntoma (tal y como lo hicieron en la sesión 5). Tienen que llegar al final de su día rutinario (viñeta 9) igualmente, pasando por la viñeta 5. En esta rutina, el síntoma estará más presente (día complicado / con dificultades / alta sintomatología), y tendrán que reflejar las estrategias / apoyos / modificaciones que pueden introducir para poder alcanzar las viñetas 5 y 9.

Puesta en Común y Cierre

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Los que quieran comparten sus dos versiones de la rutina. Reflexionar acerca de las distintas estrategias que pueden emplear, y de cómo puede variar el desarrollo de un día pero manteniendo los elementos principales de la rutina.

Sesión 11: Cadáver Exquisito

Objetivos: OE1.1

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores) opcionales. Diarios de sesión.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción al Cadáver Exquisito

Presentación y explicación de la dinámica. Se trata de que, entre todos, tienen que construir una historia viñeta a viñeta, pero cada participante sólo puede ver la viñeta anterior a la que le toca dibujar, sin tener más contexto. Esto se consigue doblando una tira de papel larga en forma de acordeón.

Conexión terapéutica: “En la vida, hay cosas que no podemos controlar, o de las que tenemos poca información. No sabemos qué harán otros, que ocurrió mucho antes o qué ocurrirá después. El cadáver exquisito es practicar a aceptar lo inesperado.”

Poner énfasis en que no se sabe qué saldrá, y que eso está bien.

Ejercicio: Cadáver Exquisito Tradicional

Para ejemplificar la técnica, se realizará un ejercicio por tríos, en el que tendrán que diseñar a un personaje. De este modo, el primer participante dibuja la cabeza, el segundo el tronco y el tercero las piernas sin ver lo que hicieron los demás, revelando al final una criatura híbrida.

Puesta en Común y Reflexión Rápida

Pregunta: “¿Qué no podíais controlar? ¿Cómo os sentisteis?”. Énfasis en la aceptación de la incertidumbre.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Cadáver Exquisito Terapéutico: Un Día de Mi Vida

Se realiza un nuevo ejercicio de cadáver exquisito, esta vez con viñetas de cómic. Tendrán que crear una historia en la que se narre un día rutinario en el que se presenta una dificultad que el/la protagonista acaba superando. Se realizarán 3 historias de forma simultánea, para evitar tiempos muertos excesivamente largos (3 personas estarán dibujando al mismo tiempo).

Puesta en Común, Reflexión y Cierre

Leer en conjunto las historias, cómo se han ido tergiversando y explorar cómo se han sentido mientras creaban algo sin saber que había pasado antes y qué después. “Lo que habéis hecho aquí muestra vuestra capacidad de adaptación ante los cambios inesperados de nuestro contexto.” Recordar que, a pesar de que tener una rutina es algo necesario y beneficioso, hay días que pueden componerse de fragmentos dispares e igualmente tener continuidad.

Sesión 12: Splashpage

Objetivos: OE3.2, OE1.3

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores), acuarelas (12 colores). Altavoz para música de apoyo.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Emoción Sin Filtros

Introducir la dinámica de hoy, centrada en la experimentación con distintos medios y la expresión de sentimientos y emociones, buscando conectar con nuestro cuerpo. Realizar una breve sesión de meditación guiada (10 minutos) que establezca el tono y permita a los participantes conectar con su experiencia emocional.

Ejercicio: Dibuja Tus Emociones Sin Palabras

Cada participante dibuja de 3 a 6 viñetas mostrando sus emociones/sentimientos del momento. Sin obligación de contar una historia. Tienen libertad creativa total: pueden ser colores, formas, líneas, símbolos, o cualquier combinación.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio Complementario: Emoción Exquisita

Se ponen las obras creadas sobre la mesa, y al lado de cada dibujo, se coloca un papel en blanco. Los participantes deben observar las obras de sus compañeros y reflejar en su papel qué estados emocionales le sugiere cada una. Para evitar la sugestión, tras poner su aportación, cada participante doblará el papel de tal forma que el siguiente no pueda ver qué hay escrito.

Al finalizar, cada participante leerá el papel correspondiente a su obra e indicará qué quería transmitir. Se permite, siempre desde el respeto, que los compañeros indiquen qué aspectos de la obra le transmitieron dicha emoción / estado emocional.

Cierre y Reflexión

Pregunta: “¿Qué implicó para vosotros expresar sin palabras?”. Validación: “Las emociones se comunican de muchas formas. El arte gráfico es una”. Promover que, para

quien haya sido útil, empleen un cuaderno a modo de diario emocional empleando esta técnica.

Sesión 13: Archienemigos

Objetivos: OE1.1, OE1.2

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores).

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: La Lucha Contra el Síntoma

Concepto: “Cuando demonizamos el síntoma, le damos más poder.” Relacionarlo con lo trabajado hasta ahora con respecto a la visión de túnel, rumiaciones, atención flexible. Propuesta de alternativa: síntoma como un personaje más de nuestra vida. En lugar de centrar nuestros esfuerzos y dedicar nuestro tiempo a luchar contra él, comprenderlo y aceptarlo.

Ejercicio: Ficha de un Nuevo Personaje

Recordar lo trabajado en la sesión 5 (*concept art* de un síntoma). Esta vez, repetir el ejercicio, pero escogiendo uno que sea central en su vida (por intensidad, frecuencia, etc.) (distinto del de la sesión 5).

Preguntas guía para elaborarlo: ¿Cómo se vería? ¿Edad? ¿Expresión? Añadir texto (diálogos, pensamiento): ¿Qué cree que está haciendo contigo? ¿Por qué?

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Conversación con el Síntoma

Los participantes crean una serie de viñetas (4-6) en las que presentan a su personaje de cómic (cómo se representaron ellos) dialogando con el síntoma. Preguntas guía: ¿Qué hace el síntoma? ¿Qué dice? ¿Qué le contesta el personaje desde la aceptación en lugar de la lucha? ¿Tiene alguna función?

Puesta en Común, Cierre y Reflexión

Reflexión grupal sobre los diálogos y análisis de estos. Preguntas guía: ¿Qué gana el avatar al comunicarse con su síntoma en lugar de simplemente sufrirlo? ¿Cómo hace esto que cambie la historia? ¿Qué cambia si vemos el síntoma de esta forma en lugar de como un enemigo contra el que luchar?”

Consigna final: “En lugar de introducir el síntoma como el villano de nuestra historia, introducirlo como un personaje más de la misma. Cuando aparezca, dialogad con él, desde la aceptación y el afrontamiento, en lugar de desde la lucha.”

Sesión 14: Dejando Atrás el Mundo Ordinario

Objetivos: OE1.1, OE1.2, OE1.3 (Evaluación cuantitativa)

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores). Carpeta con trabajos de S5 a S13.

Bloque 1 (60 minutos)

Check Emocional

Reflexión de cómo se han sentido a lo largo de estas sesiones: emociones surgidas, inquietudes, dudas que tengan, *feedback*, etc. Repaso global de los conceptos trabajados hasta el momento.

Recorrido por los ejercicios realizados hasta ahora, su evolución a lo largo de ellos y si han aplicado en su día a día lo trabajado aquí. ¿Qué ha cambiado?

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Repaso Visual: Evolución

Cada participante crea una serie de pares de viñetas comparativas, en las que compare su “Yo antes” con su “Yo ahora”. Realizará al menos dos pares de viñetas en las que aborde una situación complicada, reflejando cómo la abordaba antes de comenzar el programa y cómo la abordaría ahora (si procede, se plasman con preferencia situaciones reales en las que hayan podido aplicar las herramientas trabajadas).

Puesta en Común y Cierre Emocional de Fase 2

Muestra de aquellos que lo deseen de su comparativa personal. Validación del proceso completado y reconocimiento de trabajo realizado.

Fase 3: Nudo. Yo-como-Contexto

Sesión 15: El Narrador en Off (El Agradable)

Objetivos: OE3.3, OE1.1, OE3.1

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores).
Proyector, ordenador, pantalla. Cómic recomendados, en formato físico o digital.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Narradores y La Historia de Superación

Explicar brevemente el papel del narrador en un cómic y sus variantes (narrador literal, narrador omnisciente, narrador en primera persona...). Introducir el concepto del narrador compasivo: un personaje que describe lo que ocurre desde el apoyo y aceptación incondicional hacia la persona.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Ejercicio: Storyboard de Dificultad Resuelta

Cada participante elige una dificultad actual suya y dibuja una secuencia de 6-8 viñetas mostrando:

- Viñetas 1-2: La dificultad aparece
- Viñetas 3-4: El participante se siente mal/está luchando contra la dificultad
- Viñetas 5-6: Aparece algo (amigo, recurso interno, apoyo)
- Viñetas 7-8: No se resuelve “mágicamente”, se aborda/gestiona (hay alivio, menos soledad, sensación de capacidad)

Los participantes deben ejemplificarlo sólo con dibujo, sin texto (se permiten onomatopeyas).

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Tu Amigo y Vecino Narrador

Se coge la secuencia de viñetas creada en el anterior bloque y se pasa al compañero de al lado. Éste tendrá que añadir un “narrador compasivo”, que describa lo que está ocurriendo en tono empático, validante y amable. Preguntas guía: No puede ayudarle, pero ¿cómo podría apoyarle? ¿Qué puede decirle para animarle? ¿Qué emociones cree que está sintiendo el protagonista? ¿Cómo podría validarlas? No minimiza, pero reconoce la fuerza. Ejemplo de texto: “Es difícil. Tiene derecho a estar asustado. Pero aun así, sigue adelante”.

Puesta en Común, Reflexión y Cierre

El narrador comparte el texto escrito con el protagonista de la escena. Quienes lo deseen, lo ponen en común con el grupo. Validación grupal del proceso.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Tarea para la semana: “Busca un cómic, lectura o película/serie que hable de superación. Trae detalles la próxima sesión.”

Sesión 16: Montaje

Objetivos: OE3.3, OE1.2

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores). Cómic recomendados, en físico o digitalizados. Tarjetas con caras con expresiones faciales ambiguas. Vídeo explicativo de Alfred Hitchcock del Efecto Kuleshov.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Atribuciones y Delirios

Explicación de la cadena Pensamiento-Emoción-Acción, del sesgo de atribución hostil (interpretación de estímulos neutros como amenazantes) y de los delirios (creencias falsas y fijas mantenidas con total convicción). Aclarar que el objetivo de la sesión no es discutir creencias, si no entender que son hipótesis en lugar de hechos.

Ejercicio Individual: El Efecto Kuleshov

Explicación del efecto Kuleshov en cómic (el significado de una viñeta depende de la anterior y la siguiente). Relación con el concepto de elipsis, atribuciones y delirios.

Los participantes tendrán que recrear este efecto para sus compañeros. Todos recibirán una tarjeta con una cara humana con expresión ambigua/neutra. Deben dibujar dos viñetas “de contexto” en hojas separadas para colocar antes de esa cara:

- Contexto A (Amenaza): Algo que haga que la cara parezca siniestra o enfadada (gente murmurando, una sombra).

- Contexto B (Seguridad/Neutral): Algo que haga que la cara parezca tranquila o curiosa (un plato de comida, un paisaje).

Puesta en Común

Cada participante presentará la cara que le ha tocado y las variantes, mientras sus compañeros ofrecen sus interpretaciones de la escena, para luego comprobar si el participante ha “conseguido” sugerir lo que pretendían. Se discuten los motivos por los que realizan una u otra interpretación y la experiencia emocional que despierta en ellos.

Preguntas guía: “¿Cambia la cara? No. ¿Cambia lo que sentís? Sí. ¿Cómo se puede aplicar esto al día a día?”

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio Grupal: Sota, Caballo, ¿Rey?

Se hacen tres grupos: uno con tarjetas con caras (A), otro con las escenas de amenaza dibujadas previamente (B) y otro con tarjetas en blanco (C). Cada participante cogerá una tarjeta de cada grupo.

En base a sus “viñetas” (caras y escenas) tendrán que rellenar la tarjeta en blanco con la acción (conducta) resultante de esa combinación. Preguntas guía: “¿Qué hace el personaje? ¿Huye? ¿Ataca? ¿Se esconde?”

Cuando todos hayan terminado la tarea, se cambiará la tarjeta que contiene la escena amenazante por la tarjeta con la escena de seguridad/neutra. Consultar cómo se sienten al ver ahora la secuencia: “Queda extraño, ¿no? A veces nos puede pasar lo mismo: hacemos atribuciones, rellenamos ‘elipsis’ con ideas de amenaza o perjuicio. Nos

comportamos como si estuviésemos en una historia de terror, pero en realidad estamos en una costumbrista.”

Puesta en Común, Reflexión y Cierre

Recordar que no “leemos mentes”, sino que asumimos guiones y rellenamos elipsis. Como tarea para la semana, se solicita que intenten detectar un “momento Kuleshov”: cuando asuman que alguien piensa mal o tiene una mala intención, detener la cadena de pensamiento y preguntarse: ¿Qué otra viñeta podría ir aquí?

Sesión 17: BOOM! CRASH! WHAKK!

Objetivos: OE1.1, OE1.2, OE3.3

Materiales: Papel de dibujo A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B, 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores). Ejemplos de onomatopeyas en cómic (tanto aisladas como dentro de los cómics recomendados).

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Sonoridad del Cómic

Breve recordatorio de lo trabajado en la Sesión 16. Explicación, con la participación del grupo, de las distintas experiencias delirantes y su impacto emocional. Introducir el tema de hoy: experiencias sonoras (voces, cascada de pensamiento, ruido mental).

Explicación breve de las onomatopeyas, muestra de cómo funcionan y cómo están representadas. Incidir en su utilidad y su presencia, pero en que no interrumpen nunca el curso: “Cuando hay explosiones o mucho ruido, la página del cómic se llena de letras. Sin embargo, seguimos leyendo la historia. No podemos borrar estas letras, pero podemos aprender a continuar nuestra historia a través de ellas.”

Ejercicio: Tipografía del Caos

Cada participante elige un delirio/voz/pensamiento recurrente predominante.

“Vamos a llenar la hoja del ruido que llevamos dentro. No vamos a juzgar si es verdad o mentira, simplemente vamos a validar su presencia y el impacto emocional que tiene en nosotros.”

Los participantes convertirán el síntoma que han elegido en una onomatopeya. No es necesario que sea legible (pueden ser letras tachadas, enrevesadas), y tienen total libertad creativa. Intentarán que la onomatopeya represente lo mejor posible su experiencia, aplicando lo aprendido hasta ahora, y dándole color. Se procurará que la onomatopeya ocupe el máximo espacio posible.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Reubicando al Protagonista

Los participantes emplearán los rotuladores POSCA para dibujar una escena en la que participen encima de la onomatopeya. El avatar tiene que estar realizando alguna acción (pueden ser desde acciones valiosas hasta rutinarias, solo o acompañado), pero no está luchando contra las letras (puede moverse entre ellas, por encima de ellas o delante).

Puesta en Común, Reflexión y Cierre

Se colocan los dibujos y se analiza el contraste entre el impacto visual de la onomatopeya y la presencia del avatar en la escena. Preguntas de reflexión: “¿Qué sentís al mirar solo la onomatopeya, sin fijaros todavía en el personaje? ¿Qué cambia cuando os fijáis en el avatar y en lo que está haciendo dentro de la misma página? ¿En qué se parece esta diferencia a lo que pasa en vuestro día a día cuando las voces o los pensamientos

aparecen?” Tarea: "Esta semana, cuando el ruido mental aparezca, intenta recordar que también estás tú, no solo el ruido”.

Sesión 18: El McGuffin que Sí Importa

Objetivos: OE2.1, OE2.2

Materiales: Papel de dibujo A3 y A4 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores). Tarjetas de valores (preseleccionadas). Cómics recomendados, impresos o en formato digital. Cartel informativo sobre valores vs. objetivos.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Valores vs. Objetivos

Explicación de las diferencias entre objetivos (metas concretas y finitas) y valores (principios rectores de nuestro comportamiento). Ejemplo: “Un objetivo: tener un trabajo. Un valor: contribuir.”

Pregunta: “¿Qué os importa a largo plazo en vuestras vidas, no solo hoy? ¿Cuál es vuestra dirección, vuestra forma de vivir?”

Ejercicio: Ahora vs. Cuando Alcance Mis Metas

Cada participante crea dos viñetas, una al lado de otra:

- Viñeta 1: Mi vida ahora (realista, actual)
- Viñeta 2: Mi vida cuando esté viviendo según mis valores (visión futura)

Especificación de que no tiene que ser perfecto o sin síntomas, sino representar la vida de cada persona según lo que le importa. Libertad creativa. Ejemplos indicativos:

“‘Yo ahora’ puede ser mi vida con dificultades, dominado por síntomas, aislado. ‘Yo

cuando alcance mis metas’ puede ser dando un paseo con amigos, manejando mis síntomas.”

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Storyboard Colaborativo

Los participantes comparten su par de viñetas al grupo. En conjunto, se pregunta acerca de qué valores han identificado, qué pasos deben dar para dirigirse de la viñeta 1 a la 2 y qué dificultades podrían tener. Centrarse en aquello que pueden hacer (solos o con ayuda), dejando a un lado cuestiones azarosas o que no dependen de ellos.

La idea es que los participantes colaboren entre sí y vean similitudes y diferencias entre sus valores, dificultades e ideas de futuro.

Cierre

Proponer que a lo largo de la siguiente semana intenten dar un pequeño paso que le lleve a su “Yo cuando alcance mis metas”.

Se retoman las dos viñetas. Ahora se crea un storyboard de 4-6 viñetas que muestra el viaje entre la viñeta 1 y la viñeta 2. No tiene que ser lineal. Puede haber dificultades, ajustes, cambios. Cada viñeta tiene que mostrar una acción pequeña y concreta que acerque a cada participante a la vida que quiere. Ejemplos:

- Si valor es conexión: llamar a alguien, estar presente, escuchar
- Si valor es crecimiento: aprender, practicar, intentar
- Si valor es contribución: ayudar, hacer algo útil, participar

Sesión 19: *Main Characters*

Objetivos: OE3.1, OE2.1

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Materiales: Papel de dibujo A4 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB y 2B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores). Diarios de sesión. Carteles informativos sobre identidad.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Ficha de Personaje

Explicación acerca de las fichas de personaje. Ejemplos con personajes ficticios que conozcan: ¿nombre? ¿aspecto? ¿motivaciones? ¿gustos? ¿valores? ¿pasado? ¿debilidades? ¿fortalezas? ¿necesidades? Toda aquella información que permita saber cómo es ese personaje.

Se introducen ejemplos de fichas de personaje en *concept art*.

Ejercicio: Mi Propio *Concept Art*

Crear una ficha de personaje de uno mismo. Se relaciona con los distintos elementos que han ido identificando hasta ahora en su avatar, pero con una diferencia: “El avatar es algo que os representa. Ahora tenéis que explicar quiénes sois.”

Libertad creativa: puede ser un diagrama “tipo IKEA”, dos páginas breves en el que el participante se presente a sí mismo (en primera persona), una ficha técnica, una historia biográfica de “cómo he llegado hasta aquí”. Recalcar que se ha de describir a sí mismo cómo es ahora, en la actualidad, de forma realista y objetiva (sin idealizaciones ni menosprecios).

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Ejercicio: Nos Volvemos a Presentar

Si es necesario, dejar un margen para terminar la presentación. Cuando todos hayan terminado, se ponen en común los ejercicios de cada uno, haciendo una serie de rondas de presentación. Se promueve que hablen de sí mismos en primera persona, y no como si fuese de un personaje.

Cierre y Reflexión

Pregunta: “¿Cómo se siente veros reflejados en vuestra ficha de personaje? ¿Sois únicamente una enfermedad, un problema o una virtud? Sois complejos, sois la conjunción de todas vuestras partes, fortalezas y debilidades, que os componen.”

Sesión 20: Géneros en mis Valores

Objetivos: OE2.1

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores). Tarjetas de valores. Cartel informativo sobre dominios de vida.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción: Los Dominios de tu Vida

Concepto: “Al igual que hay distintos géneros en el cómic (terror, ciencia ficción, acción...), cada uno con su temática y elementos característicos, los valores pueden agruparse en distintas categorías o dominios.”

Dominios sugeridos:

- Relaciones personales
- Salud (física y mental)
- Trabajo/productividad
- Comunidad/sociedad

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- Crecimiento personal
- Ocio y tiempo libre
- Espiritualidad
- Creatividad/expresión

Pregunta: “¿Qué importa en cada dominio? ¿Son importantes para ti todos los dominios?”

Ejercicio: Mapa Conceptual de Valores

Cada participante, en un A3 o A4, realiza un mapa conceptual/esquema de su sistema de valores agrupado en dominios. Empleará su paleta de colores personal para distinguir los distintos dominios, y dentro de cada uno, especificarán los valores que son importantes para cada ellos.

Pueden representar cada valor sólo con texto, con viñetas, con símbolos... libertad creativa. Pregunta guía: “¿Hay valores que se repiten dentro de cada dominio? ¿Hay temas centrales?”

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

El Issue Milagro

Pregunta guía: “Si mañana te levantas y todo estuviera bien, ¿qué estarías haciendo? Dibújalo. ¿Qué valores estarías poniendo en práctica? ¿Cómo sería tu día?”

Recordar los ejercicios centrados en la rutina diaria de cada uno, ponerla como ejemplo pero siguiendo la instrucción proporcionada para esta tarea. Tendrán que hacer una página donde expliquen cómo sería esa rutina si todo estuviese bien.

Cierre y Transición a Fase 4

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Pregunta guía: “¿Podéis ver qué es importante para vosotros? Estos valores van a guiar lo que haremos durante las próximas semanas. La próxima sesión comenzaremos a realizar nuestro fanzine colaborativo, donde dibujaremos cómo vamos a vivir nuestra vida acorde a nuestros valores.”

Fase 4: Desenlace. Clarificación de Valores y Proyecto Final (Fanzine)

Sesión 21: La Vuelta con el Elixir

Objetivos: OE2.1, OE2.2

Materiales: Papel de dibujo A4 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B y 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores). Ejemplos de fanzines o cómics cortos. Cómics recomendados, en formato impreso o digital.

Bloque 1 (60 minutos)

Introducción al Fanzine Final

Explicación de qué es un fanzine (un proyecto pequeño y personal, normalmente realizado entre varias personas, con al menos un tema en común). Dar las indicaciones para que cada uno realice su aportación al fanzine colaborativo: 6 páginas en la que representen su historia corta, donde reorientarán su vida hacia sus valores.

Estructura:

- Página 1: Portada (con título, subtítulo, nombre)
- Páginas 2-5: La historia (cómo viven según sus valores, qué obstáculos realistas se presentan, cómo los superan, qué herramientas emplean, qué acciones valiosas llevan a cabo)
- Página 6: Reflexión final

Énfasis en que no tiene que ser perfecto, sino suyo.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Ejercicio: *Storyboard* Completo del Fanzine

Cada participante crea un *storyboard* de su historia para el fanzine. Recalcar que es el boceto inicial, cómo contarán su historia.

Preguntas guía: “¿Cuál es tu historia? ¿Dónde empieza? ¿Hacia dónde va? ¿Cómo evolucionas? ¿Qué obstáculos encuentras? ¿Cómo los superas? ¿Qué aprendizajes te llevas?”

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Mesa de Editores

Se dan los últimos ajustes personales a cada historia y se ponen en común. Se proporciona *feedback* constructivo grupal y se asientan las bases. Se indica que durante esta semana pueden reflexionar y realizar cambios en su historia, y que las próximas dos sesiones las dedicaremos a elaborarlo.

Sesiones 22-23: Creación del Fanzine

Objetivos: OE2.1, OE2.2, OE1.3

Materiales: Papel de dibujo A4 y A3 (blanco, 150 gr.), lápices de grafito HB, 2B, 4B, gomas de borrar, lápices de color (48 colores), rotuladores de alcohol COPIC (24 colores), acuarelas (12 colores), pintura acrílica (blanco, negro, marrón, amarillo, magenta, cian), difumino. Reglas. Adhesivos (pegamento en barra, cinta de doble cara). Altavoz para música de apoyo.

Estas dos sesiones serán dedicadas a terminar el fanzine, con el arte final. Serán algo más informales que las previas, en las que se centrará en el trabajo individual, pero con apoyo colectivo, dando importancia a la representación de sus valores y metas sobre la calidad técnica.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Se permite trabajar a distintos ritmos, pero orientando a que idealmente se deben realizar 3 páginas por sesión completa. Pueden realizar avances en casa si así lo desean. Se promueve la colaboración y apoyo entre pares.

El fanzine será montado por el psicólogo, digitalizando los originales durante la sesión del taller y montándolo.

Sesión 24: La Cómica Con

Objetivos: Síntesis de los OG; Celebración y cierre

Materiales: Copias de fanzines montadas (1 por participante). Viñetas en blanco plastificadas (una por participante). Rotuladores para que firmen las viñetas. Música de fondo ambiental (altavoz). Pruebas psicométricas.

Bloque 1 (60 minutos)

Evaluación T1

Administración de los cuestionarios de evaluación.

Descanso (20 minutos)

Bloque 2 (60 minutos)

Salida al Mercado

Se entregan las copias de los fanzines (cada participante conservará sus originales). Se comparten y comentan. Se realizan lecturas conjuntas, los participantes que lo deseen pueden presentar su historia y explicarla.

Entrega de Viñetas en Blanco

A cada participante se le entrega una viñeta en blanco plastificada, a modo de “diploma” de haber completado el programa. a cada participante. Se explica el simbolismo:

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

“Representa que vuestra historia no termina aquí, hay espacio en blanco para lo que viene. Cada momento es una nueva viñeta que vosotros creáis, y lleváis con vosotros todo lo que hemos aprendido. El futuro no está escrito y siempre va a haber espacio para dibujar algo nuevo.”

Cierre y despedida.

Sesión Post (T2 - Seguimiento a 3 meses)

Seguimiento y evaluación de los participantes. Administración de los cuestionarios (Evaluación T2). Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos y publicación de los resultados.

7. Conclusión, limitaciones y líneas futuras.

El abordaje de la psicosis en población adulta joven presentada todavía desafíos significativos. El panorama actual sigue marcado por la tendencia a la cronicidad de la enfermedad, su elevado impacto funcional y social, elevados costes sanitarios y personales asociados a su tratamiento; así como las barreras existentes de acceso, continuidad y adherencia a los mismos (OMS, 2022). Si bien las intervenciones recomendadas por las principales guías de referencia han demostrado su eficacia en la reducción de síntomas (especialmente positivos) (Barlatti et al., 2024; NICE, 2014), a menudo se encuentran con un techo terapéutico: mantenimiento de sintomatología negativa, déficits motivacionales y dificultades de generalización de aprendizajes.

En este contexto, la ACTp se alinea con la evidencia reciente que sugiere que modificar la relación del paciente con sus síntomas puede ser más beneficioso que intentar eliminarlos (Pena-Garijo et al., 2025). No obstante, su implementación efectiva presenta desafíos específicos: requiere de cierto nivel de capacidad de abstracción, metacognición y procesamiento verbal; procesos que suelen estar alterados en la población psicótica. Esto dificulta la comprensión e interiorización de los procesos centrales de la ACT, pudiendo afectar a la eficacia de la intervención.

Es en este punto y atendiendo a dicha limitación donde surge esta propuesta: la integración del cómic como herramienta terapéutica. El propio lenguaje del cómic adquiere una relevancia específica y fundamentada, al permitir hacer tangibles conceptos abstractos (como la defusión cognitiva) en un medio concreto, visual y secuencial que supera las barreras de la comunicación exclusivamente verbal. Además, a diferencia de otras modalidades de arteterapia y al contrario de lo que uno pueda pensar en un primer momento, el cómic no requiere de

conocimientos técnicos previos para poder realizar un trabajo profundo: basta con poder escribir y hacer un garabato.

Estas características particulares están despertando un interés creciente por el cómic en el ámbito de la salud, como la *Graphic Medicine*. Sin embargo, en el momento de redacción de este documento, no existe un protocolo sistematizado que guíe esta integración terapéutica en el marco del tratamiento de los pacientes psicóticos, por lo que esta propuesta busca llenar este vacío metodológico.

Asimismo, la intervención también aborda el estigma desde una perspectiva despatologizante: al convertir la experiencia psicótica en material narrativo, el paciente transita de una identidad de “enfermo pasivo” a la de “autor/protagonista activo”. Esto se alinea con los modelos de recuperación que priorizan la funcionalidad y el sentido vital sobre la mera reducción sintomática.

En conclusión, esta propuesta aporta un protocolo coherente con las recomendaciones de las guías clínicas actuales e innovador en el "cómo" se entrega la terapia, proponiendo una vía prometedora para mejorar la vinculación terapéutica y el tratamiento de la enfermedad.

7.1. Fortalezas

La principal fortaleza de este trabajo reside en su carácter metodológicamente innovador. La combinación de un modelo basado en la evidencia (ACTp) con una herramienta de arteterapia gráfica (el cómic) ofrece una modalidad terapéutica atractiva, así como la creación de recursos tangibles que el paciente puede revisar fuera de sesión, favoreciendo la generalización de aprendizajes.

Su accesibilidad es otra fortaleza destacable, en varios aspectos. A diferencia de otras modalidades de arteterapia, ésta no requiere de habilidades artísticas/técnicas previas para poder

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

alcanzar un adecuado desempeño. El empleo de materiales económicos (papel, lápiz) garantiza la sostenibilidad de la intervención en dispositivos y pacientes con pocos recursos. Su formato grupal, además de fomentar la socialización e identificación entre iguales, también facilita el abaratamiento de costes al mismo tiempo que permite atender a un mayor número de personas.

Asimismo, la propuesta es flexible en su aplicación, manteniendo su nivel de estandarización. Los ejercicios de cada sesión permiten adaptaciones según el nivel cognitivo, las capacidades y la experiencia premórbida de los participantes.

El diseño y dinámica de las propias sesiones también constituye un elemento diferencial de esta intervención: su carácter manipulativo y dinámico, pero dentro de una estructura y lógica preestablecidas; favorece la adherencia, motivación y participación a la vez que ofrece un entorno seguro y predecible, algo esencial en esta población.

Relacionado con esto último, la propia estructura del cómic resulta en sí misma terapéutica: las viñetas, el formato, la lectura, ofrecen un andamiaje flexible, lo que reduce la amenaza evaluativa, enfatizando el proceso creativo por encima del resultado.

Por último, cabe destacar su enfoque despatologizante. El formato grupal, el trabajo con el estigma, el fomento del trabajo en grupo y de compartir con los compañeros, son elementos que facilitan la alianza terapéutica, la apertura y la socialización, factores predictores clave del éxito en el tratamiento de la psicosis.

7.2. Limitaciones

A pesar de las fortalezas mencionadas, el presente trabajo presenta limitaciones que es necesario considerar. La principal limitación es la ausencia de validación empírica de este protocolo específico. Si bien sus componentes (ACTp y arteterapia) cuentan con respaldo de forma individual, la eficacia de su combinación estructurada tal como se presenta aquí no ha sido

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

aún testada mediante ensayo clínico, por lo que sus resultados se basan en hipótesis derivadas de la literatura.

Otra gran limitación es la inherente a todas las modalidades terapéuticas dentro de la psicología: no es una propuesta para todos los pacientes. Si bien la metodología busca implicar activamente y resultar atractiva para la persona, su carácter manipulativo y formato (dibujar, creación de cómics) pueden no ser de agrado para parte de esta población, o incluso provocar rechazo de por sí. En estas situaciones, como puede ocurrir con cualquier otra modalidad de terapia psicológica, será necesario buscar alternativas terapéuticas que encajen mejor con el perfil atendido.

Relacionado con esto, existe el riesgo de que los participantes experimenten frustración o experiencias emocionales negativas relacionadas con el dibujo o el proceso creativo. En estas situaciones resulta fundamental la figura del terapeuta para poder contener emocionalmente al paciente y reconducirlo.

Continuando con las limitaciones relacionadas con los pacientes, es necesario tener en cuenta el riesgo de fatiga evaluativa que puedan presentar los participantes de esta propuesta. Para minimizarlo, se emplean escalas que constan de pocos ítems que permiten su compleción en pocos minutos cada una y, en conjunto, pueden administrarse en menos de una hora. La presencia de la figura del terapeuta también permitiría aclarar dudas y aumentar la motivación para completarlas.

También existen riesgos inherentes a las modalidades terapéuticas que trabajan con procesos de exposición y procesamiento, comentados previamente: reagudización de sintomatología delirante y/o paranoide, experimentación de ansiedad y/o otros estados

emocionales negativos. De nuevo, la figura del psicólogo resulta crucial para poder manejar estos posibles sucesos.

A nivel de implementación, surgen tres limitaciones significativas. En primer lugar, su duración, encontrándose una doble posible limitación: sesiones de dos horas semanales a lo largo de 24 semanas.

Con respecto a la duración de cada sesión, se cuenta con el descanso a la mitad precisamente para aliviar la carga cognitiva y considerando el *span* atencional de esta población. Si bien en recursos dedicados al tratamiento de los trastornos psicóticos es habitual tener al menos 2-3 horas de trabajo terapéutico al día (sesiones individuales, grupales, talleres ocupacionales, etc.), la fatiga intrasesión es algo a tener igualmente en cuenta.

Respecto a la duración del programa en sí, está diseñada para favorecer la interiorización de los procesos trabajados y su generalización sin llegar a “saturar” a los pacientes, por cantidad y/o rapidez de información proporcionada. El orden y diseño de sesiones está basado también en la repetición de conceptos de forma espaciada, para favorecer así su aprendizaje sin resultar pesado. No obstante, es necesario tener en cuenta que se trata de una intervención bastante extendida en el tiempo, y tanto la literatura como el sentido común nos dicen que, a mayor duración del programa, mayor probabilidad de abandono. Esto se intenta suplir mediante las tareas intersesión, el formato atractivo y participativo y la relación constante entre conceptos tratados en distintas sesiones. Igualmente, si el grado de abandono resulta significativo en una primera aplicación, será necesario evaluar la posibilidad de reducir su duración y/o número de sesiones.

En segundo lugar, dentro de las limitaciones de implementación, se encuentra la necesidad de formación específica del terapeuta en aspectos *a priori* no relacionados con la

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

psicología, como es el mundo del cómic. Además de estar formado y experimentado en ACTp y en el manejo de la psicosis, el profesional debe sentirse cómodo empleando el dibujo, cómic e ilustración como herramienta y tener unos conocimientos mínimos acerca de los mismos, lo cual puede requerir entrenamiento adicional.

Relacionado con estos requisitos, es posible pensar que la figura del arteterapeuta sería más apropiada para llevar a cabo esta propuesta. Sin embargo, si bien esta figura podría resultar muy útil como apoyo para conducir la sesión, la figura del Psicólogo General Sanitario (PGS) es imprescindible. La necesidad de formación en ACTp, los riesgos derivados del tratamiento mediante exposición y procesamiento en población psicótica comentados previamente y la prudencia necesaria para trabajar con e interpretar producciones artísticas manteniendo el rigor metodológico que requiere el método científico, entre otros factores, hacen que la figura del PGS sea indispensable para mantener la fidelidad del tratamiento.

En tercer lugar, la adquisición de los materiales artísticos podría suponer un desembolso inicial demasiado grande para muchos dispositivos. Debido a la prolongación en el tiempo del programa, los materiales podrían comprarse mes a mes en función de la necesidad, e igualmente no es necesario que sean de grado profesional, pudiendo encontrarse versiones muy asequibles de todos estos materiales. Cabe destacar que la adquisición de materiales sería (salvo aquellos de mayor uso que también son los más económicos como lápiz y papel), una única vez a lo largo de toda la intervención. Del mismo modo, la versatilidad de esta propuesta de intervención permite tener en cuenta y adaptar la adquisición o no de ciertos materiales a las circunstancias y capacidades personales e institucionales de donde se aplique.

Por último, en este programa se da una limitación también inherente a la arteterapia, como es la evaluación del progreso y aprendizaje mediante tareas gráficas y reporte verbal, lo

cual puede introducir sesgos a la hora de evaluar procesos y resultados. Para mitigar esto lo máximo posible, se incide en la complementación de las mediciones cualitativas con mediciones cuantitativas estandarizadas.

7.3. Líneas futuras

Teniendo en cuenta lo expuesto, la principal línea de actuación futura sería realizar un estudio piloto para evaluar la viabilidad de la intervención. Esto permitiría ajustar los tiempos de las sesiones y los materiales gráficos antes de proceder a estudios de mayor envergadura.

Posteriormente, se llevaría a cabo un Ensayo Controlado Aleatorizado que compare la eficacia de esta intervención (ACTp + Cómic) frente a la ACTp por sí sola, con el objetivo de aislar el valor añadido del cómic.

También sería interesante evaluar la idoneidad del empleo del cómic junto con la ACT en el tratamiento de otras patologías en las que la ACT haya mostrado eficacia, como en los trastornos afectivos y adicciones (A-Tjak et al., 2015).

Un segundo eje de investigación sería el análisis cualitativo de las obras producidas por los participantes a lo largo de la intervención. El estudio del contenido (evolución de los personajes, tramas, temáticas, empleo del color, caracterización y representación de la sintomatología, etc.) podría permitir una comprensión única de la vivencia psicótica y los procesos de cambio intrapsíquicos que las escalas estandarizadas y la observación clínica no captura fácilmente. Una mejor comprensión de la experiencia interna de los pacientes permitiría un mejor abordaje y estudio de su patología.

También se propone explorar la adaptación de este protocolo para familias y/o cuidadores, o incluso incluirlas en determinadas sesiones del mismo. El uso de cómics podría facilitarles la comprensión de las experiencias internas de sus allegados, mejorando la

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

comunicación y cuidados de los mismos, así como reducir la emoción expresada en el entorno familiar y el sufrimiento de los familiares y cuidadores.

Finalmente, sería interesante explorar la adaptación de este protocolo a modalidades de grupo abierto, formato habitual en dispositivos como CRPSL y hospitales de día, con el objetivo de ampliar su alcance y viabilidad asistencial. No obstante, desde un punto de vista metodológico, resulta imprescindible confirmar previamente su efectividad en un formato de grupo cerrado que permita un mayor control de las variables implicadas. En caso de que se obtuviesen resultados clínicamente significativos, su implementación en grupos abiertos no solo facilitaría su integración en un mayor número de dispositivos asistenciales, sino que permitiría además aprovechar las potencialidades específicas de este formato, evitando que la intervención quede limitada a un marco exclusivamente ocupacional y favoreciendo su articulación complementaria con otros programas terapéuticos.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2020). *The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia* (3.^a ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed., texto revisado; J. Pérez Trad.). Editorial Médica Panamericana. (Obra original publicada en 2022)
- Backos, A. (2022). *ACT and art therapy: Experiential exercises and creative techniques for clinical practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Barlatti, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: A critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131–139. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000925>
- Bastampillai, T., Allison, S., & Gupta, A. (2016). NICE guidelines for schizophrenia: can art therapy be justified? *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1016–1017. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30146-8)
- Bell, A. (2022). *Storytelling + the art of comics in visual and written expression: Recovery with narrative art*. *Journal of Creative Arts Therapies (JoCAT Online)*, 17(1), 1-25. <https://www.jocat-online.org/a-22-bell>
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozúa, B., & Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(4), 244–254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>

- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)
- Bouws, J., Henrard, A., de Koning, M., Schirmbeck, F., van Ghesel Grothe, S., van Aubel, E., Reininghaus, U., de Haan, L., & Myin-Germeys, I. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for individuals at risk for psychosis or with a first psychotic episode: A qualitative study on patients' perspectives. *Early Intervention in Psychiatry*, 18(2), 122–131. <https://doi.org/10.1111/eip.13442>
- Brandt, I., Some, S., Millogo, O., Sourabié, O., Burns, J., Shinde, S., Haucke, M., Sivewright, N., Neumann, C., Bajaria, S., Napon, K., Dah, C., Taonda, M., Siegel, J. T., Mwanyika Sando, M., Bärnighausen, T., Sié, A., & Liu, S. (2025). Effectiveness of a comic book intervention on mental health literacy among adolescents and youth in Burkina Faso: A randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*, 25, 107. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21325-2>
- Catalan, A., Salazar de Pablo, G., Aymerich, C., Guinart, D., Goena, J., Madaria, L., Pacho, M., Alameda, L., Garrido-Torres, N., Pedruzo, B., Rubio, J. M., Gonzalez-Torres, M. A., Fusar-Poli, P., & Correll, C. U. (2025). “Short” versus “long” duration of untreated psychosis in people with first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of baseline status and follow-up outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 51(5), 1206–1230. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae201>

- de Villa, R., & del Carmen, M. (2004). Análisis de medidas repetidas. *Medicina clinica*, 122, 51–58. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-analisis-medidas-repetidas-13057546>
- del Río Diéguez, M., Jiménez, C. P., Ávila, B. S.-A., & Bayón Pérez, Y. C. (2024). Art therapy as a therapeutic resource integrated into mental health programmes: Components, effects and integration pathways. *The Arts in Psychotherapy*, 91, 102215. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102215>
- Du, S.-C., Li, C.-Y., Lo, Y.-Y., Hu, Y.-H., Hsu, C.-W., Cheng, C.-Y., Chen, T.-T., Hung, P.-H., Lin, P.-Y., & Chen, C.-R. (2024). Effects of visual art therapy on positive symptoms, negative symptoms, and emotions in individuals with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12(11), 1156. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111156>
- El-Ashry, A. M., & Nashwan, A. J. (2024). Value component of acceptance and commitment therapy (ACT) among patients with schizophrenia. *Academia Mental Health & Well-Being*, 1(1). <https://doi.org/10.20935/mhealthwellb6197>
- España, K., Perris, G. E., Ngo, N. T., & Bath, E. (2024). Reimagining narrative approaches through comics for systems-involved youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(8), 766–770. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.11.006>
- Febres-Cordero, S., Sherman, A. D. F., Kumsa, B., Klepper, M., Shanun, F., Grant, S., Duroseau, B., Leslie, S. L., Gupta, P., Béliveau, A., Landerfelt, P., Cohen, S., Lawrence, C., Linsenmeyer, W., Szczech, M., Balthazar, M. S., & Operario, D. (2025). A scoping review of graphic medicine interventions to promote changes in health behavior, health service engagement, and health outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(5), 657. <https://doi.org/10.3390/ijerph22050657>

- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). *La investigación de la inteligencia emocional en España*.
- García, R. R., Alvarado, V. S., Agraz, F. P., & Barreto, F. R. (2004). Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version. *Actas españolas de psiquiatría*, 32(3), 138–142.
- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., & Arrieta, M. (2012). Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 79–88. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.11.004>
- Graphic novel art therapy (GNAT)*. (s.f.). [Diapositivas de PowerPoint]. SlideShare. <https://es.slideshare.net/slideshow/graphic-novel-art-therapy-gnat/58801128>
- Gysin, J. L. (2020). *Sequential art in therapy: A narrative approach* [Tesis de maestría, Concordia University, Canadá]. Spectrum Research Repository. <https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/987130/>
- Hendriks, N., Mcenteggart, C., Barnes-Holmes, Y., Mey, D., Witteman, H., Janssen, C., & Egger, G. (2020). Assessing Deictic Relational Responding in Psychosis Using the Implicit Relational Assessment Procedure. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 20, 287–299.
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., & Miettunen, J. (2017). Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6), 453–460. <https://doi.org/10.1111/eip.12412>
- Irani, F., Kalkstein, S., Moberg, E. A., & Moberg, P. J. (2011). Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: A meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1318–1326. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq057>

- King, T., & Gerads, M. (2019). *Mr. Milagro* (G. Ruiz Carreras & J. Valero Martínez, Trads.). ECC Ediciones. (Obra original publicada en 2017). ISBN 9788418862526
- Lam, A. H. Y., Cheung, Y. T. D., Wong, K. H., Leung, S. F., & Chien, W. T. (2022). Dispositional mindfulness and psychotic symptoms in schizophrenia spectrum disorders: The mediating roles of rumination and negative emotion. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *18*, 75–85. <https://doi.org/10.2147/NDT.S338133>
- Laws, K. R., & Conway, W. (2019). Do adjunctive art therapies reduce symptomatology in schizophrenia? A meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, *9*(8), 107–120. <https://doi.org/10.5498/wjp.v9.i8.107>
- McCloud, S. (1993). *Understanding comics: The invisible art*. HarperPerennial.
- McCutcheon, R. A., Pillinger, T., Varvari, I., Halstead, S., Ayinde, O. O., Crossley, N. A., Correll, C. U., Hahn, M., Howes, O. D., Kane, J. M., Kabir, T., Konradsson-Geuken, Å., Lennox, B., Hui, C. L. M., Rossell, S. L., Solmi, M., Sommer, I. E., Taipale, H., Uchida, H., ... Siskind, D. (2025). INTEGRATE: International guidelines for the algorithmic treatment of schizophrenia. *The Lancet Psychiatry*, *12*(5), 384–394. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00031-8)
- McNicol, S. (2016). The potential of educational comics as a health information medium. *Health Information & Libraries Journal*, *34*(1), 20–31. <https://doi.org/10.1111/hir.12145>
- McPhail, W. (2022). *In* (H. Migoya, Trad.). Norma Editorial. (Obra original publicada en 2021). ISBN 9788467951257
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2023). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy*, *97*(1), 41–58. <https://doi.org/10.1111/papt.12479>

- Nadar. (2022). *Transitorios*. Astiberri Ediciones. ISBN 978-84-18909-52-8
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management* (NICE Clinical Guideline No. CG178). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 21 de enero). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Papathanasiou, C., Kougioumtzi, A., Georgiou, K., & Barbaresos, F. (2023). The use of comics to promote a community-based peer-support intervention among young refugees in a camp in Greece. *Intervention: Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, 21(2), 127–137. https://doi.org/10.4103/intv.intv_28_23
- Parkinson, S., Cole, B., & Trevelyan, C. (2024). Art and mentalizing in early intervention psychosis: Rationale and therapist insights on a new psychoeducational course. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1243990. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1243990>
- Pena-Garijo, J., Baeza-Mor, T., & Martinez-Raga, J. (2025). Acceptance and commitment therapy applied to early psychosis: Therapeutic foundations and a narrative systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 15(8), 107313. <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i8.107313>
- Pittman, J., Richardson, T., & Palmer-Cooper, E. (2024). The relationship between psychosis and psychological flexibility and other acceptance and commitment therapy processes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100800. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100800>
- Powell, N. (2009). *Trágame entera* (L. Díaz, Trad.). La Cúpula. (Obra original publicada en 2008). ISBN 9788478338566

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the " Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 1*.
- Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema, 25*(1), 123–129.
- Ruiz, Francisco J., Odriozola-González, P., Suárez-Falcón, J. C., & Segura-Vargas, M. A. (2022). Psychometric properties of the Valuing Questionnaire in a Spanish sample and factorial equivalence with a Colombian sample. *PeerJ, 10*(e12670), e12670.
<https://doi.org/10.7717/peerj.12670>
- Seia, C. (2025). Graphic Medicine: a powerful health education tool. *Ibsafoundation.org*.
<https://www.ibsafoundation.org/en/blog/graphic-medicine-powerful-tool-for-health-education>
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Alvarez, E., & Perez, V. (2012). Psychometric properties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Espanolas de Psiquiatria, 40*(1), 19–26.
<https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/588>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry, 27*(1), 281–295.
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

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

Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using effect size—or why the *p* value is not enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279–282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>

The Columbia Lighthouse Project. (2020, enero 10). *Triage and risk identification: The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. The Columbia Lighthouse Project.

<https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/risk-identification/>

Thompson, C. (2004). *Blankets* (M. Bartual & Estudio Fénix, Trads.). Astiberri Ediciones. (Obra original publicada en 2003). ISBN 84-95825-63-5

Thorogood, Z. (2024). *Se está muy sola en el centro de la tierra* (G. Moraleda, Trad.). Norma Editorial. (Obra original publicada en 2022). ISBN 9788467968026

Üstün, T. B. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

Von Hardenberg, L., Leopold, K., Stenzel, N., Kallenbach, M., Aliakbari, N., Bechdorf, A., & Mehl, S. (2022). Feasibility and efficacy of an acceptance and mindfulness-based group intervention for young people with early psychosis (Feel-Good group). *Frontiers in Psychiatry*, 13, 943488. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.943488>

- Williams, R., Ostinelli, E. G., Agorinya, J., Minichino, A., De Crescenzo, F., Maughan, D., Puntis, S., Cliffe, C., Kurtulmus, A., Lennox, B. R., & Cipriani, A. (2024). Comparing interventions for early psychosis: A systematic review and component network meta-analysis. *EclinicalMedicine*, 70, 102537. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102537>
- Yamamoto, M. (2020). *Sunny Sunny Ann!* (A. Sakai Fonseca, Trad.). Astiberri Ediciones. (Obra original publicada en 2012) ISBN: 978-84-17575-87-8
- Zhang, A., Luo, X., Lin, R., He, C., Wang, J., & Huang, G. (2024). Group arts therapies for patients with schizophrenia: A protocol of systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 14(6), e082076. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082076>
- NUEVA BIBLIOGRAFÍA
- Bellaiche, L., Lihardo, K., Williams, C., Chaffee, J., LaBar, K. S., & Seli, P. (2025). Selective emotion regulation in creative art production: Psychophysiological reactivity during painting reduces anxiety. *iScience*, 28(6), 112543. <https://doi.org/10.1016/j.isci.2025.112543>
- Kaimal, G., Ray, K., & Muniz, J. (2016). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 33(2), 74–80. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1166832>
- Panchaud, M. (2024). *El color de las cosas* (X. Mas, Trad.; 1ª ed., 2024). Reservoir Books. ISBN 978-8419437716
- King, T., & Smallwood, G. (2024). *Blanco humano* (2.ª ed., Grandes novelas gráficas de DC). ECC Ediciones. ISBN 978-84-10134-38-6.
- Kelly, J., & Niimura, K. (2024). *Soy una matagigantes* (S. García, Trad.; Colec. Sillón Orejero). Astiberri Ediciones. ISBN 978-84-19670-87-8. [Astiberri](https://www.astiberri.com)

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

Miller, F. (2010). *Sin City. Edición integral. Vol. 1* (Integral ed.). Norma Editorial. ISBN 978-84-679-0331-7

A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>

9. Figuras

Figura 1

Página nº 35 del cómic *Mr. Milagro* (King y Gerards, 2019)



Nota. Este cómic usa superhéroes para hablar, en realidad, sobre la depresión suicida y el trauma.

"*Darkseid is*" (Darkseid es) se refiere a Darkseid, el villano supremo (Dios del mal), pero aquí la frase funciona como un mantra del absolutismo de la depresión. Significa "el dolor existe", "el

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

vacío es real" y es ineludible, como la presencia constante de la angustia en la vida del protagonista. En lenguaje de cómic, la rejilla/jaula de 9 (cuadrícula de 3x3 empleada en esta página) se emplea para dar una estructura fija y un ritmo. La alternancia 1:1 entre la cuadrícula negra y las escenas cotidianas del protagonista permite representar el grado de intrusismo de estas ideas/pensamientos. El filtro VHS (quizás no apreciable en esta reproducción) representa momentos de desrealización/despersonalización del personaje. Tomado de *Mr. Miracle* (p.35) por T. King y M. Gerads, 2019, DC Comics.

Figura 3

Página 78 del cómic *It's Lonely At The Center Of The Earth* (Thorogood, 2022)



Nota. Este cómic es una autobiografía meta-ficcional. Zoe Thorogood documenta seis meses de su propia vida mientras lucha contra una depresión severa, pensamientos suicidas y la

Campus de la Orotava

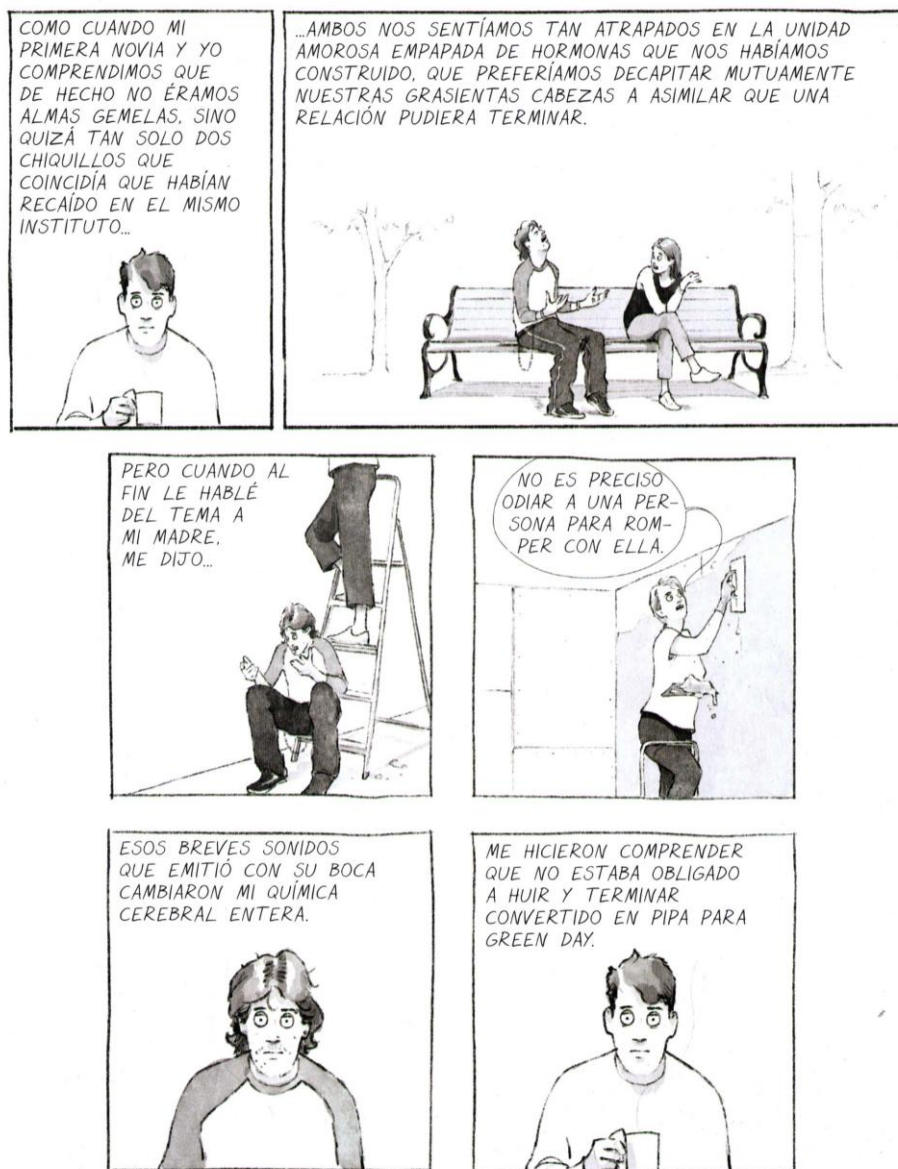
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

presión de crear arte. En esta obra, Zoe se fragmenta a sí misma en varias versiones que conviven y discuten entre sí (los distintos personajes que podemos ver en esta muestra): la Zoe realista de pelo negro (derecha, la que sufre), la Zoe realista de pelo castaño (izquierda, la que “era antes” y que no consigue “volver a ser”), la Zoe caricatura (la niña interior / la parte ridícula), la figura blanca/abstracta (la artista/narradora) y la figura negra (el dolor con el que convive). Tomado de *It's Lonely at The Center of the Earth* (p.78) por Z. Thorogood, 2022, Image Comics.

Figura 4

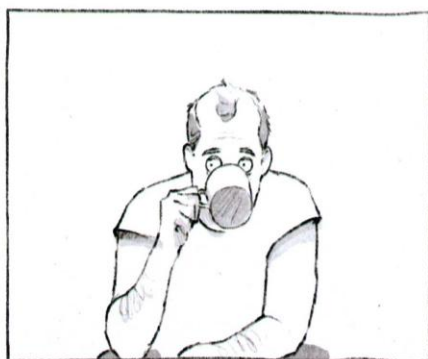
Páginas 78 a 85 del cómic In (McPhail, 2022)



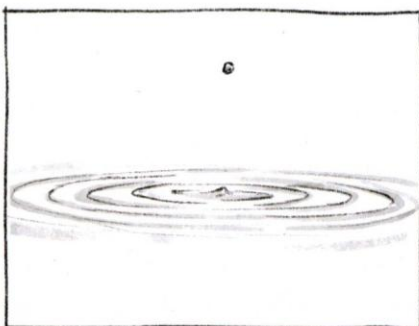
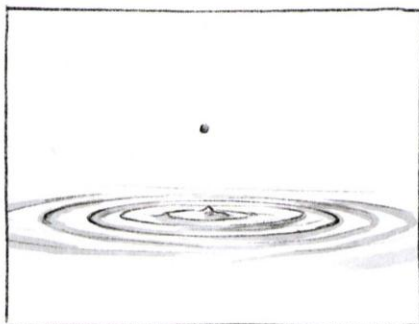
PALABRAS QUE IMPORTEN.

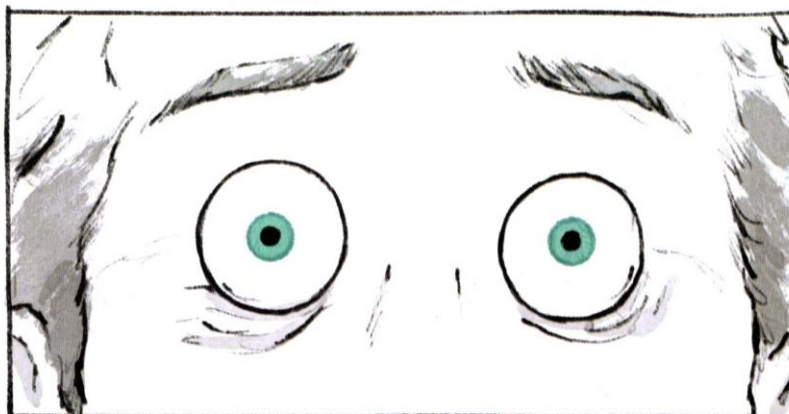


ESAS SON LAS QUE DEBO DECIRLE AL FONTANERO.

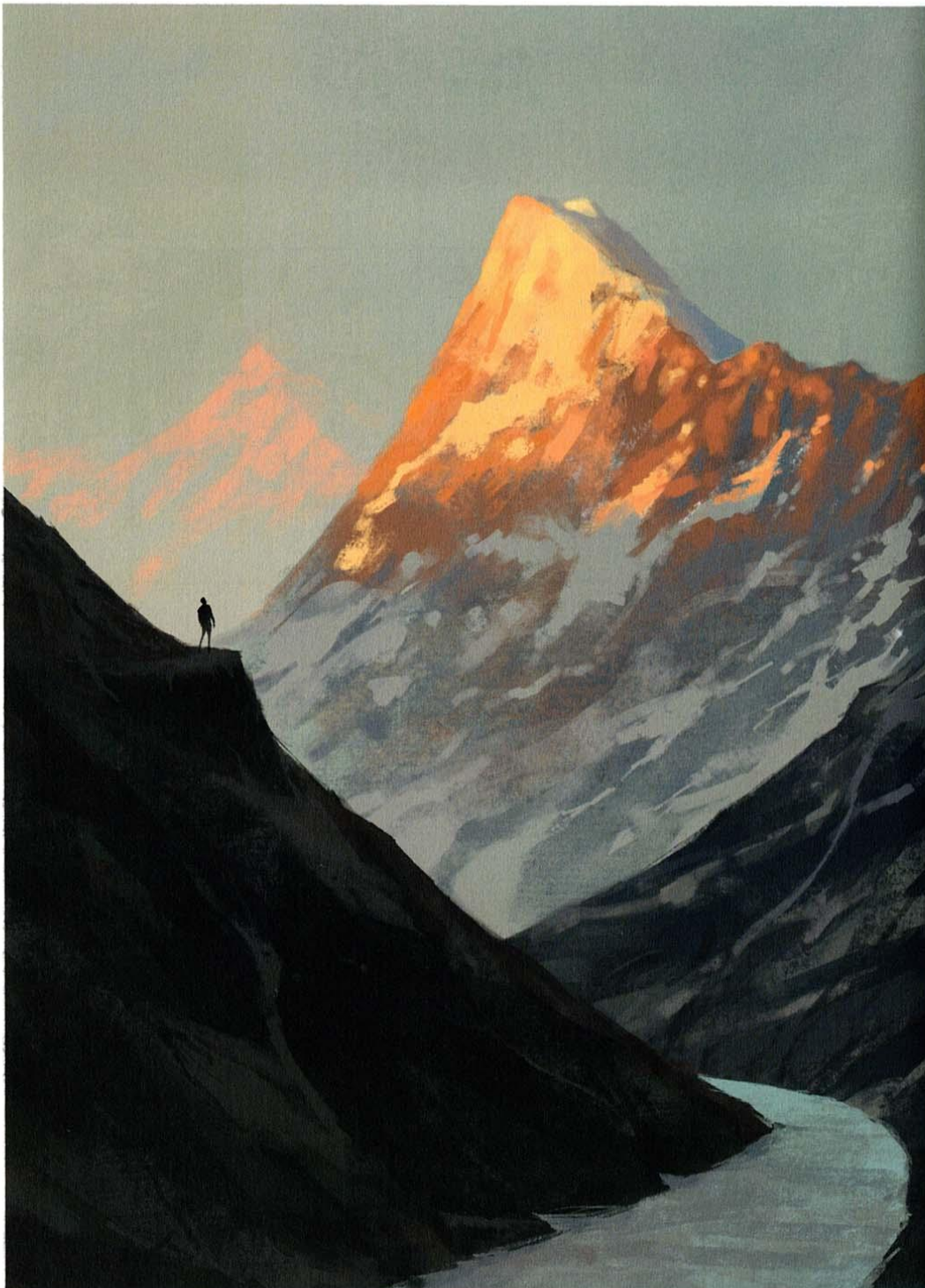












84

Campus de la Orotava
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com



Nota. En esta obra, el protagonista (Nick) es incapaz de conectar con la gente, vive atrapado en su propia cabeza. En este fragmento es la primera vez en la obra en la que consigue “conectar” con alguien (momento representado con el color, en contraste con el gris limpio pero vacío de su vida hasta ahora). La historia posee diferentes arcos narrativos y personajes secundarios que no sólo enriquecen la evolución de Nick (quien está basado en el propio autor), si no que presentan diferentes perspectivas sobre el tema central de la historia (poder entrar, *in*, en la experiencia interna de las personas). Tomado de *In* (pp. 78-85), por W. McPhail, 2022, Norma Editorial.

Figura 5

Página 182 del cómic *It's Lonely At The Center Of The Earth* (Thorogood, 2022)



Nota. Esta es la página final del cómic (introducido previamente), donde deja de ser solo un registro del dolor (como al principio del libro) para convertirse en el mapa de ruta para su

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

recuperación y vida futura.. Tomado de *It's Lonely at The Center of the Earth* (p.182) por Z. Thorogood, 2022, Image Comics.

Apéndices

Apéndice A

Según los datos aportados por la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) - Series 2, en España, la esquizofrenia afecta en mayor medida a hombres (prevalencia del 4,5%) que a mujeres (prevalencia del 2,9%) hasta los 65 años, momento en el que ambos grupos comienza a igualarse (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021, p. 39). Dicha prevalencia se ve incrementada cuanto más baja es la renta, especialmente en varones, con cifras crecientes (4,4% en hombres y 2,8% en mujeres en 2013 en comparación con 5,3% en hombres y 3,3% en mujeres en 2017), mientras que su incidencia desciende mínimamente en ambos sexos para el mismo período (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021, p. 40).

Apéndice B

Las directrices internacionales para el tratamiento algorítmico de la esquizofrenia (INTEGRATE por sus siglas en inglés), prescriben el empleo de medicación antipsicótica (para la sintomatología positiva, como alucinaciones y delirios) en combinación con intervenciones psicosociales (para reducir el aislamiento social, falta de motivación y favorecer la reintegración de las personas) y terapia psicológica (para tratar la sintomatología negativa y desorganizada) (McCutcheon et al., 2025).

De acuerdo con la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) para la prevención y manejo de la psicosis y esquizofrenia en adultos (NICE CG178, 2014), las intervenciones más efectivas e indicadas incluyen Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), intervención familiar, terapias artísticas, psicoeducación y planes de cuidado colaborativos, subrayando la importancia de la detección precoz para prevenir su cronificación.

La American Psychiatric Association (APA), por su parte, recomienda con nivel 1B el tratamiento de primeros episodios en programas coordinados de atención especializada, TCC tanto en primeros episodios como en pacientes de larga evolución, psicoeducación, servicios de empleo protegido, y tratamiento asertivo comunitario en aquellos pacientes con numerosas recaídas o con dificultades de adaptación social; además de proponer la investigación de los potenciales beneficios y daños de la Terapia de Aceptación y Compromiso y de terapias centradas en la música y el baile, entre otras (APA, 2020).