



**Adaptación y Desarrollo de un Programa de Tratamiento Psicológico para Mejorar la
Cognición Social en Personas Institucionalizadas con Esquizofrenia**

*Adapting and Developing a Psychological Treatment Program to Improve Social Cognition
among Inpatients with Schizophrenia*

Trabajo de Fin de Grado en Psicología

Alumna: Laura Rodríguez Gutiérrez

Tutora: Natalia Redondo Rodríguez

Grado en Psicología. Facultad de Psicología.

Curso 2020/2021

Resumen

La cognición social es la variable que recoge los procesos psicológicos implicados en las interacciones sociales y que, en personas con esquizofrenia, se encuentra especialmente afectada. Está formada por tres áreas: procesamiento/percepción emocional, estilo atribucional y teoría de la mente (ToM). El presente trabajo desarrolla una propuesta de adaptación del programa SCIT, una intervención grupal utilizada para desarrollar tanto la cognición social como el funcionamiento social. En este caso, se han añadido cuatro nuevas sesiones, con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos hasta la fecha en el reconocimiento de las emociones y en la Teoría de la Mente para poder, en un futuro, aplicarlo a pacientes institucionalizados e ingresados en el hospital Dr. Rodríguez Lafora.

Palabras clave: esquizofrenia, cognición social, SCIT

Abstract

Social cognition is the variable that involves different psychological processes involved in social interaction and it is particularly impaired in people diagnosed with schizophrenia. It includes: emotion perception, attributional style and theory of mind (ToM). The purpose of the present study was to develop and adapt the SCIT program, a group-based intervention that improves social cognition and overall functioning. In this case, four new sessions were added with the aim of improving the results obtained up to this date in emotion perception and Theory of Mind, so that in the near future it could be applied to institutionalized inpatients at the Dr. Rodríguez Lafora public hospital.

Keywords: schizophrenia, social cognition, SCIT

Índice de contenidos

Introducción	4
Método	16
Participantes	16
Programa	16
Cronograma.....	17
Materiales.....	22
Sesión añadida 1 – ¿Qué quiere decir?	23
Sesión añadida 2 – Pósters de las emociones personalizados.....	25
Sesión añadida 3 - Descubriendo la ToM.....	27
Sesión añadida 4 – Recapitular	29
Evaluación.....	30
Resultados.....	32
Discusión.....	33
Referencias.....	35
Anexos	46

Introducción

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que más interés ha suscitado a lo largo de la historia, desafiando tanto a la propia comprensión humana como a la ciencia, que se ha esforzado en investigarla, conceptualizarla y desarrollar multitud de tratamientos para paliar su característica sintomatología.

A lo largo de la historia, el concepto de esquizofrenia ha ido variando, pero parece que el término *Dementia Praecox*, propuesto por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926), se considera como punto de partida. Dicho término pretendía servir como entidad nosológica propia y diferenciada de otras patologías o enfermedades mentales. Kraepelin basó su definición en criterios objetivos y observables como la sintomatología (inicio temprano, vacío afectivo, delirios y ausencia de psicosis maniaco-depresiva) y la evolución de los pacientes (Beer, 1996; Novella y Huertas, 2010).

El término que hoy en día utilizamos, esquizofrenia, proviene del griego *schizein* (escindir) y *phren* (mente) y fue acuñado en 1908 por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939) (Maatz y Hoff, 2014). Con este término, Bleuler se alejaba de la concepción kraepeliana más neurobiológica y optaba por una mirada mucho más psicológica (Pérez-Álvarez, 2012), definiendo la esquizofrenia en base a alteraciones psicológicas del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior. Además, defendió tanto la individualidad de cada paciente como la necesidad de una correcta reintegración social para el bienestar personal del mismo (Berrios, 2011; Maatz y Hoff, 2014). Actualmente es difícil establecer un consenso sobre la definición de esquizofrenia ya que los síntomas que la caracterizan son heterogéneos, además de compartidos con otros trastornos psicóticos, lo que dificulta la distinción entre unos y otros

(Godoy et al., 2014). En general, la esquizofrenia se caracteriza por una pérdida de contacto con la realidad que suele afectar a casi todas las áreas de la vida del paciente. El pensamiento, los afectos y el comportamiento de la persona se ven alterados, pudiendo aparecer pensamientos anormales o trastornos perceptivos además de una expresión emocional disminuida o exagerada (Lemos Giráldez et al., 2015).

El DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders; American Psychiatric Association [APA], 2014) incluye, bajo el nombre de *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, a la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno de personalidad esquizotípico; siendo la esquizofrenia el más común de ellos y formando parte de los llamados trastornos/enfermedades mentales graves junto con el trastorno bipolar, el trastorno límite de la personalidad y la depresión mayor grave (National Institute of Mental Health [NIMH], 2021). Los criterios diagnósticos de dicho manual para la esquizofrenia son la presencia de al menos dos (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de un mes (o menos si se ha tratado con éxito): delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos (alogia, abulia-apatía, aplanamiento afectivo o embotamiento y anhedonia). Además, el nivel de funcionamiento en el trabajo, cuidado personal o relaciones interpersonales se han de haber visto afectados.

Por su parte, la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) incluye a la esquizofrenia dentro del apartado *Esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos primarios*, junto con el trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico agudo y transitorio, trastorno delirante y otras esquizofrenias especificadas u otros trastornos psicóticos primarios. El diagnóstico de esquizofrenia, en

particular, se caracteriza por la presencia de síntomas positivos (delirios, alucinaciones, pensamiento y conducta desorganizada y experiencias de pasividad y control), síntomas negativos (afecto aplanado), alteraciones en la percepción de la realidad y alteraciones psicomotoras que deben haber persistido durante al menos un mes. La CIE-11, al contrario que el DSM-5, no considera que las alteraciones en la funcionalidad del individuo sean un criterio diagnóstico.

Los datos epidemiológicos dan cuenta de la relevancia de este trastorno que, según la OMS (2019), afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se estima que la prevalencia a lo largo de la vida está entre el 0,7% y el 1,5%, siendo la incidencia anual del orden de 1 a 1,5 por cada mil habitantes (Lemos Giráldez et al., 2015; Rodríguez-Testal et al., 2020). Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), comienza primero en hombres (20-25 años) que en mujeres (alrededor de los 30) (APA, 2014) y son ellos los que presentan una peor evolución del trastorno además de una mortalidad asociada mayor (Rodríguez-Testal et al., 2020). En nuestro país, la esquizofrenia afecta a unas 400.000 personas, siendo la prevalencia en hombres de 3 por 1000 habitantes y de 2,86 por 1000 habitantes para las mujeres, mientras que la incidencia estimada es de 0,08 por 1000 habitantes (Ayuso-Mateos et al., 2006). Además, la distribución a lo largo del planeta tampoco parece ser equitativa ya que en países desarrollados es hasta 3 veces más frecuente que en países en vías de desarrollo, teniendo estos últimos un pronóstico mejor. Asimismo, la esquizofrenia está más presente en las zonas urbanas que en las rurales y dentro de las primeras, más presente en las zonas céntricas que en las periféricas (Godoy et al., 2014).

Es un trastorno que presenta un curso variable ya que el inicio puede ser precoz o tardío y puede presentarse como un cuadro agudo o insidioso (se suele hablar de 3 fases: prodrómica, activa y de recuperación). Puede haber un solo brote que acabe en una remisión con recuperación social y funcional frente a otros casos donde el trastorno acabe por cronificarse, dando lugar a un deterioro progresivo y a un aumento de la sintomatología. El deterioro no es por tanto algo inevitable y se puede ver afectado por factores como la adherencia al tratamiento, la falta de apoyo social y familiar, el desempleo y la situación de calle, así como un estilo de vida perjudicial (adicciones, dieta pobre y falta de autocuidado) (Lemos Giráldez et al., 2015; Napal et al., 2012; Rodríguez-Testal et al., 2020).

Por su parte, la etiología del trastorno es también muy diversa, como bien reflejan el amplio número de teorías y modelos que, desde diversas perspectivas y orientaciones, intentan explicar las causas de la esquizofrenia. Los principales son: los modelos de neurodesarrollo (postulan que la causa de la esquizofrenia puede estar en problemas en el desarrollo temprano del feto o del neurodesarrollo tardío en el adolescente), modelos de expresión fenotípica (la causa sería ciertas alteraciones cognitivas que revelarían anomalías en el procesamiento de la información sensorial), modelos fisiopatológicos (la causa estaría en ciertas anomalías neuroanatómicas de la estructura cerebral como reducción del volumen cerebral o dilatación de los ventrículos tercero y lateral) y modelos biológicos (barajan hipótesis de alteraciones genéticas transmitidas hereditariamente o hipótesis de alteraciones de ciertos neurotransmisores como la dopamina o el glutamato) (Godoy et al., 2014; Lemos Giráldez et al., 2015). Por último, el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977) se presenta como una alternativa integradora que permite explicar la compleja relación existente entre los factores ambientales y genéticos. El concepto de vulnerabilidad hace referencia a factores bioquímicos, genéticos o de

funcionamiento cerebral pero también a factores ecológicos o de aprendizaje y no asegura el desarrollo del trastorno si no se dan las circunstancias adecuadas. Por su parte, el concepto riesgo hace referencia a una serie de factores ambientales necesarios para que tenga lugar el desarrollo de la esquizofrenia. Además, este modelo también plantea que, ya que no todas las personas vulnerables llegan a desarrollar un cuadro clínico, deben existir ciertos factores preventivos como la red social, la personalidad premórbida o el nicho ecológico. Así pues y teniendo en cuenta dichas variables moderadoras, los autores plantean que la intervención psicosocial deberá enfocar su trabajo hacia la prevención tanto de episodios clínicos como de recaídas, haciendo hincapié en que los periodos de enfermedad son episódicos y la cronicidad que muchas veces se acaba desarrollando se debe sobretodo a factores iatrogénicos (Lemos Giráldez et al., 2015).

En base al citado modelo de vulnerabilidad-estrés se han desarrollado una gran parte de los tratamientos para la esquizofrenia, que han tenido un doble objetivo: por un lado el control y la mejora de los síntomas y por otro la rehabilitación psicosocial del propio paciente (tener trabajo, autocuidado/autonomía, relaciones sociales y familiares significativas o vínculos sexuales/emocionales) con el objetivo de garantizar tanto el bienestar del mismo como una correcta funcionalidad en sociedad (Valencia, 1999; Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2001). El abordaje farmacológico ha sido una de las principales vías de actuación a la hora de manejar la sintomatología positiva (alucinaciones o delirios), siendo los psicofármacos más utilizados los antipsicóticos de primera generación (lorpromazina, clotiapina o haloperidol) o los antipsicóticos de segunda generación (clozapina, risperidona o paliperidona). Sin embargo, estos fármacos producen enormes efectos secundarios como discinesia tardía, sedación, efectos extrapiramidales o efectos adversos metabólicos (Servicio Murciano de Salud, 2009). Además, los mecanismos farmacológicos que explican las supuestas propiedades terapéuticas de estos fármacos siguen

siendo objeto de debate y su efecto sobre los síntomas negativos, déficit cognitivo, funcionamiento personal o relaciones interpersonales es muy limitado (Bellack et al., 2004; Penn et al., 2009), lo que lleva a usar combinaciones de antipsicóticos con otros fármacos como litio, benzodiacepinas, antidepresivos, betabloqueantes o anticonvulsivantes para potenciar el efecto de los primeros, aunque la evidencia empírica que apoya dicha práctica sea escasa (Tajima et al., 2009).

Paralelamente, las intervenciones psicológicas se han venido desarrollando desde hace muchos años, pasando por distintos enfoques, con el objetivo de mejorar el funcionamiento social e interpersonal del paciente y promover su independencia, así como manejar la enfermedad y disminuir la gravedad de los síntomas y las comorbilidades asociadas (depresión, ansiedad, adicción/abuso de sustancias) (Valencia, 1999; Vallina y Lemos, 2001). Vallina y Lemos (2001) defienden que los tratamientos más eficaces son: los tratamientos cognitivo-conductuales (dirigidos tanto a los síntomas positivos como a las alteraciones de los procesos cognitivos), las intervenciones familiares psicoeducativas, el entrenamiento en habilidades sociales y los paquetes integrados multimodales. Así mismo, los datos indican que los pacientes que reciben un tratamiento combinado (psicológico y farmacológico) presentan un mejor pronóstico que el 65% de los pacientes que solo reciben tratamiento farmacológico y que entre el 25%-50% de los pacientes que utilizan antipsicóticos de manera continuada siguen teniendo delirios y alucinaciones (Pfammatter et al., 2006); por otro lado, la terapia cognitivo-conductual está recomendada tanto para acelerar la recuperación y trabajar los síntomas de ansiedad, estrés o depresión que suelen aparecer asociados al diagnóstico de esquizofrenia como para evitar precisamente el propio uso de la medicación (Servicio Murciano de Salud, 2009).

Como se acaba de comentar, los antipsicóticos no presentan un efecto significativo sobre los déficits cognitivos, por esta razón, no es de extrañar que la investigación de los últimos años se haya centrado en buscar mejores soluciones para trabajar con ellos (Green, 1996; Marder y Fenton, 2004). La iniciativa MATRICS (Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en la esquizofrenia, Green y Nuechterlein, 2004) fue lanzada por el NIMH con el objetivo de desarrollar nuevos fármacos que mejoraran los problemas cognitivos de los pacientes. Para ello, debían primero consensuar cuáles eran las áreas cognitivas que iban a ser tenidas en cuenta, es decir, definir un criterio de valoración clínico (una batería cognitiva) que la comunidad científica aceptara ampliamente para después desarrollar los fármacos necesarios y ver sobre qué áreas tenían o no efecto (Green y Nuechterlein, 2004; Green et al., 2005; Nuechterlein et al., 2004). Los siete ámbitos cognitivos críticos en personas con esquizofrenia que se decidieron fueron: velocidad de procesamiento, atención / vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas y cognición social (Green et al., 2004).

La última de esos siete ámbitos, la cognición social, se define como “el conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales. Incluye los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros” (Brothers, 1990) y, sorprendentemente, no fue hasta la década de los 90 cuando empezó a tenerse en cuenta. A partir de dicho momento, numerosos estudios (Couture et al., 2006; Green et al., 2005; Penn et al., 1997) demostraron la importancia de esta variable en las personas diagnosticadas con esquizofrenia. El correcto funcionamiento de la cognición social permite a los sujetos interactuar de manera eficaz con su entorno social mientras que fallos en la misma dan lugar a errores en la percepción social, reacciones inesperadas hacia y desde las

personas, falta de comprensión de la situación y al final, aislamiento social (Gavilán y García-Albea, 2011; Green et al., 2005).

Adicionalmente, existen indicios de que la cognición social funciona como variable mediadora entre la neurocognición y la competencia social/funcionamiento social de los pacientes, lo que sugiere que mejoras en la cognición social pueden repercutir en una mejora del funcionamiento diario de los mismos (Brekke et al., 2005; Vauth et al., 2004). Addington y Addington (2000) estudiaron que, además de esto, los problemas en el funcionamiento social están presentes durante el curso del trastorno y que frecuentemente están presentes en pacientes que tienen un primer episodio, pueden persistir a pesar del tratamiento antipsicótico y tienden a permanecer estables o incluso a empeorar en las fases posteriores de la enfermedad.

La cognición social está compuesta por: el procesamiento/percepción emocional, el estilo atribucional y la Teoría de la Mente (ToM) (Brüne, 2005; Penn et al., 2008). La percepción/procesamiento emocional hace referencia a la capacidad para identificar las distintas emociones mediante expresiones faciales o el tono de voz de las personas y al uso de las mismas de manera adecuada (Penn et al., 2008). Los estudios que relacionan la esquizofrenia y esta variable establecen que los pacientes con esquizofrenia tienden a mostrar deficiencias a la hora de reconocer e interpretar las emociones de los demás, sobretodo las emociones negativas (miedo y asco). También tienen problemas a la hora de expresarlas y para leer entre líneas (Kohler et al., 2000; Mandal et al., 1998; Penn y Combs, 2000).

El estilo atribucional hace referencia a las explicaciones que las personas generan con respecto a las causas de los eventos particulares, positivos o negativos, en sus vidas. En general, las personas se atribuyen así mismas las causas de los eventos positivos mientras que

responsabilizan a los demás de los eventos negativos (Green et al., 2005; Penn et al., 2008). Los estudios con personas con esquizofrenia se han centrado en los individuos con paranoia o delirios persecutorios y han concluido que estos tienden a sacar conclusiones de manera precipitada, sin tener en cuenta toda la información y a explicar los resultados negativos como debidos a intenciones malvadas de los demás (atribuciones externas personales), sin tener en cuenta el contexto (atribuciones externas situacionales), lo que se conoce como “sesgo de personalización” (Bentall et al., 2001; Garety y Freeman, 1999).

Por último, la Teoría de la Mente (ToM) hace referencia a la capacidad para explicar el comportamiento de los otros en base a sus estados mentales y/o hacer inferencias sobre sus intenciones, pensamientos o disposiciones (Premack y Woodruff, 1978). Incluye la comprensión de intenciones, pistas, creencias falsas, metáforas, ironías o engaños (Penn et al., 2008) y es quizás la parte de la cognición social donde se han realizado la mayor cantidad de estudios ya que, por su propia naturaleza, los delirios de persecución, de referencia o de identificación se caracterizan por una errónea interpretación del comportamiento o las intenciones del otro y por tanto podrían ser explicados, en parte, debido a un déficit en aquel sistema que nos permita inferir el estado mental del otro, es decir, la ToM (Corcoran et al., 1995). Algunos autores defienden que los pacientes con delirios de naturaleza paranoica tienen problemas para inferir estados mentales en otras personas así como para atribuírselos a ellos mismos (Corcoran et al., 1995; Frith y Corcoran, 1996) y Frith (1992, como se citó en Brune, 2005) incluso plantea que estos pueden mantener creencias falsas en forma de convicciones delirantes, pueden tener dificultades para distinguir entre objetividad y subjetividad y pueden experimentar su propio comportamiento no como resultado de su propia voluntad sino como si estuviera bajo control ajeno. Sin embargo, otros autores como Drury et al. (1998) o Walston et al. (2000) indican que

una ToM intacta es necesaria para desarrollar ideas delirantes de persecución y concluyen que estos pacientes infieren continuamente estados mentales en terceras personas, pero sin prestar atención a la información contextual que les rodea, lo que les lleva a realizar inferencias erróneas. Abu-Akel y Bailey (2000) sugieren incluso que los pacientes esquizofrénicos con síntomas positivos tienden a atribuir demasiado conocimiento a los demás, infiriendo diversos estados mentales erróneos, lo que ellos llaman "hiper-teoría de la mente".

Como se ha podido comprobar, los posibles déficits en la cognición social se relacionan con una peor calidad de vida en las personas diagnosticadas de esquizofrenia ya que dan lugar a numerosos problemas en su funcionamiento social diario, sus relaciones personales y en general, impiden una correcta rehabilitación con su respectiva reinserción en la comunidad (recuperar la autonomía personal y laboral). Por esta misma razón, numerosos programas centrados en la mejora de la cognición social se han ido desarrollando a lo largo de los años. Dentro de este tipo de programas se encuentran las intervenciones específicas focalizadas sólo en uno de los componentes de la cognición social, como el *Training of Affect Recognition* (TAR; Frommann et al., 2003), centrado en el entrenamiento y reconocimiento de emociones. Por otro lado, existen programas o intervenciones más completas, que integran varias áreas al mismo tiempo como la *Integrated Psychological Therapy* (IPT; Roder et al., 2007), el *Cognitive Enhancement Therapy* (CET; Hogarty y Flesher, 1999) o el programa *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT; Penn et al., 2005).

El programa SCIT (Penn et al., 2005) o EICS por sus siglas en español *Entrenamiento en Interacción y Cognición Social* es un programa de intervención grupal que se administra de manera semanal durante 45 o 60 minutos y en unas 20 sesiones. El objetivo es mejorar tanto la

cognición social como el funcionamiento social en personas con esquizofrenia, sobretodo pacientes con síntomas de suspicacia y paranoia; sin embargo, no se recomienda para personas con déficit intelectual (CI <70) o individuos con problemas de abuso de sustancias. El programa cuenta con tres fases: introducción y entrenamiento emocional, comprensión de la situación e integración y en ellas se trabajan los tres componentes de la cognición social: percepción emocional, estilo atribucional y Teoría de la Mente. El objetivo de la primera fase es introducir la cognición social y el programa EICS, establecer una alianza grupal, proporcionar información sobre las emociones y su relación con los pensamientos y situaciones y definir las emociones básicas y aprender a reconocerlas. La fase dos trabaja en no sacar conclusiones precipitadas, los sesgos atribucionales, mejorar la flexibilidad cognitiva en situaciones sociales y ayuda a los/las participantes a distinguir entre atribuciones personales o situacionales y entre "hechos" sociales o "conjeturas" sociales. El propósito de la fase final es poner en práctica lo que los/las participantes han aprendido, consolidar las habilidades adquiridas y generalizar los conocimientos al día a día (Penn et al., 2007).

Numerosos estudios han demostrado la eficacia del programa SCIT desde sus inicios (Combs et al., 2007; Horan et al., 2009; Roberts y Penn., 2009). Además, el programa ha mostrado suficiente evidencia de viabilidad y tolerabilidad en entornos comunitarios (Parker et al., 2013; Roberts et al., 2010) y los beneficios del tratamiento parecen mantenerse a los 6 meses (Combs et al., 2009). También se ha implementado en diversos países y ha mostrado resultados prometedores en Australia (Bartholomeusz et al. 2013), China (Wang et al., 2013), Finlandia (Voutilainen et al., 2016), Japón (Kanie et al., 2016), Israel (Hasson-Ohayon et al., 2014) y Portugal (Rocha et al., 2021). En España, el SCIT se ha probado en pacientes diagnosticados con bipolaridad (Lahera et al., 2013) y se ha adaptado mediante *El Programa de Entrenamiento en*

Cognición Social (PECS), dentro del Proyecto SCORES (Social Cognition on Rehabilitation in Schizophrenia) (Gil-Sanz et al., 2014).

En el 2014, Roberts et al. (2014) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorio en el que aplicaron el programa SCIT a pacientes ambulatorios con trastornos del espectro de la esquizofrenia. En él participaron 66 adultos que fueron asignados al azar en dos grupos, uno participó en el programa SCIT (n=33) y el otro continuó con su tratamiento habitual TAU (n=33) durante 6 meses. Los participantes completaron evaluaciones de cognición social, funcionamiento social, neurocognición y síntomas al inicio, después del tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. Los resultados indicaron que el programa mejoró el funcionamiento social en general, los síntomas negativos y el sesgo de atribución. Sin embargo, el SCIT no mostró una ventaja clara sobre TAU en la percepción de las emociones o el funcionamiento de la ToM.

Por consiguiente y teniendo en cuenta que en dicho estudio el programa no mostró mejoras significativas en la percepción de emociones ni en el funcionamiento de la ToM, la ausencia de un estudio que demuestre la eficacia del programa SCIT en pacientes con esquizofrenia en situación de ingreso hospitalario en España además de la experiencia personal en el hospital público Dr. Rodríguez Lafora, se establece que el objetivo del presente trabajo es implementar el programa SCIT en una muestra de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, adaptando y mejorando dicho programa para aumentar las sesiones dedicadas a la percepción de emociones y la comprensión de la Teoría de la Mente, para poder mejorar así los resultados encontrados hasta la fecha.

Método

Participantes

Se espera una muestra de 12 pacientes institucionalizados en régimen de ingreso hospitalario en la unidad URH1 y URH2 de la UCPP del Hospital Público Dr. Rodríguez Lafora (Madrid) con diagnóstico de esquizofrenia y síntomas de delirios, suspicacia y paranoia. El criterio principal de exclusión es que los/las participantes presenten impedimentos cognitivos severos ($CI < 70$). Aunque el abuso o dependencia de drogas suele ser un criterio de exclusión en este tipo de programas, no es así en esta ocasión ya que se da por hecho que, en régimen hospitalario, dicha variable está siendo controlada.

La muestra será dividida, de manera aleatoria, en dos grupos con el mismo número de personas. Un grupo participará en el programa SCIT mientras que el otro formará el grupo control, que continuará con el tratamiento que estaba pautado hasta la fecha. Al grupo control se le ofrecerá participar en el programa una vez terminada la investigación.

Programa

El programa SCIT (Social Cognition and Interaction Training) o en español EICS (Entrenamiento en Interacción y Cognición Social), es un grupo de psicoterapia para trabajar la cognición social en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Para ello, el programa presenta tres fases: una primera fase dedicada a la introducción del mismo, la creación de una buena alianza terapéutica y el reconocimiento de emociones, una segunda fase dedicada a la comprensión de situaciones y por último una fase de integración, cuyo objetivo es consolidar las habilidades adquiridas y ser capaces de generalizarlas a la vida diaria.

Sin embargo, los datos muestran que el programa no parece mostrar mejoras significativas en dos de los tres aspectos que conforman la cognición social: la percepción de emociones y el funcionamiento de la ToM (Roberts et al., 2014). Por esta razón, la adaptación propuesta plantea un aumento en el número de sesiones enfocadas a trabajar estas dos variables, con el objetivo final de poder mejorar los resultados que los/las participantes obtuvieron en anteriores estudios. Se proponen dos sesiones que profundicen en la práctica del reconocimiento de emociones, una sesión que permita introducir teóricamente la ToM y trabajar con ejemplos audiovisuales y una última sesión que permita repasar las nociones aprendidas hasta el momento y consolidarlas.

El programa se llevará a cabo al menos una vez por semana, en sesiones de 50-55 minutos. Aunque el programa original se desarrolla durante 20 sesiones y teniendo en cuenta las mejoras que se desean implantar, la duración total será de 24 sesiones.

Cronograma

El cronograma que se propone es el siguiente (se muestra el programa con la numeración original y las sesiones añadidas en esta adaptación se indican como “sesión añadida x”):

Fases	Sesiones	Contenido
I - Introducción y Emociones	1 y 2 - Introducción	<ul style="list-style-type: none"> - Comenzar a desarrollar la alianza grupal - Resumir EICS y explicar el concepto de la cognición social - Establecer las normas del grupo

	3 - Emociones y situaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar que las emociones se pueden ver afectadas por las interacciones sociales y viceversa - Asociar los conceptos emociones y estado de ánimo - Practicar el ponerse en el lugar del otro
	4 - Definir las emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Definir siete emociones básicas y ejemplificarlas - Asociar las expresiones faciales a dichas emociones - Definir la paranoia como emoción
	5 - Adivinar las emociones de la gente	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar entre hechos sociales y conjeturas - Identificar las expresiones faciales que acompañan a cada emoción básica e imitar dichas expresiones - Mejorar la capacidad para adivinar las emociones faciales de los demás en base a expresiones faciales
	6 - Actualizar el proceso de Adivinar Emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar la habilidad de interpretar emociones faciales

		<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar información extra a la hora de adivinar las expresiones faciales
	<p>Sesión añadida 1 - ¿Qué quiere decir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las emociones básicas asociadas a diferentes partes de la cara - Identificar las emociones básicas a través del lenguaje oral - Identificar las emociones básicas a través del lenguaje no verbal
	<p>Sesión añadida 2 - Pósters de las emociones personalizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en el carácter individual de ciertas expresiones emocionales - Practicar y normalizar el preguntar a otras personas cómo se sienten - Confeccionar un póster individualizado de las emociones
	<p>7 - Sentimiento de suspicacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar entre suspicacia prudente y suspicacia excesiva - Familiarizarse con la dificultad de ciertas situaciones sociales ambiguas - Dialogar sobre los sentimientos y pensamientos suspicaces

II- Comprender situaciones	8 - Sacar conclusiones prematuras	<ul style="list-style-type: none"> - Definir “sacar conclusiones prematuras”, normalizarlo y reconocer cuando alguien lo hace - Normalizar el sacar conclusiones prematuras en ciertas situaciones
	9 y 10 - Estrategia 1: pensar en otras opciones	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar “sacar conclusiones prematuras” y “hacer conjeturas” - Explicar y practicar los 3 estilos básicos de atribuciones negativas, reconociendo que cada uno genera unas emociones distintas - Evaluar la seguridad de cada respuesta en una escala del 0-10
	11, 12 y 13 - Estrategia 2: Separar las conjeturas de los hechos	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar entre hechos y conjeturas en diversas situaciones y video-viñetas o fotos - Utilizar la información contextual para aprender a diferencias entre conjeturas fundadas o infundadas
	Sesión añadida 3 - Descubriendo la ToM	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir teóricamente el concepto de la ToM y su utilidad en las relaciones sociales - Identificar los errores en la ToM que aparecen en los videos propuestos

		<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las habilidades de la ToM de los participantes
	14 y 15 - Recabar evidencia	<ul style="list-style-type: none"> - Tolerar ambigüedad - Mejorar el proceso de recabar evidencia y evaluar la seguridad de uno/a mismo/a - Aprender a tener en cuenta la experiencia previa y modificar acorde a ello las apuestas
III – Comprobándolo	Sesión añadida 4 - Recapitular	<ul style="list-style-type: none"> - Repasar los conceptos adquiridos durante el programa acerca de la identificación y expresión emocional, así como de la ToM
	16 a 20 - Hablarlo	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar situaciones personales que hayan generado sentimientos negativos - Aprender a aconsejar de manera colectiva - Darse cuenta de que a veces es imposible comprender cierta situación si no pedimos más información - Aprender a “Hablarlo” y apreciar su utilidad - Practicar las preguntas apropiadas para comprobar conjeturas en situaciones sociales - Role-playing para practicar “Hablarlo”

Materiales

Los materiales necesarios para la aplicación del programa son:

- Una pizarra con sus correspondientes marcadores
- Papel de póster y los adhesivos necesarios para poder pegarlo a la pared
- Las hojas de respuesta de cada ejercicio y material para poder rellenarlas (lápices o bolígrafos)
- Una televisión con reproductor de DVD y/o ordenador junto con un proyector
- Las viñetas en video o DVD de EICS
- Las series de fotos de EICS y las series de fotos proporcionadas en esta adaptación
- La presentación de power point *Adivinar las emociones de la gente*, *Attention Shaping Emotions* y *Formas Emocionales*

Con respecto a los deberes que suelen mandarse al final de cada sesión en la mayoría de los programas psicológicos, en esta adaptación se ha mantenido el posicionamiento original de los autores del programa EICS de presentarlos como algo meramente opcional, sobretodo para evitar problemas que puedan dañar la relación terapéutica. Se recomienda reforzar de manera verbal la conducta hacer los deberes y nunca castigar la conducta de aquellas personas que decidan no hacerlos. Los deberes serán comentados y entregados durante los últimos 5 minutos de cada sesión y se dedicarán los primeros 5 minutos de la sesión siguiente a corregirlos.

En todas las sesiones, después de la corrección de los deberes del día anterior, se dedicarán unos minutos a preguntar a los/las participantes como se encuentran actualmente y

como se han sentido durante la semana, reforzando aquellas verbalizaciones que describan emociones concretas y moldeando aquellas que se asemejen lo suficiente.

Sesión añadida 1 – ¿Qué quiere decir?

Objetivos:

- Identificar las emociones básicas asociadas a ciertas micro-expresiones o partes de la cara.
- Identificar las emociones a través del lenguaje oral y los sonidos.
- Identificar las emociones a través del lenguaje no verbal como gestos o expresiones y profundizar en la imitación de las mismas.

Materiales:

1. El póster de las emociones elaborado y usado en sesiones anteriores
2. Un ordenador con la presentación power point de las imágenes *Qué dicen tus ojos de ti*, los audios que forman la actividad *Escuchar para entender* y las imágenes de gestos y expresiones de *El teatro emocional*.
3. Las actividades *Lo que tus ojos dicen de ti*, *El teatro emocional* y *Escuchar para entender* impresas en papel (ver Anexo)
4. Proyector digital y pantalla sobre la que proyectar con sistema de sonido

Organización de la sesión y procedimientos:

Explique a los/las participantes que la sesión de hoy se dedicará a practicar la identificación de las distintas partes de las expresiones faciales, el lenguaje oral y el lenguaje no

verbal, con el objetivo de mejorar, de manera global, la percepción e identificación de las emociones, tanto en otras personas como en nosotros/as mismos/as. Para ello, se realizarán tres actividades:

Actividad 1: Adivinar las emociones de la gente

Los/las participantes tendrán que adivinar qué emoción está siendo representada a partir exclusivamente de una serie de imágenes de ciertas partes de la cara. Explíqueles que las expresiones faciales asociadas a ciertas emociones están caracterizadas por una serie de cambios en ciertas partes de la cara como, por ejemplo, la sonrisa cuando se está feliz y que, aprender a distinguir estas facciones por separado puede ser de gran ayuda a la hora de identificar la emoción en sí.

Actividad 2: Comprensión del lenguaje verbal emocional

Explique a los/las participantes que las emociones también suelen venir asociadas a una serie de cambios en el tono de la voz o en las palabras utilizadas y que estos cambios sirven de ayuda a la hora de identificar la emoción que intenta expresar la persona. Por este motivo, en este ejercicio los/las participantes tendrán que escuchar una serie de audios y adivinar qué emoción está siendo expresada.

Actividad 3: Comprensión del lenguaje no verbal

En esta actividad se trabaja con el lenguaje no verbal: gestos, posturas o movimientos del cuerpo. Explique que, ya que las emociones suelen venir asociadas a un tipo de lenguaje no verbal, practicar la identificación de dichos gestos es muy útil para después deducir el estado

emocional de las personas. Para ello, una parte de los/las participantes tendrá que recrear una serie de pequeñas escenas para que los/las otros/as adivinen qué ocurre y qué emoción se está recreando.

Para más información en lo referente al desarrollo detallado de la sesión y de los materiales necesarios, consulte el Anexo.

Sesión añadida 2 – Pósters de las emociones personalizados

Objetivos:

- Trabajar el carácter individual de ciertas expresiones emocionales, únicas y distintivas para cada persona.
- Practicar y normalizar el preguntar a otras personas cómo se sienten.
- Confeccionar un póster individualizado de las emociones para cada participante siguiendo el modelo del póster de las emociones que se realizó en sesiones anteriores.

Materiales:

1. Una pizarra de tiza o de marcadores y sus correspondientes tizas o marcadores
2. Papel de póster junto con los adhesivos necesarios para poder pegarlo a la pared
3. Lápices y/o rotuladores
4. Tijeras y algún tipo de adhesivo para papel
5. El póster de las emociones elaborado y usado en sesiones anteriores
6. Copias del ejercicio *Como soy* (ver Anexo)
7. Varios espejos

8. Cámara de fotos o dispositivo móvil que permita sacar fotos
9. Ordenador conectado a una impresora con tinta a color y posibilidad de imprimir fotos

Organización de la sesión y procedimientos:

Explique a los/las participantes que esta sesión se dedicará a discutir sobre las características de la expresión emocional de cada participante, la elaboración de un póster de las emociones individualizado y la práctica de preguntar a otras personas por sus emociones y expresiones emocionales. Recalque que, aunque hasta el momento se haya trabajado en identificar características generales de las diferentes expresiones emocionales, tanto a nivel facial como oral o gestual, las personas son diferentes entre ellas y, por tanto, así como tienen diferentes formas de hablar o de pensar, también tienen diferentes formas de expresar sus emociones. Para trabajar sobre estos conceptos, se realizarán las siguientes actividades:

Actividad 1: Elaboración de un póster individualizado

En esta actividad, los/las participantes realizarán su propio póster de las emociones para explicar al resto como ellos/as expresan sus emociones. Es importante que entiendan que, aunque no todas las personas expresan igual la alegría o la tristeza, siguen sintiendo dicha emoción. La elaboración de un póster individual es una actividad interactiva que permite resumir las características individuales de cada participante y es útil tanto para mejorar el funcionamiento social diario de las personas en el hospital, como de cara a la continuidad de otras sesiones venideras de este mismo programa.

Actividad 2: Aprender a preguntar

Utilizando el ejemplo del ejercicio anterior, esta actividad pretende que los/las participantes aprendan a preguntar a otras personas cómo se sienten y qué significan ciertas expresiones faciales que no alcanzan a comprender. Explíqueles que preguntar es una buena alternativa para clarificar el estado emocional de una persona que puede no ser obvio de primeras, lo que es especialmente útil para con aquellas personas que forman parte del núcleo cercano de cada persona, pero también para la persona en sí o los/las demás.

Para más información en lo referente al desarrollo detallado de la sesión y de los materiales necesarios, consulte el Anexo.

Sesión añadida 3 - Descubriendo la ToM

Objetivos:

- Introducir teóricamente el concepto de la ToM y su utilidad en las relaciones sociales.
- Identificar los errores en la ToM que aparecen en los vídeos propuestos.
- Mejorar las habilidades de la ToM de los participantes.

Materiales:

1. Ordenador, proyector y una pantalla donde proyectar
2. La presentación *Descubriendo la ToM*
3. Los vídeos correspondientes a la actividad *Descubriendo la ToM*

Organización de la sesión y procedimientos:

Explique a los/las participantes que en esta sesión se va a trabajar sobre la Teoría de la Mente, que es la capacidad de atribuir estados mentales a otras personas. Haga hincapié en que esta capacidad es muy importante de cara a tener interacciones sociales exitosas ya que, si se consigue entender correctamente que es lo que está pensando, sintiendo o deseando otra persona, se puede adaptar el comportamiento de cada persona a dicha situación. Para profundizar sobre ello se realizarán dos actividades que permitirán a los/las participantes comprender y practicar esta nueva habilidad:

Actividad 1: ¿Qué es la ToM?

En esta actividad se explicará de manera breve y teórica qué es la Teoría de la Mente, utilizando una presentación power point como apoyo, para después complementarlo con una discusión en grupo sobre alguna ironía, metáfora o quizás engaño que los/las participantes no lograsen entender en el pasado.

Actividad 2: ¿Dónde está el error?

Continuando con la actividad anterior, se visualizarán ahora un conjunto de escenas de series de televisión donde los personajes presentan problemas en la ToM, con el objetivo de ejemplificar y discutir lo anteriormente explicado.

Para más información en lo referente al desarrollo detallado de la sesión y de los materiales necesarios, consulte el Anexo.

Sesión añadida 4 – Recapitular

Objetivos:

- Repasar los conceptos adquiridos durante el programa acerca de la identificación y expresión emocional, así como de la ToM

Materiales:

1. Las fichas del juego *Dominó emocional* impresas, recortadas y a poder ser, plastificadas (ver Anexo).
2. Un ordenador con los vídeos “Festín”, “El puercoespín en Navidad”, “Día y Noche” y “For the birds”.
3. Proyector digital y pantalla sobre la que proyectar con sistema de sonido.
4. Copias de la actividad *Certeza o conjetura* (ver Anexo).

Organización de la sesión y procedimientos:

Comience explicando a los/las participantes que esta sesión se dedicará a repasar los conceptos adquiridos durante la fase 1 y la fase 2, sobretodo en lo referido a la expresión y el reconocimiento emocional, así como la Teoría de la Mente. Para ello, se llevarán a cabo una serie de ejercicios y discusiones grupales que permitirán recordar las estrategias aprendidas y afianzarlas. La sesión se organiza en dos actividades que, para que sean más amenas y teniendo en cuenta que el objetivo es repasar ciertos conceptos ya aprendidos, están formadas por juegos y material audiovisual. Estas son:

Actividad 1: Dominó emocional

Esta actividad intenta recrear el juego de dominó tradicional, pero con imágenes de expresiones emocionales y sus correspondientes palabras. Los/las participantes tendrán que jugar a emparejar las imágenes de los rostros con las emociones escritas que estas representan hasta que ya no les queden más fichas.

Actividad 2: Los cortos

Para esta actividad, se visualizarán una serie de cortos que servirán para que después los/las participantes discutan una serie de preguntas y rellenen, en parejas, la ficha correspondiente, con el objetivo de repasar los conceptos adquiridos tanto en lo referente a la ToM como a las emociones y su reconocimiento.

Para más información en lo referente al desarrollo detallado de la sesión y de los materiales necesarios, consulte el Anexo.

Evaluación

Para la evaluación de esta propuesta de intervención se propone un diseño pre-post para el cual serán aplicadas una serie de pruebas a todos/as los/las participantes (grupo control y grupo experimental), tanto antes como después del programa. Así mismo, se evaluará a los/las participantes a los 6 meses de la finalización del programa para mantener un seguimiento de las posibles mejoras conseguidas. Las pruebas que se utilizarán son:

La Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones (PERE; Gil-Sanz et al., 2017) se utiliza para valorar la percepción de las 6 emociones básicas en personas con

esquizofrenia. Es una prueba formada por 56 fotografías (28 hombre y 28 mujer) que representan la alegría, la tristeza, el enfado, la sorpresa, el miedo y el asco, incluyendo además 8 fotografías con expresión neutra; la tarea del/la participante es identificar la emoción expresada en cada rostro. El tiempo de aplicación es de unos 15 minutos y la fiabilidad test-re-test está entre 0,80 y 1. La prueba ofrece una puntuación individual (bien/mal) y una puntuación total de 0 a 56.

El Test de las Insinuaciones (Gil et al., 2012) es una adaptación al español del Hinting Task Test (Corcoran et al., 1995). La prueba está validada para la población española y consta de 10 historias específicamente diseñadas para valorar la ToM en personas con esquizofrenia; sin embargo, los autores de la versión española recomiendan usar la versión reducida, formada por 5 historias, ya que presenta mejores propiedades psicométricas. El objetivo de la prueba es que los/las participantes sepan entender correctamente las indirectas que aparecen en cada historia, obteniendo una puntuación de 2 si responden correctamente, 1 si responden con ayuda y 0 si no consiguen entender el mensaje. La puntuación total va de 0 a 20. La prueba presenta una fiabilidad por encima de 0,80 para todas las historias y un alfa de Cronbach de 0,78.

El Attributional Style Questionnaire (ASQ; Peterson et al., 1982), con su versión española Cuestionario de Estilos Atribucionales (Sanjuan et al., 2013) se utiliza para evaluar el estilo atribucional. La prueba original presenta 12 situaciones hipotéticas (6 negativas y 6 positivas) donde los/las participantes tienen que indicar si la causa principal en cada una de ellas es interna, global y estable, usando para ello una escala tipo Likert de 7 puntos donde 1 indica que la situación se debe a factores “externos, inestables y específicos” y 7 indica “factores internos, estables y globales”. Se puede obtener una puntuación para cada una de las dimensiones atribucionales, dos puntuaciones globales correspondientes a los estilos de atribución para

situaciones positivas y negativas, una puntuación que reflejaría la tendencia a sobreatribuir los eventos positivos a causas internas y eventos negativos a causas externas y un índice compuesto que se ajusta al estilo explicativo en términos de pesimismo u optimismo. La prueba presenta un alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,80 (Sanjuan et al., 2013).

Resultados

Se espera que entre el grupo experimental y el grupo control no haya diferencias ni en las variables sociodemográficas ni en la línea base de las variables cognitivas (resultados pre-test). Teniendo en cuenta anteriores estudios y dado el carácter práctico y dinámico de las sesiones, se espera una alta asistencia al programa. En lo referente a los resultados post-test, se espera que el grupo experimental presente una mejora significativa en la puntuación obtenida en la prueba de reconocimiento de las emociones (PERE; Gil-Sanz et al., 2017) y en la medición de la ToM (Test de las insinuaciones; Gil et al., 2012), además de un aumento en la puntuación obtenida en el Cuestionario de Estilos Atribucionales (Sanjuan et al., 2013) en situaciones positivas frente a una disminución de la puntuación obtenida en dicho cuestionario en situaciones negativas, pero controlando la sobreatribución. No se esperan mejoras significativas en el grupo control en ninguna de las tres pruebas mencionadas, pero sí se barajan posibles mejoras debidas tanto al propio paso del tiempo como al efecto de la terapia habitual que el grupo control siguió teniendo. Por otro lado, cabría esperar una mejora general en el funcionamiento social diario de los/las participantes del grupo experimental debido al enfoque eminentemente práctico del programa SCIT. Esta mejora se mediría teniendo en cuenta la opinión tanto de los participantes como de los profesionales que trabajan a diario con ellos/as en el hospital siguiendo un formato de

entrevista o cuestionario. Por último, se espera poder llevar a cabo un seguimiento de las medidas post-test a los 6 meses, esperando que estas se mantengan estables en el tiempo.

Discusión

El término cognición social hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y que implican interpretar las intenciones, disposiciones y conductas de otros (Ruiz-Ruiz et al., 2006); habiéndose planteado incluso que la cognición social funcione como variable mediadora entre la neurocognición y la competencia social (Brekke et al., 2005). Es un dominio que ha suscitado un enorme interés en estos últimos años y que está especialmente afectado en personas diagnosticadas con esquizofrenia, dando lugar a problemas tanto en su funcionamiento social como en su calidad de vida y futura reinserción en la comunidad (Green et al., 2005). Para trabajar con esta variable se han desarrollado diversos tipos de programas, desde intervenciones específicas focalizadas en uno de los componentes de la cognición social, esto es el Procesamiento/Percepción Emocional, el Estilo Atribucional o la Teoría de la Mente, hasta programas mucho más completos que trabajan con todas estas áreas de manera integrada (Fuentes Durá et al., 2008).

El programa SCIT, en español Entrenamiento en Interacción y Cognición Social (EICS), forma parte de estos últimos y tiene como objetivo mejorar la cognición social en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Está dividido en 3 fases y se administra de manera semanal (Penn et al., 2007). Aunque el programa ha demostrado su eficacia en numerosas ocasiones (Horan et al., 2009; Roberts y Penn., 2009) y ha sido implementando en diversos países (Bartholomeusz et al. 2013; Kanie et al., 2016; Wang et al., 2013), el estudio de Roberts et al. (2014) donde participaron 66 adultos, no mostró una mejora clara en la percepción de las

emociones o el funcionamiento de la ToM. Por este motivo y teniendo en cuenta la experiencia personal en el hospital público Dr. R. Lafora, el presente trabajo plantea una adaptación del programa SCIT, introduciendo cuatro sesiones nuevas (dos sesiones focalizadas en el reconocimiento de emociones, una sesión para introducir teóricamente la ToM y trabajar con ella y por último una sesión de repaso) que mejoren los resultados del citado estudio. Se espera por tanto que los resultados obtenidos permitan obtener mejoras tanto en las dos áreas señaladas como en el funcionamiento social de los/las participantes.

Este trabajo ha contado con ciertas limitaciones, entre las que destaca sobre todo la situación actual referente a la COVID-19, que dificultó el contacto directo tanto con los/las participantes del programa como con el propio hospital. Debido a esta situación y al escaso tiempo disponible, no ha sido posible poner en marcha el programa y por tanto no se dispone de datos reales que permitan sacar conclusiones contrastables sobre la eficacia de esta adaptación.

Teniendo esto presente y de cara a futuros trabajos, sería de gran valor poder implementar el programa y obtener resultados reales que permitan continuar con el avance de la investigación en cognición social, para así mejorar la calidad de vida de estas personas. Nuestro esfuerzo debe continuar encaminado a mejorar el abordaje psicológico de los síntomas de la esquizofrenia, garantizando en todo momento tanto el bienestar como la autonomía de las personas y proporcionando las herramientas suficientes para que estas puedan reinsertarse en su comunidad y recuperar la vida que tenían antes del diagnóstico, disminuyendo así las hospitalizaciones de larga estancia y el abuso de los tratamientos mayoritariamente farmacológicos.

Referencias

- Addington, J., y Addington, D. (2000). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2,5 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 44(1), 47-56.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033363>
- Abu-Akel, A., y Bailey, A.L. (2000). The possibility of different forms of theory of mind impairment in psychiatric and developmental disorders. *Psychological Medicine*, 30(3), 735-738. <https://doi.org/10.1017/s0033291799002123>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5° Edición*. Editorial Médica Panamericana.
- Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M., y Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.003>
- Bartholomeusz, C. F., Allott, K., Killackey, E., Liu, P., Wood, S. J., y Thompson, A. (2013). Social cognition training as an intervention for improving functional outcome in first-episode psychosis: A feasibility study. *Early intervention in psychiatry*, 7(4), 421-426.
<https://doi.org/10.1111/eip.12036>
- Beer, M. D. (1996). The endogenous psychoses: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 7(25), 1-29. <https://doi.org/10.1177/2F0957154X9600702501>
- Bellack, A. S., Schooler, N. R., Marder, S. R., Kane, J. M., Brown, C. H., y Yang, Y. (2004). Do clozapine and risperidone affect social competence and problem solving? *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 364-367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.364>

- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 21(8), 1143-1192. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00106-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00106-4)
- Berrios, E. (2011). Eugen Bleuler's Place in the History of Psychiatry. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1095–1098. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr132>
- Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., y Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 213-225. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.008>
- Brothers, L. (1990) The Social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1, 27-61.
- Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry research*, 133(2-3), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.10.007>
- Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J., y Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophrenia Research*, 91(1-3), 112-116. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.010>
- Combs, D. R., Elerson, K., Penn, D. L., Tiegreen, J. A., Nelson, A., Ledet, S. N., y Basso, M. R. (2009). Stability and generalization of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia: six-month follow-up results. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 196-197. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.04.010>
- Corcoran, R., Mercer, G., y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00024-G](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-G)

- Couture, S. M., Penn, D. L., y Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), 44-63.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl029>
- Drury, V. M., Robinson, E. J., y Birchwood, M. (1998). 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological medicine*, 28(5), 1101-1112.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798006850>
- Fuentes Durá, I., Ruiz Ruiz, J. C., García Ferrer, S., Soler Boada, M. J. S., y Dasí Vivo, C. (2008). Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Información Psicológica*, 93, 53-64.
- Frith, C. D., y Corcoran, R. (1996). Exploring theory of mind in people with schizophrenia. *Psychological medicine*, 26(3), 521-530.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700035601>
- Frommann, N., Streit, M., y Wölwer, W. (2003). Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. *Psychiatry research*, 117(3), 281-284. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00039-8)
- Garety, P. A., y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British journal of clinical psychology*, 38(2), 113-154.
<https://doi.org/10.1348/014466599162700>
- Gavilán, J. M., y García-Albea, J. E. (2011). Theory of mind and language comprehension in schizophrenia: Poor mindreading affects figurative language comprehension beyond intelligence deficits. *Journal of Neurolinguistics*, 24(1), 54-69.
<https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2010.07.006>

- Gil, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea, R., y 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>
- Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., González-Fraile, E., Pérez-Fuentes, G., García-Polavieja, B., Martín-Carrasco, M., Gómez de Tojeiro-Roce, J., y Santos-Zorrozúa, B. (2017). PERE: Una nueva herramienta para valorar el reconocimiento de las emociones básicas y su aplicación en la esquizofrenia. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 22(2), 85-93. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17244>
- Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., y Pérez-Fuentes, G. (2014). Efficacy of the social cognition training program in a sample of outpatients with schizophrenia. *Clinical Schizophrenia Related Psychoses*. 10(3), 154-162. <https://doi.org/10.3371/csrp.gife.012114>
- Godoy, J. F., Godoy-Izquierdo, D., y Vázquez, M. L. (2014). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En V. E. Caballo, J. A. Carrobes e I. C. Salazar, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 395-426). Madrid: Pirámide.
- Green, M. F., 1996. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.321>
- Green, M. F., y Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophrenia Research*, 72(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.006>

- Green, M. F., Nuechterlein, K. H., Gold, J. M., Barch, D. M., Cohen, J., Essock, S., Fenton, W. S., Frese, F., Goldberg, T. E., y Heaton, R. K. (2004). Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biological Psychiatry*, *56*(5), 301-307.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.023>
- Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L., y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(4), 882-887. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi049>
- Harrington, L., Siegert, R., y McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognitive neuropsychiatry*, *10*(4), 249-286.
<https://doi.org/10.1080/13546800444000056>
- Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Avidan, M., Roberts, D. L., y Roe, D. (2014). Social cognition and interaction training: preliminary results of an RCT in a community setting in Israel. *Psychiatric Services*, *65*(4), 555-558.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300146>
- Hogarty, G., y Flesher, S. (1999). A development theory for cognitive enhancement Therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *25*, 677-692.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033410>
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., y Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*, *107*(1), 47-54.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.09.006>

- Kanie, A., Kikuchi, A., Haga, D., Tanaka, Y., Ishida, A., Yorozuya, Y., Matsuda, Y., Morimoto, T., Fukuoka, T., Takazawa, S., Hagiya, K., Ozawa, S., Iwata, K., Ikebuchi, E., Nemoto, T., Roberts, D. L., y Nakagome, K. (2019). The feasibility and efficacy of social cognition and interaction training for outpatients with schizophrenia in Japan: A multicenter randomized clinical trial. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 589-600.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00589>
- Kohler, C. G., Bilker, W., Hagendoorn, M., Gur, R. E., y Gur, R. C. (2000). Emotion recognition deficit in schizophrenia: association with symptomatology and cognition. *Biological psychiatry*, *48*(2), 127-136. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00847-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00847-7)
- Lahera, G., Benito, A., Montes, J. M., Fernandez-Liria, A., Olbert, C. M., y Penn, D. L. (2013). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *146*(1), 132-136.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.032>
- Lemos Giráldez, S., Fonseca Pedrero, E., Paino Piñeiro, M., y Vallina Fernández, O. (2015). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Síntesis.
- Maatz, A., y Hoff, P. (2014). The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. *History of Psychiatry*, *25*(4), 431-440.
<https://doi.org/10.1177/0957154X14546606>
- Mandal, M. K., Pandey, R., y Prasad, A. B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophrenia bulletin*, *24*(3), 399-412.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033335>

- Marder, S. R., y Fenton, W. (2004). Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72(1), 5-9.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.010>
- Napal, O., Ojeda, N., Sánchez, P., Elizagárate, E., Peña, J., Ezcurra, J., y Gutiérrez, M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 40(4), 198-220.
- National Institute of Mental Health (Enero de 2021). *Mental Illness Statistics*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>.
- Novella, E. J., y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica Y Salud*, 21(3), 205-219. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a1>
- Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., y Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.007>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios. En Autor, *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11.a edición).
<https://icd.who.int/browse/l-m/es>.
- Organización Mundial de la Salud (4 de octubre de 2019). *Esquizofrenia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Parker, S., Foley, S., Walker, P., y Dark, F. (2013). Improving the social cognitive deficits of schizophrenia: A community trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT). *Australasian Psychiatry*, 21(4), 346-351. <https://doi.org/10.1177/1039856213486305>.

- Penn, D. L., y Combs, D. (2000). Modification of affect perception deficits in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 46(2-3), 217-229. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00005-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00005-0)
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J., y Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121(1), 114-132. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.114>
- Penn, D. L., Keefe, R. S., Davis, S. M., Meyer, P. S., Perkins, D. O., Losardo, D., y Lieberman, J. A. (2009). The effects of antipsychotic medications on emotion perception in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Schizophrenia Research*, 115(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.08.016>
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Combs, D., y Sterne, A. (2007). Best practices: the development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 58(4), 449-451. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.4.449>
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N., y Sheitman, B. (2005). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 357-359. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.011>
- Penn, D. L., Sanna, L. J., y Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 408-411. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn014>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.
- Peterson, C., Semmel, A., Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G., y Seligman, M. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-300. <https://doi.org/10.1007/BF01173577>

- Pfammatter, M., Junghan, U. M., y Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), 64-80.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl030>
- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., y Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. <https://doi.org/10.1111/bjc.12044>
- Roberts, D. L., y Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.007>
- Roberts, D. L., Penn, D. L., Labate, D., Margolis, S. A., y Sterne, A. (2010). Transportability and feasibility of social cognition and interaction training (SCIT) in community settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(1), 35-47.
<https://doi.org/10.1017/s1352465809990464>
- Rocha, N. B., Campos, C., Figueiredo, J. M., Saraiva, S., Almeida, C., Moreira, C., Pereira, G., Telles-Correia, D., y Roberts, D. (2021). Social cognition and interaction training for recent-onset schizophrenia: A preliminary randomized trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(1), 206-212. <https://doi.org/10.1111/eip.12944>
- Roder, V., Brenner, H.D., y Kienzle, N. (2007). *Terapia integrada para la esquizofrenia (IPT)*. Granada: Alborán.

- Rodríguez-Testal, J. F., Fonseca-Pedrero, E., Bellido-Zanin, G., Senín-Calderón, C., y Perona-Garcelán, S. (2020). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (pp. 345-374). Madrid: MacGraw-Hill.
- Ruiz-Ruiz, J. C., García-Ferrer, S., y Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes De Psicología*, 24(1-3), 137-155.
- Sanjuan, P., Magallares, A., González, J. L., y Pérez-García, A. (2013). Estudio de la validez de la versión española del Cuestionario de Estilo Atribucional ante situaciones negativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (1), 61-71.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.1.2013.12763>
- Servicio Murciano de Salud (2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en centros de salud mental*. España: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-de-la-esquizofrenia-en-centros-de-salud-mental/>
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J. L., y Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 330-342.
- Valencia, M. (1999). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental*, 22, 128-137.
- Vallina Fernández, Ó., y Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(2),345-364.

- Vauth, R., Rüsç, N., Wirtz, M., y Corrigan, P. W. (2004). Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry research*, 128(2), 155-165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.018>
- Voutilainen, G., Kouhia, T., Roberts, D. L., y Oksanen, J. (2016). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for adults with psychotic disorders: a feasibility study in Finland. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(6), 711. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000151>
- Walston, F., Blennerhassett, R. C., y Charlton, B. G. (2000). “Theory of mind”, persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5(3), 161-174. <https://doi.org/10.1080/13546800050083511>
- Wang, Y., Roberts, D. L., Xu, B., Cao, R., Yan, M., y Jiang, Q. (2013). Social cognition and interaction training for patients with stable schizophrenia in Chinese community settings. *Psychiatry Research*, 210(3), 751-755. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.038>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 International Classification of Diseases-Mortality and morbidity statistics*. Eleventh Revision.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

Anexos

En esta sección se recogen tanto el desarrollo detallado de las sesiones del programa como los ejercicios correspondientes a las actividades nombradas a lo largo del mismo, esto es:

Sesión añadida 1- ¿Qué quiere decir? Con sus respectivas actividades para imprimir:

- Lo que tus ojos dicen de ti
- El teatro emocional
- Escuchar para entender

Sesión añadida 2- Pósters de las emociones personalizados. Con su respectiva actividad para imprimir:

- ¿Cómo soy?

Sesión añadida 3- Descubriendo la ToM

Sesión añadida 4- Recapitular. Con sus respectivas actividades para imprimir:

- Dominó emocional
- Certeza o conjetura

Sesión 1- ¿Qué quiere decir?

Antes del comienzo de la sesión se preparará en el ordenador todo el material que se va a usar durante la sesión: las imágenes de las distintas partes de la cara, los audios y las imágenes de gestos y expresiones. También se preparará el proyector y se hará una prueba de sonido para asegurar que no habrá problemas durante la sesión y se harán suficientes fotocopias de cada uno de los ejercicios que se usarán.

Al igual que en sesiones anteriores, se comenzará por preguntar a los/las participantes como se encuentran y como se han sentido durante la semana, reforzando las verbalizaciones que describan emociones concretas y moldeando aquellas que se acerquen moderadamente. Si algún/a participante no consiguiera definir lo que ha sentido, se le recordará la existencia del póster de las emociones, que puede ser utilizado para inspirarse. Si, por el contrario, todas las personas consiguieran expresarse de manera adecuada, se recordará igualmente la existencia de dicho póster y la posibilidad de utilizarlo durante toda la sesión. Una vez terminada esta primera toma de contacto, se pasará a corregir los deberes de la sesión anterior, reforzando verbalmente a aquellas personas que los hayan traído y se resolverán todas las dudas en grupo para que el ejercicio sirva de ayuda para todo el mundo. Una vez finalizada la corrección de los deberes se comenzará con las actividades:

Actividad 1: Adivinar las emociones de la gente

Comience por explicar al grupo que se van a visualizar una serie de partes del rostro humano y que el objetivo será identificar a que emoción básica está asociada dicha facción. Asegúrese que todo el mundo comprende el objetivo de la sesión y proyecte las imágenes de la

presentación *Que dicen tus ojos de ti*. Intente que todo el grupo participe, dando turnos de palabra si fuese necesario. En cada imagen pregunte las siguientes cuestiones:

- ¿Qué emoción creéis que se corresponde con esta imagen?
- ¿Por qué creéis eso?
- ¿Del 1 al 10 como de seguros/as estáis de esta decisión?

Una vez terminada la presentación, reparta una hoja de la actividad *Lo que tus ojos dicen de ti* a cada participante y deje que trabajen en solitario. Cuando todos/as hayan finalizado, vaya corrigiendo la hoja en grupo y discutiendo los resultados que cada persona ha puesto.

Actividad 2: Comprensión del lenguaje verbal emocional

Comience explicando que la expresión emocional suele ir acompañada de cambios en el lenguaje verbal, tanto en el tono de voz como en las palabras utilizadas o la forma de comunicarse de las personas; puede poner el siguiente ejemplo: “levante la voz como si estuviera enfadado/a y pregúnteles: ¿Qué creéis que indica mi forma de hablar en relación con mi emoción?”. Explique después que el ejercicio que van a realizar va a basarse en el reconocimiento de los distintos matices del lenguaje verbal a la hora de entender las emociones básicas que la otra persona está intentando expresar, por ejemplo: la risa, llantos, gritos, gemidos, etc. Asegúrese de que todo el mundo comprende el objetivo, reparta las hojas del ejercicio *Escuchar para entender* y comience a reproducir los audios asociados. Una vez hayan terminado de escuchar las grabaciones, discutan los primeros audios en grupo, identificando la emoción que la persona intenta expresar y deje los últimos audios para que cada participante decida de manera individual. Corrija estos últimos en grupo y discuta los elementos comunes del lenguaje verbal

asociados a cada emoción. Añada en el póster de las emociones las características del lenguaje verbal asociado a cada emoción que se han discutido entre todos/as.

Actividad 3: Comprensión del lenguaje no verbal

Comience la actividad explicando que, igual que en el ejercicio anterior se trabajó con una parte importante de la comprensión y expresión emocional como es el lenguaje verbal, en esta ocasión se va a trabajar con la otra cara importante del lenguaje, el lenguaje no verbal. Explique a los participantes como las expresiones emocionales suelen ir acompañadas de movimientos corporales concretos; puede poner el ejemplo del temblor de manos cuando una persona está nerviosa. Una vez los participantes hayan comprendido el concepto, pase a explicarles la metodología de la sesión, el teatro o mímica. Explíqueles que en esta sesión van a trabajar en reconocer las emociones de las personas a través del lenguaje no verbal en escenas cortas que ellos mismos van a representar, sirviendo esto tanto para las personas que van a tener que adivinar y poner en práctica los conocimientos aprendidos, como para las personas que tienen que actuar acorde a la emoción que les toque expresar.

Una vez explicado, proyecte las imágenes de *El teatro emocional* y discútalas entre todos/as para así establecer una relación conceptual entre ciertas expresiones corporales y sus correspondientes emociones. El objetivo de esta breve actividad es introducir ejemplos de expresión corporal y servir de apoyo para el teatro que viene a continuación, ya que es una actividad que puede resultar más complicada para los participantes. Una vez finalizada esta parte, reparta entre los/las participantes las escenas de *El teatro emocional*, pídale que lean la escena que les ha tocado y que piensen como representarla, de manera teatral, para que el resto de participantes puedan adivinar qué está ocurriendo y a que emoción se refiere. Es un ejercicio

que puede dar vergüenza a los/las participantes, por tanto, es importante que refuerce verbalmente a cada persona que participa, admirando su esfuerzo y la calidad de su interpretación. Si algún/a participante se negara a actuar, no insista más de la cuenta, para no comprometer la alianza grupal. Intenten adivinar entre todos lo que cada compañero/a está intentando representar y si ve que el grupo no consigue acertar, vaya dando pistas y moldeando las respuestas que se acerquen al objetivo. Una vez todos/as los/las participantes terminen, dense un gran aplauso por el trabajo realizado y cierre esta sesión explicando los deberes planteados para la siguiente sesión.

Sesión 2 - Pósters de las emociones personalizados

Como en sesiones anteriores, se comenzará preguntando a los/las participantes su estado emocional actual, así como la evolución del mismo durante la semana. Se reforzarán las verbalizaciones que describan emociones definidas, que se hayan ido trabajando hasta la fecha y se moldearán aquellas que se acerquen y asemejen; también es importante extinguir las verbalizaciones que se alejen del objetivo de esta primera toma de contacto diaria. Como de costumbre, se recordará a los/las participantes que el póster de las emociones les puede ayudar a la hora de identificar sus emociones. Una vez todos/as los/las participantes hayan respondido a las preguntas planteadas, se pasará a corregir los deberes de la sesión anterior. Se reforzará a aquellas personas que los hayan realizado y se corregirán en grupo para que puedan ser de utilidad para todos/as los/las participantes. Una vez finalizada la corrección de los deberes se comenzará con las actividades:

Actividad 1: Elaboración de un póster individualizado

Antes de comenzar con la actividad, asegúrese de que la cámara de fotos/dispositivo móvil con cámara y la impresora funcionan correctamente y puede imprimir fotos. A continuación, cuando lleguen los/las participantes, comience preguntando al grupo una serie de cuestiones como:

- ¿Vosotros/as como os expresáis cuando estáis tristes?
- ¿Y cuando estáis alegres?
- ¿Y asustados?

Lo ideal en esta situación será que los/las distintos/as participantes expresen diferencias entre las cosas que hacen cuando tienen el mismo estado emocional, por ejemplo, una persona que está triste puede llorar, pero también puede quedarse parada y no querer hacer nada o quedarse en silencio. Una vez todos/as hayan comprendido las posibles diferencias individuales, reparta las copias del ejercicio *Como soy* para que cada participante pueda reflexionar de manera individual sobre su propia expresión emocional. Asegúrese de que cada participante logra rellenar la actividad y ayúdeles si fuera necesario. Una vez cada participante haya terminado de rellenar el ejercicio, animelos a compartirlo y ponerlo en común. Es interesante que se discutan las distintas respuestas que cada participante ha escrito, incluso insista en comentar algo como: “Veis, cada persona puede tener una expresión emocional distinta, todos somos, en cierto, sentido diferentes”.

Una vez hayan terminado esta parte, explíqueles que van a realizar un póster de emociones individualizado y plantéeles la posibilidad de sacarles fotos expresando cada una de

las emociones básicas, pero no insista si algún/a participante se muestra reticente. Lo ideal sería que pudiera fotografiar a cada participante, para que la creación del póster individualizado quedase lo más ilustrativo posible pero, de todas formas, el póster puede realizarse exclusivamente con palabras o dibujos. Una vez tenga las fotos de los/las participantes, imprímalas. Reparta ahora el papel de póster a cada participante, así como rotuladores o lápices y comience la realización del póster. El objetivo es que, siguiendo el modelo de póster que se realizó en sesiones anteriores, cada participante sea capaz de rellenar un póster para él/ella mismo/a, incluyendo sus propias fotos, donde quede representada su propia expresión emocional de cada emoción básica. En el póster se pondrán tanto las fotos que se han impreso de cada uno/a como las descripciones que ellos/as mismos/as escribieron en el ejercicio *Como soy*. Cuando terminen, pídales permiso para colgarlos/as en la pared y mantenerlos ahí para el resto de las sesiones.

Actividad 2: Aprender a preguntar

Utilizando la actividad anterior como ejemplo, haga hincapié en las diferencias que puede haber entre las personas a la hora de expresar sus emociones. Explique que, aunque muchas veces estas expresiones sean similares y se puedan entender usando las técnicas que se han ido aprendiendo hasta el momento, otras veces las personas muestran expresiones que pueden sorprendernos, por lo que es importante preguntarles para evitar sacar conclusiones precipitadas. El objetivo de esta actividad es practicar y normalizar el preguntar a las personas como se sienten y qué significan ciertas expresiones faciales que no se comprenden. Pida a los/las participantes que se sienten en círculo y plantee estas cuestiones:

- ¿Qué expresiones faciales de los pósters de vuestros/as compañeros/as os han sorprendido o no habéis logrado identificar?
- ¿Hay alguna expresión que os llame la atención porque sea muy distinta a lo que pensabais?
- ¿Como le preguntaríais a esa persona para que os explique qué está sintiendo? (Si los participantes no fueran capaces de dar alguna solución, guíe usted mismo la conversación dándoles pistas de como se puede preguntar)
- Con las expresiones comentadas en el apartado anterior, pídale a los/las participantes que se pregunten entre ellos/as preguntas que les permitan identificar las emociones del otro (refuerce verbalmente a cada persona que vaya formulando preguntas correctas y moldee a aquellas personas cuya pregunta se acerque al objetivo).

Una vez terminadas las preguntas, pídale a los/las participantes que expresen como se sienten y haga hincapié en lo normal que es preguntar y lo beneficioso que puede llegar a ser de cara a entender mejor a las personas que nos rodean, así como para evitar malentendidos.

Finalice la sesión dándose un gran aplauso por el trabajo realizado y plantee los deberes para la siguiente sesión

Sesión 3 – Descubriendo la ToM

Siguiendo el procedimiento de sesiones anteriores, comience preguntando a los/las participantes cómo se sienten y cual ha sido la evolución de su estado de ánimo durante la semana. Pida también que valoren en una escala del 1 al 10 con qué intensidad sienten dicha emoción. Siga reforzando a aquellas personas que logren definir, de manera concisa, su estado de ánimo y moldee aquellas respuestas que sean similares. Posteriormente, dedique unos 5 minutos a corregir los deberes planteados en la sesión anterior y comience las actividades:

Actividad 1: ¿Qué es la ToM?

Antes de comenzar la actividad, asegúrese de tener cargada la presentación de power point *Descubriendo la ToM*, que servirá como apoyo durante la breve introducción teórica.

Asegúrese de explicar los siguientes apartados:

- El concepto de la Teoría de la Mente o ToM hace referencia a la capacidad para explicar el comportamiento de los otros en base a sus estados mentales y/o hacer inferencias sobre sus intenciones, pensamientos o disposiciones (Premack y Woodruff, 1978).
- Incluye la comprensión de intenciones, pistas, malentendidos, creencias falsas, metáforas, ironías o engaños, es decir, nos permite entender por qué una persona se comporta como tal (Penn et al., 2008).

Utilice los ejemplos que aparecen en la presentación para hacer esta introducción más agradable. Es importante que las personas participen, por lo que puede preguntarles si recuerdan alguna vez en la que no supieron entender una ironía, una metáfora o quizás un engaño (ponga ejemplos de ironía, metáfora y engaño). Una vez terminada la presentación, asegúrese de que todas las posibles dudas quedan resueltas y de que todos los participantes comprenden el concepto de la ToM.

Actividad 2: ¿Dónde está el error?

Igual que ocurría con la actividad anterior, asegúrese de tener preparados los vídeos correspondientes a esta sesión y compruebe que pueden visualizarse correctamente. Comience por explicar al grupo que la actividad va a consistir en ver una serie de vídeos donde unos personajes de series de televisión presentan problemas para usar la ToM correctamente, dando

lugar a confusiones con el resto de los personajes. Ponga cada vídeo y discuta con los/las participantes lo que está ocurriendo y dónde está el error que el/la protagonista comete. Pregúnteles también como cree que el/la protagonista se siente en este momento y como se sentirían ellos. Como se ha comentado anteriormente, moldee la conducta verbal de los participantes hacia las respuestas más acertadas. Una vez visualicen todos los vídeos, realice un breve resumen de lo ocurrido y haga hincapié en los errores que los/las protagonistas han cometido y como podrían solventarse.

Una vez finalizada la actividad, dense un fuerte aplauso por todo el esfuerzo realizado y dedique los últimos 5 minutos de la sesión a explicar los deberes para la siguiente sesión.

Sesión 4 - Recapitular

Como se ha hecho en todas las sesiones anteriores, comience preguntando a los/las participantes cual es su estado emocional y cual fue la evolución del mismo durante la semana. Pida también que valoren en una escala del 1 al 10 con qué intensidad sienten dicha emoción. Una vez todos los/las participantes hayan respondido, pase a corregir los deberes de la anterior sesión. Como siempre, refuerce verbalmente a aquellas personas que los hayan hecho y corríjalos en voz alta para que todos/as puedan sacar partido de los mismos.

Actividad 1: Dominó emocional

Antes de comenzar la sesión, asegúrese de tener preparadas las fichas del dominó. Se recomienda que estas fichas se recorten y se plastifiquen, para que puedan volver a ser usadas si fuese necesario. Comience preguntando a los/las participantes si han jugado en alguna ocasión al dominó tradicional. Normalmente, algunos/as participantes han jugado y otros/as no, por lo que

es recomendable que explique igualmente en que consiste el juego. Posteriormente, explique que la actividad que van a realizar es básicamente un dominó emocional en el que, en vez de números, tienen que emparejar emociones; esto es, las fichas están compuestas por rostros que expresan emociones y por las emociones en sí, es decir, las palabras (en este momento, enseñe las fichas a los participantes para que se familiaricen). Lo que tienen que hacer es intentar formar parejas entre el nombre de la emoción y la cara que expresa dicha emoción. Una vez explicado esto, divida el grupo en parejas y reparta las fichas a cada grupo, asegurándose de que todo el mundo comprende el funcionamiento y no quedan dudas. La sesión habrá terminado cuando todos los grupos hayan acabado sus fichas.

Actividad 2: Los cortos

Prepare con antelación los videos “Festín”, “El puercoespín en Navidad”, “Día y Noche” y “For the birds” y asegúrese de que están cargados en su ordenador y de que se pueden ver y escuchar perfectamente. Explique a los/las participantes que esta actividad va a consistir en ver unos vídeos, para los cuales deberán discutir una serie de preguntas en parejas y rellenar la hoja de actividades *Certeza o conjetura*, similar a la utilizada durante las sesiones 9 y 10 del programa, donde se trabajó en la diferencia entre “sacar conclusiones prematuras” y “hacer conjeturas”. Recuérdeles que el apartado “hechos” hace referencia a lo que han podido ver en los vídeos de manera clara y explícita, el apartado “emociones” hace referencia a la emoción que ellos/ellas creen que el/la protagonista siente/ha sentido durante el vídeo y por último el apartado “conjeturas” sirve para explicar lo que cada pareja cree que ha ocurrido para que el/la protagonista se haya sentido así y que no es explícito en el vídeo. Compruebe que no hay

ninguna duda y comience a poner los vídeos. Para ayudar a los/las participantes con la comprensión de estos puede preguntar las siguientes preguntas:

- En el corto “Festín”:
 - ¿Cómo se siente el perro al principio? ¿Por qué?
 - ¿Por qué deja de sentirse así?
 - ¿Por qué su dueño vuelve a darle comida humana? ¿Cómo se siente el dueño en ese momento? ¿Qué hace el perro para alegrarlo?
- En el corto “El puercoespín en Navidad”:
 - ¿Cómo se siente el protagonista al principio? ¿Por qué?
 - ¿Os habéis sentido así alguna vez vosotros/as?
 - ¿Cómo han conseguido ayudarle los demás? ¿Cómo se sintió después de eso?
- En el corto “Día y Noche”:
 - ¿Quiénes son los dos protagonistas?
 - ¿Qué emociones sienten al principio? ¿Qué están intentando demostrarse el uno al otro?
 - ¿Qué les hace cambiar de opinión? ¿Cómo se sienten al final?
- En el corto “For the birds”:
 - ¿Qué relación tienen los pájaros pequeños con el pájaro grande? ¿Cómo se comportan con él? ¿Qué creéis que quiere el pájaro grande?
 - ¿Cómo se sienten los pájaros pequeños cuando el pájaro grande se pone en medio? ¿Cómo se siente el pájaro grande?
 - Sin embargo, ¿cómo se sienten al final los pájaros pequeños? ¿Y el pájaro grande?

Como siempre, moldee el diálogo para que este sea lo más útil y esclarecedor posible. La visualización de todos los vídeos dependerá del tiempo empleado en cada uno de ellos. No pasa nada si no se pueden acabar de ver los cuatro ya que el resto pueden utilizarse como material complementario en otro momento.

Una vez finalizada la actividad, dense un fuerte aplauso por todo el esfuerzo realizado y dedique los últimos 5 minutos de la sesión a explicar los deberes para la siguiente sesión.

Lo que tus ojos dicen de ti

Observe cada imagen e intente identificar que emoción está queriendo expresar la persona.

Recuerde que las siete emociones son:

Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a



La emoción expresada es:



La emoción expresada es:



La emoción expresada es:



La emoción expresada es:



La emoción expresada es:



La emoción expresada es:



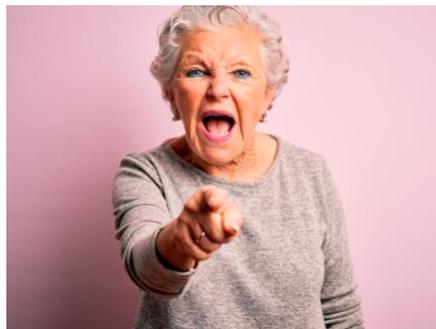
La emoción expresada es:

Soluciones al ejercicio anterior:

TRISTE



ENFADADA



SOPRENDIDA



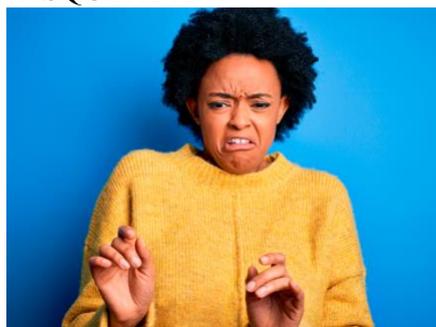
FELIZ



ASUSTADOS



ASQUEADA



AVERGONZADA



El teatro emocional

Nota para la persona encargada del programa: recorte cada una de las diferentes escenas y repártalas entre cada participante. Los demás deberán intentar adivinar que emoción está intentando representar y cual es el contexto.

----- ✂ -----

Historia 1: Estoy en una piscina con mi familia/amigos/compañeros del hospital. Me pongo el gorro de piscina y el bañador. Nos reímos juntos y hablamos. Me levanto y voy hacia la piscina, meto un pie en el agua, sonrío y me lanzo de cabeza. Comienzo a nadar. ¡SONRÍO Y ME RIO, QUÉ FELIZ SOY!

Emoción representada: estar feliz

----- ✂ -----

Historia 2: Llego al portal de mi casa y abro la puerta. Voy hacia el buzón de correos, lo abro y saco una carta. La leo y me empiezo a poner triste. Empiezo a llorar. Saco un paquete de pañuelos y me seco las lágrimas.

Emoción representada: estar triste

----- ✂ -----

Historia 3: Estoy comiendo en la mesa de la cafetería con un compañero. Empezamos a hablar, pero él me insulta. ¿CÓMO SE ATREVE? ¡ESTOY ENFADADO! Empiezo a gritarle y a mover mucho los brazos. Pongo cara de enfado. Me levanto de la mesa y me voy.

Emoción representada: estar enfadado/a

----- ✂ -----

Historia 4: estoy sentado/a viendo la tele y decido cambiar de canal. Están poniendo un documental sobre animales salvajes y yo alucino con lo que están contando. ¡WOW ES INCREÍBLE! Me giro y le digo a mi compañero/a que se fije también porque creo que es impresionante.

Emoción representada: estar sorprendido/a

----- ✂ -----

Historia 5: tengo hambre porque son ya las 9 de la noche. Voy hacia la cocina y abro la nevera. Cojo un yogur y una cuchara y empiezo a comerlo, pero PUAJ QUE ASCO, está caducado. Sabe fatal. Lo tiro y bebo un baso de agua.

Emoción representada: estar asqueado/a

----- ✂ -----

Historia 6: me estoy duchando tranquilamente, enjabonándome el pelo y cantando cuando: ¡ALGUIEN ENTRA Y ME VE! Me intento cubrir con la toalla pero que vergüenza más grande.

Emoción representada: estar avergonzado/a

----- ✂ -----

Historia 7: estoy volviendo a casa cuando de repente escucho un ruido detrás de mi. ¿ALGUIEN ME SIGUE? Me asusto mucho y me noto el corazón más rápido. Empiezo a correr para llegar a casa pronto. Creo que ya no hay nadie.

Emoción representada: estar asustado/a

----- ✂ -----

Escuchar para entender

A continuación, escuchará una serie de audios donde las personas que hablan muestran una serie de características en su voz. Teniendo en cuenta el tono o la forma de expresarse de las personas, ¿qué emoción crees que están sintiendo? Rodee la opción correcta:

Audio 1: Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a

Audio 2: Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a

Audio 3: Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a

Audio 4: Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a

Audio 5: Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a

Audio 6: Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a

Audio 7: Feliz Triste Enfadado/a Sorprendido/a Asqueado/a Avergonzado/a Asustado/a

¿Cómo soy?

Cada persona puede tener una forma de expresar sus emociones que sea única. En este ejercicio tendrás que pensar en ti, en como expresas tus emociones. Para cada una de las siete emociones básicas, intenta pensar en tu propia expresión, en como pones tus ojos, tu boca, tus cejas, etc. Si te parece complicado recordar como es tu expresión facial ante determinadas emociones, puedes pedir un espejo a la persona encargada de esta actividad para verte.

Mi expresión facial cuando estoy feliz es:

Mi expresión facial cuando estoy triste es:

Mi expresión facial cuando estoy enfadado/a es:

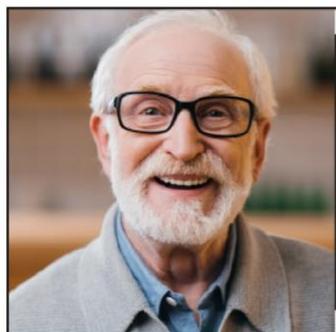
Mi expresión facial cuando estoy sorprendido/a es:

Mi expresión facial cuando estoy asqueado/a es:

Mi expresión facial cuando estoy avergonzado/a es:

Mi expresión facial cuando estoy asustado/a es:

Dominó emocional



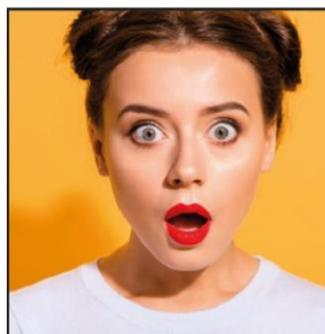
Feliz



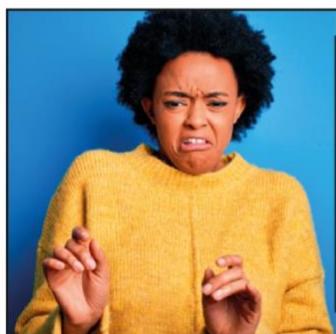
Feliz



Feliz



Feliz



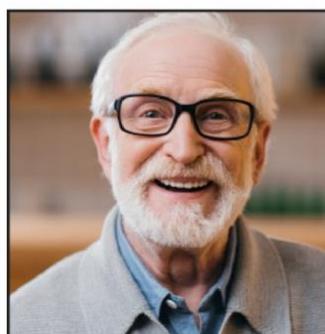
Feliz



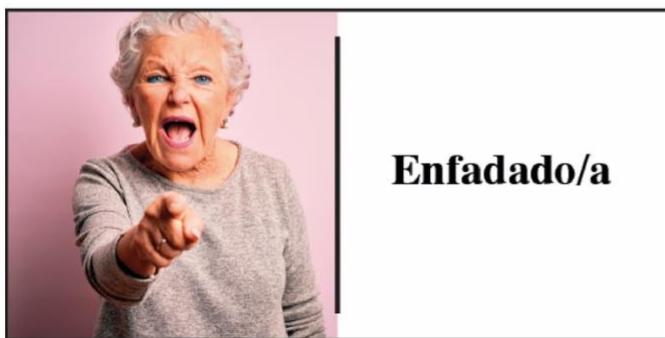
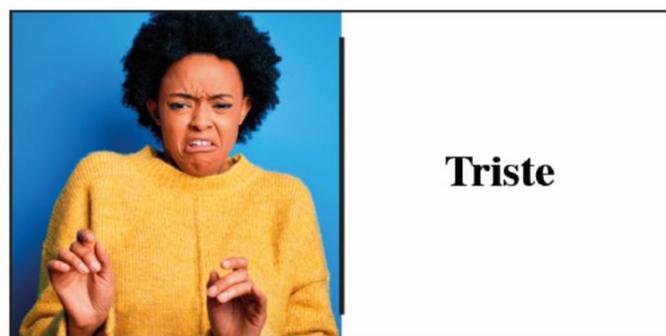
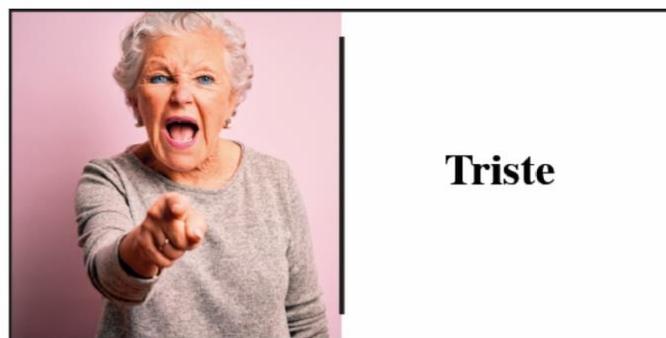
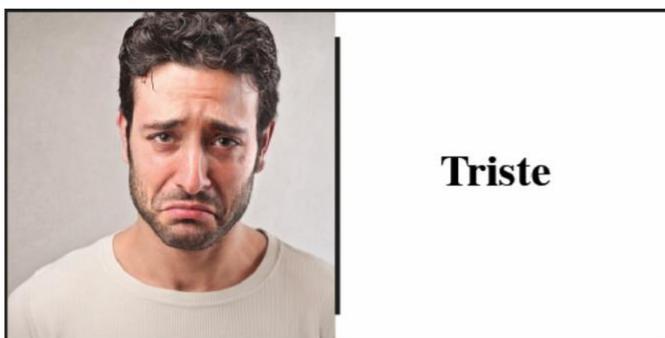
Feliz



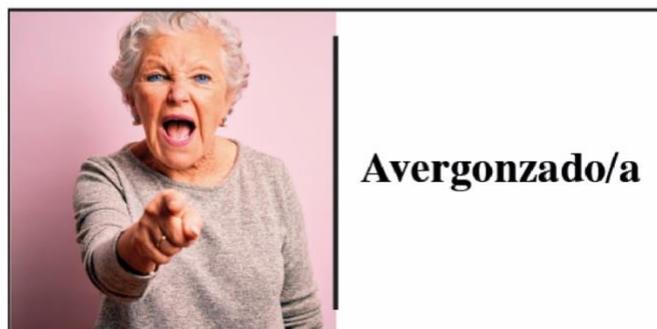
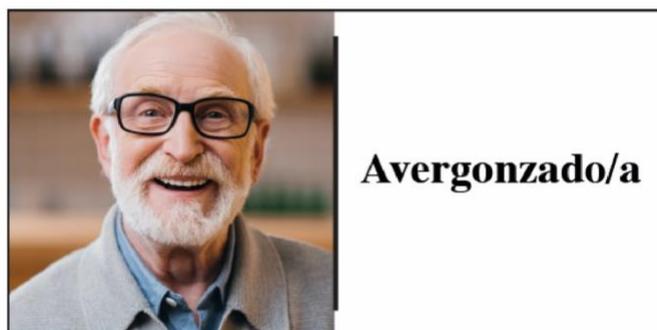
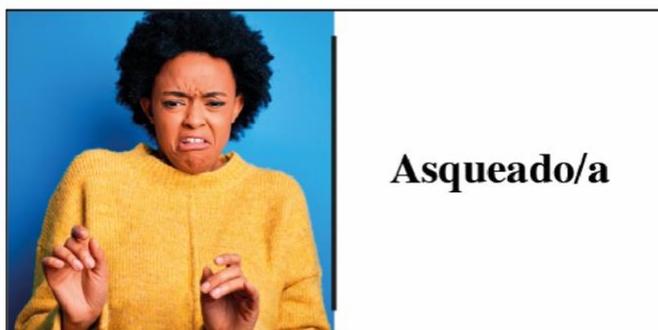
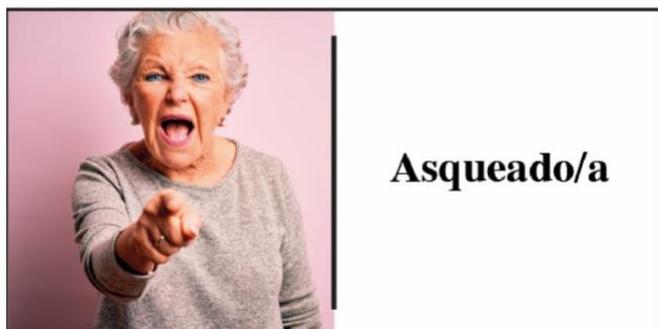
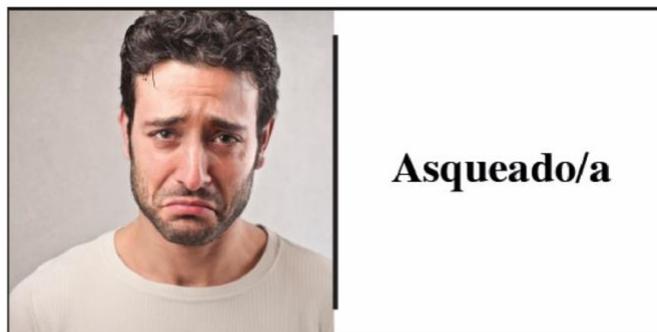
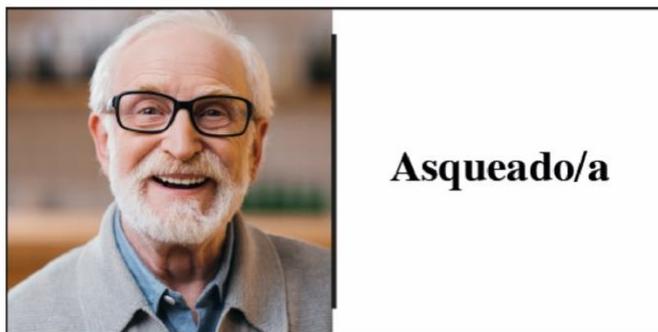
Feliz

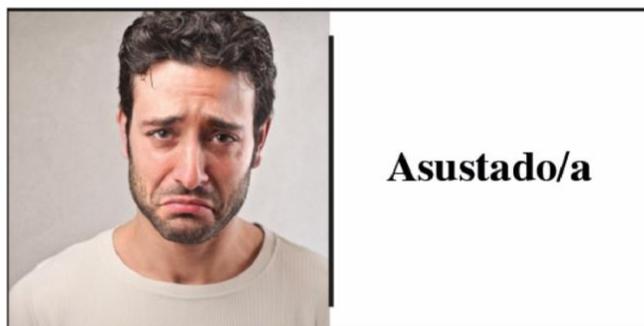
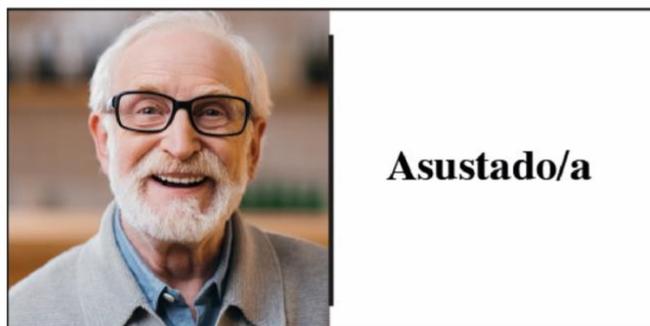


Triste











Asustado/a

Certeza o conjetura

Rellene las siguientes tablas con la información que obtenga una vez vistos los siguientes cortos:

Festín, El puercoespín en Navidad, Día y Noche y For the birds.

Corto 1: Festín		
Hechos	Emociones	Conjeturas

Corto 2: El puercoespín en Navidad		
Hechos	Emociones	Conjeturas

Corto 3: Día y noche		
Hechos	Emociones	Conjeturas

Corto 4: For the birds		
Hechos	Emociones	Conjeturas