

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA



DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

PROGRAMA DE DOCTORADO: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**Elaboración de un plan de intervención para habilidades
sociales en personas con esquizofrenia: estudio piloto del
programa CONECTA**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

JOAQUÍN G. ARCEO LÓPEZ

DIRIGIDA POR:

Dra. INMACULADA FUENTES DURÁ

Dr. MARTÍN VARGAS ARAGÓN

Dr. JUAN CARLOS RUIZ RUIZ

VALENCIA, 2015

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Inmaculada Fuentes, tengo que agradecerle su apoyo y aliento en los momentos más difíciles. Muchas gracias por estar siempre disponible, por orientarme y animarme a que siguiera adelante y de forma especial por hacer posible que un programa, que parte de la práctica clínica, se fusione con lo experimental para darle una mayor dimensión científica formando parte de la literatura especializada en la intervención psicosocial de personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

Al Dr. Juan Carlos Ruiz, por su inestimable ayuda a nivel metodológico, por estar ahí para aclarar todas mis dudas, por haber sido mi referente en todo momento.

Al Dr. Martín Vargas, por haber hecho posible que este trabajo se realizara, por su amistad, entusiasmo y apoyo incondicional, tan necesarios en esta “aventura”.

A la Universidad de Valencia por acoger esta tesis y a su personal administrativo por su asesoramiento y apoyo.

A mis compañeros de trabajo, especialmente a los Psicólogos Clínicos y personal de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) del Puerto de la Cruz, La Laguna e Icod de los Vinos. A todos mi gratitud y admiración.

Al Servicio Canario de Salud (SCS) y ONGs del sector por su interés en la aplicación del programa CONECTA y muy especialmente a las personas que han participado (pacientes y familiares) en este estudio, objeto y motor primordial para llevar a término esta investigación.

A María del Valle por su entusiasmo y ayuda en todo momento favoreciendo que una iniciativa para la mejora de la atención en pacientes con esquizofrenia llegue a concretarse en un programa de intervención.

A todas esas otras personas y a los participantes en este estudio, que me han dado todo su apoyo emocional, muchas gracias.

Dedicada a mi hija Cristina Eugenia

La satisfacción de la necesidad de autoestima conduce a sentimientos de autoconfianza, valía, fuerza, capacidad y suficiencia, de ser útil y necesario en el mundo.

Abraham Maslow

ÍNDICE

Índice.....	VII
Tablas	XI
Figuras.....	XV
Abreviaturas	XVII
Principales términos y acrónimos del programa CONECTA.....	XXI
Introducción	23
Marco Teórico	27
1.- Rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia	29
1.1.- Interés por la rehabilitación/recuperación en la esquizofrenia.....	29
1.2.- Red de dispositivos asistenciales en Rehabilitación Psicosocial (RPS).....	48
1.3.- Atención a la Salud Mental en el marco internacional	55
2.- Intervención en Habilidades Sociales (HHSS) para personas con esquizofrenia	68
2.1.- Principios básicos y componentes del entrenamiento de las HHSS.....	71
2.2.- Técnicas de entrenamiento en HHSS aplicadas a Trastorno Mental Grave	76
2.3.- Estudios e investigaciones en personas con esquizofrenia.....	80
2.4.- Características de las intervenciones de los programas de HHSS	89
2.5.- Diseños en programas de HHSS: tendencias futuras.....	93
3.- Programas de rehabilitación/recuperación en el tratamiento de la esquizofrenia	101
3.1.- Áreas de intervención en RPS en personas con esquizofrenia.....	101
3.1.1.- Intervenciones familiares	102
3.1.2.- Intervenciones psicoeducativas	104

Elaboración de un plan de intervención para habilidades sociales en personas con esquizofrenia: estudio piloto del programa CONECTA

3.1.3.- Rehabilitación neurocognitiva.....	106
3.1.4.- Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de los síntomas psicóticos	110
3.1.5.- Programas de Actividades de la Vida Diaria (AVD).....	112
3.1.6.- Programas de ocio y tiempo libre.....	114
3.1.7.- Programas de rehabilitación laboral	115
3.1.8.- Otros programas de intervención.....	118
3.2.- Programas integrados utilizados en la intervención psicosocial para personas con esquizofrenia.....	120
3.2.1.- <i>Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT)</i>	123
3.2.2.- <i>Cognitive Remediation Therapy (CRT)</i>	129
3.2.3.- <i>Cognitive Enhancement Therapy (CET)</i>	130
3.2.4.- <i>Social Cognition and Interaction Training (SCIT)</i>	131
3.2.5.- <i>Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)</i>	132
3.2.6.- <i>Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR)</i>	133
3.2.7.- Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis (REHACOP).....	134
3.2.8.- <i>Metacognitive Training in Psychosis (MCT)</i>	136
Programa CONECTA.....	141
4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA).....	143
4.1.- Necesidad y aportación del programa CONECTA (mecanismos psicológicos mediante los que actúa el programa).....	143
4.2.- Objetivos del programa	151
4.3.- Población diana y criterios de derivación.....	153
4.4.- Características de la intervención	154
4.5.- Estructura del programa.....	157
4.6.- Dificultades en la implementación	193

Estudio Empírico.....	197
5.- Planteamiento del estudio	199
5.1.- Justificación	199
5.2.- Objetivos.....	200
5.3.- Hipótesis	201
6.- Metodología	201
6.1.- Participantes.....	201
6.2.- Instrumentos	206
6.3.- Procedimiento.....	229
6.4- Análisis estadístico	254
7.- Resultados.....	254
8.- Discusión	265
9.- Conclusiones.....	272
Referencias.....	277
Anexos.....	335
Anexo I. SPR-CONECTA (Sistema de Planificación y Registro del programa CONECTA)	337
Anexo II. CONECTA (Tutorial del programa CONECTA)	351
Anexo III. Consentimiento informado	371
Anexo IV. Cuestionario de habilidades sociales de M. SEGURA (1981), Adaptación.....	372
Anexo V. Adaptación de la entrevista dirigida para habilidades sociales (Caballo, 1987)	378
Anexo VI. Escala reducida de funcionamiento social (SFS) – Adaptación	385
Anexo VII. Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Motora (EMES-M) - Adaptación.....	387
Anexo VIII. Programa CONECTA (presentación en DVD).....	392

TABLAS

Tabla 1. Implantación de la reforma psiquiátrica en distintos países no pertenecientes a la Comunidad Económica Europea con indicación del PIB destinado a sanidad (orientativa), así como programas de intervención en RPS (extracto).....	57
Tabla 2. Extracto orientativo de la ratio de psicólogo/100.000 habitante en distintos países	61
Tabla 3. Programas de intervención integrados para la esquizofrenia ...	121
Tabla 4. Niveles de organización en el modelo propuesto por el grupo de Berna (Brenner, 1986).....	125
Tabla 5. Módulos, ejercicios y objetivos de Metacognitive Training in Psychosis (MCT).....	137
Tabla 6. Esquema guía del programa CONECTA	158
Tabla 7. Módulos, Sub-Programas (SP), áreas, secciones y niveles del programa CONECTA.....	160
Tabla 8. Descripción y finalidad de los Sub-Programas 1, 2 y 3 (SP1, SP2 y SP3).....	164
Tabla 9. Objetivos por áreas del módulo HHSS-C	167
Tabla 10. Objetivos generales y específicos de las secciones del área instrucción, correspondiente a los SPs del Módulo HHSS-C.....	169
Tabla 11. Modelado y <i>Role-playing</i> SP1-MR1	173
Tabla 12. Modelado y <i>Role-playing</i> SP1-MR2	173
Tabla 13. Modelado y <i>Role-playing</i> SP2-MR1	174
Tabla 14. Modelado y <i>Role-playing</i> SP2-MR2	174
Tabla 15. Modelado y <i>Role-playing</i> SP3-MR1	175
Tabla 16. Modelado y <i>Role-playing</i> SP3-MR2	175
Tabla 17. Descripción y objetivos de las dinámicas del HHSS-C	176
Tabla 18. Títulos de las películas asociadas a cada Sub-Programa del Módulo HHSS-C	178
Tabla 19. Descripción y objetivos de los niveles del módulo HHSS-CR	180

Tabla 20. Tiempos de las intervenciones de los módulos HHSS-C y HHSS-CR.....	188
Tabla 21. Distribución estimada de los tiempos empelados en los desplazamientos del CRPS o punto de encuentro al lugar de realización de la actividad y tiempo máximo estimado en las actividades en contexto real	190
Tabla 22. Características del programa de habilidades sociales CONECTA.....	192
Tabla 23. Datos de las variables sociodemográficas y clínicas en %.....	205
Tabla 24. Modificaciones realizadas en los ítems de la Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Motora (EMES-M).....	212
Tabla 25. Adaptaciones de los ítems de la Escala Reducida de Funcionamiento Social (SFS).....	217
Tabla 26. Ítems que invierten la puntuación asignada a la intensidad en el State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	220
Tabla 27. Puntuaciones y valoración de la escala <i>Beck Hopelesness Scale</i> (BHS).....	223
Tabla 28. Categorías de la variable 7 (ingresos) del cuestionario de variables socio-demográficas y clínicas	227
Tabla 29. Categorías de la variable 8 (consumo de tóxicos) del cuestionario de variables socio-demográficas y clínica	227
Tabla 30. Categorías de la variable 9 (ideación/intento autolítico) del cuestionario de variables socio-demográficas y clínicas.....	228
Tabla 31. Fases del procedimiento del estudio realizado en el CRPS del Puerto de la Cruz (Tenerife) mediante el programa de entrenamiento en HHSS CONECTA	230
Tabla 32. Programación en función del horario y día de realización de los Sub-Programas (SP) 1, 2 y 3 de los módulos HHSS-C y HHSS-RC, en ambos grupos (A y B).....	233
Tabla 33. Secuencia de los programas y actividades de Sub-Programa 1 del módulo HHSS-C (SP1) y módulo HHSS-CR (SP1N).....	241
Tabla 34. Secuencia de los programas y actividades de Sub-Programa 2 del módulo HHSS-C (SP2) y módulo HHSS-CR (SP2N).....	246

Tabla 35. Secuencia de los programas y actividades de Sub-Programa 3 del módulo HHSS-C (SP3) y del módulo HHSS-CR (SP3N).....	251
Tabla 36. Niveles del módulo HHSS-CR de los distintos Sub-Programas (SPs) que forman el estudio (SP1N_, SP2N_ y SP3N_).....	252
Tabla 37. Perfil de los participantes del programa de HHSS (CONECTA) en el estudio piloto en % y n° de participantes	255
Tabla 38. Resultado de la aplicación del formulario (S-CONECTA) para determinar el nivel de satisfacción tras la aplicación del programa CONECTA.....	256
Tabla 39. Medias y desviaciones típicas correspondientes a las tres evaluaciones (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento)	257
Tabla 40. Resultados de los ANOVAs y pruebas de Friedman (TE: Tamaño del Efecto)	260

FIGURAS

Figura 1. Esquema de la rehabilitación/recuperación en TMG en función de la perspectiva desde la que se aborde.....	68
Figura 2. Componentes de la rehabilitación, según el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977).....	85
Figura 3. Módulos o Sub-Programas de la <i>Integriertes Psychologisches Therapieprogramm</i> (IPT)	125
Figura 4. Módulos del <i>Cognitive Remediation Therapy</i> (CRT).....	129
Figura 5. Módulos de la <i>Cognitive Enhancement Therapy</i> (CET).....	131
Figura 6. Módulos del <i>Social Cognition and Interaction Training</i> (SCIT)	132
Figura 7. Módulos de la <i>Cognitive Behavioral Social Skills Training</i> (CBSST).....	133
Figura 8. Módulos del Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis (REHACOP).....	136
Figura 9. Estructura del programa CONECTA	158
Figura 10. Representación gráfica de dos ejemplos para la identificación de elementos de intervención del programa CONECTA.....	161
Figura 11. Representación gráfica de dos ejemplos para la identificación de elementos de intervención del programa CONECTA.....	162
Figura 12. Gráfico de los módulos, sub-programas y niveles del programa CONECTA.....	163
Figura 13. Módulo de Habilidades Sociales en Contextos (HHSS-C).....	167
Figura 14. Imagen de una sesión en el CRPS del Puerto de la Cruz del Módulo HHSS-C, correspondiente al SP2 (“Municipios”).....	171
Figura 15. Secuencia, según nivel de dificultad (intensidad), de los Niveles (N) de los Sub-Programas 1, 2 y 3 (SP1, SP2 y SP3).....	180
Figura 16. Sistema de Planificación y Registro del programa CONECTA (SPR-CONECTA).....	182

Figura 17. Instrumentos de trabajo relacionados con la proyección de películas del SPR-CONECTA, así como su formato de aplicación	184
Figura 18. Temporalización e implementación de los módulos HHSS-C y HHSS-CR.....	191
Figura 19. Localización geográfica del CRPS- Puerto de la Cruz y otros municipios	203
Figura 20. Áreas e instrumentos de evaluación del estudio	207
Figura 21. Instrumentos de evaluación del área 1: Habilidades Sociales	208
Figura 22. Instrumentos de evaluación del área 3: Clínica	219
Figura 23: Diseño de las fases del estudio	231
Figura 24: Orden de cumplimentación de los instrumentos de evaluación, en 1ª Fase	233
Figura 25. Secuencia de dinamización del Sub-Programa 1 del HHSS-C (SP1)	234
Figura 26. Secuencia de realización de los Módulos HHSS-C y HHSS-CR en los tres Sub-Programas (SP1, SP2 y SP3) del programa CONECTA.....	235
Figura 27. Imágenes de los contextos reales de módulo de HHSS-CR para las actividades in situ del Sub-Programa 1 en los Niveles 1 y 2 (SP1N1, SP1N2)	241
Figura 28. Imágenes de una participante consultando un callejero. Módulo de HHSS-CR para las actividades in situ del Sub-Programa 2 en el Nivel 2, (SP2N2).....	245
Figura 29. Imagen de un avión comercial en la zona de estacionamiento del aeropuerto de los Rodeos (Tenerife Norte)	247
Figura 30. Escena de la película <i>7 años en el Tíbet</i> de Roger Michell (1999).....	249
Figura 31. Imagen del interior y exterior de una de las agencias de viaje visitadas por los participantes (SP3N1).....	250
Figura 32. Tamaño del Efecto pre-tratamiento vs. post-tratamiento.....	261
Figura 33. Tamaño del Efecto pre-tratamiento vs. seguimiento	262
Figura 34. Tamaño del Efecto post-tratamiento y del seguimiento.....	263
Figura 35. Tamaño del Efecto de los tres momentos de evaluación (pre-post-seg)	264

ABREVIATURAS

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria
- AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
- AMSM: Asociación Madrileña de Salud Mental
- ANOVA: Análisis de Varianza
- APA: *American Psychological Association*
- APT: *Attentional Process Training*
- AVD: Actividades de la vida diaria
- BH: *Beck Hopelessness Scale*
- BPRS: *Brief Psychiatric Rating Scales*
- CAPS: Centro de Atención Psicosocial
- CBSS: *Cognitive Behavioral Social Skills Training*
- CCAA: Comunidades Autónomas
- CD: Centros de Día
- CDO: Centros de Día Ocupacionales
- CDRP: Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial
- CEE: Centros Especiales de Empleo
- CEEM: Centro Específico para Enfermos Mentales
- CET: *Cognitive Enhancement Therapy*
- CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades
- CIE: 10: Clasificación internacional de enfermedades, décima versión
- CIRPAC: Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria
- CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- CO: Centros Ocupacionales
- CRIS: Centro de Rehabilitación e Integración Social
- CRPS: Centros de Rehabilitación Psicosocial
- CRPSL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

CRT: *Cognitive Remediation Therapy*

CS: Cognición Social

CSM: Centros de Salud Mental

DS: Desensibilización Sistemática

DSA: Programa de desarrollo Afectivo

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DVD: *Digital Versatile Disc*

EA: Estilo Atribucional

EBP: Programa Basado en la Evidencia

ECA: Equipo Comunitario Asertivo

EDIS: Equipo de Investigación Sociológica

EE: Emoción Expresada

EHHSS: Entrenamiento en Habilidades Sociales

EMES-C: Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Cognitiva

EMES- M: Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Motora

EMG: Enfermedad Mental Grave

EMGP: Enfermedad Mental Grave y Persistente

EMT: *Emotion Management Training*

EPP: Programa de Intervención Temprana de Calgary

EPPIC: Centro de Prevención e Intervención Temprana Precoz en la Psicosis

EPPIC: *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*

EPV: Entrenamiento Pre-Vocacional

ETT: Empresa de Trabajo Temporal

F/E: Frontal/Executive program

FS: Fobia Social

GEOPTE: Escala GEOPTE de cognición social para la esquizofrenia

GOLDSTEIN: Cuestionario Goldstein de habilidades sociales

GPS: *Global Positioning Systems*

HHSS: Habilidades Sociales

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Elaboración de un plan de intervención para habilidades sociales en personas con esquizofrenia: estudio piloto del programa CONECTA

INEM: Instituto Nacional de Empleo
INT: *Integrate Neurocognitive Therapy*
INTRESS: Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales
IPT: *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm*
IVAST: *In Vivo Amplified Skills Training*
LGS: Ley General de Sanidad
M. SEGURA: Cuestionario de habilidades sociales de Mariana Segura
MATRICS: *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*
MCT o MKT: *Metacognitive Training in Psychosis*
MEC: Mini Examen Cognitivo
MMSE: *Mini Mental State Examination*
MSRPP: *Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients*
NEAR: *Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation*
NICE: *The National Institute for Health and Clinical Excellence*
NIMH: *National Institute of Miners' Health*
OMIC: Oficina Municipal de Información al Consumidor
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
ONU: Organización de Naciones Unidas
PACF: Programa de Apoyo y Colaboración Familiar
PBE: Práctica Basada en la Evidencia
PEPC: Psicólogo Especialista en Psicología Clínica
PEPP: Programa de Prevención e Intervención Precoz para la Psicosis
PGS: Psicólogo General Sanitario
PIB: Producto Interior Bruto
PIR: Plan individualizado de Rehabilitación
POST: Post-tratamiento (post.)
PRE: Pre-tratamiento (pre.)
REHACOP: Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis

RPS: Rehabilitación Psicosocial

RRHH: Recursos Humanos

RV: Realidad Virtual

SCIT: *Social Cognition and Interaction Training*

SCS: Servicio Canario de Salud

SEG: Seguimiento (seg.)

SFS: *Social Functioning Scale*

SM: Salud Mental

SNS: Sistema Nacional de Salud

STAI: *State Trait Anxiety Inventory*

TCBP: Terapia Cognitiva Basada en la Persona

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

TE: Tamaño del Efecto

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

TIPS: Tratamiento e Identificación Precoz de la Psicosis

TMG: Trastorno Mental Grave

ToM: Teoría de la Mente

TUS: Trastorno por Uso de Sustancias

UIB: Unidad de Internamiento Breve

UME: Unidad de Media Estancia

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

USM: Unidad de Salud Mental

USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria

WAF: Entrenamiento en la Habilidades de Ocio, Vivienda y laboral

WAPR: *World Association for Psychosocial Rehabilitation*

WHO: *World Health Organization*

WNUSP: *World Network of Users and Survivors of Psychiatry*

ZARIT: *Caregiver Burden Interview* de Zarit

ZDP: Zona de Desarrollo Personal

PRINCIPALES TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS DEL PROGRAMA CONECTA

CONECTA: Programa de habilidades sociales en contextos reales, para personas con esquizofrenia

FRC: Formulario de Registro del Contexto-CONECTA

HHSS-C: Módulo de intervención en Habilidades Sociales para Contexto (contexto socio-sanitario)

HHSS-CONECTA: Formulario de Habilidades Sociales del programa CONECTA

HHSS-CR: Módulo de intervención en Habilidades Sociales para Contexto Real (contexto socio-comunitario)

HOI: Hoja de Registro Observacional *In situ*-CONECTA

HP-EG: Hoja de Planificación de filmográfica-CONECTA

HR-P10: Hoja de Registro filmográfica-CONECTA

HR-PE: Hoja de Registro específica para filmográfica-CONECTA

HRSP: Hoja de Registro de Sub-Programa (CONECTA)

HRSP_ (HRSP1, HRSP2, HRSP3): Hojas de Registro de los SP 1, 2 y 3.

PPHHSS-CR: Plantilla de Planificación Contexto Real CONECTA

S-CONECTA: Formulario relacionado con la Satisfacción del programa CONECTA

SP: Sub-Programa del módulo de HHSS-C

SP_ (SP1, SP2, SP3): Sub-Programa 1, 2 y 3 pertenecientes al módulo de HHSS-C

SP_D_ (SP1D_, SP2D_, SP3D_): Indica que cada Sub-Programa cuenta con una serie de dinámicas que estarían indicadas con un número. Por ejemplo: SP1D1 (nos encontramos en la dinámica 1 del SP1 del módulo HHSS-C)

SP_MR_ (SP1MR1, SP1MR2, SP2MR1, SP2MR2, SP3MR1, SP3MR2): modelado y *role-playing* de los distintos Sub-Programas 1, 2, 3; con dos variantes la 1 y la 2 por SP

SP_N_ (SP1N_: SP1N1, SP1N2, SP1N3; SP2N_: SP2N1, SP2N2, SP2N3, SP2N4; SP3N_: SP3N1, SP3N2, PS3N3): Niveles de los Sub-Programas 1,

2 y 3 del módulo HHSS-C en la fase de intervención *in situ* y que se corresponden con el módulo HHSS-CR, e identificando los distintos niveles jerárquicos de dificultad de menor a mayor (nivel 1, 2, 3 y 4)

SP_P “título de la película” (SP1P_ “...”, SP2P_ “...”, SP3P_ “...”): Indica que estamos en películas (filmografía) en función del SP del HHSS-C

SP_N_: Niveles de un Sub-Programa del módulo de HHSS-CR

SPR-CONECTA: Sistema de Planificación y Registro del programa CONECTA

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación hemos pretendido elaborar un programa de intervención en Habilidades Sociales (HHSS) para pacientes con esquizofrenia e iniciar un estudio de los resultados de la aplicación del programa.

Para ello partimos del marco histórico que ha supuesto la reforma psiquiátrica, considerando especialmente las circunstancias de nuestro país y el marco legislativo desarrollado. Puesto que se ha creado y aplicado en una Comunidad Autónoma concreta hemos hecho referencia a la red de recursos asistenciales desde la que se puede atender a los pacientes y aplicar los programas.

En el segundo apartado se hace referencia a como se desarrollaron los programas de HHSS para pacientes con esquizofrenia desde los años 60 hasta su configuración en la actualidad. El tercer apartado complementa este segundo destacando otras intervenciones útiles tanto en programas con un solo foco, como en programas integrados. Este segundo y tercer apartado ponen los cimientos necesarios para conocer que ha funcionado y de qué manera, siendo esto esencial para la elaboración del programa CONECTA. Este programa ha intentado incorporar al diseño de un programa en HHSS, aspectos tan relevantes como la cognición social, la metacognición, la generalización y transferencia de los contenidos adquiridos a contextos reales, el acercamiento del contenido instruccional a los contextos socio-comunitarios sugeridos por los pacientes y el diseño de hojas de registro y otros formularios específicos para la evaluación de las intervenciones en el entorno clínico y en el real.

En el cuarto apartado se presenta el programa con el detalle de sus módulos de intervención, objetivos, estructura, funcionamiento, etc. Además en los anexos aparece un tutorial para familiarizar al técnico que va a desarrollar dicho programa y los elementos de registro señalados. En el DVD que se adjunta se puede apreciar y seguir con todo tipo de detalle el

Introducción

funcionamiento y contenido del programa CONECTA (ver Anexo VIII). Para su lectura es necesario contar con el sistema operativo Word.

En el quinto apartado se lleva a cabo el planteamiento de la parte de la tesis que corresponde al estudio piloto de la aplicación del programa, en el sexto el método y en el séptimo los resultados. Terminando el trabajo con la discusión y las conclusiones.

MARCO TEÓRICO

1.- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA

La Rehabilitación Psicosocial (en adelante RPS) se define como una filosofía de intervención asistencial en el abordaje terapéutico del Trastorno Mental Grave (TMG). La definición emitida en 1987 por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (*National Institute of Miners' Health, NIMH*), articula la rehabilitación en un proceso continuado que se inicia con el diagnóstico y que tiene un desarrollo posterior, comprendiendo un periodo largo en la existencia de la persona. El objetivo de la RPS es mejorar la calidad de vida de los destinatarios, haciendo que se responsabilicen de sí mismos interviniendo activamente en la comunidad y con autonomía suficiente para obtener una disposición que les facilite la interacción interpersonal en un entorno social (Farkas, 2007).

1.1.- Interés por la rehabilitación/recuperación en la esquizofrenia

Tras la II Guerra Mundial (1939-1945) se produce una crisis del paradigma imperante en la psiquiatría apoyada, hasta entonces, en un biologicismo extremo. Dicha crisis se evidencia en diversos estudios publicados sobre las condiciones en las que se encontraban los pacientes con TMG. Dentro de este grupo de trastornos la esquizofrenia es el diagnóstico con mayor frecuencia. Así pues, el grupo mayoritario de residentes en las grandes instituciones psiquiátricas eran pacientes con esquizofrenia. Los estudios realizados por Goffman (1970) y Barton (1974) hacen referencia a una serie de alteraciones que padecían los pacientes institucionalizados en hos-

pitales o centros psiquiátricos y que se llegó a denominar “neurosis institucional”. Esta situación, propició el inicio de la denominada *reforma psiquiátrica* que se focalizó en los siguientes aspectos:

- Transformación o cierre de los hospitales psiquiátricos.
- Creación de redes asistenciales en la comunidad.
- Atención de las enfermedades mentales dentro de la red sanitaria general.
- Mejoras legislativas a favor de los derechos de los pacientes con enfermedad mental.
- Campañas de difusión y actuación sobre el denominado estigma social e integración de las personas con TMG en la sociedad.
- Aplicación de los nuevos medicamentos denominados anti-psicóticos.

Esta reforma psiquiátrica que comenzó en EEUU y se extendió a otros países, retoma la idea de higiene mental y adquiere especial relevancia en la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituida en 1946. Dicha Organización proclamaba una concepción de la salud que vincula ésta a tres niveles: físico, psíquico y social.

El bienestar y la salud mental, desde una perspectiva médica “salta la frontera de lo fisiológico” interesándose por aspectos propios de la mente y de las condiciones sociales asociadas. En este marco de referencia, surge en el ámbito de la salud mental americana, la denominada *psiquiatría comunitaria*, producto del plan de salud mental propuesto por el gobierno de EEUU en febrero de 1963 y que dio lugar a la creación de los primeros Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC). Esta reforma proporciona los elementos necesarios posibilitando que el enfermo sea contemplado desde una óptica más amplia y pasa de la consulta/hospital a su entorno vivencial apareciendo los primeros equipos de salud mental comunitarios,

donde se refuerza la figura del psiquiatra con la del psicólogo/a, asistente social, enfermería especializada y otros profesionales afines.

Se pasa de una visión de paciente mental como enfermo a contemplar otros aspectos de la persona y del medio en que se desenvuelve; es decir, una concepción global de la persona que favorece la necesidad de establecer un plan de acción psico-socio-sanitario del paciente con TMG (Lieberman y Kopelowicz, 2005). Otra cuestión que surge favorecida por el nuevo paradigma, es la prevención y la promoción de la salud, aunque pronto se hicieron notar los insuficientes recursos para asumir la realidad asistencial de los nuevos patrones de cronicidad que suponían esta nueva modalidad de atención “fuera de los muros” de los hospitales psiquiátricos. Esta situación que no solo se da en EEUU, se extiende a países como Inglaterra, Francia e Italia; madura y favorece innovadoras fórmulas de atención de las personas con TMG, estableciendo nuevos programas asistenciales y, en definitiva, formando lo que denominamos *rehabilitación psicosocial* (Buckley, Fenley, Mabe y Peeples, 2007; Farkas y Anthony, 2010; Harding et al., 2008; Lieberman y Kopelowicz, 2005; Vázquez y Nieto, 2010). El objetivo de la RPS no va a ser “curar al enfermo” sino reinsertar a la persona en la sociedad y por tanto, proporcionar las herramientas necesarias para que esto se produzca y con ello facilitar el empoderamiento (*empowerment*), la resistencia a la adversidad/enfermedad (*resilience*) y la recuperación como individuo (*recovery*).

En relación al modelo de recuperación, señalar que este surge como un movimiento social en la década de los 80 en EEUU y en el Reino Unido, siendo entendido como un proceso, un recorrido personal lleno de significados y proyectos para llevar a cabo, donde los servicios sociales deben aplicar prácticas en base a cuatro valores: orientación hacia la persona, im-

plicación de las personas, autodeterminación y posibilidad de elección favoreciendo el crecimiento personal (Lieberman, 2012; Lieberman y Kopelowicz, 2005; Warner, 2010).

En España como en otros lugares, la reforma psiquiátrica se hace posible cuando coinciden una demanda social, la voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo (años 80). El primer paso administrativo hacia la reforma, podemos situarlo en 1983 con la creación de la Comisión de Expertos para la Reforma Psiquiátrica. Seguidamente se van a suceder una ordenación jurídica que dará desarrollo a la misma. Destacar la Ley 14/1986 General de Sanidad promulgada el 25 de abril de 1986 (LGS). En ella se establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud, recogida en el artículo 43 de la Constitución de 1978. La LGS regula la estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece en su artículo 20 las líneas maestras de la reforma y en el artículo 41 aporta dos cuestiones sumamente determinantes para el desarrollo de políticas asistenciales:

1. Las Comunidades Autónomas (CCAA) ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o en su caso, les delegue.
2. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las CCAA.

Es importante señalar que cada vez va adquiriendo mayor relevancia la RPS y surgen nuevas iniciativas legislativas como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De especial interés es el artículo respecto al consentimiento informado, que señala lo siguiente:

- Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez recibida la información prevista en el artículo 4, y se hayan valorado las opciones propias del caso.
- El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos, terapéuticos invasores y en general en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. En la atención de los pacientes psicóticos, el consentimiento por escrito se considera necesario para la aplicación de las terapias electro-convulsivas, la contención mecánica y siendo conveniente en los tratamientos con psicofármacos que pudieran originar efectos secundarios importantes.
- El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos, otros datos de carácter general y se le dará la suficiente información sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
- Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
- El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Esta Ley 41/2002 también merece nuestro interés al definir en su artículo 3 como **centro sanitario** el conjunto organizado de profesionales,

instalaciones y medidas técnicas que realizan actividades y presentan servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios. Cuestión que da lugar a considerar los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Día (CD), mini-residencias y otros recursos asistenciales como elementos clave de la rehabilitación, aunque para ello orienta a suponer la necesidad de contar con un facultativo, siendo este el máximo responsable de las decisiones clínicas como son los informes de alta (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012).

Otro aspecto que se ha de considerar es el artículo 13 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS, donde se recoge la rehabilitación en concreto la referida a Salud Mental (SM), y donde se regulan las características de la atención especializada en España. Dicha atención supone un nivel superior de asistencia que se presta a los pacientes en la atención primaria, realizada por médicos, tanto en los hospitales en régimen de internamiento, en las consultas externas de centros de especialidades y en los hospitales de día. Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados; así como, aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad (cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel de especialización). Esto daría lugar a que la atención especializada pasara a ser la garantía y continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que este pueda reintegrarse en dicho nivel.

Por otro lado dentro de esta atención resultan los denominados Centros Especializados, definidos como aquellos centros donde diferentes profesionales sanitarios ejercen sus respectivas actividades atendiendo a pacientes con unas determinadas patologías, de un determinado grupo de edad o con características comunes. En este grupo figuran los Centros de Salud Mental (CSM), en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen

ambulatorio. Además hay que tener en cuenta que serían los psiquiatras de las distintas Unidades de Salud Mental (USM), también consideradas como USMC, los encargados de realizar las derivaciones a los dispositivos de rehabilitación.

En cuanto a los objetivos generales en RPS, mencionar las indicaciones/recomendaciones recogidas en la Estrategia Nacional de Salud Mental (2009-2013), ya que aportan información sobre las pautas a seguir dentro del marco estatal, pudiendo orientar las estrategias en las distintas CCAA.

En relación al *papel del psicólogo* dentro de la sanidad pública señalar que la Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública. En su disposición adicional séptima regula el ejercicio de la psicología en el ámbito sanitario. Dentro de la misma, especifica que los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y servicios del SNS o concertados con él, para hacer efectivas las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios comunes del mismo que correspondan a dichos profesionales, deberán estar en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC) al que se refiere el apartado 3 del Anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Lo previsto en el párrafo anterior se entenderá sin perjuicio de las competencias de otros especialistas sanitarios y en su caso, del carácter multi-profesional de los correspondientes equipos de trabajo en el ámbito de la salud mental.

Estas referencias al ordenamiento jurídico, configuran gran parte del marco legislativo sanitario actual, sin olvidar la reglamentación propia de cada CCAA que por sus particularidades no entramos a desarrollar. También debemos contemplar la realidad desde la práctica clínica y escuchar

voces que nos proporcionan información de esta, ya que no siempre coinciden con los propósitos legislativos y aportan nuevos planteamientos. Sin pretender optar por una línea de crítica o de evaluación determinada señalar las aportaciones que realiza Desviat (2010) en su artículo titulado “Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España”. Siguiendo a este autor la implantación y por tanto la cumplimentación de objetivos de la reforma psiquiátrica ha sido desigual en las distintas CCAA, resultando que la carencia de recursos en la cronicidad es en general evidente, así como la precariedad de los programas comunitarios. Otro aspecto a señalares la ausencia de una definición a nivel nacional de las estructuras asistenciales como son las Unidades de Rehabilitación (entre las que podemos considerar los CRPS) y en general, lo que sería la instrumentalización desde la legislación sanitaria de la intervención comunitaria en SM. En el ámbito profesional, destacar la crisis de antiguos paradigmas y la tendencia actual a “desterrar” el concepto “psicógeno” como base etiológica de muchas alteraciones mentales y la tendencia a psiquiatrizar la vida cotidiana. La situación actual de la psiquiatría en occidente se mueve entre el modelo de la medicina neoliberal norteamericana que ha situado a esta en un “programa para pobres”, el modelo europeo, influenciado por la privatización con los recortes sociales y el movimiento participativo de salud mental colectiva (Desviat y Moreno, 2012). El futuro de la psiquiatría y la psicología comunitaria deben experimentar una tendencia a dar mayor importancia al trabajo en red y por tanto en favorecer la *inmersión asistencial* en el contexto socio-comunitario.

Cuestión de gran interés para la implantación de programas basados en el paradigma de la rehabilitación resultan el escaso número de investigaciones que surgen de los dispositivos asistenciales en la actualidad, por lo que se debe potenciar la labor científica cotidiana como herramienta fundamental del avance de la RPS, ya que aportaría un valioso material para el

estudio académico e investigador universitario. Por otro lado, la rehabilitación/recuperación en salud mental precisa de un rediseño de las estrategias del sistema político-financiero generando una oferta de servicios en función de las necesidades de la sociedad recuperando una intervención terapéutica que defina su campo de competencias en la prevención y en la rehabilitación. Dada esta situación en el ámbito de lo social surge la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia, incluyendo la SM, en el sistema de protección social.

Tras la reforma psiquiátrica cobra especial relevancia la mayor implicación de *las familias*. Esta reforma supuso para los familiares de pacientes con esquizofrenia un impacto que afectaba todas las esferas de su vida. Agravado este impacto por la escasez de recursos de rehabilitación existentes y la estigmatización social que supuso dicha enfermedad. El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ofrece desde 2002 un análisis de la situación de la atención en SM en las distintas CCAA. Este informe en la actualidad refleja la crisis económica por la que atraviesa el país. Crisis que hunde sus efectos en los recursos materiales y en la dotación de personal. Este escenario pone en situación crítica muchos de los programas, que contaban con una amplia trayectoria dentro de la RPS, y futuros proyectos de investigación o de creación de programas terapéuticos específicos que se ven faltos del apoyo por parte de la Administración (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2010).

No obstante resulta de gran interés el estudio del coste económico de los servicios de rehabilitación psicosocial en salud mental. Numerosos estudios indican que los servicios de rehabilitación tienen un menor coste que las hospitalizaciones o los ingresos en media y larga estancia. En este sentido Weisbrod, Test y Stein (1980) comprobaron que la relación costo-

beneficio se inclinaba a favor del tratamiento comunitario al considerar indicadores como conseguir empleo, disminuir la severidad de los síntomas y la mejora en la calidad de vida como elementos claves. También observaron que el coste social medido según el número de detenciones, intentos de suicidio y urgencias médicas, era superior entre los pacientes que habían sido tratados por tratamientos distintos al comunitario. Estas cuestiones nos hacen pensar en la posibilidad de un ajuste a nivel de política sanitaria que apuesta por un modelo donde la RPS de las personas con TMG tenga un lugar prioritario junto a la prevención y a los planes de empleo o formativos.

Además hay que tener en cuenta la necesidad de intensificar la rehabilitación/recuperación en el ámbito de la salud en general, ya que esta ha ido creciendo en los últimos tiempos debido a que las enfermedades cada vez tienden más a cronificarse. Se ha pasado de una mayor consideración de la prevalencia de la enfermedad aguda, a una mayor consideración de la enfermedad crónica. En salud mental ocurre algo similar y especialmente cuando la valoración de las intervenciones no solo obedecen a un criterio de curación, sino más bien de calidad de vida. En España, excluyendo los trastornos mentales causados por el uso indebido de sustancias, el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida, un reto que tendrá dificultades para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil y de sus agentes (asociaciones ciudadanas, partidos, sindicatos) como en la de los colectivos profesionales, así como en el precario desarrollo de aspectos centrales de la propia LGS, como la no creación del Plan Integrado de Salud o la no constitución de las Gerencias y los Consejos de Salud de Área, así como la ausencia casi total de participación social (Desviat, 2011).

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, presentan una multitud de necesidades que abarcan distintas áreas de su vida. Según un estudio presentado por Murray y López (1997), la esquizofrenia está considerada una de las 10 enfermedades más discapacitantes. Esto nos lleva de nuevo a la necesidad de trabajar bajo el concepto de red social (Elkaïm, 1989), donde la rehabilitación/recuperación no solo estaría enfocada a paliar una serie de déficits, sino que también estaría orientada al favorecimiento de los aspectos positivos o fortalezas que tenga la persona, tanto a nivel individual como a nivel socio-comunitario.

En cuanto al marco teórico, destaca el denominado *modelo de competencia* (Albee, 1980; Costa y López, 1986; Poser, 1976), como alternativa dentro del planteamiento de la psicología comunitaria al señalar la importancia de los recursos personales y la necesidad de los profesionales como agentes activadores y potenciadores de su desarrollo en el entorno comunitario. Esto implica tener en cuenta:

- Individualización de proceso terapéutico.
- Participación del paciente en las actividades.
- Motivación para la realización de programas de intervención.
- Especialización del personal interviniente.
- Estructuración de programas de intervención.
- Intervención en la comunidad.
- Trabajo en red social.

A nivel institucional resulta de interés la publicación del Documento de Consenso sobre Rehabilitación e Integración Social de las personas con TMG (IMSERSO, 2003), donde se abordan aspectos filosóficos, éticos y prácticos de la RPS, junto a cuestiones como la formación de los profesionales, recursos o la calidad asistencial. La importancia de la rehabilitación/recuperación la podemos encontrar también en las distintas Guías

de Práctica Clínica editadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En su edición de 2009, dedicada a la esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente, el capítulo 6 (tipos y ámbito de actuación) se centra en los siguientes apartados:

- Intervención farmacológica.
- Terapia electro-convulsiva.
- Intervenciones psicosociales.
- Modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad.
- Motorización del estado de salud y co-morbilidad somática.
- Estigma y discriminación.

Centrándonos en aspectos asistenciales en el TMG, el epígrafe dedicado a las intervenciones psicosociales, se aprecia un amplio desarrollo de programas a nivel psicoterapéutico, psicoeducativo y rehabilitadores en distintas áreas (cognitivo, vida diaria, habilidades sociales, expresión artística) e incluso recursos como vivienda o inserción laboral.

En el apartado dedicado al entrenamiento en HHSS, se señalan una serie de cuestiones fundamentales a tener presentes en estas intervenciones:

- Autoconciencia de sentimientos.
- Percepción del contexto.
- Capacidad de respuestas adaptativas.
- Refuerzo social.
- Comunicación verbal y no verbal.

Se establecen además la necesidad de introducir intervenciones individuales y grupales; así como, los programas dirigidos a la reducción del estrés, favorecer el afrontamiento a las situaciones de interacción social y las relaciones con su entorno.

En cuanto a las **intervenciones psicosociales** se establecen dos recomendaciones a nivel general:

1^a La elección de un determinado abordaje debería estar determinado por el propio paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades, preferencias y recursos existentes.

2^a Favorecer las intervenciones para que sean llevadas por profesionales con una formación específica, experiencia suficiente, cualificación, disponibilidad y constancia para poder mantener un vínculo a largo plazo.

Este último punto señalado resulta de sumo interés, ya que en muchas ocasiones no se contemplan las intervenciones psicosociales debidamente, viéndose afectadas por la falta de compromiso o inestabilidad del sistema socio-sanitario, sensible al mercado laboral y los recortes económicos. Esta deficiencia da lugar a continuos cambios de profesionales que dificultan el vínculo entre paciente-terapeuta, dilatando o alterando los objetivos de los propios programas rehabilitadores o en el peor de los casos con la reducción de las plantillas del personal adscrito a los distintos recursos de rehabilitación, que en ocasiones se agrava aumentando el número de pacientes y empobreciendo la cartera de servicios ofertada. En esta misma línea, la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), señala entre sus objetivos la importancia de los nuevos enfoques terapéuticos rehabilitadores dentro del paradigma de la recuperación y del bienestar (*well-being*) que contemplen una atención integral, junto a la necesidad de intervenciones con un sentido más amplio que el del nivel sanitario y farmacológico.

Otra cuestión relacionada con lo anterior, es la necesidad de establecer modelos de evaluación que permitan elaborar planes individuales de rehabilitación. Florit-Robles (2006), señala que la evaluación del paciente

nos permite identificar los déficits y las fortalezas que este posee antes de iniciar un plan terapéutico en rehabilitación, aspecto que ampliamos posteriormente. Dicha evaluación nos va a facilitar fijar una serie de objetivos que deben consensuarse con el paciente y en ocasiones con su familia. En este sentido, todo plan de intervención debería contemplar las siguientes partes:

- Objetivos propuestos (generales y específicos).
- Metodología a seguir.
- Profesionales responsables del seguimiento.
- Temporalización, que pueden ser a corto, medio o largo plazo.
- Evaluación del proceso rehabilitador.

En lo que sí parece haber más acuerdo, con independencia del nivel de implantación de las reformas en materia de rehabilitación en personas con TMG, es con los programas básicos de RPS que forman parte de la “**cartera de servicios**” de numerosos recursos asistenciales (Vallina y Lemos, 2001):

- Habilidades conductuales generales.
- Rehabilitación cognitiva.
- Entrenamiento en HHSS.
- Intervención familiar.
- Autocontrol.
- Psico-educación.
- Actividades de la vida diaria.
- Psico-motricidad.
- Ocio y tiempo libre.
- Formación pre-laboral.

En cuanto a las líneas generales en la atención de personas con TMG y en especial a los programas de rehabilitación/recuperación en el

tratamiento de la esquizofrenia, Anthony, Cohen y Farkas (1990) propusieron una serie de características esenciales de estos programas y que posteriormente se han mantenido e incluso ampliado:

- Valoración funcional de las habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales.
- Participación del usuario en la valoración de la rehabilitación y fases de intervención.
- Planes individualizados y sistemáticos.
- Enseñanza directa de habilidades.
- Valoración ambiental y modificación.
- Seguimiento de los usuarios en sus ambientes habituales.
- Enfoque del equipo rehabilitador multidisciplinario.
- Informes de rehabilitación.
- Evaluación de las necesidades observables y utilización de la evaluación.
- Participación de los usuarios en la política y la planificación.

Siguiendo esta línea de planteamiento resulta relevante la metodología y diseño de estrategias de intervención desde una concepción *bio-psico-social*. En este aspecto, González y Rullas (2012) señalan la necesidad de tener presente, en el momento de implantar un plan de intervención, los siguientes aspectos:

1. Los métodos de aprendizaje más eficaces se sustentan en la práctica repetida por parte del paciente.
2. En pacientes con alto grado de deterioro puede ser aconsejable la graduación del aprendizaje y la aplicación de técnicas de modelado.
3. Importancia de los tratamientos individualizados, incluso cuando los programas de RPS se desarrollan en formato grupal.

- Los profesionales deben actuar como facilitadores para que los pacientes desarrollen sus propias competencias. Destaca las técnicas de resolución de problemas ya que ponen en marcha procesamientos adquiridos de forma estándar, pero también introducen elementos propios de cada persona en función de variables personales, como experiencias, influencia familiar, preferencias y gustos que dan singularidad a la toma de decisiones.
4. Promoción de la participación activa de los usuarios en los distintos programas de rehabilitación.
 5. Mantener una frecuencia de una o dos sesiones semanales con duración de 60 minutos. Composición de grupos de 6 a 8 participantes. Considerar la homogeneización en la medida de lo posible. Los programas deben contemplar sesiones con un esquema similar al siguiente: repaso de las tareas acordadas en la sesión anterior, repaso de los temas anteriores, presentación de los contenidos de la sesión actual, modelado, *role-playing*, *feedback* y tareas para la próxima sesión individualizadas para cada uno de los asistentes. Junto a estas apreciaciones, también han de tenerse en cuenta que cuando hay un déficit cognitivo significativo, las sesiones deben ser más cortas, las instrucciones más sencillas, los ejercicios más variados y la presentación de la información más esquemática.
 6. Importancia de la generalización de lo aprendido en los programas específicos de rehabilitación a los contextos naturales de la persona. Para ello, ha de planificarse y considerar las siguientes recomendaciones básicas:
 - a. Realizar entrenamientos lo más realistas posibles y adaptados a las características específicas de la persona y de su entorno.

- b. Asegurarse que las habilidades y competencias que va a ejercitar en su contexto sean exitosas, siguiendo el modelo de ensayo sin error.
- c. No finalizar los programas de forma brusca.
- d. Asignar tareas para la práctica en el entorno natural entre sesión y sesión del programa.
- e. Informar y entrenar a personas en el entorno del usuario para que refuercen las competencias que el sujeto está intentando poner en marcha.
- f. Utilizar en los programas refuerzos semejantes a lo que este va a recibir en su entorno.
- g. Modificar los patrones de refuerzo partiendo del continuo al intermitente, del inmediato al demorado y del externo al interno.

Hasta el momento se han expuesto elementos significativos para el diseño de programas o estrategias de intervención de personas con esquizofrenia destacando aspectos como el modelo de competencia, las indicaciones de la Guía de Práctica Clínica, recomendaciones para la intervención bio-psico-social, la importancia del Planes Individuales de Intervención (PIR), los programas básicos de la “cartera de servicios”, las características de los programas y las recomendaciones metodológicas para su desarrollo, orientando todo ello hacia unos objetivos generales que faciliten la rehabilitación /recuperación de las personas objeto de entrenamiento contando con los medios materiales y humanos necesarios.

Además hay que tener en cuenta los resultados de la investigación relacionada en personas con TMG y su aplicación en la clínica. En este sentido la recomendación dada en la Guía sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Política, Planes y Programas de Salud Mental (2006) recoge en el apartado 2.6.10 sobre investigación y evaluación de política y recursos

que: “La investigación sobre resultados de tratamientos, prevención y promoción es necesaria para el desarrollo de intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales más eficaces y rentables. Se precisan más conocimientos para comprender qué intervención funciona mejor y para quién” (p. 56). También es de interés señalar la Declaración de Atocha que recoge el sentir de un número importante de profesionales en defensa de la atención pública en salud mental, proponiendo en su apartado 12, donde se resalta potenciarla investigación por medio de la optimización de los recursos mediante acciones de integración con los principales centros e instituciones en las que esta se desarrolla (Universidades muy en particular), formando y facilitando la implicación de los profesionales, ampliando los objetos de interés investigador vinculándolos a las necesidades de la práctica, y reduciendo la dependencia de la industria farmacéutica (Machado, 2014).

Cabe señalar a favor de este estudio, que dentro de los programas de intervención en RPS, se ponen de manifiesto la importancia teórica y práctica que tienen los programas de entrenamiento HHSS, y a su vez tener en cuenta la especificidad de la intervención *in situ* cuando se aplica en un contexto socio-comunitario, ya que se obtienen mejores resultados (Glynn et al., 2002). Especialmente se aprecia si estos programas favorecen la generalización y transferencia del aprendizaje adquiridos previamente (Kopelowicz, Liberman y Zárate, 2006), potenciando el *desarrollo meta-cognitivo* de la persona (Sohlberg y Mateer, 2001) y proporcionando su desenvolvimiento en un marco de referencia normalizado (Del Prette y Del Prette, 2013). Estos programas de intervención en HHSS que contemplan la generalización con entrenamiento en contextos reales, favorecen la adaptabilidad y/o ajuste a situaciones socio-ambientales impredecibles que denominamos como *entornos naturales cambiantes*.

Reflexionando sobre las metas de la rehabilitación, tras la reforma psiquiátrica y el nuevo paradigma, estas no estarían tan focalizadas en reducir síntomas o alcanzar la remisión de la enfermedad sino en la recuperación basada en las capacidades, en disfrutar la vida y en encontrar un sentido a la existencia. El objetivo es entendido como un proceso cuya meta no es restablecer competencias o volver a lo que se era antes del inicio de la enfermedad (estado pre-mórbido), sino vivir, trabajar (ocupación), tener amigos, aprender y participar en la comunidad. En definitiva favorecer que con ayuda especializada las personas con esquizofrenia alcancen el máximo nivel de empoderamiento, bienestar y recuperación, sabiendo que la recuperación no es un servicio o resultado sino un estado personal (Farkas, 2007). Esto supone un cambio del modelo basado en la discapacidad al modelo basado en las capacidades, cuestión que se refleja en los 10 principios propuestos por el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) en 2006.

En síntesis, considerar la reforma psiquiátrica iniciada tras la II Guerra Mundial y el cambio de paradigma de la rehabilitación a la recuperación de la personas con TMG, como dos elementos básicos para entender la situación actual. Otros aspectos a considerar para conseguir este cambio son la necesidad de desarrollar leyes que las promuevan y que favorezcan una sensibilidad hacia la integración de estas personas en la sociedad, reforzando diversos recursos asistenciales como son las USMC y otros dispositivos de rehabilitación junto al establecimiento de programas de rehabilitación con carácter psicosocial. En un planteamiento global señalar que la reforma no se realiza de forma homogénea, ni en su contenido ni en el tiempo, y reivindicar que la “rehabilitación no es una improvisación, ni desde la clínica, ni desde el trabajo social o la terapia ocupacional, exige técnicas específicas” (Desviat y Moreno, 2011, p. 49).

1.2.- Red de dispositivos asistenciales en Rehabilitación Psicosocial (RPS)

Los programas de rehabilitación abordan una serie de necesidades poniendo en funcionamiento una variedad de recursos asistenciales en red. Se suelen distinguir los siguientes dispositivos:

- Centros de rehabilitación psicosocial.
- Atención domiciliaria especializada.
- Centros ocupacionales.
- Recursos residenciales.
- Apoyo al empleo.

En la situación histórica comentada anteriormente, los planes de rehabilitación en España han partido de unas líneas generales basadas en la Ley 14/1986 y la Ley 16/2003 que recoge la rehabilitación en SM como prestación sanitaria incluida tanto en el ámbito de la atención especializada como en la atención socio-sanitaria. Por otro lado se encuentra la Ley 41/2002 y la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, en el ámbito de los servicios sociales, que reconoce a las personas en situación de dependencia dentro del sistema de protección social. Este proceso legislativo culmina con las transferencias sanitarias del Estado a las CCAA en el año 2002, donde cada una de ellas acometió el proceso de transformación de la asistencia en SM desde el modelo hospitalocéntrico, al modelo comunitario conforme a su situación previa y a su política sanitaria, desarrollando y aprobando Leyes, Decretos y Órdenes para la implementación del nuevo modelo de atención a la salud mental, promoviendo la necesidad de creación del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS). Otro aspecto que se debe considerar es el observatorio de salud mental para el análisis de los recursos en España, señalando que en la actualidad todas las CCAA cuentan con un Plan de Salud Mental aprobado aunque en muchas de ellas, estos planes han consistido en

un guion de propósitos más que un nuevo modelo de planificar y gestionar (Jiménez, 2011). Además, hay que señalar que en muchas CCAA, la gestión no sólo es responsabilidad de Sanidad. En varias de ellas comparten esta gestión Diputaciones, Cabildos y Consejerías de Servicios Sociales/Consejería de Bienestar Social, sobre todo en la rehabilitación que se realiza a través de convenios con empresas privadas, asociaciones y ONGs.

Partiendo de la heterogeneidad de realidades asistenciales derivadas de la transferencia de las competencias sanitarias a las CCAA, se desarrollan a continuación estos aspectos del plan de intervención en rehabilitación para personas con TMG en la isla de Tenerife, siendo éste el marco de referencia para la rehabilitación del presente estudio. En dicha exposición se ha seguido el siguiente orden: legislación básica, recursos asistenciales/objetivos y dispositivos de rehabilitación con especial dedicación a los CRPS. Por último, se dedica un apartado a ofrecer “unas pinceladas” sobre la rehabilitación/recuperación en TMG con una visión que englobe a otros países.

En el ámbito autonómico de Canarias, mediante la Ley 11/1994 de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias, se crea el Servicio Canario de Salud (SCS), Organismo Autónomo regulado por el Decreto 32/1995, de 27 de febrero, por medio del Decreto 322/1995 de 10 de noviembre, por el que se regula el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Consejería de Sanidad y Consumo y por la que se regula la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental como órgano colegial integrado en la misma. El SCS en 1996 incluyó el abordaje de las enfermedades mentales de larga evolución. Dicho plan se materializa por medio de la aportación de numerosas instituciones y propuestas legislativas que configuran el actual marco de actuación en rehabilitación. Dentro de este espacio es de interés distinguir la actuación de los distintos Planes Insulares, que han favorecido una actuación socio-sanitaria en la comunidad, comenzando con el Plan de

Salud de Canarias (1997-2001). Los Planes se formalizaron por decreto del Gobierno de Canarias (Decreto 83/1998 de 28 de mayo) en los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para enfermos mentales. Actualmente esta comunidad cuenta con su III Plan de Salud de Canarias 2010-2015 (Dictamen 3/2010 de Consejo Económico y Social de Canarias). En concreto, se trata de una apuesta por un sistema sanitario público, universal, de calidad y accesible, a partir de tres ámbitos de intervención con 12 áreas de impacto. En el área 4 el Sistema Canario de la Salud, centra la atención en los enfermos crónicos y la integración de los servicios. Propone la Integración Asistencial, con un balance óptimo de servicios de Atención Primaria, Especializada, Salud Pública, Salud Ocupacional, Salud Mental, Drogodependencias y Sociosanitario. Destacamos también por su carácter humanizador la Orden de 28 de febrero de 2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba la carta de derechos y de deberes de los pacientes y usuarios sanitarios.

A nivel provincial, en Santa Cruz de Tenerife la red asistencial de rehabilitación cuenta en la actualidad con los siguientes recursos:

- Centros de Rehabilitación/Recuperación Psicosocial (CRPS). Espacios creados para dar atención a personas con TMG, diseñados bajo una visión integral, con el objetivo general de que pueda alcanzar un nivel de funcionamiento personal y social que le permita su desenvolvimiento en su entorno socio-comunitario.
- Centro de Día-Unidad de Noche. Destinado a enfermos psíquicos crónicos que precisen de un recurso intermedio que les permita completar su proceso de integración en su red comunitaria.
- Equipo Comunitario Asertivo (ECA). Es un servicio especializado en el ámbito domiciliario, para la atención, seguimiento y cuidados integrados.

- Atención en mini-residencias. Alojamiento alternativo, donde residen personas que presentan limitaciones severas para la realización de actividades de la vida diaria y restricciones en su participación social.
- Atención en pisos supervisados. Recurso residencial donde las personas habitan y conviven con otros, reuniendo cualidades para el desarrollo de una vida con autonomía.
- Atención en domicilio propio. Conjunto de recursos socio-sanitarios en la comunidad y orientados a la convivencia con otras personas.
- Centros Ocupacionales (CO). Recurso donde se facilita una formación pre-laboral que favorece el empleo o la ocupación permanente.
- Equipo individualizado de apoyo al empleo. Equipos cuya finalidad es la integración rápida al empleo ordinario (contrato laboral).

En la actualidad, en la isla de Tenerife operan 6 CRPS, distribuidos en su geografía, con el fin de llegar a los espacios socio-comunitarios más representativos combinando entornos urbanos y rurales, son los siguientes:

- CRPS Icod de los Vinos (Noreste).
- CRPS Puerto de la Cruz (Noreste).
- CRPS La Laguna (Metropolitana).
- CRPS Santa Cruz (Metropolitana).
- CRPS Arona (Sureste).
- CRPS Guía de Isora (Sureste).

Los centros cuentan con un personal compuesto por un Psicólogo Clínico perteneciente al SCS y de personal auxiliar técnico adscrito a dife-

rentes ONGs o ayuntamientos de los municipios donde se encuentra el recurso asistencial. En cuanto a la cartera de servicios, señalar que cuentan con una serie de intervenciones rehabilitadoras básicas de tipo psicosocial y también se han desarrollado programas y actividades específicos en cada centro.

Por otro lado, señalar que la isla de La Palma cuenta con 2 centros, en la isla de la Gomera 1 dispositivo y el Hierro carece de recursos asistenciales en rehabilitación de personas con TMG.

Respecto a la provincia de Las Palmas de Gran Canaria indicar que también cuenta con un plan de rehabilitación para personas con TMG. En diciembre de 1994 se firma el convenio entre la Consejería de Sanidad con el Cabildo Insular para la coordinación de las actuaciones en materia de salud mental en la isla de Gran Canaria. La atención socio-sanitaria cuenta con Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP), programa de alojamiento alternativo (pensiones, pisos individuales y pisos compartidos) y residencias para personas con TMG, entre otras estructuras hospitalarias y extra hospitalarias. Dentro de la provincia mencionar que la isla de Fuerteventura cuenta con CDRP y Lanzarote con CDRP y recurso residencial. En relación a los CDRP (equivalentes a los CRPS) en la isla de Canarias según información de 2013 contaba con los centros de Genoveva, San Francisco I y II, Casa del Mar, Maspalomas, Vecindario, Telde, Norte y Teror.

Una vez señalada de forma breve la infraestructura socio-sanitaria en la CCAA en rehabilitación del TMG, queremos indicar que nuestra investigación se realiza en el CRPS - Puerto de la Cruz. Este CPRS está situado en el Noreste de la Isla de Tenerife, dando cobertura a los ayuntamientos de La Orotava, Los Realejos, La Guancha, Santa Úrsula y Puerto de la Cruz. Actualmente tiene 25 plazas, con una ocupación media/diaria de 15 asistentes. Su horario de atención es de lunes a viernes en horario de

8 a 15 horas. El CRPS tiene como finalidad ofrecer un programa individualizado de rehabilitación y apoyo para la plena integración de la persona en la comunidad ofreciendo actualmente la siguiente cartera de servicios o áreas de actuación:

- Programa de estimulación cognitiva.
- Programa de habilidades sociales.
- Programa de psico-educación.
- Programa de auto-cuidado y autonomía personal.
- Programa de ocio y tiempo libre.
- Intervención psicoterapéutica.
- Programa de actividad física y deporte.
- Programas transversales específicos.

Los pacientes proceden de la USMC de La Vera (Puerto de la Cruz). Su derivación se realiza mediante un documento así denominado “de derivación” a través del psiquiatra de referencia. Los diagnósticos de las personas recibidas comprenden los epígrafes F20-29 y F 31 del CIE-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*).

Dicho centro cuenta con una serie de criterios que son aplicados a todos los candidatos al recurso:

Criterios de admisión

- Duración de la enfermedad y del tratamiento: evolución superior a 2 años.
- Reconocimiento oficial de discapacidad: disfunción leve o moderada en la vida diaria.

Criterios de exclusión

- Presentar de manera persistente trastorno grave de conducta que distorsione la convivencia o problema grave de toxicomanías que requieran atención.

1.- Rehabilitación Psicosocial en la esquizofrenia

- Edad cumplida ente 18 y 55 años.
- Estar en posesión o en trámite del grado de dependencia.
- Ser atendido, derivado y encontrarse en seguimiento por el equipo de salud mental de referencia.
- Estar en el momento de la derivación compensado psicopatológicamente (al menos durante los 3 últimos meses) o no tener gravedad de síntomas.
- Voluntariedad.
- Aceptar la persona y su familia el compromiso con el programa terapéutico propuesto, una vez elaborado el Plan de Intervención Individualizado.
- Presentar retraso mental como causa principal de discapacidad.
- Presentar proceso orgánico cerebral progresivo.
- Presentar trastornos de personalidad como diagnóstico principal.

El CRPS del Puerto de la Cruz tienen los siguientes objetivos generales:

1. Desarrollar procesos de rehabilitación/recuperación psicosocial mediante los planes individuales de intervención que favorezcan y posibiliten los distintos aspectos necesarios para adquirir un desenvolvimiento en el entorno socio-familiar.
2. Posibilitar el ajuste e integración en la comunidad. Ofreciendo el apoyo necesario y acorde a las necesidades de cada una de las personas derivadas.
3. Favorecer los niveles de autonomía y funcionalidad con apoyo y soporte comunitario.

4. Ofrecer intervención psicoterapéutica individual para alcanzar mejoras sintomáticas.
5. Apoyar, asesorar y entrenar a las familias mediante intervenciones individuales y grupales favoreciendo el manejo de los problemas del cuidado, comunicación y convivencia en el entorno familiar.
6. Coordinación con los servicios de salud mental y otros recursos rehabilitadores, favoreciendo la atención integral según las necesidades de cada usuario.

1.3.- Atención a la Salud Mental en el marco internacional

Una vez comentada la situación particular que tenemos en España, creemos que resulta de interés para conseguir un análisis más completo observar cuál es el nivel de asistencia en salud mental y en especial los programas de rehabilitación en otros países. Partimos de la situación histórica ya comentada que se inicia con la reforma psiquiátrica como la estrategia de atención más conocida y extendida por todo el mundo. Esta Reforma ha tenido un grado de implantación desigual, como ocurrió en nuestro marco geográfico, influido por las particularidades económicas, organizativas, culturales y políticas de cada país. La OMS como agencia internacional de la salud de Naciones Unidas, establece en 1946 una clara relación de la salud con los valores de seguridad y justicia enfatizando la relación entre salud y desarrollo socio-económico. En 1986 se funda la Asociación Mundial de la Rehabilitación Psicosocial (*World Association for Psychosocial Rehabilitation*, WAPR) que va a suponer un importante impulso a la reforma psiquiátrica y fomenta una “visión comunitaria” de la rehabilitación en pacientes con TMG. Estas dos macro-instituciones llegan a un marco común de actuación que se materializa en la Declaración de Consenso

WAPR-WHO de 1996, una declaración consensuada sobre RPS emitida por la OMS (*World Health Organization, WHO*) en colaboración con la WAPR y la participación de expertos de varios países y regiones del mundo. Como filosofía de la atención en salud mental, se establece la recomendación del tratamiento en la comunidad frente al institucional, favorecer las medidas de educación de la población, potenciar la organización de la sociedad civil de usuarios y familiares y la adopción de políticas públicas nacionales.

Uno de los aspectos con mayor impacto en el desarrollo de políticas asistenciales suele estar relacionado con el desarrollo económico. En general la financiación de los servicios procede en cada país de fuentes distintas y con proporciones desiguales, siendo el 62% de los países por medio de impuestos generales, seguido del pago directo de usuario el 17% y un 14% de los sistemas de seguridad social. En 2011 el Proyecto Atlas (*Mental Health Atlas*), propuesto por la Organización de Naciones Unidas en 2000 con la finalidad de recabar información y establecer líneas de actuación generales en los países del mundo, indica que a nivel global los recursos asistenciales son insuficientes, equitativamente mal distribuidos y poco eficientes (AEN, 2012).

En la tabla 1 se puede apreciar una visión orientativa de la implantación de los principios de la reforma psiquiátrica siguiendo un criterio económico (AEN, 2012), con un Producto Interior Bruto (PIB) destinado a la sanidad orientativo (2013) y alguna de las propuestas o iniciativas asociadas a la intervención en RPS.

Tabla 1. Implantación de la reforma psiquiátrica en distintos países no pertenecientes a la Comunidad Económica Europea con indicación del PIB destinado a sanidad (orientativa), así como programas de intervención en RPS (extracto).

Nivel de renta	Países	Características
Baja	Pakistán	Dedica el 2,8 % de su PIB a salud. La atención en salud mental se proporciona desde la atención primaria. Su sistema de salud mental comunitario se plasma en su política de sensibilización a la población. Como programas caben señalar el de atención comunitaria de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (programa STOP), basado en el tratamiento supervisado en el medio familiar y un programa de micro-créditos (programa Akhuwat) para la creación de un proyecto para 50 personas basado en la perspectiva de la recuperación.
Media-Baja	Ghana	Dedica el 5,4 % de su PIB a salud. Desde 2011 se cuenta con la construcción de un movimiento social comunitario para la mejora de la situación de las personas con Enfermedad Mental Grave (EMG), fomentando la capacidad técnica de los grupos de usuarios, incrementando el trabajo en red y el establecimiento de criterios de buenas prácticas de los profesionales.
Media-Alta	Brasil	Dedica el 9,7 % del PIB a salud. En 2001 aprueba una ley basada en la reforma del sistema institucional, la integración de la salud mental en atención primaria y la creación de una red de servicios especializados. Cuenta con programas específicos como el “programa Vota a Casa”, servicios residenciales terapéuticos y con los Centros de Atención Psico-Social (CAPS), centros comunitarios especializados en atención a personas con TMG atendidos por un equipo multidisciplinar. También cuenta con programas de integración laboral y cultural.
Alta	Arabia Saudí	Destina un 3,4 % del gasto público. Arabia Saudí mantenía una política asistencial institucionalizada hasta 1983. En la actualidad posee un modelo comunitario con la consiguiente descentralización con asistencia ambulatoria y residencial. También cuenta con servicios de rehabilitación, ONGs y grupos de autoayuda de usuarios, pero poco desarrollados. Como nota cultural señalar la estrategia de pactar con personas notables de la comunidad (los sheiks, sanadores tradicionales) que se hacen cargo de la atención de muchas personas con cuadros leves.

EEUU	EEUU cuenta con uno de los presupuestos más altos destinando un 17,1 % del PIB. Sin embargo no cuenta con una cobertura sanitaria universal, pero sí un método de financiación basado en los seguros privados, seguido de impuestos y del pago directo de los usuarios. Tiene más de 4.300 organizaciones civiles y un gran desarrollo de programas específicos. Actualmente basa su política rehabilitadora en los tratamientos asertivos comunitarios y en los servicios orientados a la recuperación.
Canadá	Canadá destina el 10,9% del gasto total de sanidad. Cuenta con un macro-programa denominado “sistema de servicios y ayuda equilibrada y eficaz” destinado a personas con esquizofrenia y otros trastornos graves. Este consiste en una red de programas y servicios basados en la evidencia científica, con la filosofía de alcanzar la integración ciudadana plena con la ayuda de pacientes y familiares

A nivel europeo “el panorama de la SM” es diverso encontrándose influenciado por la implantación de los distintos planes de descentralización que parten de las respectivas reformas psiquiátricas en cada uno de los países integrantes. Europa actualmente se encuentra más cercana al paradigma o modelo de recuperación, frente al modelo de rehabilitación imperante en las primeras fases de implantación de la reforma (Thornicroft, Bebbington y Leff, 2005; Thornicroft, Wykes, Holoway, Johnson y Szmulkler, 1998). Este modelo de recuperación, ya comentado, parte del movimiento social y desplaza la atención a la necesidad de considerar prioritarios los relatos autobiográficos de las personas con TMG, el significado que dan a sus vidas y los proyectos que desean llevar a cabo. La forma de actuar o intervenir estaría determinada por un enfoque de los servicios asistenciales en el que las decisiones sean compartidas, donde se entiende la recuperación como un proceso y una actitud individual frente a diversas posibilidades del desarrollo de las personas con TMG. Dentro de este movimiento adquieren especial relevancia tres modelos: los basados en la Alianza Terapéutica, el modelo de Red de Redes y el modelo de Empoderamiento.

Las políticas comunitarias en Europa van a determinar las prioridades o bases para un futuro en materia de salud mental, aunque siempre sujetas a las políticas de cada uno de sus países miembros. En este aspecto señalar la importancia del Comité Regional Europeo de la OMS (WHO/Europe) que en base a la resolución EUR/RC55/R2 sobre la Declaración de Salud Mental (celebrado en Bucarest, en septiembre de 2005) y firmada en Helsinki ese mismo año, apoyó la implementación de políticas de salud mental con el objetivo de lograr el bienestar mental y la inclusión social, proponiendo un enfoque interdependiente e integrado con otras estrategias y políticas de la OMS. Los siguientes planes están en esta línea: "Salud 2020 - El marco de la política europea para la salud y el bienestar" (resolución EUR/RC62/R4), "Plan de Acción Integral sobre Salud Mental, 2013-2020" (resolución WAPR66.8) y el "Plan de Acción Europeo para la aplicación de la Estrategia Europea para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2012-2016" (resolución EUR/RC61/R3). Estos planes entre otros aspectos enfatizan e impulsan, a los estados miembros, a mejorar la salud mental, el bienestar de toda la población y reducir la carga de los trastornos mentales. También pretende asegurar acciones de promoción y prevención, con la intervención sobre los determinantes de la salud mental. Además promueven el poner en marcha la combinación de medidas generales y específicas centrándose especialmente en los grupos vulnerables, respetando los derechos de las personas con problemas de salud mental con su inclusión social y las oportunidades equitativas para lograr la más alta calidad de vida. Otras iniciativas propuestas se dirigen a evitar el estigma y el aislamiento discriminatorio para fortalecer o establecer el acceso y el uso adecuado de los servicios de salud mental como recursos seguros, competentes, asequibles y eficaces. (EUR/RC 61/11 y EUR/RC63). En cuanto a los porcentajes del PIB al gasto en salud (salud pública y salud privada) según la Organización Mundial de la Salud en 2013

los países destinan un porcentaje determinado: Alemania (11,3%); Dinamarca (11,6%); Finlandia (9,4%), Grecia (9,8%); Hungría (8,0%); Portugal (9,7%); Reino Unido (9,1%); Suiza (11,5%), Francia (11,7%), Países Bajos (12,9%) y Japón (10,3%) según datos de la Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/database>). En España, la atención psicosocial a la salud mental no sólo no escapa a esta infradotación sino que se muestra más acentuada, en relación a la situación de conjunto del sistema sanitario. El gasto sanitario se encuentra con un 8,9% del PIB, es uno de los más bajos de la Unión Europea y la Red Europea de Economía en Salud Mental (Mental Health Economics European Network, MHEEN) y se estima para España el gasto sanitario público en salud mental próximo al 5% del gasto sanitario total, muy por debajo de la media europea que es del 10%.

Otro aspecto de interés es el personal sanitario que interviene en Salud Mental. Por ejemplo, según el Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría el número aproximado de psicólogos clínicos en la cartera de servicios del sistema público de salud es insuficiente. En el año 2005 se disponía en España de 4'3 psicólogos por cada 100.000 habitantes, lo que suponía un número de cerca de 1.890 psicólogos clínicos (Sánchez, 2007). Recientemente se ha actualizado la relación de datos del 2010 constatando una ratio de 4,42 psicólogos por 100.000 habitantes.

Como observamos en la tabla 2, en Europa los porcentajes sitúan a Suecia con 76 psicólogos y a Finlandia con 79 por cada 100.000 habitantes en las posiciones más altas y estima una media de 18 psicólogos por 100.000 habitantes. Por otra parte, en otros países no pertenecientes a la CE como Salvador y Ecuador presentan el 29 y 31 por cada 100.000 habitantes respectivamente en sus sistemas sanitarios nacionales (WHO, 2005).

Tabla 2. Extracto orientativo de la ratio de psicólogo/100.000 habitante en distintos países

País	Nº de psicólogos por 100.000 habitantes
Suecia	76
Finlandia	79
Salvador	31
Ecuador	29
España	4'3

En general, este ejemplo puede aplicarse a otros profesionales y recursos asistenciales obteniéndose resultados que refuerzan la idea de cierta desigualdad. Otra de las cuestiones ya comentadas es el presupuesto que cada país aporta del gasto sanitario. Celso Arango, director del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental señala que la importancia social de las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el autismo es tal que se estima que las enfermedades del cerebro producen más discapacidad y más años de vida perdidos por enfermedad que todas las oncológicas, cardiovasculares y diabetes juntas (Arango, 2014). Según datos de 2007 los costes directos continúan designándose mayoritariamente al tratamiento farmacológico con un porcentaje de 62%. Esto nos lleva a pensar que los problemas mentales continúan abordándose principalmente con psicofármacos, aspecto que sería de interés replantear al menos en RPS del TMG.

Por otro lado, en los países de la EU los factores que determinan la actuación en SM podrían sintetizarse en cuatro vías básicas de actuación:

- Modelo asistencial imperante.
- Directrices de actuación desde organismos comunitarios.
- Recursos humanos destinados a SM.

- Presupuesto económico destinado a SM.

También ha de considerarse, el esfuerzo por alcanzar objetivos generales y llegar al máximo de la implantación de programas eficaces como reto en profesionales, asociaciones de familiares y de los gobiernos, dando lugar a proyectos basados en la globalización. Así que la globalidad de muchos programas o planes de intervención en salud mental son un factor unificador y un modelo para buscar elementos comunes de actuación, que trascienden las fronteras de un país determinado. Ejemplo de ello es el proyecto transnacional “empoderamiento de adultos” con enfermedad mental para el aprendizaje y la inclusión social, mediante el proyecto EMPAD (Empoderamiento de adultos con enfermedad mental para el aprendizaje y la inclusión social-EMPAD, 2010-2012), en el que han participado países como Finlandia, Alemania, Países bajos, Rumania, Eslovenia, España (Fundación UZTAI), Suecia y EEUU (Hänninen, 2012). Las valoraciones realizadas sobre este tipo de proyectos promueven el establecimiento de recomendaciones comunes para políticas internacionales en salud mental, entre las que señalamos las siguientes (Caldas y Killaspy, 2011):

- Igualdad de oportunidades para ejercer los derechos humanos y las libertades en todos los entornos.
- Implicación de las personas con problemas de salud mental en la toma de decisiones y el desarrollo de los servicios.
- Eliminación de los tipos de discriminación y estigmatización.
- Plena participación, reintegración e inclusión social en la comunidad, en igualdad de condiciones con las demás personas.
- Derecho a recibir servicios públicos basados en las necesidades, por ejemplo protección social, vivienda, servicios de salud, formación profesional y servicios de empleo.

- Políticas de salud mental creadas para favorecer servicios óptimos basados en la comunidad, *Clubhouses* y otros métodos incluidos para el apoyo a la recuperación.
- Coordinación de servicios basados en la comunidad con asistencia primaria y servicios de salud general.
- Autodeterminación y vida independiente.

Junto a estas recomendaciones se establecen una serie de líneas de actuación para favorecer el empoderamiento (Chamberlin, 1997), la rehabilitación basada en la comunidad (Helander, 1993), planteamientos para la recuperación (Daddow y Broome, 2010), capital social (Lehtinen, 2008), cohesión social (Putnam, 1995), inclusión social (Shookner, 2002) e integración social (Jeannotte, 2008).

Otro aspecto de la RPS que forma parte de los dispositivos asistenciales, tanto en España como en numerosos países, es la *intervención temprana* en la esquizofrenia. Esta tiene como punto de partida la rápida expansión en la década de los 90 de las iniciativas de intervención temprana en la psicosis llevada a cabo por Edwards, McGorry y Pennell (2000). Entre las propuestas desarrolladas cabe citar las siguientes:

- Establecimiento de redes y grupos de interés para ejercer influencia en las políticas asistenciales.
- Grupos de investigación para el estudio de la intervención temprana o llamada también primeros episodios en la esquizofrenia y el desarrollo de programas pilotos.
- Programas específicos de intervención temprana en psicosis.

En relación a los programas y dispositivos orientados a la intervención temprana cabe señalar los siguientes (Edward y McGorry, 2004; Vallina, 2012):

- Terapia de Orientación Cognitiva para el Primer Episodio Psicótico (COPE), desarrollada por el equipo de profesionales del Centro de Prevención en Intervención en Psicosis Temprana (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, EPPIC), Australia. Es un servicio que tiene como objetivo la reducción del nivel de morbilidad primaria y secundaria en los primeros episodios psicóticos a través identificar a los pacientes lo más pronto posible tras el inicio de la psicosis y proporcionar un tratamiento intensivo de hasta 18 meses estructurado por etapas.
- Servicio de Intervención Precoz (EIS), Reino Unido. Es un servicio específico para jóvenes con un primer episodio psicótico que ha desempeñado un papel fundamental para el desarrollo actual de los servicios de intervención temprana en Reino Unido y es referente mundial dentro de este campo.
- Proyecto de Tratamiento e Identificación Precoz de la Psicosis (TIPS), Noruega. Es un estudio prospectivo multicéntrico longitudinal diseñado para observar si la identificación temprana y el adecuado tratamiento del primer episodio de psicosis producen un mejor pronóstico a largo plazo.
- Estudio de Identificación y Tratamiento Temprano de Jóvenes Pacientes con Psicosis (OPUS), Dinamarca. Es un estudio prospectivo con un doble objetivo: comprobar si la educación y la colaboración intensiva con atención primaria de salud y con otros dispositivos sociales reduce el tiempo de demora en el inicio del tratamiento de la psicosis y si un formato de tratamiento asertivo comunitario adaptado a los primeros episodios de psicosis puede modificar su curso y resultado.
- Programa de Intervención Temprana de Calgary (EPP), Canadá. Surge con el objetivo de identificar precozmente las psicosis,

reducir la demora en el inicio del tratamiento, reducir los síntomas psicóticos y la morbilidad secundaria, reducir la frecuencia y severidad de las recaídas, promover el desarrollo psicosocial normal de los pacientes en su primer episodio psicótico y reducir la carga familiar.

- Programa de Prevención de la Psicosis (P3-Cantabria), España.

En España resulta de interés señalar el Programa de Prevención de Psicosis (P3) que comienza el año 2000, en la unidad de Salud Mental del área sanitaria de Torrelavega-Reinosa (Cantabria), tomado como referencia las directrices de la OMS y de la Asociación Internacional de Psicosis Temprana (IEPA) para estructurar la labor y organización de los servicios con tres propósitos básicos (Lemos et al., 2006):

1. Desarrollar una estrategia local de detección y evaluación temprana de las personas de riesgo, desde los centros de atención primaria y servicios locales de salud mental.
2. Aplicar un programa de tratamiento, adaptado a un sistema público de salud, que incluye terapia cognitivo-conductual y eventualmente, farmacológica a bajas dosis.
3. Hacer un seguimiento de las personas tratadas, para someter a prueba la eficacia del programa de detección e intervención clínica.

Además, hay que tener en cuenta dentro de las directrices clínicas el establecimiento de una serie de objetivos:

- Mejorar el acceso a los servicios de atención temprana en psicosis.
- Favorecer el conocimiento de la población general sobre la psicosis.

- Favorecer la recuperación mediante estrategias que promuevan una imagen positiva de la psicosis.
- Favorecer el enganche y el apoyo de las familias.
- Desarrollar programas específicos de formación de los profesionales de los servicios sanitarios de atención primaria.

Por su parte Paino, Fonseca, Lemos y Muñiz (2013), refieren que los programas de intervención temprana han servido de guía para otras iniciativas y los logros alcanzados ponen de manifiesto la importancia de esta en la esquizofrenia.

Otro campo a considerar dentro del TMG son las nuevas iniciativas terapéuticas como el tratamiento psicológico para la prevención de recaídas en los *primeros episodios* (Addington, Colling, McCleery y Addington, 2005; Tarrrier et al., 2004; Ueland y Rund, 2004) y recientemente (Brewer et al., 2015). Se recomienda proporcionar una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis, mejor desde programas especializados de atención temprana que incluyan además de farmacoterapia, psicoeducación, manejo de estrés, prevención de recaídas, solución de problemas, reducción de daños por consumo de sustancias, consejo de apoyo y rehabilitación social y laboral, así como intervención con la familia y terapia cognitiva (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005).

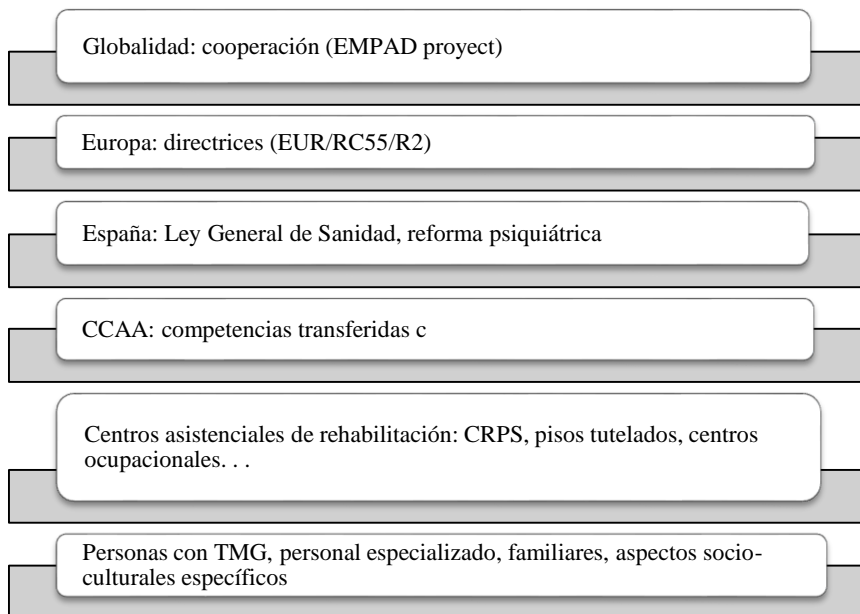
En síntesis, señalar que la RPS en el TMG en los distintos países es desigual, que resulta de interés contrastar información de la realidad dentro de nuestro país y de este con respecto a los demás países miembros de la UE y del mundo, tanto en recursos destinados a sanidad, paradigma de in-

tervención, políticas asistenciales, recursos humanos y económicas. Partiendo de la idea de que estos aspectos van a favorecer o dificultar la implantación y desarrollo de programas asistenciales, la expectativa sobre la efectividad de la intervención psicosocial por parte del personal especializado, así como de las personas afectadas, familiares y asociaciones implicadas, quedará condicionada a políticas internacionales, nacionales y regionales imperantes en cada momento. Por último, el panorama mundial ofrece información para considerar que el cambio paradigmático de la rehabilitación a la recuperación no es homogéneo y en relación a España apreciamos diferencias dentro del ámbito territorial de las distintas CCAA.

En la figura 1, podemos apreciar alguna de las cuestiones expuestas. Partiendo de una perspectiva mundial o global, con iniciativas que implican a diversos países, a estructuras de países con unos lazos comunes como la Unión Europea, donde predominan las orientaciones y recomendaciones (directrices), pasando a países concretos como España con legislación específica en materia socio-sanitaria y dentro de este las transferencias a las distintas CCAA que la forman. Señalar que existe un nivel de análisis más concreto de la aplicación de los planes de rehabilitación que se sitúa en los distintos recursos asistenciales, donde los pacientes, profesionales e instituciones adquieren un papel fundamental.

2.- Intervención en Habilidades Sociales (HHSS) para personas con esquizofrenia

Figura 1. Esquema de la rehabilitación/recuperación en TMG en función de la perspectiva desde la que se aborde



2.- INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES (HHSS) PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Para Caballo (1991) *la conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas relacionadas por un individuo, en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas* (p. 407).

Otros ejemplos de definiciones son las propuestas por Libet y Lewinsohn (1973) que la limitan a una capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás. Kelly (1992) considera las habilidades sociales como conductas aprendidas que utilizamos en nuestras relaciones interpersonales con la finalidad de obtener un refuerzo del ambiente, para posteriormente poder hacer frente a las consecuencias producidas en la aplicación de dicha respuesta. Las distintas definiciones de HHSS suelen incluir todas las conductas relacionadas con la comunicación tanto de emociones como de necesidades, permitiendo alcanzar objetivos facilitadores de la integración social, aunque últimamente comprenden también una dimensión cognitiva como las habilidades para percibir parámetros situacionales relevantes (percepción social) y para resolver problemas sociales. En personas con esquizofrenia incluso adquieren relevancia aspectos como iniciar y mantener una conversación, hacer amistades, resolver situaciones cotidianas, disfrutar del ocio, manejo de la medicación, etc. (Lieberman, DeRisi y Mueser, 1989; Mueser, Bond, Drake y Resnick, 1998).

El entrenamiento en HHSS sería el procedimiento de intervención psicológica dirigido al aprendizaje de las habilidades. Este entrenamiento se basa en los principios de la terapia de conducta y constituye un elemento esencial de la intervención social, que junto a la competencia social se traduce en logros para la vida real.

Los primeros momentos de la utilización de las habilidades sociales se remontan a finales de los años 40, en diversos trabajos realizados con niños por autores como Jack (1934), Page (1936), Thompson (1952) y Williams (1935), aunque desde el campo de la psicología social se atribuye a Salter (1949) la autoría y difusión de las HHSS como elemento de terapia, especialmente en su libro titulado *Conditioned reflex therapy (1949)*, donde

señala una serie de técnicas fundamentales, entre la que destaca la expresión verbal y la relevancia de las emociones (Garfield, 1995).

Posteriormente Wolpe (1958) se distancia de la aplicación de los principios basados en el condicionamiento clásico y comienza a utilizar un modo de entrenamiento de tipo asertivo como proceso terapéutico en la modificación de conductas desadaptativas. Es considerado como un precursor que amplía y difunde el concepto de habilidades sociales en el campo psicoterapéutico e incorpora el término de *conducta asertiva* para referirse a la expresión de cualquier tipo de emoción (excepto ansiedad) respecto a otra persona y a las conductas que permiten actuar a la persona en su propio interés, defendiéndose a sí mismo y permitiéndole expresar sus derechos sin menosprecio de los otros. Por su parte Gismero (2000) señala que a mediados de los años 70, las expresiones *habilidades sociales* y *conducta asertiva* llegaron a ser utilizadas de forma equivalente con elementos de tratamiento similares, dando lugar a números instrumentos de evaluación y literatura específica en los que se mostraba la importancia de la asertividad, el aprendizaje de técnicas asertivas y los buenos resultados obtenidos tras su aplicación (Galassi y Galassi, 1974; Rathus, 1973).

Con la aparición del denominado condicionamiento observacional o vicario por Bandura (1978), se refuerza el interés por el estudio y aplicación de programas específicos y del proceso de aprendizaje de la conducta humana aplicado a un contexto socio-cultural. Este enfoque da lugar a la teoría del aprendizaje social que junto a los postulados del condicionamiento operante que consideraba las HHSS adquiridas mediante el reforzamiento positivo, añadían el aprendizaje por observación y la retroalimentación del producto de las relaciones interpersonales y sociales.

Otro acercamiento teórico-práctico al estudio del comportamiento humano, viene en esta ocasión de situaciones socio-ambientales pertene-

cientes a contextos laborales. Partiendo de la psicología de las organizaciones se considera que las personas manifiestan, en su situación laboral cotidiana, una serie de expectativas y exigencias que desean ver satisfechas, no solo limitándose al desempeño de su puesto de trabajo; sino más bien, se centran en el nivel de implicación en las relaciones interpersonales en dicho entorno favoreciendo la interacción a nivel individual y grupal (Alderfer, 1976; Argyris, 1954; Herzberg, Mausner y Snyderman, 1967; Katz y Kahn, 1978; Maslow, 1943; March y Simon, 1958). Estos hallazgos se aplicarán al ámbito industrial (organizaciones laborales) con la introducción de la psicología social aplicada (Argyle y Kendon, 1967). En esta línea anticipaba Weber (1922), cuando distinguía entre grupos corporativos y otras formas de organizaciones sociales, señalando la diferencia entre relación social limitada mediante reglas, frente a otras más flexibles. Esta aportación da paso a un desarrollo de programas de HHSS abarcando temáticas como la selección de personal, formación, las prácticas organizacionales, la integración de minorías y el desarrollo de liderazgo.

A continuación nos vamos a referir a:

1. Principios básicos y componentes del entrenamiento en HHSS.
2. Técnicas de entrenamiento en general y en particular en personas con esquizofrenia.
3. Estudios e investigaciones y tendencias futuras.

2.1.- Principios básicos y componentes del entrenamiento de las HHSS

Recogiendo las aportaciones de autores como Caballo (2007), Ehrlich y Miller (2009), Halford y Hayes (1991), Kelly y Lamparsky (1985), Kelly (2002), Liberman y Corrigan (1993), Liberman, Massel, Mosk y

Wong (1985) y Mueser y Sayers (1992) se pueden señalar una serie de *principios básicos* presentes en todo entrenamiento en HHSS:

- Su base teórica se fundamenta en diversas disciplinas, entre las que destacan la psicología social, la psicología de la conducta, la psicología de las organizaciones, la psicología socio-ambiental, la psiquiatría/psicología comunitaria y la que estaría más ligada a las personas con TMG: la psicología clínica. Dentro de estas disciplinas podemos apreciar factores comunes como el modelo basado en el aprendizaje en sus tres tipos de condicionamiento (clásico, instrumental y observacional).
- Se consideran adquiridas y por tanto aprendidas en función de la fase evolutiva de la persona, la cultura, la comunidad de referencia y los distintos contextos donde se desarrolle.
- En su aprendizaje intervienen factores intrínsecos como la personalidad (procesamiento cognitivo) y extrínsecos (ambiente, contexto y situaciones).
- Su adquisición se produce de manera natural, a partir de las experiencias y de las instrucciones relacionadas con patrones educativos establecidos como la familia, el entorno escolar, profesional, entre otros.
- En su entrenamiento resulta fundamental extrapolar los contenidos adquiridos y asociados a situaciones de la vida cotidiana relevantes para la persona.
- El entrenamiento en HHSS debe seguir un programa de intervención, con unos requisitos mínimos basados en el rigor metodológico de la terapia de conducta.
- El proceso de adquisición de HHSS debe dirigirse tanto a la corrección de conductas ya adquiridas como a la adquisición de nuevas conductas.

2.- *Intervención en Habilidades Sociales (HHSS) para personas con esquizofrenia*

- Las personas entrenadas han de desarrollar un papel activo en el aprendizaje.
- Las técnicas que componen los programas de intervención en HHSS han de estar ajustadas a las necesidades individuales o colectivas del grupo a las que van dirigidas; igualmente, ha de tenerse en cuenta los factores socio-culturales significativos en el medio donde se va a producir el aprendizaje.
- El entrenamiento en HHSS va dirigido tanto a la población normalizada (equipos de empresa, grupos escolares, etc.) como a grupos específicos que presentan dificultad, entre los que podemos encontrar a las personas con TMG.
- Cuando se diseñan programas de HHSS dirigidos a colectivos con alteraciones a nivel de las relaciones interpersonales, han de tenerse en cuenta la sintomatología asociada o en su caso si existe una psicopatología de base, como podría ser la esquizofrenia.
- Los procedimientos basados en un entrenamiento en HHSS con un esquema de trabajo estructurado dentro del marco de la psicología cognitivo-conductual obtienen mejores resultados, frente a otros procedimientos.
- El uso de nuevas tecnologías como los programas informáticos para el desarrollo de HHSS y la utilización de internet son elementos que favorecen el aprendizaje.
- Parece conveniente que el entrenamiento en HHSS forme parte de los programas de intervención, de manera especial en aquellas patologías que presenten dificultades en las relaciones personales y socio-ambientales, con una clara repercusión en la integración comunitaria.

- La psiquiatría/psicología comunitaria recoge la prevención terciaria, que trata de evitar o disminuir las minusvalías generadas por las enfermedades mentales y sus discapacidades secundarias incluyendo la rehabilitación, entre los que destaca la utilización de los programas de HHSS.

Otro de los aspectos a considerar son los *componentes* que forman parte del proceso de aprendizaje de los programas de entrenamiento en HHSS, teniendo como objetivo el facilitar la aplicación del entrenamiento. Caballo (2007) a partir de la revisión realizada sobre diversos estudios distingue entre: componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos.

Los componentes conductuales estarían formados por la kinesia (expresión facial, postura corporal y gestos), proxémica (distancia-proximidad, contacto físico y apariencia personal) y elementos paralingüísticos (latencia, volumen, timbre, tono, fluidez, tiempo, claridad y velocidad). Los componentes cognitivos comprenden las percepciones sobre ambientes de comunicación y variables cognitivas de la persona (competencia cognitiva, estrategias de codificación y constructos personales, expectativas, valores subjetivos de los estímulos y sistemas de auto-regulación). Los componentes fisiológicos comprenden variables como la tasa cardiaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electro-dérmicas, la respuesta electro-miográfica y la tasa respiratoria.

Otra clasificación de los componentes de las HHSS es la que establece una serie de agrupaciones de elementos conductuales en función de la complejidad, la implicación emocional, la ansiedad o las demandas de respuesta frente a determinadas situaciones (Goldstein, 1980; Mueser y Sayers, 1992). En esta línea, se ha considerado clasificar como primeras habilidades sociales (escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, hacer un cumplido, etc.), habilidades sociales avanzadas

(pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás, dar tu opinión sobre lo que piensas al respecto, etc.), habilidades relacionadas con los sentimientos (conocer los propios sentimientos, expresar los sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado del otro, expresar afecto, resolver el miedo, auto-recompensarse, etc.), habilidades alternativas a la agresión (pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, empezar el autocontrol, defender los propios derechos, responder a las bromas, evitar los problemas a los demás, no entrar en peleas, etc.), habilidades para hacer frente al estrés (formular una queja, responder a una queja, demostrar deportividad después de un juego, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejan a uno de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión, responder al fracaso, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder a una acusación, prepararse para una conversación difícil, hacer frente a las presiones del grupo, etc.) y las habilidades de planificación (habilidades más avanzadas que permiten a las personas conocer y resolver problemas, teniendo en cuenta la importancia de la situación y las posibilidades que tenemos ante una situación concreta y dar a una respuesta adecuada).

Smith et al. (1996) establecen tres niveles (componentes) en función de los objetivos que se pretendan alcanzar: nivel topográfico (habilidades moleculares), nivel de contenidos (habilidades molares) y un tercer nivel donde se incluirían variables pertenecientes a la percepción social y resolución de problemas. Este acercamiento favorece la posibilidad de intervenir con cierto dinamismo, permitiendo un proceso integrador que podría partir con la recepción de la información social (percepción social), pasando al procesamiento de la información con balance de las alternativas de respuesta (solución de problemas) y finalizando con el envío de respuestas usando habilidades verbales y no verbales (respuesta topográfica).

Si centramos nuestra atención hacia los programas dirigidos a las personas con esquizofrenia, no encontramos grandes diferencias, pero sí matices como la clasificación de Bedell y Lennox (1994) y la propuesta de Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta (2004) diferenciando entre conductas expresivas, conductas receptivas, conductas interactivas y factores situacionales. Por su parte, Roder, Brenner, Hodel y Kienzle (1996) en la *Integriertes Psychologisches Therapie programm* (IPT) señalaba la distinción entre situaciones “carentes de riesgo”, situaciones más bien “arriesgadas” y situaciones “complejas”. También Ojeda et al. (2012) distinguen entre habilidades básicas, asertividad, manejo de conflictos, habilidades para vivir en comunidad, establecimiento de amistades, habilidades de conversación y destrezas orientadas a conservar la salud. Estos aspectos que se han estructurado en el programa REHACOP, cuya aplicación ha mostrado mejorías tanto clínicas, como emocionales y de *insight* (Ojeda et al., 2012). Por último, resaltar la importancia que adquiere cada vez más la introducción de intervenciones para favorecer la generalización en los programas de HHSS. Esta necesidad se ve reflejada en los trabajos del equipo liderado por Liberman y de forma explícita en el diseño de los módulos *Social and Independent Living Skills* (SILS) con nuevos componentes con el fin de incrementar las habilidades de los pacientes para hacer frente al estrés, conseguir una mayor autonomía personal e incentivar la participación activa en los tratamientos psiquiátricos (Carlson y Wiedl, 2013; Hawthorne, 2013; Liberman, 2007; MacKain y Mueser 2009).

2.2.- Técnicas de entrenamiento en HHSS aplicadas a Transtorno Mental Grave

Actualmente es difícil establecer un consenso en cuanto al procedimiento más utilizado o eficaces en el entrenamiento de las HHSS, ya que

como se ha indicado está en función de ciertos factores determinantes (población, patología, objetivos, medios, etc.). Sin embargo apreciamos, en la literatura científica, cierta armonía en relación a las técnicas utilizadas en los programas de entrenamiento en HHSS aplicado a personas con esquizofrenia.

Kelly (2002) señala dos modos de proceder en el entrenamiento en HHSS. En primer lugar lo que denomina *ingredientes activos* dentro de una sesión de entrenamiento como son las instrucciones (adiestramiento o presentación del formato teórico), modelado, práctica manifiesta (ensayo conductual), reforzamiento y *feedback* (reforzamiento del terapeuta). En segundo lugar considera otros elementos del aprendizaje con el objeto de favorecer la generalización de lo adquirido, señalando aspectos como la inclusión de nuevas situaciones de práctica durante las sesiones de entrenamiento, sesiones de apoyo, centrar la intervención en situaciones del ambiente natural donde se pueda utilizar habilidades recién adquiridas y el reforzamiento del terapeuta (cuando la persona manifieste haber utilizado la habilidad objeto de entrenamiento fuera del contexto de aprendizaje).

Rich y Schroeder (1976) consideran procedimientos similares a los anteriores aunque con una formulación diferente: operaciones de adquisición de respuesta (modelado, instrucciones), operaciones de reproducción de respuestas (ensayo de conducta), operaciones de moldeamiento y fortalecimiento de las respuestas (retroalimentación), operaciones de reestructuración cognitiva y por último operaciones de transferencia (tareas para casa). Por su parte, Kopelowicz et al. (2006) utilizan la combinación de diversos procedimientos (dentro del ámbito psicológico) enfatizando en componentes como la identificación de problemas, la colaboración del paciente, el establecimiento de metas, y la detección de conductas sociales específicas.

En relación a las *técnicas* más utilizadas en la intervención en personas con TMG, señalar las propuestas por autores como Bellack (2004), Brown y Munford (1983), Caballo (2007), Hogarty et al. (1986), Kaplan (2000), Kopelowicz et al. (2006), Liberman, Mueser y Wallace (1986b), Penadés y Gastó (2010), Pilling et al. (2002), Twamley, Jeste y Lehman (2003) y Wykes y Reeder (2005):

1. **Instrucciones**, entendidas como aquellas explicaciones breves y claras, centradas en las conductas que serán objeto de estudio en cada sesión. Se cuenta con estrategias como el condicionamiento operante, moldeamiento, encadenamiento, aprendizaje sin errores y el *scaffolding* o andamiaje como elementos para favorecer el aprendizaje de los contenidos.
2. **Modelado**, también conocido como aprendizaje observacional, imitación o vicario. Consistente en la observación de patrones adecuados de comportamiento que son objeto del entrenamiento con el fin de adquirir, incrementar, disminuir o eliminar determinadas conductas.
3. **Ensayo conductual**, donde los participantes en el programa ponen en práctica los comportamientos a adquirir, mediante cortas escenas, de forma apropiada y efectiva para afrontar situaciones de la vida real.
4. **Role-playing** (juego de roles), como una técnica de dinámica de grupo que también se conoce como técnica de dramatización o simulación. Consiste en que dos o más personas representen una situación o caso concreto de la vida real, actuando según el papel que se les ha asignado de tal forma que se haga más vivido y auténtico, con el objetivo de lograr que asuman determinados roles (actores) y transmitan al grupo la sensación de estar viviendo el hecho como si fuera la realidad.

5. **Retroalimentación** (*feedback*), que consiste básicamente en proporcionar información concreta y útil a los participantes en el programa a cerca de la actuación que han efectuado en el ensayo anterior. Esta técnica pretende conseguir de forma progresiva, un nivel de ejecución cada vez más próximo al modelo.
6. **Refuerzo**, es la técnica con la cual se pretende proporcionar a los participantes la motivación necesaria para que puedan hacer frente a las mejoras que han ido consiguiendo y a su vez continúen de forma eficaz los entrenamientos que han iniciado.
7. **Estrategias de generalización**, constituyen un medio de entrenamiento por el cual las HHSS aprendidas en las sesiones en entrenamiento se practican en el medio real, favoreciendo la adaptación a la vida.
8. **Procedimientos cognitivos**, que se encuentran presentes en todo el proceso de entrenamiento en HHSS como es la colaboración del terapeuta en la ayuda de la consecución de los objetivos determinado en los Planes Individualizados de Rehabilitación, utilización de herramientas como la solución de problemas, percepción social, reducción de auto-verbalizaciones negativas y toda intervención necesaria para conseguir un ajuste psicoterapéutico de la dinámica en el proceso de aprendizaje.

Por último señalar una de las técnicas de reciente desarrollo que también podría formar parte de los programas de entrenamiento en HHSS como es la terapia de **conciencia plena o *mindfulness***. Este procedimiento terapéutico ha mostrado ayudar a las personas a cambiar el modo en que se enfrentan a las situaciones vitales y familiares estresantes (Segal et al., 2010) y es utilizado con éxito en personas con esquizofrenia (Brown, Davis, LaRocco y Strasburger, 2010; Chadwich, 2009; Khoury, Lecomte, Gaudiano y Paquin, 2013).

La aplicación del entrenamiento en HHSS supera lo clínico siendo una “herramienta de trabajo” que no solo se limita a colectivos con dificultades especiales (disfunciones sexuales, mal funcionamiento de la pareja, soledad, etc.) o con psicopatologías específicas (fobias, ansiedad, adicciones, esquizofrenia...), sino que resulta de utilidad para el entrenamiento de equipos de trabajo, así como en la enseñanza/formación y en general en la mejora de la comunicación interpersonal. Como señala Phillips (1978), las HHSS pueden ser consideradas como un enfoque alternativo, utilizándose como un elemento que facilita y previene posibles desajustes. Oros estudios las consideran como un catalizador de mejoras cognitivo-conductuales para abordar situaciones problemáticas y alcanzar unos objetivos determinados, evitando estrategias poco adaptativas o estados emocionales negativos (Del Prette y Del Prette, 2013).

2.3.- Estudios e investigaciones en personas con esquizofrenia

Con la reforma psiquiátrica iniciada en EEUU, las intervenciones terapéuticas comienzan a cambiar del medio hospitalario al socio-comunitario y con ello se facilita la creación de otros recursos asistenciales que permiten la intervención en contextos *naturales*, surgiendo la psiquiatría y psicología comunitaria como una fuerza emergente asociada a la RPS. Por otro lado, ya se han expuesto algunos estudios sobre las HHSS, pero en este apartado nos centramos en los aspectos que han definido y definen dichos programas aplicados a personas con esquizofrenia, así como los resultados positivos y limitaciones que señalan las investigaciones en los casi 50 años de aplicación de estos procedimientos.

La literatura científica sobre el entrenamiento de habilidades sociales en personas con esquizofrenia es amplia (Bellack et al. 2004; Liberman,

Kopelowicz y Silverstein, 2005; Mueser y Tarrier, 1998), aunque parece que en la última década ha comenzado a estar en desuso la utilización del nombre de manera aislada (Cirici y Obiols, 2008). Aún sí, se cuenta con un gran número de estudios que se pueden agrupar en **cuatro periodos históricos**: periodo cero que denominamos pre-reforma psiquiátrica (ya comentado anteriormente), el primero orígenes donde comienza la utilización de intervención con destrezas sociales, (1960-1980); el segundo consolidación de la intervención con HHSS (1980-2000) y el tercero de integración y con nuevas aportaciones (2000-2015).

1º.- Orígenes: utilización de intervención con destrezas sociales, primeros ensayos de programas estructurados (1960-1980).

Estudios realizados en las décadas de los 60 y 70 pusieron de manifiesto que ciertas deficiencias que presentaban las personas con TMG estaban relacionadas con la comunicación y las relaciones interpersonales. De forma evidente esto se produce una vez que se expone a los pacientes a un entorno social fuera de los muros de los hospitales psiquiátricos. Algunos especialistas en SM llegaron a considerar que el entrenamiento en HHSS era un modelo alternativo al modelo médico tradicional de la psicopatología hasta ese momento (Argyle, Trower y Bryant, 1974). Posteriormente otros autores continuaron señalando importantes deficiencias en el funcionamiento social de los pacientes institucionalizados (Bryant, Trower, Yardley, Urbietta y Letemendia, 1976), con especial interés en el estudio realizado por Curran, Corriveau, Monti y Hagerman (1980) que abarcó una muestra de 779 pacientes pertenecientes a instituciones psiquiátricas insistiendo, como sus predecesores, en las numerosas deficiencias a nivel de comunicación interpersonal y social en los pacientes. Podemos considerar que durante estos años es cuando esta modalidad de intervención da lugar a numerosos estudios que ponen de manifiesto cuestiones relevantes relacionadas con su aplicación (Eisler, Miller y Hersen, 1973; Finch y Wallace, 1977;

Galassi y Galassi, 1974; Hersen y Bellack, 1976; Kazdin, 1974; McFall y Lillesand, 1971; Rathus, 1972).

2º.- Consolidación: apogeo de la intervención con HHSS (1980-2000).

En la década de los ochenta McFall (1982), propone una de las primeras clasificaciones de las variables relacionadas con las HHSS en un contexto clínico, comenzando estas habilidades a formar parte de los diseños de programas o investigaciones en personas con esquizofrenia. Este autor hace mención a la distinción entre habilidades moleculares y habilidades molares. Más tarde Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989) introducen el aprendizaje estructurado y defienden la importancia del contexto del aprendizaje de la habilidad junto a la topografía del comportamiento deseable, como aspectos fundamentales en los programas de entrenamiento. Otros estudios de relevancia son los de Bellack, Turner, Hersen y Lubert (1984); Liberman et al., (1986a) y Hogarty et al. (1986).

Como se ha indicado, durante años (periodo comprendido entre 1960 y 1980) la concepción de enfermedad mental fue perdiendo su carácter biologicista/degenerativo y ganando un carácter más psicosocial. Este nuevo enfoque surge al considerar la incapacidad del modelo médico para resolver situaciones de conflicto interpersonal alejándose de alcanzar unos objetivos deseados de integración en las personas con TMG. En esta línea, la necesidad de integración tanto familiar como comunitaria, favorecieron el desarrollo de programas que potenciaban el manejo de habilidades para el desenvolvimiento de dichas personas en su ambiente o en un contexto determinado (Phillips, 1978). Merece especial interés el libro de Liberman, DeRisi y Mueser publicado en 1989 titulado *Social Skill Training Psychiatric Patients* que enfatiza el entrenamiento en HHSS aportando directrices dirigidas a psicólogos o psiquiatras que trabajaban con personas con psicosis (Liberman, DeRisi y Mueser, 1989, 2001). A esto se le han añadido otros elementos igualmente determinantes para la RPS como la percepción social

y las capacidades de resolución de problemas cotidianos, incorporándose en la formulación de los programas de intervención (Bellack, Morrison, Wixted y Mueser, 1990). Cuestión que ya venía señalada por Kelly y Lamparsky (1985) al resaltar el deterioro en la conducta social presente en los enfermos con esquizofrenia y la importancia que va a tener la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, junto al estigma social (Lysaker, Bell, Kaplan y Bryson, 1998) y en los inicios de la presencia de sintomatología psicótica aun cuando no ha sido diagnosticada y/o tratada la enfermedad (Malla et al., 2004). Otros estudios que han pasado a ser referentes en la literatura son los realizados por Dobson, McDougall, Busheikin y Aldous (1995) quienes compararon un entrenamiento en habilidades intensivo con un tratamiento psicosocial de apoyo en pacientes de hospitales de día con bajos niveles sintomáticos. Las tasa de recaída fueron semejantes en ambos grupos, pero el programa de entrenamiento fue más efectivo en relación a los síntomas negativos. En esta línea Kopelowicz, Liberman, Mintz y Zárate (1997) indicaron que aquellos pacientes que no presentan sintomatología negativa deficitaria se benefician más y mejor del entrenamiento en habilidades, frente a quienes sí lo manifiestan que se muestran refractarios al entrenamiento.

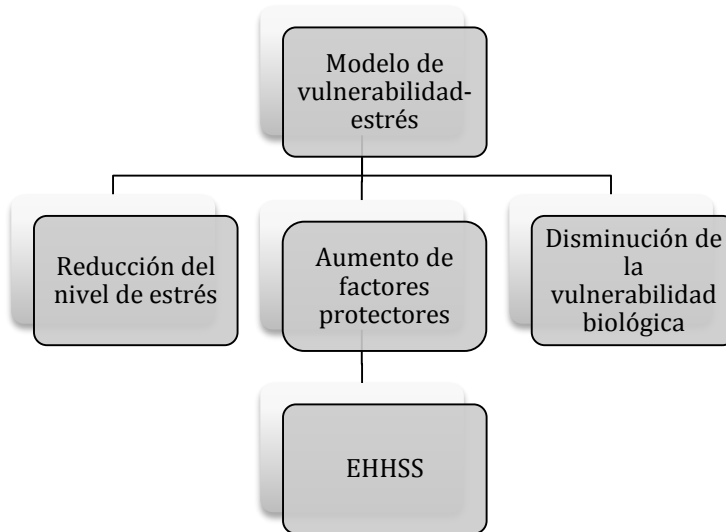
En la década de los 90 se aporta una amplia información como resultado de revisiones como la de Corrigan (1991) en un meta-análisis de 73 estudios sobre intervenciones de entrenamiento en habilidades sociales en población adulta con diversas patologías psiquiátricas. Este autor indica que los pacientes que participan en este tipo de programas amplían su repertorio de destrezas, las mantienen durante varios meses después de acabar el tratamiento y presentan una disminución de la sintomatología relacionada con las disfunciones sociales. Señalar también ser un método más útil para pacientes ambulatorios que para pacientes internos.

Por su parte, Benton y Schroeder (1990), en otro meta-análisis de 27 estudios sobre HHSS sólo en personas con esquizofrenia, concluyen que se produce un impacto positivo sobre medidas conductuales, en la asertividad autoevaluada y sobre la tasa de altas hospitalarias.

En general podemos concluir que durante este periodo la evidencia señalaba que el entrenamiento en HHSS produce mejoría en el funcionamiento social general, pero a su vez presenta dificultades en la generalización de lo adquirido mediante el aprendizaje. El entrenamiento en HHSS aborda otros aspectos de la rehabilitación como la integración mediante la formación y el trabajo. Por último comentar que en España también comenzaron a realizarse estudios como los realizados por Santolaya (1995); Varela (1994) y Vallina (1998).

Durante esta etapa surgen las bases teóricas para los diseños de programas de HHSS en personas con esquizofrenia estando vinculados con los dos modelos más relevantes para explicar la psicosis, el denominado de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) y el de Nuechterlein y Dawson (1984). Dichos modelos incluían tres componentes: reducción de nivel de estrés (evitación de situaciones ambientales amenazantes o los ambientes tóxicos), el aumento de los factores de protección (a través de programas específicos o mediante la actuación del entorno familiar) y la disminución de la vulnerabilidad biológica (programas de intervención farmacológica). Las HHSS incidirían fundamentalmente en el segundo componente aumentarían los niveles de protección, permitiendo amortiguar los efectos nocivos de los potenciadores y estresores con la consiguiente disminución de la probabilidad del aumento sintomatológico y ayudarían a alcanzar un nivel de ajuste pre-mórbido.

Figura 2. Componentes de la rehabilitación, según el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977)



Mueser y Bond (2000) consideran que los tratamientos psicosociales que cuentan con mayor apoyo científico al amparo del modelo expuesto de Zubin y Spring (1977) serían los siguientes: 1.- tratamiento comunitario asertivo, 2.- procedimientos de empleo protegido para la rehabilitación laboral, 3.- intervenciones familiares, 4.- entrenamiento en automanejo de la enfermedad, 5.- terapia cognitivo conductual para síntomas psicóticos y 6.- tratamiento integrado para pacientes con diagnóstico dual. Por su parte, Penn y Mueser (1996) consideran como tratamientos psicológicos eficaces las intervenciones familiares psicoeducativas, el entrenamiento en habilidades sociales, los tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes y los paquetes integrados multi-

modales. Estos autores mantuvieron la propuesta de considerar el entrenamiento en HHSS como uno de los abordajes terapéuticos más efectivos para la mejora de las personas con esquizofrenia.

3°.- Integración: nuevas aportaciones al entrenamiento en HHSS para esquizofrenia (2000- 2015).

Partiendo de la situación histórica comentada y con la entrada del **siglo XXI** se llega a considerar que la mayoría de personas con esquizofrenia tienen una gran capacidad para adquirir HHSS, aprendizaje que se mantiene en el tiempo y que generalizan a su funcionamiento social comunitario (Heinssen, Liberman y Kopelowicz, 2000; Mueser y Bellack, 2007). Igualmente, la aplicación de la práctica en vivo en contextos comunitarios puede maximizar el éxito del entrenamiento, promoviendo la transferencia de las HHSS desde el contexto de entrenamiento a la vida diaria (Glynn et al., 2002; Mueser y Bellack, 2007).

En esta primera quincena de siglo, se van evaluando nuevos datos como la necesidad de considerar en la puesta en práctica de las destrezas adquiridas factores como la ansiedad, los déficit funcionales y la motivación que cada persona puede experimentar en cada momento, pudiendo ser determinantes de éxito o fracaso de dicho aprendizaje (Velligan, Kern y Gold, 2006; Zabala e Iraurgi, 2000). Pfammatter, Junghanm y Brenner (2006) encuentran en su meta-análisis de 86 estudios controlados un efecto sobre la adquisición de HHSS amplio, señalando la importancia de que estos programas de entrenamiento sean homogéneos, duraderos y a su vez proporcionan una mejoría en el funcionamiento social, reducción de la psicopatología y la tasa de hospitalizaciones. Los trabajos de Kurtz y Mueser (2008) evalúan los efectos de las HHSS en personas con esquizofrenia comparándola con otras terapias activas o de intervención estándar, concluyendo que estas producen una mejora en las habilidades de la vida diaria, funcionamiento social, síntomas negativos y en prevención de recaídas,

aunque en estas últimas el tamaño del efecto es moderado e incluso pequeño. De interés los trabajos de Mueser y Bellack (2007), Kopelowicz, et al. (2006) y Pilling et al. (2002), pronunciándose por apoyar la eficacia del entrenamiento en HHSS en personas con esquizofrenia, pero matizando la importancia de considerar necesarios ajustes en los tipos de intervención y en la frecuencia en función de la fase de la enfermedad, así como la importancia de la generalización de lo adquirido en su aplicación a la vida cotidiana (proporcionando oportunidad, estímulo y refuerzo) resultan determinantes para la práctica clínica. También señalar la relevancia de incluir el entrenamiento en HHSS como un programa esencial formando parte de una intervención multidimensional e integrada en los programas de rehabilitación/recuperación. Esto se ve avalado por los trabajos realizados por McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo y Mueser (2007) que aportan evidencia sobre la necesidad de combinar intervención neurocognitiva (atención, memoria y solución de problemas) con el entrenamiento en HHSS, ya que el deterioro cognitivo podría afectar a un 70% de los pacientes con esquizofrenia incidiendo en la probabilidad de beneficiarse del entrenamiento en HHSS, cuestión ya señalada con anterioridad por Mueser, Bellack, Douglas y Wade (1991).

En cuanto a los recursos asistenciales Rus, Gutiérrez, Ortega, Ribas y Caqueo (2013) siguiendo a Kopelowicz et al. (2006) apoyan la eficacia de los programas psicológicos indicando la necesidad de implementar intervenciones con evidencia empírica como es el entrenamiento en HHSS en los servicios de salud mental en régimen ambulatorio para la mejora de los pacientes. No obstante, también existen estudios donde dicho entrenamiento resulta eficaz en régimen hospitalario (Yao, Geng y Wan, 2011).

Gil, Cantero y Antino (2013) realizan una revisión de artículos referidos al entrenamiento de HHSS publicados en la década 2002-2012, centrado específicamente en artículos de revisión y meta-análisis incluyendo

diversas patologías, entre las que se encuentra la esquizofrenia. Estos autores concluyen que existe una amplia evidencia de que las personas con enfermedades mentales severas, pueden aprender nuevas habilidades y mantener esas ganancias a lo largo del tiempo. En España cabe señalar estudios realizados por Cirici y Obiols (2008), Cuevas (2004), Robles, Medina, Flores y Páez (2007) y Zavala e Iraurgi (2000), que inciden en los mismos resultados.

En este período surgen diversos programas integrados en los que se trabaja tanto con módulos de entrenamiento en habilidades sociales como con módulos dedicados a la neurocognición (atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.) o la cognición social (procesamiento emocional, teoría de la mente, etc.) fundamentados por estudios como los realizados por Brüne, Schaub, Juckel y Langdon (2011), Dickerson y Lehman (2011), Dodell-Feder, Tully y Hooker (2015), Fett, Viechtbauer, Penn, Van Os y Krabbedam (2011), Hollin y Trower (2013), Kurtz y Richardson (2011), Lysaker et al. (2011), Moriana et al. (2015), Schmidt, Mueller y Roder (2011) y Ventura, Wood y Hellenmann (2013). De estos estudios parten una serie de iniciativas terapéuticas, a las que vamos a dedicar el tercer capítulo.

Además de las investigaciones centradas en las técnicas se trabaja en el desarrollo de modelos teóricos del funcionamiento de las habilidades sociales, poniendo el foco de atención el rol mediador de la cognición social o la integración de la neurociencia y el enfoque sociocognitivo (Beauchamp y Anderson, 2010; Nienow et al., 2006).

Una vez realizada esta breve y necesaria introducción sobre la base teórico-práctica que indica el entrenamiento en HHSS dentro de los factores protectores y con el propósito de esclarecer distintos aspectos relacionados con la aplicación del entrenamiento en HHSS para personas con esquizofrenia, se presentan una serie de estudios que nos proporcionan datos útiles

acerca de la eficacia, componentes de la intervención, formato del entrenamiento, paradigma, número de participantes en dichos programas, duración de los programas y fases de la enfermedad.

2.4.- Características de las intervenciones de los programas de HHSS

En relación con el **formato de los programas** los estudios muestran que tanto el formato individual como el grupal cuenta con buenos resultados. Sin embargo prevalece el formato grupal en la mayoría de los estudios realizados. En esta línea, señalar que existen variables que favorecen el aprendizaje grupal como es la homogeneidad de sus miembros, tanto en aspectos clínicos como sociodemográficos (Del Barco, 2006; Gómez et al., 2003). En cuanto al tamaño del grupo, varía en función de los objetivos, el tiempo del terapeuta y el número de personas disponibles con la recomendación de grupos de 8 a 12 participantes o de 4 a 8 (Caballo, 2007; Cuevas, 2010).

Como ya se ha comentado, por lo que solo vamos a mencionar, las **técnicas de intervenciones** más utilizadas y que han mostrado mayor eficacia dentro de los programas de entrenamiento en HHSS con personas con esquizofrenia, son los siguientes: instrucciones, modelado, *role-play*, ensayos de conducta, sobre-aprendizaje, tareas para casa (generalización), reforzamiento positivo y realización del aprendizaje en entornos adecuados (Bellack, Mueser, Gingerich y Agresta, 1997; Liberman et al., 1986a). Por último, los programas de entrenamiento en HHSS son más efectivos si van acompañados de programas de neurocognición, donde la cognición social y la metacognición, permitan el ajuste individual, estén altamente estructurados y cuenten con técnicas terapéuticas basadas en la evidencia (Beauchamp y Anderson, 2010).

En relación a la **duración** que debería tener un programa de HHSS para personas con esquizofrenia, se pueden apreciar una amplia variedad de opciones. En este sentido encontramos programas que van de una corta duración (entre 1 y 3 semanas) utilizándose preferentemente en pacientes en fase aguda, programas de duración intermedia (en torno a los 3 meses) e intervenciones que se mantienen durante 2 o más años orientados a personas con larga evolución de la enfermedad (Hogarty et al., 1986; Kopelowicz, Wallace y Zárate, 1998; Smith et al., 1996; Liberman, Kopelowicz y Smith, 1999; Marder et al., 1996). En general, parece recomendable una duración prolongada en el tiempo para alcanzar el máximo nivel de beneficio del entrenamiento en pacientes crónicos. Por su parte, Caballo (2007) señala al respecto que debido a que las personas con esquizofrenia están sujetas a estados que remiten y reaparecen de forma crónica, por tanto el entrenamiento en HHSS debería estar siempre disponible de forma continuada, empleando sesiones de apoyo (*boostersesions*) ya que los objetivos y competencias de cada persona se desarrollan y cambian con el paso del tiempo.

En cuanto al distanciamiento de las **sesiones**, quedan determinadas por una serie de factores entre los que se incluyen el nivel de funcionamiento, la complejidad de la habilidad social que se está entrenando, el nivel de déficit cognitivo que presenta el paciente, el nivel de generalización que se pretende alcanzar y la situación institucional donde se desarrolla el plan de intervención. En este sentido, un requisito terapéutico que determina la periodicidad de las sesiones, es que estas sean lo suficientemente frecuentes como para que los participantes no olviden los componentes previamente entrenados o presenten un detrimento en la ejecución de algún componente de una sesión a otra. Para los participantes que presenten un mayor deterioro cognitivo se considera más adecuado un incremento del número de sesiones. No obstante, también debemos considerar que si las

sesiones se realizan con demasiada rapidez y en periodos muy cortos entre las mismas, dificulte la consolidación de lo adquirido y favorezca la aparición de síntomas de ansiedad, dificultando el proceso de aprendizaje con la consiguiente desmotivación. Además es preferible incluir sesiones de entrenamiento adicionales para cualquier conducta o componente que presente alguna dificultad (Hernández y Sánchez, 2007).

En general, en cuanto a sesiones y duración de las intervenciones en HHSS la evidencia señala a considerar sesiones de 1 o dos veces por semana con tiempos de 45 minutos y al menos con una duración de 6 meses (Lehman y Steinwachs, 1994).

La relación existente entre la aplicación de un programa de intervención y la **fase de la enfermedad** en la que se encuentra la persona con esquizofrenia se ha convertido en un elemento determinante para el éxito de la intervención, como ya se ha comentado anteriormente al referirnos a la duración de los programas. Partimos de la experiencia de que esta técnica terapéutica se ha aplicado en los distintos momentos del proceso (estado agudo, sub-agudo y persistente) confirmando que el entrenamiento en HHSS se adapta a los distintos momentos de su evolución y a diferentes escenarios clínicos. También sabemos que las personas que padecen esquizofrenia son capaces de aprender habilidades sociales si el contenido, forma y duración del entrenamiento se ajusta a su nivel de tolerancia al estrés, limitaciones de procesamiento de la información, perfil sintomático, déficit de habilidades previas, deterioro cognitivo del aprendizaje y motivación (Vallina, 2010). Los resultados que se obtienen con las diferentes intervenciones en las posibles fases son positivos. En este sentido, Kopelowicz et al. (2006) señala que el entrenamiento en HHSS para la esquizofrenia obtiene una alta probabilidad (retención de la información para la vida real e independencia) cuando se realizan ajustes en el tipo de programa y la frecuencia en relación con las distintas fases de la enfermedad.

Actualmente podemos afirmar que la tendencia es a promover la necesidad de unir el tratamiento farmacológico y la rehabilitación (Sánchez y Roca, 2014), así como ajustes a las distintas fases de la enfermedad como muestran diversos estudios en pacientes en estado agudo (Kopelowicz et al., 1998), sub-agudo (Dobson et al., 1995; Hayes, Halford y Varghese, 1995) y en aquellos con formas persistentes (Lieberman et al., 1998). Dentro de este contexto y siguiendo la propuesta de Liberman (2002), los programas de entrenamiento en HHSS estarían más ligados a la fase estable de la enfermedad al encontrarse la persona con una estabilización sintomática (Lieberman, Kopelowicz, Ventura y Gutkind, 2002) y en condiciones de promover las capacidades para mantener una vida en la comunidad, haciendo uso de los recursos y dispositivos asistenciales de la RP (entre los que se encuentran los CRPS).

Como se aprecia a principios del siglo XXI se contaba con un amplio bagaje de experimentación y conocimiento sobre el entrenamiento en HHSS. La revisión de Heinssen et al. (2000) resulta fundamental para esclarecer la situación (Vallina y Lemos, 2001). A esta añadimos otros autores (Benton y Schroeder, 1990; Morrison y Bellack, 1987) para extraer las siguientes conclusiones:

- **Eficacia de las intervenciones.** Gran capacidad para adquirir, mantener y generalizar habilidades relacionadas con el funcionamiento comunitario independiente (mejoras en el ajuste social). Escaso o inexistente beneficio del entrenamiento sobre síntomas positivos.
- **Componentes de la intervención.** Utilización de formato altamente estructurado, repetición del aprendizaje nuevo, presentación auditiva y verbal de la información.
- **Fases de la enfermedad.** Buenos resultados con independencia del momento de la enfermedad (agudo, sub-agudo, persistente),

aunque precisa ajustes de formato (número y frecuencia de sesiones, duración del programa, etc.).

- **Duración de la intervención.** Existencia de una alta variabilidad que va de 1 a 3 semanas hasta intervenciones que se mantiene durante 2 años. Se considera una duración intermedia de 3 a 6 meses. Se recomienda intervenciones con una duración prolongada en el tiempo, especialmente en la fase estable.
- **Número y duración de las sesiones.** Se establece una media de una o dos sesiones semanales con duración de la sesión de 45-90 minutos. Resulta relevante una evaluación previa del deterioro cognitivo.
- **Generalización de los resultados.** Puesta en práctica de las habilidades adquiridas en contextos naturales se ve favorecida cuando se cambia de escenario o lugar de entrenamiento. Se ve favorecida cuando se crean oportunidades para utilizar las habilidades dentro del ambiente del paciente, con reforzamiento de agentes externos. Se ve facilitada cuando el tratamiento se mantiene durante largos periodos de tiempo.
- **Metodología de los estudios.** Existen deficiencias en las investigaciones realizadas sobre el entrenamiento en HHSS. Dificultad en la validez de las técnicas de evaluación y diagnósticas empleadas.

2.5.- Diseños en programas de HHSS: tendencias futuras

Se considera que el proceso rehabilitador/recuperador abarca diferentes dimensiones haciéndose necesario evaluar el nivel que posee la persona en relación a los procesos neuro-cognitivos, así como su implicación

con la sintomatología, su funcionamiento social y el contexto socio-comunitario. En esta línea de investigación se enfatiza en la necesidad de realizar una evaluación lo más objetiva posible, con especial interés en variables como la atención (sostenida y concentrada) según señalan estudios como los realizados por Suslow, Schonauer y Arolt (2001), la orientación (temporal, espacial y autobiográfica), la capacidad de abstracción y la capacidad de comprensión (Reeder, Smedley, Butt, Bogner y Wykes, 2006). Por otro lado, en relación al deterioro cognitivo el meta-análisis realizado por McGurk et al. (2007) y los trabajos de Bell y Bryson (2001) señalan que esta puede ser un factor que limita el éxito de las intervenciones psicosociales. En la misma línea de investigación Pfammatter et al. (2006) apuntan que entre los motivos principales para considerar la intervención en los trastornos cognitivos, se encuentra la interferencia que producen en el proceso de adquisición de información ya que pueden disminuir el rendimiento de los programas de entrenamiento en HHSS. En resumen, esto podría representarse como un bucle entre las disfunciones cognitivas y las habilidades de afrontamiento interpersonal, aspecto ya comentado y que hace referencia al modelo de penetración de Brenner (1986). El estudio realizado por García-Bóveda, Velázquez y Velázquez (2004), indica que las HHSS están significativamente relacionadas con el funcionamiento social y que se expresan en las dimensiones de comunicación y empleo. Es importante señalar que la dependencia entre deterioro neurocognitivo, funcionamiento social y la adquisición en habilidades interpersonales/sociales es cada vez más evidente (Mueser et al., 2010a), siendo las variables más relacionadas la memoria verbal, la memoria de trabajo, el nivel atencional y la velocidad de respuesta psicomotora (Lee y Park, 2005). Estos hallazgos orientan a considerar que los diseños de programas de HHSS tengan presentes las condiciones neurocognitivas de las personas a las que van dirigidos (Silverstein y Wilkniss, 2004), siendo la razón por lo que es necesario contar con unos diseños de programas que se adapten a las necesidades de las personas y

que sean coherentes con sus limitaciones y fortalezas a la hora de llevarlos a la práctica en la vida real.

El **ajuste social** no solo estaría determinado por una sola variable, más bien es un conjunto de factores que interactuarían a distintos niveles, como indica Cañamares et al. (2001):

- Auto-cuidado (higiene personal, organización de la vivienda, calidad del sueño, salud, alimentación y consumo de tóxicos).
- Afrontamiento personal (capacidad de autocontrol, nivel subjetivo de ansiedad, habilidades sociales, nivel de autoestima y mecanismos utilizados para la resolución de problemas).
- Relaciones familiares (modo de relacionarse, apoyos percibidos y actividades gratificantes).
- Integración social (utilización de los recursos comunitarios y red social).
- Autonomía personal (trabajo, autonomía económica, economía básica y uso de recursos socio-sanitarios).
- Tratamiento (nivel de responsabilidad a nivel de tratamiento farmacológico, terapéutico y rehabilitador).

Con las nuevas aportaciones teóricas, habría que añadir una serie de dominios que confluyen para su éxito como la Cognición Social (CS) que irrumpe dentro de la literatura científica de la esquizofrenia en las interacciones sociales (Nienow et al., 2006). Por otro lado, sabemos que la CS hace referencia a procesos cognitivos sobre uno mismo, los otros, las situaciones sociales e incluye la percepción de emociones, la mentalización o comprensión de los procesos cognitivos de los demás (Teoría de la Mente), la percepción de situaciones sociales y los procesos de atribución (Beer y Ochsner, 2006), aspectos muy relacionados con el nuevo paradigma recuperador. Si en los apartados anteriores veíamos la necesidad de incluir en los programas de entrenamiento en HHSS el análisis de tarea y aspectos

relacionados con la competencia y adaptación social, ahora debemos añadir cuestiones como las señaladas por Addington, Saeedi y Addington (2006), Leonhard y Corrigan (2001) y Penadés y Gastó (2010) sobre CS. Señalan prestar especial interés a la percepción de estímulos sociales al estar estos afectados por una serie de condicionantes como son la familiaridad de la situación. Esta familiaridad está asociada a que los estímulos sociales resultan más abstractos y por tanto siendo más difíciles de percibir, a su vez estos estímulos requieren de un procesamiento semántico, que puede estar dañado en las personas con esquizofrenia, agravándose además con la dificultad que presentan en la comprensión de parámetros emocionales.

De los estudios sobre CS se derivan una serie de conclusiones que consideramos importantes para la elaboración de un plan de intervención en HHSS aplicable a personas con TMG (Rodríguez y Betancor, 2007):

- Las conductas que los seres humanos realizan son el resultado de la interacción entre la información nueva y el conocimiento previo (Modelo de integración de la información de Fiske y Neuberg (1990) y modelo de Kunda y Thagard (1996).
- La racionalidad humana no es el producto de un razonamiento lógico basado en el análisis exhaustivo de información relevante.
- Los motivos, afectos y emociones no son ingredientes incómodos del razonamiento, si no factores imprescindibles que aportan significado y valor a las informaciones.
- Los aspectos no conscientes y automáticos son una parte importante del escenario responsable de la conducta.

Como apreciamos, en esta última mitad del siglo XX y principios del XXI, las intervenciones realizadas mediante el entrenamiento de HHSS en esquizofrenia han puesto de manifiesto su utilidad y eficacia, pero también cuestiones relevantes para el futuro. En este sentido, Mueser y Sayers

(1992) ya señalaban la dificultad de la generalización de las conductas adquiridas mediante situaciones creadas “artificialmente” (modelado, *rol playing*) frente a las situaciones de la vida real, donde las personas tienen que afrontar experiencias cotidianas y poner en marcha habilidades específicas no programadas, teniendo que improvisar y resolver en el mismo contexto. En síntesis, parece que estas aportaciones ponen el énfasis en la validez ecológica y en señalar que la conducta social está en función de los contextos socio-ambientales de la vida real (Tyson, Laws, Flower, Mortimer y Schulz, 2008).

Destacamos también en el panorama de futuras programaciones, la contribución de los investigadores en este terreno (Aksoy y Baran, 2010; Glynn et al., 2002; Kopelowicz et al., 2006; Kurtz y Mueser, 2008; Spaulding et al. 1999):

- Los pacientes con esquizofrenia pueden aprender una amplia variedad de habilidades instrumentales y afiliativas en situaciones específicas del entrenamiento como son los contextos reales.
- En cuanto a la generalización de las habilidades adquiridas los resultados son moderados y decrecen cuando estas habilidades se presentan en contextos sociales complejos. La utilización de dichas habilidades en ambientes naturales mejora si son reforzados por terceras personas.
- Se aprecia dificultad en la adquisición de habilidades cuando las personas presentan una sintomatología clínica considerable, requiriendo intervención farmacológica y psicológica.
- Después de la implementación del entrenamiento en HHSS las personas informan de una disminución en los niveles de ansiedad social.
- Respecto a la retención de las habilidades adquiridas mediante entrenamiento, es escasa cuando la duración de los programas

es inferior a 2 o 3 meses con dos sesiones por semana si estas presentan una evolución crónica.

- En general, tras la aplicación de un programa de entrenamiento en HHSS se produce una reducción del número de recaídas y una mejora del funcionamiento social.
- Importancia de la evaluación de las variables neurocognitivas, ya que interfieren en el aprendizaje.
- Importancia de la CS como mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento social.
- Necesidad de integrar múltiples variables para obtener unos resultados óptimos del entrenamiento en HHSS, considerando que dichos programas han de estar en combinación con otros de probada eficacia.
- Ajustar los objetivos a las particularidades de cada persona, aspectos que se han de considerar *a priori* por medio del Plan Individual de Rehabilitación.

Por último, basándonos en nuestra exposición y fruto del resultado de las investigaciones comentadas, señalar una serie de indicaciones o recomendaciones algunas ya planteadas, pero que actualmente son verdaderos retos para los profesionales e investigadores en la utilización de los entrenamientos en HHSS en el TMG y en concreto en las personas con esquizofrenia. Estas podrían ser como los objetivos generales a los que acogerse para la elaboración de programas de entrenamiento (Maag, 2006):

1. Mejora del análisis de las conductas objeto de entrenamiento y de las herramientas necesarias.
2. Funcionabilidad del entrenamiento; es decir, qué objetivos pretendemos alcanzar y en todo caso que tengan una funcionalidad para la persona. Por ejemplo, con vistas a un futuro empleo o a la reinserción académica-formativa.

3. Búsqueda de instrumentos válidos y fiables para una evaluación multidimensional.
4. Considerar las variables personales de los sujetos sometidos a entrenamiento, como son los déficit/potencialidades que posee, sintomatología, apoyo socio-familiar, capacidad cognitiva, experiencias previas, etc.
5. Integración de una metodología clínica estándar para abordar el entrenamiento en HHSS en las personas con TMG.
6. Cualificación y formación del personal que ha de impartir los programas de entrenamiento en HHSS en personas con esquizofrenia.
7. Persistir en garantizar la generalización y mantenimiento de los logros alcanzados, favoreciendo en lo posible la validez ecológica.
8. Expansión y acceso a los entrenamientos al mayor número de personas en función del nivel de deterioro y fase de la enfermedad que presente, así como implantarlo en los distintos recursos asistenciales.

Como conclusión de este capítulo, señalar que las investigaciones nos llevan a considerar que los programas de entrenamiento en HHSS se fundamentan en los postulados de la teoría del aprendizaje y pueden ser aplicados en distintos ámbitos (escolar, comunitario, clínico y organizacional) con buenos resultados. En el contexto clínico, estos programas han sido utilizados como componente principal o como complemento del proceso terapéutico en diferentes patologías (O'Donohue y Krasner, 1995). En relación a la salud mental, en personas con esquizofrenia, indicar que el entrenamiento en HHSS cuenta con una amplia trayectoria de aplicación, aportando evidencia de la efectividad, aunque son numerosos los aspectos que deben ser perfeccionados, como la cuestión de la generalización y

aprendizaje de las adquisiciones (Gil et al. 2013; Gresham, 2009). Además de la efectividad, otros criterios resultan de importancia tales como la validez externa, la calidad metodológica de los estudios, la utilidad clínica, la preparación de los profesionales, el coste y beneficio; así como el empleo de programas informáticos (Galderisi et al., 2007; Ramdoss, Machalieck, Rispoli, Mulloy y Lang, 2012). Apreciamos como el modelo de vulnerabilidad-estrés sitúa las HHSS como un factor protector (Mueser y Bond, 2000). Factor que lleva implícito el aumento de la calidad de vida y la expectativa para favorecer que el paciente se implique en su proyecto de futuro, facilitando la promoción de la integración psicosocial en la comunidad (Aksoy y Baran, 2010; Glynn y Heavy, 2012; Mueser y Bellack, 2007). Basándonos en los argumentos expuestos, existen evidencias que señalan dificultades en la generalización y transferencia de los contenidos. Tener presente a la hora de valorar una intervención que ocurre como en otros campos de la intervención psicológica; es decir, nos encontramos con muchas alteraciones crónicas que a pesar de utilizar métodos de intervención eficaces, solo se alcanza a amortiguar los efectos de la alteración. Debemos considerar los entrenamientos en HHSS como una forma más de intervención para las personas con TMG, considerando que en la cronicidad existe una gran variedad de alteraciones, siendo la intervención psicosocial un medio que forma parte de algo más amplio o comprensivo que su aplicación aislada como son los tratamientos farmacológicos, los contextos socio-comunitarios y el entorno familiar.

3.- PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN/RECUPERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

La evidencia empírica señala que los tratamientos psicológicos aplicados a las personas con esquizofrenia junto a las nuevas estrategias farmacológicas son los procedimientos más utilizados y eficaces en RPS (Mueser y Bond, 2000).

Dado que uno de los objetivos de esta tesis es la elaboración y aplicación de un programa de intervención para pacientes con esquizofrenia hemos considerado relevante realizar una revisión de las principales áreas y programas de investigación utilizados en las últimas décadas. Esta revisión nos ha permitido considerar las importantes aportaciones de la literatura en el diseño de nuestro programa.

No se comentan en este apartado los programas de entrenamiento en HHSS, porque ya nos hemos referido a ello con más detenimiento en el apartado 2 de esta tesis.

En este apartado nos centramos en las áreas de intervención más utilizadas en la rehabilitación psicosocial y de los programas integrados más significativos que combinan el abordaje de varias de estas áreas.

3.1.- Áreas de intervención en RPS en personas con esquizofrenia

Los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces en la recuperación de personas con esquizofrenia, junto a las estrategias far-

macológicas, son las intervenciones familiares psicoeducativas, el entrenamiento en HHSS, los tratamientos conductuales-cognitivos y los paquetes integrados multimodales (Vallina y Lemos, 2001).

En el presente apartado se describen algunas de las estrategias mencionadas y otras como los programas de rehabilitación neurocognitiva, actividades de la vida diaria, ocio y tiempo libre, rehabilitación laboral y otros programas que suelen encontrarse en la cartera de servicios de los recursos asistenciales de RPS. En relación a los programas de HHSS ya han sido abordados en el capítulo 2 y respecto a los programas integrados dedicamos el apartado 3.2.

3.1.1.- Intervenciones familiares

En el abordaje de la esquizofrenia la familia ha pasado de ser considerada como una causante de la enfermedad (Halford, 1992) a ser un elemento clave y colaborador del proceso terapéutico esencial tras la reforma psiquiátrica. El principal impulso para la puesta en marcha de las intervenciones familiares surge de los estudios sobre Emoción Expresada (EE) realizados por Brown, Birley y Wing (1972) y por Vaughn y Leff (1976), contrastados por Bebbington y Kuipers (1994). Estos estudios versan sobre la relación presente entre la EE y la incidencia de recaídas en pacientes con esquizofrenia. En las décadas de los 80-90 gana protagonismo la terapia familiar de Falloon (1985), el modelo psico-educativo de Anderson, Reiss y Hogarty (1988), las acciones terapéuticas dirigidas al afrontamiento del estrés de Tarrier y Turpin (1992), los trabajos de Leff (1996) y posteriormente irrumpen las intervenciones con grupos multifamiliares de McFarlane (2002). En general este tipo de intervenciones tienen como objetivo la reducción del estrés familiar o del cuidador principal, la disminución de recaídas (Montero, Masanet, LaCruz y Bellver, 2006; Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara y Casavova, 2014); así como la reducción del riesgo

de hospitalización, mejoras del estado clínico y del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia (Mayoral et al., 2014). Entre sus técnicas se incluye la instrucción-educación sobre la enfermedad de la esquizofrenia, el entrenamiento en habilidades de comunicación, la solución de situaciones problemáticas y la reducción de la carga emocional. Esta intervención con familias ha resultado de utilidad (Lehman y Steinwachs, 1998) y se ha puesto de manifiesto en las numerosas revisiones sistemáticas realizadas sobre ensayos clínicos que podemos consultar en los trabajos realizados por el *Cochrane Schizophrenia Group*. En cuanto a la eficacia es de interés los resultados que aporta McFarlane, Dixon, Lukens y Lucksted (2003), que muestran como los beneficios de la aplicación de las intervenciones familiares se generalizan a distintos entornos clínicos asistenciales y en diferentes realidades socio-culturales. En cuanto a la duración de dichos programas encontramos un rango de posibilidades que va de formatos breves (entre 6 y 15 sesiones), intermedios (entre 9 y 18 meses) y prolongados (entre 2 a 3 años).

En España contamos con programas específicos como el Programa de Apoyo y Colaboración Familiar (PACF) diseñado por Touriño, Inglott, Baena y Fernández (2007) que se aplican en distintos dispositivos asistenciales de rehabilitación. En la *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG* (2009), la intervención familiar es recomendada como parte integral del tratamiento, señalando que debe tener preferentemente un formato unifamiliar, con duración superior a 6 meses y/o 10 o más sesiones y que deben incluir componentes psico-educativos, técnicas de afrontamiento y entrenamiento en HHSS (Kuipers, Leff y Lam, 2002; Muela y Godoy, 2001). No obstante, la evidencia empírica muestra que la intervención multifamiliar es igualmente eficaz, como señala la *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia* (Touriño et al., 2007) y que la

duración alcanza, en formatos más extensos, hasta los 3 años, siendo aplicada en contextos muy distintos (unidades de hospitalización, CRPS, CD, atención domiciliaria, etc.). En cuanto a los modelos de intervención señalar algunos clásicos como el entrenamiento en HHSS de Falloon y Liberman (1983), el modelo informativo de Anderson et al. (1986), el modelo de fomento de la autoayuda de Hatfield (1981) y el de McFarlane (1983) que defiende una posición distinta en cuanto al formato utilizando grupos multifamiliares. Este último modelo ha servido de referencia para el desarrollo de numerosos programas de intervención. Para terminar señalar la existencia de barreras en la implantación de las intervenciones familiares debido a la escasa valoración del papel que desempeña la familia en el proceso terapéutico (Lehman, 2000).

3.1.2.- Intervenciones psicoeducativas

Las intervenciones psicoeducativas parten de la consideración de que la persona con esquizofrenia es capaz de abordar su propia enfermedad. Estas intervenciones han diseñado distintos programas para favorecer el *insight* y por tanto el acercamiento del paciente mediante la conciencia de enfermedad, junto a necesidades de tratamiento psicológico y variables socio ambientales ligadas a la sintomatología. Otro de los intereses de dichos programas son la identificación y manejo de los denominados síntomas prodrómicos (Birchwood et al., 1989), así como el aprendizaje de acciones para el afrontamiento y la solicitud de ayuda en caso necesario, adquiriendo así la persona un papel activo en la evolución de su enfermedad orientada principalmente a la prevención de recaídas. Los trabajos realizados por Lee, Lieh-Mak, Yu y Spinks (1993) centran la atención en las estrategias necesarias para abordar aspectos formativos de personas con esquizofrenia. Los estudios de Süllwold y Herrlich (1992) señalan una serie de elementos claves para la terapia, y los de Goldman y Quinn (1988) aportan resultados

positivos de estudios tras la aplicación de un programa de educación para pacientes.

Moller y Murphy (1997) hacen hincapié en aspectos preventivos, así como el desarrollo de estrategias para educar al público, a los profesionales y enseñantes en la detección de los primeros signos de la psicosis. Estas estrategias tienen como objetivo reducir el tiempo que media entre el inicio de los primeros síntomas y el primer tratamiento educativo (Johannessen, Diesrud, Jakhelln, Zahl y De Leo, 2009). En relación al formato de aplicación de los programas Hogarty et al. (1995) han desarrollado un procedimiento de intervención psicoterapéutico empleando un formato graduado que enseña al paciente cuestiones relativas al manejo de su enfermedad mediante la auto-observación y monitorización, detectando pródromos para aplicar estrategias de afrontamiento basadas en el manejo del estrés, habilidades sociales y resolución de problemas en la vida diaria.

Las revisiones realizadas por Lincoln, Willhelm y Nestoriuc (2007), junto a los estudios de Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Engel y Kissling (2007), Mueser et al. (2006) y de Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy y Limb (1999) ofrecen resultados a favor de la psicoeducación. Señalan que esta mejora el conocimiento de la enfermedad y los programas resultan de mayor efectividad cuando incorporan a la familia, proponiendo la necesidad de ser integrada en una intervención complementaria con una duración aproximada de unos 9 meses y con sesiones de reforzamiento.

También son relevantes dentro de la psicoeducación los programas de autocontrol y fortalecimiento del estrés. Desde la década de los 90 el número de publicaciones sobre la aplicación de programas basados en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la esquizofrenia han aumentado y ofrecen resultados positivos (Turkington, Kingdon y Weiden, 2006).

Se consideran elementos centrales de las intervenciones psicoeducativas el control del estrés y las estrategias de afrontamiento (Gallach, Perona, Santolaya y Vallina, 2004; Hall y Tarrier, 2003; Hodel, Kern y Brenner, 2004; Hodel et al., 1998; Lecomte et al., 1999; Mueser et al., 2006; Norman et al., 2002; Robles y Peralta, 2006; Schaub, Andres, Brenner y Doncel, 1996). Dentro de las estrategias de afrontamiento destaca el aprendizaje de la relajación progresiva, la reestructuración cognitiva en situación de estrés, las técnicas de solución de problemas, la identificación de respuestas cognitivas, fisiológica y conductuales de la ansiedad, el control cognitivo y manejo de la crítica, la conducción de interpretaciones negativas y búsqueda de otras nuevas, la modificación de creencias asociadas a pensamientos e incluso estrategias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Por último, señalar que los programas de psicoeducación están bien considerados y son de aplicación en numerosos recursos asistenciales de rehabilitación, contando con una trayectoria sólida en la práctica clínica dentro del SNS de numerosos países como indican las principales Guías Clínicas (NICE, 2015; GPC, 2007).

3.1.3.- Rehabilitación neurocognitiva

Como señalan Penadés y Gastó (2010), la historia de la rehabilitación neurocognitiva estaría ligada a tres factores interdependientes: 1.- la concepción filosófico-social, 2.- el concepto vigente sobre el funcionamiento del cerebro y 3.- el desarrollo de las técnicas de rehabilitación. Siguiendo a estos autores entendemos que la rehabilitación neurocognitiva está compuesta de una serie de tratamientos psicológicos que intentan mejorar el funcionamiento neurocognitivo, e implica un proceso de aprendizaje que trata de incidir en el funcionamiento psicosocial.

La literatura científica indica que las personas con esquizofrenia presentan un bajo rendimiento en distintos aspectos del procesamiento cognitivo como la velocidad y procesamiento de la información, el mantenimiento de la atención, el aprendizaje verbal y no verbal, el reconocimiento y expresión emocional, las habilidades motoras, la función ejecutiva en especial de la memoria de trabajo, la cognición social y el funcionamiento intelectual global (Bozikas, Kosmidis, Kiosseoglou y Karavatos, 2006; De la Higuera y Sagastagoitia 2006; Fioravanti, Carlone, Vitale, Cinti y Clare, 2005; Gladsjo et al., 2004; Henderson et al., 2007; Heinrichs, 2005; Heinrichs y Zakzanis, 1998; Krabbendam, Arts, Van Os y Aleman, 2005; Nuechterlein et al., 2004; Rund, 1998).

Una de las razones del creciente interés por los déficit cognitivos es la relación existente entre estos y el pronóstico funcional, cuestión que apreciamos en aspectos como el auto-cuidado, las habilidades de comunicación, la autonomía, la vulnerabilidad al estrés, la discapacidad social, el rendimiento ocupacional, la conciencia de salud y enfermedad y la falta de adherencia a la medicación.

En rehabilitación neurocognitiva son de especial interés los trabajos realizados por Sohlberg y Mateer (1989) que proponen el denominado programa de entrenamiento del proceso atencional (*Attentional Process Training* -APT), surgiendo del modelo teórico de los procesos específicos y postula que la activación mediante el ejercicio repetido de las redes neuronales implicadas en los procesos deficitarios produce una mejora general del funcionamiento neurocognitivo. Por su parte, Delahunty y Morice (1993) basándose en los mismos principios que el APT, desarrollan junto al grupo de Til Wykes el denominado programa frontal ejecutivo (*Frontal/Executive program, F/E*). Dicho programa está compuesto por una serie

de módulos focalizando la acción en entrenar funciones como el entrenamiento oculomotor, la flexibilidad perceptiva conceptual y la psicomotricidad fina (Wykes et al., 2007).

Considerando las aportaciones señaladas y basándonos en el modelo de penetración (Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes, 2007) coincidimos en la necesidad de integrar programas neurocognitivos con programas de HHSS, especialmente en el entrenamiento de los procesos atencionales (concretamente la vigilancia), memoria verbal y función ejecutiva al estar directamente relacionados con la adquisición de dichas habilidades y en la resolución de problemas. Se ha encontrado evidencia donde se relaciona la neurocognición con la adquisición de HHSS en su manifestación verbal, y no verbal (Mueser et al., 2010a). Los procesos atencionales (concretamente la vigilancia) están fuertemente relacionados con la adquisición de HHSS.

Diversas revisiones sistemáticas realizadas (Krabbendam y Aleman, 2003; McGurk et al. 2007 y Roder, Mueller, Mueser y Brenner, 2006) señalan que la rehabilitación cognitiva mejora la cognición global, el funcionamiento psicosocial y la sintomatología psicótica. La importancia de la capacidad predictiva que la neurocognición tiene sobre la adquisición de HHSS y la solución de problemas (Bell y Bryson, 2001; Liberman y Green, 1992; Silverstein, Harrow y Bryson, 1994; Ücok et al., 2006) es una de las razones por la que la rehabilitación neurocognitiva se incluye en la RPS.

Otro aspecto que se debe considerar son las aportaciones de la *neuropsiquiatría cognitiva*, que desde principios de la década de los 90, propone como elementos a tener presente en la intervención rehabilitadora de la esquizofrenia, las investigaciones en la rehabilitación del daño cerebral o del tratamiento clínico de las alteraciones conductuales en las demencias. En esta misma línea se encuentra el modelo teórico de la *Rehabilitación Orientada a Cognits* que pretende facilitar la integración de diversas técnicas de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia y que estaría compuesta

por el modelo psicofisiológico conexionista de cognición y los modelos del lenguaje informático orientados a objetivos. Esto daría lugar a tener presente factores como la herencia, el polimorfismo y la plasticidad del cerebro (Fuster, 2012; Vargas, 2004 y Vargas, 2007).

Subrayando la importancia de la neurocognición y la cognición social en la esquizofrenia está el proyecto *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia* (MATRICS) (Fuentes, Ruiz, García, Soler y Dasí, 2008; Green, Harris y Nuechterlein, 2014; Ruiz, García y Fuentes, 2006). Este proyecto publicó en 2002 los siete ámbitos cognitivos críticos (dominios) en los que las personas con esquizofrenia presentan déficit: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas y cognición social (Geyer y Heinsen, 2005). El reconocimiento explícito de que la CS era un dominio cognitivo en el que aparecían problemas en estos pacientes ha hecho que se incluyan el procesamiento emocional, la teoría de la mente, la percepción, el conocimiento social y el estilo atribucional como componentes esenciales en la evaluación e intervención en la esquizofrenia (Penn, Sanna y Roberts, 2008). La Cognición social a su vez está íntimamente relacionada con el funcionamiento social (Brüne, 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Green, Kern, Braff y Mintz, 2000). De hecho se considera que tiene un papel mediador entre la neurocognición y el funcionamiento social (Brekke, Kay, Lee y Green, 2005). Por su parte Lozano y Acosta (2009) concluyen en su estudio que el marcado deterioro funcional y de compromiso social de la esquizofrenia, lleva a la necesidad de involucrar el aspecto cognitivo en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con esta enfermedad. En cuanto al déficit del control atencional se considera que constituye un modelo fisiopatológico que permite explicar, de manera integrada, la produc-

ción de los síntomas sensorio-perceptivos y de los síntomas subjetivos, las alteraciones del lenguaje y en la función ejecutiva. Se propone utilizar preferentemente técnicas que se sirvan del procesamiento automático de la información, como las técnicas de aprendizaje implícito, con el objetivo de mejorar las capacidades de inserción laboral y social de las personas esquizofrénicas (Vargas, 2004).

La importancia del *insight* metacognitivo y la necesidad de generar estrategias para la solución de problemas también son importantes para Wykes y Reeder (2005). Estos autores proporcionan un marco de intervención basándose en los principios de necesidad de creación de estrategias metacognitivas (solución de problemas, auto-instrucciones, entrenamiento en consecución de metas y entrenamiento en la presión del tiempo), creación de esquemas para tareas rutinarias y la creación de esquemas no rutinarios. El resultado de esta intervención sería favorecer a las personas el manejo adecuado a sus dificultades personales y a centrarse en la mejora de los procesos de organización y eficacia en la planificación de su vida. La literatura considera las aportaciones en el ámbito de la metacognición y “los sesgos atributivos” importantes para mejorar la sintomatología positiva en personas que presentan trastornos del espectro de las esquizofrenias (Craig, Hatton, Craig y Bentall, 2004; Foster, Startup, Potts y Freeman, 2010; Garety, Fowler y Kuipers, 2000; Mizrahi et al., 2006; Moritz y Woodward, 2007; Wykes, Steel, Everitt y Tarrier, 2008).

3.1.4.- Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de los síntomas psicóticos

El interés por las terapias cognitivo conductuales han ido en aumento a lo largo de los últimos años y en especial en combinación con tratamientos psicofarmacológicos (Kern, Glynn, Horan y Marder, 2009; Pe-

rona, Cuevas, Vallina y Lemos, 2003; Roth y Fonagy, 1996). Esta modalidad terapéutica centra su atención en las creencias, perturbaciones, emociones y sentimientos como resultados de un proceso. La TCC aplicada a las personas con esquizofrenia está dirigida fundamentalmente a aquellos pacientes que presentan delirios y/o alucinaciones resistentes a la medicación. Destacan los trabajos de autores como Kuipers et al. (1997), Tarrrier et al. (1999) y Sensky et al. (2000) que presentan resultados positivos de las intervenciones realizadas con la TCC. Drury, Birchwood y Cochrane (2000) encuentran recuperación sintomática consiguiendo de cinco años.

Perona y Cuevas (1999) han llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios realizados mediante diseños experimentales de caso único y aleatorizados con grupos de control. Concluyen que las terapias cognitivo conductuales son eficaces sobre la sintomatología psicótica y en especial en los síntomas psicóticos residuales, pero no lo son concluyentes con los síntomas negativos o con el funcionamiento social.

Por otro lado, resulta esencial establecer una relación terapéutica entendida desde un punto de vista rogeriano y la relevancia que tiene el *insight* metacognitivo como elemento imprescindible. En este sentido es de interés señalar el modelo de intervención propuesto por el Profesor de Psicología Clínica Paul Chadwick de la Universidad de Southampton que propone bajo la denominación de Terapia Cognitiva Basada en la Persona (TCBP). Chadwick (2009) parte de los trabajos anteriores realizados por Chadwick, Birchwood y Trower (1996), al adoptar la terapia cognitiva de Beck y de Ellis con el objeto de trabajar sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas. En el enfoque propuesto, terapeuta y paciente se relacionan en una atmósfera de empirismo colaborativo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), evitando la confrontación directa y el uso de "etiquetas" como esquizofrenia, delirio, psicosis, etc. Posteriormente Chadwick (2009) introduce el concepto de Zona de Desarrollo Proximal (ZDP) propuesto por

Vygotsky (1931), estableciendo cuatro dominios de trabajo (significado sintomático, relación con la experiencia interna, yo simbólico y esquemas). Una mayor profundización de los distintos modelos de intervención en TCC se puede ver en el libro “Dando sentido a las voces” de Romme y Escher (2005).

Nuevas aportaciones que parten del marco teórico de la epistemología constructivista y que ofrecen incluir en la intervención tanto a usuarios como a profesionales. En este sentido señalar la propuesta de intervención en los profesionales de la SM al establecer el término de *hostilidad terapéutica* para definir prácticas terapéuticas rígidas, producto de sistemas de constructos profesionales no permeables a la experiencia clínica (Marrero y Vargas, 2010). Esta orientación hacia los terapeutas también se puede apreciar en las denominadas creencias, sentimientos y comportamientos habituales que amenazan el trabajo de colaboración en la TCC y que son un problema para la construcción de la relación terapéutica (Chadwick, 2009).

3.1.5.- Programas de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

El déficit en las áreas de funcionamiento relacionadas con las AVD es un denominador común en las personas que padecen TMG de larga evolución. La mayoría de las personas padecen déficits funcionales en las áreas relacionadas con la higiene personal, el auto-cuidado, los hábitos saludables, el manejo del entorno social y doméstico. Estas dificultades conllevan una escasa competencia social que influyen negativamente en la recuperación y se traducen en una pobre calidad de vida en el paciente y en la familia.

Las AVD se pueden diferenciar según el grado de complejidad cognitivo-conductual, entre Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las primeras tienen

que ver con el cuidado personal de uno mismo, se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana y suponen un mínimo esfuerzo cognitivo automatizándose su ejecución tempranamente. Las segundas implican una mayor interacción con el entorno y suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz (Moruno y Romero, 2006).

Estos programas parten de un abordaje de la terapia ocupacional y suelen utilizar enfoques centrados en la persona, facilitándole una serie de objetivos relacionados con una ocupación. Además hay que tener en cuenta que este tipo de actividades son entendidas como conductas sometidas a las leyes del aprendizaje y por tanto pueden ser adquiridas mediante entrenamiento, pero para obtener mejores resultados en personas con TMG han de tenerse siempre en cuenta las necesidades expresadas, el momento vital en el que se encuentra la persona, el contexto socio-comunitario que les rodea y los déficit/dificultades que puedan tener. Por otro lado, dentro de las numerosas actividades básicas a entrenar se encuentran las siguientes: baño, ducha, vestido, higiene personal, aseo, actividad sexual, hábitos de sueño, cuidado de otros, movilidad en la comunidad, manejo de situaciones financieras, cuidado de la salud, cuidados del hogar, elaboración de comida y limpieza, etc. Resulta de interés el programa propuesto por Verdugo (2006) denominado “Programa de Habilidades de la vida diaria para la mejora de la conducta auto-determinada en personas con enfermedad mental grave y prolongada”, por su aplicabilidad en números recursos de rehabilitación.

En cuanto a su eficacia, existen experiencias que señalan que el entrenamiento en AVD conducen a mejoras en el funcionamiento social y la calidad de vida de las personas con esquizofrenia (Martínez, Durante y Noya, 2010). Sin embargo, en la revisión sistemática de Tungpunkom y Nicol (2008), donde se evaluó la eficacia de dichos programas comparándolos con programas estándar o grupos de apoyo, llegaron a la conclusión de que no hay suficiente evidencia y que los estudios tienen poca potencia

estadística. No obstante, se mantiene como uno de los programas de entrenamiento específicos dentro de los servicios de la RPS y están disponibles para personas que tienen dificultades con las tareas de funcionamiento cotidiano, destacando la importancia en el desarrollo en contextos naturales e incluso en el domicilio (Vellingan, et al., 2006).

3.1.6.- Programas de ocio y tiempo libre

Uno de los aspectos más normalizadores de una persona está basado en su tiempo personal, ese que no está sujeto a obligaciones externas, que uno realiza de forma voluntaria y se encuentra dentro de la búsqueda del placer (ir al cine, ir a un evento deportivo, asistir a un concierto, salir con los amigos, ser miembro de un club, etc.), aunque se considera ocio cuando se logra identificar la actividad más por su función que por su morfología. En este sentido se sabe que lo principal es alcanzar la satisfacción desligándose de las actividades productivas suponiendo una elección libre y voluntaria para evitar la monotonía, la rutina o el aburrimiento. Por otro lado, los programas de ocio y tiempo libre suelen desarrollarse en un contexto cercano a la persona siendo un elemento clave en la integración de esta en la comunidad y supone la utilización adecuada y placentera de los tiempos no destinados a la satisfacción de necesidades u obligaciones.

Los trabajos realizados por Paul y Lentz (1977) mostraron como la actividad física y otras actividades de ocio planificadas reducían la sintomatología (irritabilidad, depresión, falta de motivación, aislamiento social, etc.) y favorecían niveles de satisfacción y expresión de sentimientos (Cañamares et al., 2001). Los estudios basados en revisiones o en ensayos clínicos no hacen referencia a la importancia de la integración social a través de alternativas que organicen el ocio y tiempo libre, aunque podemos mencionar las aportaciones realizadas por Petryshen, Hawkins y Fronchak (2001) y Rudnick (2005) al considerar estos programas como ayuda en la

mejora de la satisfacción general en la vida de las personas con TMG, junto a la disminución de la percepción de soledad, fomentando la autoestima y la mejora de las relaciones sociales.

Todo esto merece un especial reconocimiento a la hora de diseñar estrategias terapéuticas encaminadas a favorecer actividades que requieran una participación en contextos comunitarios. En este sentido resultan de relevancia en los diseños de programas de entrenamiento en HHSS, ya que como se ha comentado guardan una relación directa con la “puesta en acción” de las habilidades adquiridas en contextos sociales reales, estando favorecidos por la motivación y satisfacción cuando estas acciones son planificadas de forma personalizada y siguiendo las preferencias de las personas.

3.1.7.- Programas de rehabilitación laboral

El ámbito laboral ha tenido una tradición terapéutica ligada a talleres ocupacionales y a programas de labor-terapia. Actualmente los programas están dirigidos a la integración de la persona al empleo ya sea protegido, con apoyo o normalizado (ordinario). Liberman et al. (1998) realizaron un estudio sobre la eficacia de la terapia ocupacional, que con el tiempo se ha convertido en un referente científico para la intervención con personas con esquizofrenia. Hay que considerar que el trabajo es una forma de integración y de autonomía básica para formar parte activa de una comunidad, alcanzando uno de los términos operativos de la recuperación, vida independiente y mantenimiento de relaciones sociales (Glynn, 2014).

En líneas generales, señalar la existencia de dos enfoques en el abordaje de la rehabilitación laboral en personas con TMG. Un primer enfoque consistente en entrenar a la persona y posteriormente situarla en el ámbito laboral (*train-then-place*) y un segundo enfoque (*place-then-train*)

que parte de la incorporación inmediata a un puesto de trabajo, para posteriormente aplicar un programa de aprendizaje y seguimiento (Boardman, Grove, Perkins y Shepherd, 2003).

Uno de los obstáculos más importantes para la integración laboral es el estigma. En este aspecto se han puesto en marcha distintos programas para la integración laboral a nivel mundial, siendo uno de ellos el denominado “La Esquizofrenia Abre las Puertas”, una iniciativa de la Asociación Mundial de Psiquiatría, que comenzó en 1996 y que tiene como objetivo combatir el estigma y la discriminación a la esquizofrenia. España, realizó el programa “Esquizofrenia sin rechazo”, en el que participaron 78 psiquiatras y se realizaron 49 seminarios, dirigidos a pacientes y familiares, por toda la Comunidad Autónoma de Madrid, alcanzando una audiencia de 990 personas.

Gómez et al. (2001) realizaron una importante aportación al señalar una serie de variables a tener presente en la integración sociolaboral con la puesta en marcha del programa de rehabilitación sociolaboral “INICIA”. Los autores apreciaron que los pacientes con mejor evolución sociolaboral se diferenciaban al inicio por tener una buena conciencia de enfermedad, menor grado de psicopatología general y de sintomatología psicótica positiva, una historia de ingresos más reducida, mejor funcionamiento en la memoria y en los procesos de abstracción/comprensión, mayor competencia social y mejores hábitos de trabajo. Igualmente señalándola importancia de delimitar los aspectos que pueden ser explorados como predictores de éxito en los procesos de inserción laboral, en la población de personas con enfermedad mental grave de nuestro entorno.

Información procedente de los Centros Especiales de Empleo (CEE), creados para personas con discapacidad, señalan que el empleo denominado *de transición* al mercado ordinario, debido a numerosas dificultades, queda en ocasiones como un empleo protegido e incluso marginal,

siendo una opción más eficaz el empleo con apoyo y que éste se encuentre dentro de un plan individual de rehabilitación/recuperación dando un aviso para que los distintos programas de rehabilitación laboral estén debidamente programados y cuenten con la suficiente garantía para alcanzar el objetivo deseado. Diversos estudios ponen de manifiesto la importancia de la intervención en este terreno (Bond, Drake y Becker, 2008; Crowther, Marshall, Bond y Huxley, 2001; Lecomte, Corbière, Simard y Leclerc, 2014; Rinaldi y Perkins, 2007).

Mueser, Becker y Wolfe (2001) examinan las relaciones entre preferencias, satisfacción y mantenimiento del empleo en personas con TMG. En cuanto a la modalidad (formato) de la intervención (grupal o individual) en relación al modelo de apoyo al empleo, el que mayor aporte investigador tiene es el apoyo individualizado (*Individual Placement and Support*), si nos remitimos al estudio realizado por Burns et al. (2007). Por otro lado, la evidencia científica sugiere que el Entrenamiento Pre-Vocacional (EPV) favorece la obtención de cualquier forma de empleo y las personas que recibieron además una intervención psicológica de apoyo obtienen mejores resultados. Las conclusiones de numerosos estudios nos llevan a considerar la necesidad de implantar programas de apoyo protegido, empleo ordinario, empleo con apoyo e incluso la creación de empleo mediante iniciativas para la puesta en marcha de empresas de economía social (abarca desde el autoempleo hasta la constitución de pequeñas empresas) para las personas con TMG y especialmente con esquizofrenia.

Según el panorama actual podemos apreciar una serie de vías al empleo que incluyen las mencionadas anteriormente, pero también otras alternativas como los *Clubhouse* (concepto que se originó con el *Funtain-house* grupo de Nueva York) que van adquiriendo mayor protagonismo dentro de la rehabilitación /recuperación y que combinan actividades como

el ocio y tiempo libre con tareas formativas e incluso funciones de colaboración o trabajo en equipo, tanto de forma voluntaria como remunerada. Se trata de una alternativa distinta a la “oficial” (recursos asistenciales de gestión pública o privada). Esta iniciativa es muy reciente en España, pudiendo señalar como ejemplo el club social inaugurado en 2012 en Busturia (Vizcaya) y fuera de nuestras fronteras la Casa Club “BienEstar” fundada en Córdoba (Argentina), donde resulta de interés el programa de rehabilitación neurocognitivo mediante el proyecto de una panadería “la preferida” que ofrece un conjunto de actividades pre-laborales y que puede ser consultada en su página web: www.fundacionrecuperar.org/casa-club.html.

3.1.8.- Otros programas de intervención

Existen otros programas o técnicas que también son de utilidad en el tratamiento de personas con esquizofrenia como son las *técnicas expresivas* (arte-terapia, músico-terapia, drama-terapia), el apoyo a la formación, la promoción a la inserción comunitaria y el apoyo a la vivienda.

Las técnicas expresivas cuentan con una larga tradición de implantación en los servicios de rehabilitación e incluso su eficacia ha sido estudiada como muestra el metanálisis realizado por Ruddy y Milnes (2005), poniendo de manifiesto la necesidad de una mayor investigación evaluativa sobre el efecto de estas terapias. Ruiz-Oyarzún (2014) señala las ventajas de la arteterapia en la esquizofrenia, señalando su necesidad en base a estudios en la intervención psicosocial (Morales-Hafelin, 2007), en la integración social (Seth-Smith, 1997), en la expresión emocional (Van Lith, Fenner, Schofield, Pawson y Morgan, 2009; Röhricht, 2014) y en el desarrollo cognitivo (Kaplan, 2000; Conejo y Chinchilla, 2010). Igualmente encontramos trabajos donde se produce una reducción de la sintomatología (Waller, 1996), una mayor orientación hacia la realidad (Reyes, 2007) y como elemento facilitador de las HHSS (Benítez y Berrocal, 2015).

También resultan de interés los programas dirigidos a la integración socio-comunitaria ya que facilitan a la persona con esquizofrenia su participación en su comunidad de referencia, aspecto que viene relacionado con su contribución activa y competente en la compleja red de instituciones, personas y relaciones que conforman y definen dicha comunidad. Las múltiples dificultades que las personas con esquizofrenia presentan, apoyan el uso de otro tipo de intervenciones como las dirigidas al trabajo con el estigma asociado a la enfermedad.

Otro de los programas de relevancia en la actualidad surge de las emergentes organizaciones de usuarios dentro del concepto de empoderamiento promovido por la Red Mundial de Usuarios y sobrevivientes de la Psiquiatría (*World Network of Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP*) con experiencias en España como la que realiza la Asociación Alonso Quijano en Madrid, fundada en Madrid en 1999 por pacientes de un hospital de día con intención de crear un espacio radiofónico al que dieron por nombre: *Los del cuatro a las seis* (Guinea y Casal, 2012).

Como se ha ido indicando en cada uno de las áreas de intervención propuestas y a modo de síntesis, destacar que adquiere cada vez mayor importancia la necesidad de un abordaje multidisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, técnicos de integración, etc.) y la utilización de diversos tipos de programas como la psicoeducación (pacientes y familiares), la terapia cognitiva conductual para síntomas persistentes, el entrenamiento en HHSS, los programas de AVD, la rehabilitación neurocognitiva, los programas de ocio y tiempo libre, los programas de rehabilitación laboral, etc. Esta diversidad de intervenciones no parece que tenga resultados óptimos de forma aislada sino dentro de una concepción integral y personalizada del TMG.

3.2.- Programas integrados utilizados en la intervención psicosocial para personas con esquizofrenia

En el punto 3.1 hemos abordado las grandes áreas en las que se ha intervenido en las personas con esquizofrenia. Ahora bien, la realidad de la intervención psicosocial pone de manifiesto que en los centros donde se atiende a estos pacientes se pone en marcha intervenciones en varias de estas áreas bien simultáneamente o secuencialmente. En las últimas décadas además se han elaborado programas de intervención que combinan abordajes de varias áreas.

Estos programas de intervención, también denominados *paquetes integrales multimodales* o *programas integrales*, son los más utilizados en la actualidad en la RPS. Estos parten de la idea de que las personas con esquizofrenia muestran diferencias en diversas áreas funcionales y el funcionamiento en cada una de estas áreas puede interferir en otras.

Uno de los programas integrados pioneros es el diseñado por el grupo de Brenner (1986) denominado Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia (IPT). Esta intervención cuenta con otros programas de desarrollo posterior que la han mejorado y ampliado (Roder et al., 2007). En la IPT se señala la importancia de la relación existente entre neurocognición y HHSS, relación que también indican distintos estudios afines que combinan las HHSS con elementos cognitivos (Penn, Mueser, Spaulding, Hope y Reed, 1995; Zanello, Perrig y Huguelet, 2006). Ejemplos concretos de esta situación son los estudios sobre la relación entre HHSS y función ejecutiva (Covington et al., 2005; Linscott, 2005; Marini et al., 2008), entre HHSS y fluidez verbal (Yamashita et al., 2005) y entre HHSS y memoria (Mueser et al., 1991; McClure, Ericson, Laibson, Loewenstein y Cohen, 2007; Sitzer, Twamley, Patterson y Jeste, 2008).

3.- Programas de rehabilitación/recuperación en el tratamiento de la esquizofrenia

En el presente apartado se presentan junto a la IPT los programas integrados de intervención más relevantes del momento actual que han resultado eficaces. Se intenta resaltar los aspectos concretos que estén directa (bien porque cuentan con Sub-Programas específicos) o indirectamente (presentan elementos terapéuticos que hacen uso de técnicas propias del aprendizaje social) relacionados con el entrenamiento en HHSS, que como se ha comentado es una parte fundamental de esta tesis. A continuación se presenta una tabla resumen (tabla 3) de los principales programas integrados.

Tabla 3. Programas de intervención integrados para la esquizofrenia

Programa	Áreas de trabajo Sub-Programas	Nivel de intensidad en HHSS
IPT Integriertes PsychologischesTherapie Programm. (Brenner, Hodel, Roder y Corrigan, 1992)	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciación cognitiva. • Percepción social. • Habilidades sociales. • Comunicación verbal. • Solución de problemas. 	Dedica uno de los sub-pro-gramas a las HHSS.
INT Integrate Neurocognitive Therapy. (Roder et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Neuro-cognición. • Cognición social. 	Abarca emociones, esque- mas sociales y afronta- miento en situaciones socia- les. Es una evolución de la IPT.
EMT Emotion Management Training. (Hodel et al., 1998)	Reducción de los estados emocionales perturbadoras en el funcionamiento cog- nitivo y social.	Mayor implicación en la parte social.
WAF Wohnen, Arbeit, Freizeit Entrenamiento en las habili- dades de ocio, vivienda y laborales. (Roder, 2008)	Enfocado a las HHSS y cognitivas.	Dedica parte del programa al entrenamiento en HHSS para implementar las metas propuestas.
CRT Cognitive Remediation Therapy (Wykes y Reeder, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad/atención. • Memoria. • Planificación/solución de problemas. 	Introduce elementos del EHHSS en el módulo de planificación y solución de problemas.

3.- Programas de rehabilitación/recuperación en el tratamiento de la esquizofrenia

<p>CET Cognitive Enhancement Therapy (Hogarty y Flesher, 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo. • Social. 	<p>Dedica parte a la CS e integra elementos de comportamiento ajustado a normas y reglas, perspectiva del otro y señales verbales y no verbales.</p>
<p>SCIT Social Cognition and Interaction Training (Penn et al., 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de emociones. • Estilo de cognición social. • Integración. 	<p>En el módulo integración se generaliza el aprendizaje a situaciones de la vida diaria mediante ejercicios que tienen elementos propios de las HHSS.</p>
<p>CBSST Cognitive Behavioral Social Skills Training (Granholm et al., 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento desafiante. • Capacitación en HHSS. • Solución de problemas. 	<p>Dedica un módulo a las HHSS.</p>
<p>NEAR Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (Medalia y Freilich, 2008)</p>	<p>Aprendizaje neuro-psicológico.</p>	<p>Promueve el funcionamiento cognitivo para las situaciones sociales.</p>
<p>REHACOP Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis (Ojeda et al., 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención/concentración. • Memoria. • Lenguaje. • Formación ejecutiva. • Cognición social. • Habilidades sociales. • Actividad vida diaria. • Psicoeducación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedica un módulo a las HHSS básicas • Asertividad. • Manejo de conflicto. • Habilidades para vivir en comunidad. • Habilidades para establecer amistades. • Habilidades para conservar la salud.
<p>MCT o MKT Metacognitive Training in Psychosis (Moritz y Woodward, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo atribucional. • Empatía. • Memoria. • Autoestima. • Conclusiones y sesgo cognitivo. 	<p>Estudios demuestran su eficacia en la mejora de los sesgos atribucionales reduciendo los delirios y mejorando la parte social (empatía y autoestima).</p>

Otros programas con relevancia en rehabilitación cognitiva son el *Neurocognitive Enhancement Therapy* de Bell, Bryson, Greig, Corcoran y Wexler (2001), el *Attention Process Training* de Sohlberg y Mateer (1989), el *Attention Shaping* de Silverstein, Menditto y Stuve (2001) y el *Errorless Learning* de Kern, Green, Mintz y Liberman (2003).

3.2.1.- *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT)*

La Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia (IPT) fue diseñada por el Dr. Hans D. Brenner y colaboradores en la Universidad de Berna (Suiza). Como ya hemos indicado son considerados pioneros en introducir programas integrados protocolizados que implantan elementos neurocognitivos elaborados para la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia. Este programa se ha puesto en funcionamiento en numerosos países como Alemania, Reino Unido, Italia, Francia, Austria y EEUU (Roder, Brenner y Kienzle, 2002). En España también ha tenido una amplia difusión con una primera publicación del manual en 1996 y otra más recientemente en 2007 (Roder et al., 2007).

La IPT está basada en el modelo de capacidad limitada y se considera *integral* al intervenir tanto en los déficits cognitivos, como en los comportamientos sociales deficitarios. Brenner en la década de los 90 señalaba que el procedimiento de actuación del programa está asentado en el abandono de una idea explicativa unidimensional por una nueva concepción multidimensional del origen de la esquizofrenia. Se asume una génesis que combina factores biológicos con otros de carácter psicosocial y personales llegando a un desarrollo teórico a partir del *modelo de vulnerabilidad-estrés* (Zubin y Spring, 1977). Se aprecia pues la existencia de una estrecha relación entre los desarreglos cognitivos básicos que aparecen en la enfermedad y el déficit funcional que presenta el paciente (Brenner et al., 1992). La IPT se apoya en el modelo de *capacidad de penetración* (Brenner et al., 1994; Brenner, Hodel y Roder, 1990), que propone la existencia de interacciones entre el procesamiento de la información y la conducta social. Todo esto daría lugar a la combinación de estos dos procesos y pretende explicar el inicio de los síntomas, la disminución de las habilidades sociales y el mecanismo por el cual dichas disfunciones se mantienen. Por otro lado, estas alteraciones en el proceso de la información estarían impidiendo la correcta

adquisición de habilidades de afrontamiento interpersonales, de modo que la persona con esquizofrenia, frente a los estresores sociales, experimentaría un nivel elevado de arousal que dificultaría el posterior desarrollo de sus capacidades cognitivas. Todo ello derivaría en un aumento de la vulnerabilidad del paciente y la adopción de un estilo de comportamiento socialmente evitativo.

Los resultados de las investigaciones llevada a término hasta 2011 (Roder, Mueller y Schmidt, 2011) sobre la aplicación de la IPT señalaban una serie de aportaciones como la mayor efectividad cuando se combinaban con terapia neuroléptica, la ayuda al paciente a la comprensión de sus problemas, la mejora de la percepción de sí mismo, favorecer la conexión con la realidad cotidiana y adquisición de conductas adaptativas de ayuda a la interacción social y en definitiva a afrontar la vida diaria con mayor éxito. El estudio y aplicación de la IPT ha supuesto un antes y después en la intervención con personas con esquizofrenia dentro de los dispositivos de rehabilitación como los CRPS, Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS), CD o similares.

La propuesta de intervención del grupo de Berna se centra en tres supuestos básicos (de los que derivan los cinco Sub-Programas) y actúa en diferentes niveles (ver tabla 4):

- Las personas con esquizofrenia presentan diferencias en diversos niveles de organización (funcionales).
- Las diferencias en un nivel pueden perjudicar las funciones en otros niveles.
- Los niveles guardan una relación jerárquica entre sí. Las deficiencias a nivel molecular interfieren en los niveles más molares (carácter penetrante).

Tabla 4. Niveles de organización en el modelo propuesto por el grupo de Berna (Brenner, 1986)

Niveles	Características
Atencional/perceptivo	Asociado al procesamiento de la información.
Cognitivo	Formulación y modulación de conceptos. Procesos asociativos pre-lingüísticos o atribucionales.
Micro-social	Capacidades sociales o de funcionamiento manifiestas en la conducta en un contexto social, siendo estas observables.
Macro-social	Afrontamiento de tareas complejas, como los roles sociales específicos.

Según los autores, para lograr una terapia efectiva, se precisa partir del desarrollo de los procesos básicos cognitivos (atención, percepción, memoria, etc.) que faciliten el entrenamiento en formas de conducta más complejas como la conducta social (Brenner, 1986). Razón por la que los subprogramas propuestos tendrían un orden determinado de aplicación (jerarquía); es decir, parte de los más simples a los más complejos.

La IPT está formada por 5 subprogramas como se aprecia en el siguiente esquema:

Figura 3. Módulos o Sub-Programas de la *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm* (IPT)



1. **Subprograma diferenciación cognitiva:** Tiene como objetivo mejorar los déficits cognitivos, como la capacidad atencional, la memoria, las funciones ejecutivas, o la formación de conceptos. Se lleva a cabo a través de una serie de ejercicios con diferentes materiales.
2. **Subprograma percepción social:** Tiene como finalidad la mejora de la capacidad perceptiva e interpretativa del paciente en situaciones sociales. Mediante la estimulación de las habilidades permite discriminar los estímulos sociales relevantes de los irrelevantes (atención selectiva), reduciendo los procesos que desajustan la percepción provocados por información incompleta y fragmentada. Se favorece mediante ejercicios de análisis, codificación, integración y comprensión de la información.
3. **Subprograma comunicación verbal:** Sirve de vínculo entre los dos anteriores, en los que la metodología de trabajo de la sesión está altamente estructurada, con aumento progresivo del nivel de implicación del paciente y el procedimiento es más flexible. Su objetivo principal es estimular el intercambio y la comunicación social entre los miembros del grupo.
4. **Subprograma habilidades sociales:** Está destinado a la mejora de la ejecución interpersonal de los sujetos. Su metodología de trabajo, aunque con algunas particularidades, no difiere sustancialmente de los tradicionales procedimientos de intervención en el entrenamiento en HHSS. Se realizan ejercicios de *role-playing*, en los que se ensayan diversas situaciones como pedir información, rehusar una petición de forma asertiva, disculparse, inicio, mantenimiento y cese de conversaciones, expresar agradecimiento, expresar reconocimiento y hacer cumplidos, etc. Se realiza en dos etapas: elaboración cognitiva (preparación

del desempeño de papeles) y ejecución del desempeño de papeles.

5. **Subprograma solución de problemas interpersonales:** Es un módulo donde se abordan de forma más abierta y flexible diferentes situaciones problemáticas aportadas por los participantes siguiendo el esquema propuesto por D'Zurilla y Goldfried (1971).

Información sobre la experiencias clínicas de su aplicación se pueden encontrar en: Alguero (2005), Bouza (2000), García, Fuentes, Ruiz, Gallach y Roder (2003), Lara-Muñoz et al. (2010), Penadés et al. (2003), Roder et al. (2007), Roder et al. (2006), Roder et al. (2010), Ruiz, García, Fuentes y García-Merita (2005), Solórzano, Padrós y González, (2011), Tomas (2009) y Vallina y Lemos (2001).

Tras la implantación de la IPT en diversos países y las publicaciones de los resultados de ésta, el programa de intervención se ha convertido en un patrón de referencia para la generación de nuevos programas.

En la misma línea de trabajo también del equipo de la Universidad de Berna se encuentra el programa de entrenamiento en habilidades de ocio, vivienda y trabajo (WAF) de Roder et al. (2008). Este programa comprende el entrenamiento en HHSS y de las capacidades cognitivas, e integra las intervenciones mediante entrenamiento convencional al contexto vivencial de la persona con esquizofrenia. Su estructura permite clasificar las necesidades personales y trabajar en función de los recursos disponibles. También se entrenan las HHSS necesarias para implementar las metas propuestas y el afrontamiento de las dificultades surgidas en el ambiente de trabajo (Fuentes, Cangas, Castillo y Roder, 2010; Roder et al., 2002).

Otras de las aportaciones del grupo son el programa de tratamiento orientado al afrontamiento y el *Emotion Management Training* (EMT). El

primero es un programa psicoeducativo que consta de cuatro Sub-Programas: información sobre la enfermedad, definición del estrés, desarrollo de conductas saludables e intervención familiar (Andrés, Pfammatter, Brenner y Jimeno, 2000). El *Emotion Management Training* (EMT) es un programa elaborado para reducir la influencia de los estados emocionales perturbadores en el funcionamiento social y cognitivo. Se estructura en 8 pasos que comienza con una descripción de las emociones por la persona hasta alcanzar formas de afrontamiento específicas (Hodel y Brenner, 1997).

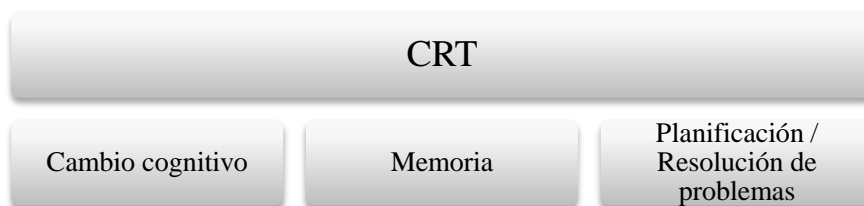
Descrita la IPT y los programas posteriores desarrollados por el mismo equipo (WAF, el programa de tratamiento orientado al afrontamiento y el EMT), vamos a hacer referencia al *Integrate Neurocognitive Therapy* (INT) (Roder et al., 2002; Roder et al., 2007; Roder 2010; Roder, Müller, Brenner y Spaulding, 2010; Roder et al., 2011). El manual ya está publicado en alemán y en inglés. El programa consta de 2 grandes módulos, uno de neurocognición y otro de cognición social. El módulo correspondiente a la neurocognición consta de los siguientes apartados: rapidez del procesamiento de la información y atención-vigilancia, aprendizaje verbal y visual, razonamiento y solución de problemas y por último, memoria de trabajo. El módulo de cognición social aborda los siguientes aspectos: percepción de recursos y déficit cognitivo, disposición a cambiar-motivación para la terapia, percepción emocional y memoria, formación de conceptos relacionado con las emociones, entendimiento de la perspectiva del otro (Teoría de la Mente), esquemas sociales (scripts), afrontamiento y procesos en situaciones sociales con carga emocional (Fuente et al., 2008).

El programa INT se realiza en grupos de 5 a 8 pacientes, en dos sesiones semanales con duraciones de 30-40 minutos y de 60 a 90 minutos para los último Sub-Programas, presentando una duración total de uno a dos años según las características de implantación.

3.2.2.- *Cognitive Remediation Therapy (CRT)*

La *Cognitive Remediation Therapy (CRT)* es un procedimiento terapéutico desarrollado por Wykes y Reeder (2005), que se articula en 3 módulos de intervención. El primer módulo denominado de cambio cognitivo, diseñado para la función atencional, el segundo módulo de memoria con especial énfasis en la memoria de trabajo y el tercer módulo de planificación orientado a la funcionamiento ejecutivo (ver figura 4). Es de aplicación individual, tiene una duración de 4 meses con 2 o 3 sesiones semanales de una hora de duración. Cuenta con ejercicios de papel y lápiz, graduados en niveles de dificultad, teniendo en cuenta el aprendizaje sin errores. Los trabajos realizados con el CRT confirman que dicho programa obtiene mejoras tanto en lo cognitivo como en el funcionamiento ejecutivo siendo un buen predictor del funcionamiento diario (Penadés et al., 2010; Thorsen, Johansson y Loberg, 2014). Presenta además un alto grado de utilidad como potenciador de las habilidades cognitivas y motivacionales necesarias para otras destrezas (De la Higuera y Sagastagoitia, 2006). Otros trabajos muestran sus efectos, tras meses de seguimiento, en la aplicación en personas jóvenes con un inicio temprano de la enfermedad (Wykes et al., 2007) y en la mejora en el funcionamiento social (Penadés, Catalán, Salamero, Boget y Puig, 2006).

Figura 4. Módulos del *Cognitive Remediation Therapy (CRT)*



3.2.3.- Cognitive Enhancement Therapy (CET)

La *Cognitive Enhancement Therapy (CET)* fue diseñada inicialmente para ser aplicada a pacientes con daño cerebral. Consta de un Sub-Programa de software de rehabilitación cognitiva (atención, memoria y resolución de problemas) y otro de cognición social (ver figura 5). Los autores del programa, Hogarty y Flesher (1999), señalan que esto está justificado desde el punto de vista teórico recurriendo a aspectos del neurodesarrollo, argumentando que las disfunciones cognitivas en la esquizofrenia supondrían un retraso en el aprendizaje social con la consiguiente discapacidad funcional asociada. El objetivo fundamental del CET sería promover una serie de aprendizajes que permitan alcanzar el desarrollo neurocognitivo y con ello conseguir el avance en el comportamiento social. El trabajo en cognición social se orientaría a considerar que las habilidades adquiridas han de estar disponibles en situaciones no ensayadas previamente, acercándose a los enfoques de la metacognición (Hogarty y Greenwald, 2006; Penadés y Gastó, 2010).

La intervención cognitiva se realiza por parejas con una frecuencia de una vez por semana con duraciones de dos horas por sesión y seis meses de aplicación. La intervención social se realiza en grupos de 6 a 8 personas con una periodicidad de una vez por semana, con duración de hora y media por sesión y durante 14 meses.

Resulta de interés el estudio realizado por Hogarty et al. (2004) donde se obtienen buenos resultados en memoria verbal, velocidad de procesamiento, cognición social y ajuste social. Otros estudios con resultados satisfactorios son los de Arehart-Treichel (2010), Eack et al. (2013) y Eack, Hogarty, Greenwald, Hogarty y Keshavan (2011). Especial interés tiene su utilización en el tratamiento de primeros episodios (Miller y Mason, 2004)

y la consideración de optimización de resultados en personas con un Coeficiente Intelectual (CI) superior a 80 y estables sintomatológicamente (De la Higuera y Sagastagoitia, 2006).

Figura 5. Módulos de la *Cognitive Enhancement Therapy* (CET)



3.2.4.- *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT)

El *Social Cognition and Interaction Training* ha sido elaborado por Penn et al. (2005). Este programa centra su trabajo en tres áreas de la cognición social: Percepción Emocional (PE), Estilo Atribucional (EA) y Teoría de la Mente (ToM). Sus tres módulos son: comprensión de las emociones, estilo de cognición social e integración (ver figura 6). Este último pretende alcanzar una mayor generalización de las conductas adquiridas ya que el objetivo final es la adaptación a la vida diaria de las personas participantes. El programa consta de 18 sesiones realizadas semanalmente.

Los resultados de los estudios muestran mejoría tanto en pacientes externos (Roberts y Penn, 2009; Roberts, Penn, Labate, Margolis y Sterne, 2010; Roberts et al., 2014) como en pacientes hospitalizados (Combs et al., 2007).

Figura 6. Módulos del *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT)



3.2.5.- *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST)

El *Cognitive Behavioral Social Skills Training* ha sido elaborado para la mejora de la Función Social (FS) en el mundo real. Este programa combina la TCC con el entrenamiento en HHSS. Utiliza técnicas como el juego de roles, habilidades de comunicación y solución de problemas. Su objetivo es favorecer el aprendizaje para que las personas con esquizofrenia afronten situaciones de la vida real con éxito. El programa consta de tres módulos o Sub-Programas: confrontación o pensamiento desafiante, HHSS y solución de problemas (ver figura 7). Se imparte semanalmente (entre 24 y 36 sesiones) con una duración por sesión de 2 horas y un descanso de 30 minutos donde los participantes dedican a tomar un aperitivo (para fortalecer en grupo lo adquirido en lo instruccional).

Investigaciones sobre resultados de la aplicación de la CBSST señalan mejoras en personas con esquizofrenia y con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Dichos estudios muestran la posibilidad de aprendizaje y mantenimiento de nuevas HHSS, resaltando el mantenimiento tras un año de seguimiento. Los autores recomiendan continuar con una serie de sesiones de refuerzo para la optimización de los logros en comprensión cognitiva (Granholm et al., 2007) y recientes estudios indican que es un tratamiento eficaz para mejorar el funcionamiento y los síntomas negativos en la esquizofrenia Granholm, Holden, Link y McQuaid (2014).

Figura 7. Módulos de la *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST)



3.2.6.- *Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation* (NEAR)

El *Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation*, enfoque desarrollado por Medalia, Dorn y Watras-Gans (2000), se centra en la utilización de técnicas cognitivo-conductuales bajo un enfoque educativo. En este programa se van a considerar los factores motivacionales y aptitudinales como elementos favorecedores de la motivación intrínseca y la generalización de las habilidades adquiridas (Medalia, Revheim y Casey, 2001) Para ello cuenta con aportaciones sumamente importantes como

son la contextualización del contenido objeto de aprendizaje y la personalización del mismo (Medalia, Revheim y Herlands, 2002). El NEAR parte de la evidencia de la efectividad de recuperación cognitiva y enfatiza en la necesidad de utilizar la actividad formativa y las técnicas de enseñanzas comunes a todo proceso de aprendizaje. El programa NEAR no utiliza un paquete de intervención rígido y opta por la exposición de una serie de ejercicios que son seleccionados en función de criterios de dificultad neurocognitiva y a su vez que resulten atractivos y motivacionales para las personas objeto del entrenamiento.

Penadés y Gastó (2010) señalan que los objetivos del NEAR se centran en promover una experiencia de aprendizaje positivo, favorecer el autoaprendizaje, la mejora de las disfunciones neurocognitivas y la autosuficiencia; así como facilitar el conocimiento de la relación cognición-conducta y promover un funcionamiento cognitivo óptimo para la ejecución en situaciones sociales.

Resultados con respecto a su eficacia se pueden encontrar en los estudios de Kern et al. (2009), Medalia y Richardson (2005), Medalia y Lim (2004) y Schwalbe y Medalia (2007).

3.2.7.- Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis (REHACOP)

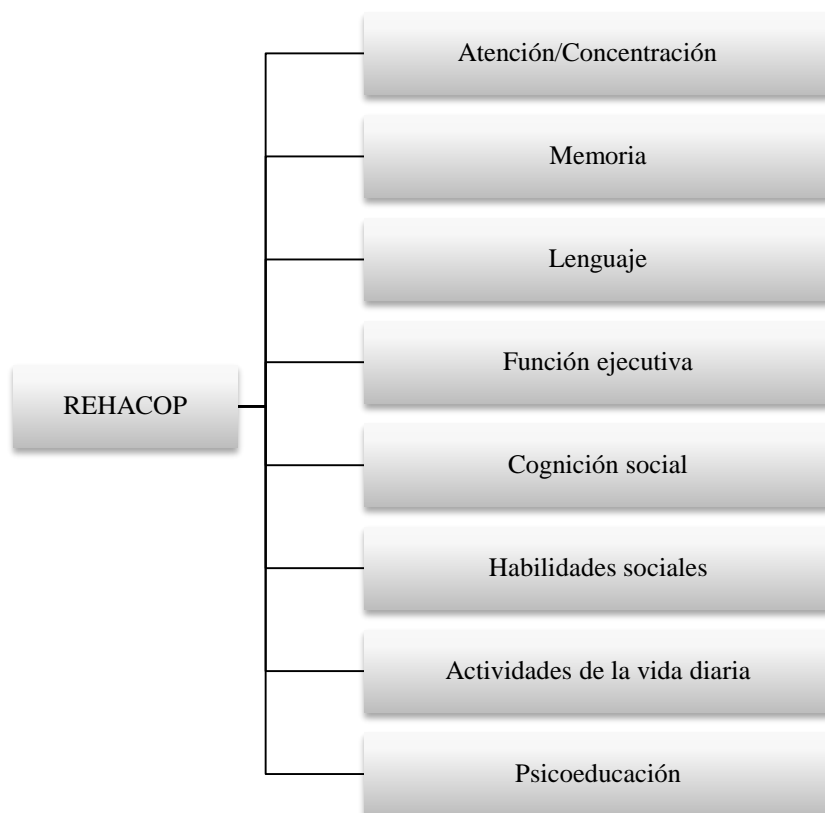
Programa diseñado por Ojeda et al. (2012). Ofrece una herramienta de trabajo para los profesionales que desean mejorar aspectos funcionales y relacionales de personas con esquizofrenia con un alto grado de dependencia y aislamiento. Los autores parten de la concepción de que la mejora de aspectos como la neurocognición facilitará un mejor desempeño diario del usuario, que unido al entrenamiento en habilidades sociales y de cognición social incrementa la funcionalidad.

3.- Programas de rehabilitación/recuperación en el tratamiento de la esquizofrenia

Consta de los siguientes módulos (sub-programas): atención/concentración, memoria, lenguaje, función ejecutiva, cognición social, HHSS, AVD y psicoeducación (ver figura 8). Tiene más de 200 actividades, se administra en sesiones individuales o grupales, organizadas de forma jerárquica con distintos niveles de dificultad. Está diseñado para un espacio temporal que va de los 3 a los 6 meses. El programa puede ser adaptado a las diferentes fases de la enfermedad y contextos asistenciales del paciente (hospitalización, tratamiento ambulatorio, centros sociales, CD, CRPS, CRIS, etc.). Se recomienda un formato intensivo durante un mínimo de tres meses. Se trabaja en grupo con tres sesiones semanales de una hora y media de duración. El módulo de entrenamiento en HHSS se centra en los siguientes aspectos: HHSS básicas, asertividad, manejo de conflictos, habilidades para vivir en comunidad, establecer amistades, destrezas para mantener una conversación y por último capacidad para conservar la salud. Según Ojeda et al. (2012) el entrenamiento en HHSS se orienta a fortalecer las destrezas de comunicación y un adecuado autocontrol emocional. También cuenta con tareas de empatía, asertividad, escucha activa y comunicación no verbal. Según sus autores las habilidades sociales actuarían de mediadoras entre el lenguaje y la cognición social, tanto en las personas sin psicopatología como en pacientes.

Los resultados de la aplicación del REHACOP señalan una mejora en la sintomatología negativa de pacientes con esquizofrenia (Sánchez et al., 2014).

Figura 8. Módulos del Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis (REHACOP)



3.2.8.- *Metacognitive Training in Psychosis (MCT)*

El programa llamado *Metacognitive Training in Psychosis (MCT)* diseñado por Moritz y Woodward (2007) se compone de 8 módulos orientados a conocer los sesgos y errores cognitivos comunes en la resolución de problemas (ver tabla 5). Se considera que estos sesgos pueden crear falsas creencias y favorecer la sintomatología positiva, particularmente los delirios (Freeman, 2007; Moritz y Woodward, 2007). El objetivo del programa es aumentar la conciencia de las distorsiones cognitivas, que presentan las

personas con esquizofrenia, y llegar a la reflexión crítica de las mismas produciendo cambios en la solución de situaciones problema, generando una nueva valoración de sí mismo y del medio social. Moritz, Veckernstedt, Bohn, Köther y Woodward (2013) exponen una revisión de distintos estudios empíricos sobre la formación metacognitiva y sobre el MCT. Favrod et al. (2014) obtiene buenos resultados con 8 sesiones semanales de una hora de duración tras un seguimiento de 6 meses. Estos resultados ponen de manifiesto la posibilidad de aplicación cuando deseamos conseguir resultados en un breve periodo de tiempo, considerándolo como un tratamiento de baja intensidad. Por último resulta de interés el trabajo presentado por Moritz et al. (2013) donde se ofrecen resultados de la aplicación del programa con una reducción de la sintomatología delirante. Moritz et al. (2014) y Moritz et al. (2013) señalan la importancia del trabajo en metacognición para mejorar la cognición social.

Tabla 5. Módulos, ejercicios y objetivos de Metacognitive Training in Psychosis (MCT)

Módulo MCT	Ejercicios (ejemplos)	Objetivo de aprendizaje
1. Atribución (Inferencias mono-causales)	Diferentes causas (uno mismo, los demás, las circunstancias) para eventos positivos y negativos complejos deben ser contempladas (por ejemplo, no aprueba un examen).	A los pacientes se les enseña a considerar varias causas en lugar de converger en las explicaciones mono-causales. Se destacan las consecuencias negativas de una atribución egoísta.
2. Salto a conclusiones I	Se muestran imágenes fragmentadas que representan objetos. Las decisiones apresuradas suelen conducir a errores y nuevos intentos desanima ciertas alternativas.	La desventaja de saltar a las conclusiones precipitadas.

3.- Programas de rehabilitación/recuperación en el tratamiento de la esquizofrenia

3. Cambio de creencias	Secuencias de dibujos animados se muestran en orden hacia atrás, lo que eliminar la ambigüedad cada vez más un escenario complejo. Después de cada escena (fotos), las interpretaciones son evaluadas.	Los pacientes aprenden a retener juicios hasta que obtienen suficiente evidencia y considerar contra-argumentos y puntos de vista alternativos.
4. Empatizar I	Se presentan imágenes de rostros humanos. El grupo debe adivinar lo que el personaje (s) representado puede sentir.	Está demostrado que las expresiones faciales pueden ser engañosas para la toma de decisiones en la sociedad y que la confianza en la respuesta tiene que ser atenuada en caso de una escasa evidencia.
5. Memoria (El exceso de confianza en los errores)	Escenas complejas (por ejemplo, de playa) se visualizan impulsando recuerdos falsos como podría ser la memorización de un balón a pesar de que no se ha presentado.	El carácter constructivo de la memoria se acentúa. Se anima a los pacientes a disminuir la confianza cuando se carece de pruebas.
6. Empatizar II	A los pacientes se les enseña que las situaciones sociales a menudo carecen de una solución clara y que múltiples aspectos de evidencia tienen que ser contemplados antes de llegar a una decisión definitiva.	
7. Saltar a conclusiones II	Se muestran imágenes, para los que el título correcto debe deducirse a partir de cuatro opciones de respuesta. Muchas imágenes provocan respuestas falsas.	Las desventajas de la toma de decisiones apresuradas.
8. Estado de ánimo y la autoestima	Se presentan los patrones cognitivos depresivos típicos (por ejemplo, un exceso de generalización).	Estrategias para mejorar y mantener la autoestima.

En síntesis, señalar que las intervenciones en pacientes con esquizofrenia optan por abordar las alteraciones neurocognitivas, especialmente la atención, la memoria y la función ejecutiva, ya que estas inciden negativamente en el aprendizaje (Mueser et al., 2010b) y esto a su vez influye considerablemente en el mantenimiento y generalización de las HHSS entrenadas (Mueser y Bellack, 2007). Las investigaciones sobre programas de intervención, en la actualidad, ponen el foco de atención en la CS por su papel de mediadora entre funcionamiento neurocognitivo y el funcionamiento social (Nienov et al., 2006). También destaca en el panorama actual la creciente importancia que han adquirido las intervenciones psicológicas basadas en la TCC en alucinaciones y delirios (Chadwick, 2009), la intervención familiar (Leal, Sales, Ibáñez, Giner y Leal, 2008), el entrenamiento en AVD (Urizar y Giráldez, 2008), la rehabilitación laboral (Glynn, 2014) y otros programas como las técnicas expresivas (Vella, y Solera, 2012). Señalar de nuevo la importancia de la utilización de programas integrados como la IPT, CRT, CET, SCIT, CBSSIT, NEAR, REHACOP y MCT en la rehabilitación psicosocial y la importancia de pensar en la recuperación, empoderamiento y calidad de vida de las personas con TMG. Todos estos programas integrados están basados en modelos como el propuesto por Zubin y Spring (1977), el modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia (Lieberman, 1988) y el modelo de capacidad de penetración (Roder et al., 1996).

Resaltar que la literatura al respecto, señala que los tratamientos psicológicos deben ser multimodales, integrales, acordes a las fases de la enfermedad, estructurados, continuos, coordinados y socio-contextuales. Añadiendo que han de estar orientados a las necesidades y capacidades de cada persona (Plan Individualizado de Rehabilitación) pudiendo llevarse los ajustes y orientaciones de una forma adaptativa en función del momento y los recursos disponibles.

PROGRAMA CONECTA

4.- PROGRAMA DE HHSS EN CONTEXTOS REALES PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA (CONECTA)

4.1.- Necesidad y aportación del programa CONECTA (mecanismos psicológicos mediante los que actúa el programa)

La elaboración del programa surge ante la necesidad de ofrecer un plan de intervención complementario a la Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia (IPT) que facilitara la generalización y transferencia de las HHSS al contexto real y socio-comunitario de la Comunidad Autónoma de Canarias.

En su elaboración se ha tenido presente entrenar en situaciones cotidianas en el medio natural las conductas que con más probabilidad se utilizarán en la vida diaria o en momentos significativos de esta, repetir las conductas entrenadas para que se produzca un sobre-aprendizaje, aprendizaje de los contextos a entrenar, graduar el nivel de dificultad de las situaciones (contextos), interactuar con distintos interlocutores en distintos contextos, garantizar el reforzamiento de las conductas (*in situ*) con posibilidad de éxito, favorecer la solución de problemas en situaciones no previstas, adaptar los contenidos del programa a las variables socio-culturales de los participantes, formar en los elementos contextuales (instrucción) y proporcionar un asesoramiento que permita una intervención individualizada, segura y flexible.

Se busca también proporcionar actividades donde los participantes interactúan con otras personas desconocidas en contextos significativos de su espacio socio-comunitario y que facilitan obtener satisfacción de ciertas necesidades como solicitar una consumición en una cafetería, desplazarse por un municipio que no conoce o pedir información para realizar un viaje.

A continuación se señalan términos relevantes considerados en la elaboración del programa, con indicación de su correspondencia en la estructura y desarrollo del mismo. Estos resultan de interés en el momento de la adquisición y en la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos. También se indicarán las estrategias empleadas en la intervención tanto en contexto sociosanitario como socio-comunitario por medio de los módulos, áreas, secciones y niveles más significativos del programa CONECTA. Estos aspectos se desarrollan posteriormente, remitiendo al apartado 4.5 (Estructura del programa) y dentro de éste a la figura 9 y tabla 6. Se completa esta consulta con el apartado dedicado a términos y acrónimos del programa CONECTA y con la presentación del programa en formato DVD (Anexo VIII).

Generalización: entendida como la aparición de respuestas o habilidades recién aprendidas bajo condiciones distintas a las del aprendizaje inicial. Podemos distinguir:

- Generalización en el tiempo: refiriéndonos al mantenimiento de una habilidad en el repertorio de la persona durante un periodo de tiempo superior al del aprendizaje original. Se pretende conseguir con la continuidad de los distintos Sub-Programas del módulo de Habilidades Sociales en Contexto (en adelante HHSS-C) y sus respectivos niveles de intervención según el módulo de Habilidades Sociales en Contexto Real (en adelante HHSS-CR), con una duración de 6 meses.
- Generalización en ambientes distintos: entendida como la presencia de la habilidad en contextos distintos a la situación de entrenamiento. Partiendo de un entrenamiento en contexto socio-sanitario (contexto del CRPS) por medio del HHSS-C se generalizan a otros contextos socio-comunitarios a través de inter-

venciones in situ mediante la aplicación del HHSS-CR. En ambos módulos se entrena en distintos Sub-Programas (cafeterías, municipios y agencias de viajes).

- Generalización a situaciones inter-personales distintas: entendido como la presencia de las habilidades aprendidas en situaciones interpersonales nuevas. Este aspecto lo apreciamos en el *role-play* de los Sub-Programas (SP) del módulo HHSS-C y en los *in situ* operativizados en niveles (SPN) del módulo HHSS-CR, ante la posibilidad de dar respuestas a situaciones no predecibles originadas por situaciones socio-comunitarias en tiempo real.

La generalización se trabaja por medio de *role-play*, focalizando la instrucción de tal forma que los participantes aprendan y comprendan los principios generales que sustentan la instrucción (definición, estructura, función social, claves contextuales, normas sociales, situaciones normalizadas y experiencias) de cada uno de los Sub-Programas (SP1, SP2, SP3). También favorece la generalización la exposición a situaciones cotidianas donde poder experimentar las habilidades adquiridas, reforzamiento directo en el empleo de las habilidades en situaciones reales, la modificación de las auto-verbalizaciones facilitando las nuevas conductas socialmente competentes y la reiteración de las conductas adquiridas/refuerzo de los contenidos aprendidos a lo largo del tiempo que dura el periodo de intervención.

Transferencia: Como traslado de lo adquirido en condiciones bajo control u otras situaciones propias de la vida real, pero previamente ensayadas para su desenvolvimiento. También como la facultad de “transferir” el repertorio de conductas de un contexto a otro ajustando las respuestas en función de las distintas variables contextuales. Entendemos como la transferencia de lo adquirido en el los Sub-Programas (SP) del módulo HHSS-C a los niveles (N1, N2, N3) del módulo HHSS-CR, pero también entre los

distintos Sub-Programas (SP1, SP2, SP3) y sus niveles correspondientes (SP1N1, SP1N2, SP1N3; SP2N1, SP2N2, SP2N3, SP2N4; SP3N1, SP3N2, SP3N3).

La transferencia se consigue por medio de resaltar elementos comunes a distintos contextos o situaciones inter-personales o socio-ambientales mediante apoyo tanto en módulo HHSS-C como en módulo HHSS-CR. Para ello hacemos uso de técnicas como el andamiaje, encadenamiento, aprendizaje sin errores, reforzamiento y en las intervenciones del sobreaprendizaje, ya que cuando realizamos intervenciones en un determinado SP, se intenta reforzar contextos ya entrenados. Por ejemplo, si se ha realizado el SP1 del HHSS-C (Bares y cafeterías) y los niveles correspondientes en HHSS-CR y nos encontramos realizando el SP2 del HHSS-CR (Municipios), se prevé que durante el entrenamiento *in situ* del SP2 se refuerce el SP1 del HHSS-CR. Acción que se realiza introduciendo el SP1 del HHSS-CR (Bares y cafeterías) dentro de la dinámica del SP2, de tal forma que una vez que los participantes se encuentren en un municipio determinado (SP2N1, SP2N2, SP2N3) realicen un descanso en una cafetería de dicho municipio para realizar una consumición.

Adaptabilidad: A medida que las personas interactúan con resultados satisfactorios (con ayuda) reciben mayor *feedback* social positivo produciéndose un mayor ajuste con los elementos del contexto socio-comunitario. Esto se facilita mediante las intervenciones en contextos de la vida diaria por medio del HHSS-CR y la práctica que cada integrante pueda realizar de forma autónoma.

Funcionalidad: El plan de intervención propuesto pretende tener una “razón de ser” para las personas objeto de dicho aprendizaje. Entendiendo el programa como un medio que favorece la capacidad de adaptación a las necesidades personales de cada uno de los participantes.

Metacognición: Se pretende dar oportunidad para que las personas puedan construir nuevas competencias mediante la adaptación de las conductas habilidosas adquiridas a nuevas situaciones con elementos impredecibles. La interacción real proporciona la oportunidad para que cada participante dé respuestas adaptativas (solución de problemas) y con ello elaboren nuevos patrones de conducta, con la ayuda del personal técnico que actuaría como facilitador (concepto de zona proximal). Estos aspectos se entrenan desde los módulos HHSS-C (secciones) y niveles del HHSS-CR:

- a. Situaciones normalizadas (instrucciones).
- b. Modelado/*role-playing*.
- c. Intervenciones *in situ* del HHSS-CR, especialmente en los niveles de mayor complejidad (PS1N3, SP2N3-N4, SP3N3).

Motivación: Una de las manifestaciones sintomáticas consideradas como “negativas” en las personas con esquizofrenia, es la falta de motivación que se manifiesta por medio de un afecto embotado, alogia, abulia/apatía, anhedonia y déficit atencional. Esta variable afecta en general a la participación en los programas de rehabilitación (Muñoz y Tirapu, 2001). Entre las estrategias de modificación de conducta ante el problema de la falta de participación o incumplimiento de las actividades propuestas, el presente plan de intervención en HHSS ha puesto en marcha las siguientes acciones:

1. Proporcionar instrucciones concretas por escrito.
2. Ofrecer modelos por medio de la técnica de modelado.
3. Reforzar cualquier iniciativa aunque sea menor para alcanzar el éxito.
4. Simplificar las actividades. Hacer las tareas más atractivas conectando con los intereses de los participantes.
5. Emplear refuerzos positivos.
6. Alternar ejercicios fáciles y difíciles, generando “competencia”.
7. Programar actividades con garantía de éxito.

8. Finalizar la tarea antes de cambiar a otra con independencia del tiempo empleado.
9. Emplear la técnica de “tiempo fuera de reforzamiento”.
10. Refuerzo diferencial ante la ejecución correcta y las distintas aproximaciones a su consecución.
11. Atención a otros compañeros cuando cooperan.
12. Utilización de un lenguaje accesible al contexto socio-cultural de los participantes.

Todas estas estrategias son puestas en marcha, en los distintos módulos y fases del programa por el personal terapéutico y de integración, con supervisión del psicólogo coordinador del programa. Ejemplos manifiestos de ello los encontramos en las imágenes referentes a contextos de la zona y en la utilización de un diálogo “cercano”, utilización de dinámicas participativas, modelado y *role-playing* de situaciones cotidianas, documentales y películas relacionados con la temática, facilitando con ello el éxito en los distintos niveles del entrenamiento en contexto real (SP1N_, SP2N_, SP3N_).

Traslabilidad: Refiriéndonos a la posibilidad que presenta el programa de ser adaptado a distintos contextos, pero también áreas geográficas dentro de un mismo territorio (Tenerife/Valencia), zonas (rural/urbano) o culturas (europea/americana). Este aspecto se está llevando a cabo mediante la adaptación del programa de una zona semi-rural (CRPS-Puerto de la Cruz) a otra semi-urbana (CRPS-La Laguna). Los contenidos están cargados de información sobre Canarias, en especial a la isla de Tenerife y más concreto la zona norte, siendo el lugar de procedencia o de vida de las personas derivadas al CRPS-Puerto de la Cruz y en caso del CRPS-La Laguna la zona metropolitana y alrededores. Por tanto, los escenarios de conducta estarían dotados de una estructura que interrelaciona aspectos físicos, sociales y culturales con formas comunes y regulares de conducta (Ittelson,

Proshansky, Rivlin y Winkel, 1974), y la interacción interpersonal específica.

Estigmatización: En la actualidad se utiliza la palabra estigma para indicar que ciertos diagnósticos (enfermedades infecciosas, cáncer, enfermedad mental...) y las características o comportamientos que se les asocian despiertan prejuicios contra las personas diagnosticadas. Según Crespo, Muñoz, Pérez y Guillén (2007) uno de los principales obstáculos del éxito del tratamiento y del control de la esquizofrenia es el estigma. Estos autores, proponen los tratamientos psicosociales y la rehabilitación psicosocial como medidas válidas, aspecto al que debemos sumar la autopercepción que el propio paciente tiene del estigma social (Ochoa et al., 2011). El programa CONECTA mediante sus intervenciones psicosociales y en especial en la aplicación del módulo HHSS-CR proporciona la oportunidad para favorecer el empoderamiento y la integración dentro de un marco normalizado, contando con el apoyo intra-grupo y del personal técnico.

Sobrecarga familiar: Los familiares se ven implicados en el cuidado de las personas que padecen esquizofrenia, presentando una sobrecarga tanto física como psicológica importante (Hogman, 1994; Jaen, Quispecahuana, Wilma y Quisbert, 2012; Martínez, Nadal, Beperet y Mendióroz, 2009; Maurin y Boyd, 1990). El programa CONECTA no ofrece un material específico orientado a la intervención familiar, sin embargo hace partícipe a los familiares en cuanto que la mejoría en HHSS supone un restablecimiento en la convivencia familiar y en la integración comunitaria. Aspecto que apreciamos de una forma más directa en el módulo HHSS-C con la elección de los temas de los Sub-Programas (bares y cafeterías, municipios y agencias de viajes) y su realización posterior en los *in situ*. La participación familiar también se logra mediante la información dada en cada una de las intervenciones en contexto real, ya que ésta participa en su logística.

En la medida que los participantes puedan desenvolverse con mayor facilidad en los contextos objetos de entrenamiento, esto hace posible que participen en actividades dentro del entorno familiar con mayor autonomía e incluso repitan los escenarios entrenados, aún con mayor “protagonismo”.

Reincorporación socio-laboral: El trabajo ha jugado diversos “papeles” en la atención de las personas con esquizofrenia, al considerarlo como una necesidad socioeconómica y terapéutica. Partiendo de una concepción de la enfermedad mental que busca la ciudadanía plena, el rol de trabajador ocupa un lugar central. El plan de intervención propuesto no es un programa de rehabilitación laboral, pero sí facilita el interés y la motivación por los aspectos formativos y laborales de la persona.

Cognición social: El programa CONECTA pretende mejorar y reforzar una representación articulada del mundo social, favoreciendo a las personas con esquizofrenia el desarrollo de estrategias que les permitan acomodar sus capacidades a las distintas demandas cognitivas y resistir la presión informativa (estimular) mediante la elaboración de una “red de apoyo” para alcanzar el ajuste social. El programa de HHSS actuaría como un “andamiaje” entre las variables personales (neurocognición, funcionamiento social, cognición social, experiencias, motivación, sintomatología, etc.) y las variables contextuales (ajuste comunitario, variables del contexto, intensidad estimular, solución de problemas, comunicación verbal, percepción social, diferenciación cognitiva, etc.), por tanto como un facilitador del ajuste social. Teniendo presente lo anterior, el plan de intervención propuesto trabaja distintas áreas de la cognición social, tanto en la parte instruccional del módulo HHSS-C (especialmente en las dinámicas), como en las interacciones socio-ambientales del módulo HHSS-CR.

Neurocognición: Las personas con esquizofrenia tienen afectada de forma generalizada las funciones cognitivas y en mayor grado se distinguen

tres dominios: atención, memoria y funciones ejecutivas (Penadés y Gastó, 2010). El presente plan de intervención aborda de forma transversal indirecta estas funciones como son la memoria de reconocimiento, habilidades perceptivas, memoria de trabajo, memoria verbal y recuerdo demorado. Todas ellas puestas en acción en la parte instruccional de los distintos subprogramas. En cuanto al aprendizaje verbal y la fluidez verbal se ejercita por medio de la lectura individual y participativa de la sección instruccional del módulo HHSS-C. La motricidad fina es ejercitada por medio de la escritura ya que en numerosas dinámicas se precisa cumplimentar documentos para su realización.

Estrés: Basándonos en el modelo de Zubin y Spring (1977), los episodios psicóticos “son favorecidos” como reacción ante una situación de sobre-exigencia en personas que tengan una vulnerabilidad a presentar la esquizofrenia. El programa se centra en HHSS con intervención *in situ* mediante el módulo HHSS-CR teniendo especial cuidado para no sobrecargar (sobre-estimular) las intervenciones creando una escala de niveles (N1, N2 y N3) con grados de intensidad que va desde lo más simple/cercano a lo más complejo/desconocido para el grupo de participantes en el programa.

4.2.- Objetivos del programa

El programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia CONECTA se considera un programa de entrenamiento de HHSS para contextos ambientales reales comunitarios y cambiantes, que se adapta a las variables socio-culturales del grupo de personas al que va dirigido, con ajuste individual de cada uno de sus participantes. En su elaboración se han establecido tres componentes básicos del entrenamiento (conductuales, cognitivos y fisiológicos) aplicados en contextos reales, facilitando la trans-

ferencia de los contenidos del entrenamiento con inmersión en la comunidad y bajo el factor protector de las HHSS. Aspecto este último de relevancia en las personas con esquizofrenia, y estando reforzado mediante el aprendizaje con apoyo (Chadwick, 2009; Liberman y Eckman, 1989; Nuechterlein et al., 1992; Zubin y Spring, 1977; Vygotsky, 1978).

Objetivos generales del programa:

1. Adquisición de habilidades sociales e interpersonales.
2. Mejora de la competencia social.
3. Adquisición de conocimientos socio-ambientales que permitan el acceso a la interacción con el contexto (conexión).
4. Favorecer la generalización y transferencia de los contenidos adquiridos en el entrenamiento en habilidades sociales en contextos socio-sanitarios por medio de su práctica en contextos reales.

Objetivos específicos:

1. Mejora de las habilidades de atención en contextos socio-ambientales.
2. Mejora de la percepción social en contextos.
3. Adquisición de habilidades de comunicación interpersonal en contextos.
4. Adquisición de conocimientos relativos a contextos de la vida en la comunidad de referencia.
5. Adquisición de habilidades para desempeñar un rol determinado en un contexto real específico.
6. Adquisición y puesta en marcha de conductas asertivas en contextos socio-comunitarios.
7. Mejora en resolución de situaciones problema en contextos socio-ambientales. Responder a demandas no programadas, donde

los participantes han de reaccionar mediante la improvisación, haciendo uso de habilidades metacognitivas.

8. Mejora de la autopercepción en contextos normalizados.
9. Mejora de la autoestima, por medio de afrontamiento de situaciones *in situ*.
10. Manejo de técnicas de relajación en contextos sociales, en caso de formar parte del PIR.
11. Facilitación de la participación activa de las personas, objeto de aprendizaje.
12. Facilitar el manejo de las emociones en la vida real.
13. Aceptación de la enfermedad y superación del estigma social mediante instrucción y posterior desempeño en situaciones reales.
14. Aprendizaje de nuevas tecnologías asociadas al manejo de situaciones de la vida diaria y el abordaje de situaciones socio-comunitarias.
15. Favorecer la motivación para la participación socio-comunitaria.
16. Superación de las barreras geográficas con desplazamientos y ajuste socio-comunitarios.
17. Aprendizaje con apoyo de la información relacionada con los contextos a entrenar y su inmersión posterior en los mismos.

4.3.- Población diana y criterios de derivación

Las personas a las que se dirige el programa de HHSS (CONNECTA), son personas diagnosticadas dentro de la categoría de esquizofrenia (F20- CIE-10).

Respecto a los criterios de derivación señalar los siguientes:

Criterios de inclusión

- Personas con edades comprendidas entre los 18 y los 55 años (preferentemente).
- Personas que se encuentren en fase estable de su enfermedad.
- Personas con un estilo de vida marcado por el aislamiento y ausencia de redes de apoyo social.
- Personas que no presenten sintomatología significativa o ésta no interfiera de manera continua en las relaciones interpersonales y sociales.
- Pacientes que lleven buen cumplimiento farmacológico y supervisión por su psiquiatra de referencia.
- Personas que manifiesten cierto grado de motivación para iniciar un aprendizaje con entrenamiento en contextos reales.

Criterios de exclusión

- Personas que presenten un deterioro neuro-cognitivo que dificulte significativamente el aprendizaje o suponga un riesgo para su desenvolvimiento socio-comunitario.
- Pacientes que presenten patología dual (dependencia de drogas) en el momento de iniciar el programa.
- Pacientes que expresan su negativa a participar en el programa de HHSS previsto.

4.4.- Características de la intervención

El programa se presenta en formato grupal, favoreciendo la cohesión de los participantes y aumentando la posibilidad de observar modelos y obtener refuerzos, así como suponer un menor coste económico y de personal. Los grupos están formados por un máximo de 8 personas y un mínimo de 4, siendo supervisados por 1 terapeuta, preferentemente Psicólogo Especialista en Psicología Clínica o Psicólogo General Sanitario (PGS) con

experiencia en personas con TMG y aplicado por uno o dos Técnicos de Integración o profesional con formación/preparación similar. Es necesario el entrenamiento en la utilización del programa y el conocimiento de las características de las personas que integran los grupos antes de su aplicación.

Se estima una duración aproximada de 6 meses, con sesiones de 45-90 minutos para el módulo de entrenamiento en Habilidades Sociales en Contexto (contexto socio-sanitario) que identificamos como HHSS-C y de 2 a 6 horas de duración, en función del nivel de dificultad, para el módulo de entrenamiento de Habilidades Sociales en Contextos Reales (contexto socio-comunitario) y que identificamos como HHSS-CR. Las sesiones están diseñadas para ser impartidas 1 vez a la semana en HHSS-C y con temporalidad similar para el HHSS-CR.

Las técnicas de intervención que se aplicarán durante el programa, se encuentran dentro de las indicadas por diversos autores ya abordados en capítulos anteriores:

- Instrucciones.
- Ensayo de conducta.
- Modelado.
- Retroalimentación.
- Reforzamiento verbal.
- Exposición.
- *Role-playing*.
- Ejercicios en contextos reales con apoyo.
- Reforzamiento social positivo.
- Reforzamiento positivo y resolución de problemas.
- Identificación de problemas.

Como se ha indicado el CONECTA pone su objetivo en la generalización y transferencia de los contenidos:

1. Generalización de un contexto socio-sanitario (clínico o laboratorio) al contexto socio-comunitario (real o natural).
2. Transferencia de un contexto socio-comunitario a otros contextos socio-comunitarios (Sub-Programas).

Aspectos que favorecen entre otros la adaptabilidad, funcionalidad, motivación y traslabilidad a la vida en comunidad.

Para ello cuenta con una serie de requisitos y adaptaciones en la aplicación de las técnicas antes señaladas, permitiendo el ajuste individual al contexto socio-comunitario. En estas señalar las siguientes:

- Una estructura establecida y a la vez flexible (personalizada).
- Uso de un formato grupal con una planificación y recogida de información mediante hojas de registros (SPR-CONECTA).
- Material de instrucción asociado al entorno socio-cultural de las personas objeto de entrenamiento (Módulo HHSS-C).
- Ensayo de conducta en contextos naturales, con apoyo (módulo HHSS-CR).
- Participación en el medio real con apoyo (Módulo HHSS-CR).
- Sobre-aprendizaje en contextos reales (Módulo HHSS-CR).
- Auto-registro y auto-refuerzo en contextos (SPR-CONECTA y HHSS-CR).
- Solución de problemas previsibles y no previsibles (HHSS-CR).
- Diseño que permite la compatibilidad con otros programas de intervención en rehabilitación/recuperación psicosocial.
- Desarrollo dentro de un marco clínico-asistencial.

En cuanto a los materiales necesarios para su desarrollo, éstos se adaptan a dos modalidades de aplicación del entrenamiento, pudiéndose optar por:

- Modo papel o formato Word.
- Modo informático con conexión internet (en vías de desarrollo).

En ambos casos precisa de:

- Ordenador y pantalla de proyección, preferiblemente con conexión a internet.
- Documentales y películas previamente determinadas en el programa.
- Pizarra, lápiz y papel que facilita la exposición de los contenidos.
- Material específico para realizar las distintas actividades que precisen las dinámicas.
- Espacio para trabajo en grupo con mobiliario que permita el desarrollo de las distintas sesiones.
- Para el Sub-Programa 2 (municipios) nivel 4 del módulo de entrenamiento en HHSS-CR precisa de un GPS (Global Positioning System) o móvil con dicha función, siendo también conveniente una cámara de video o de fotografía.

4.5.- Estructura del programa

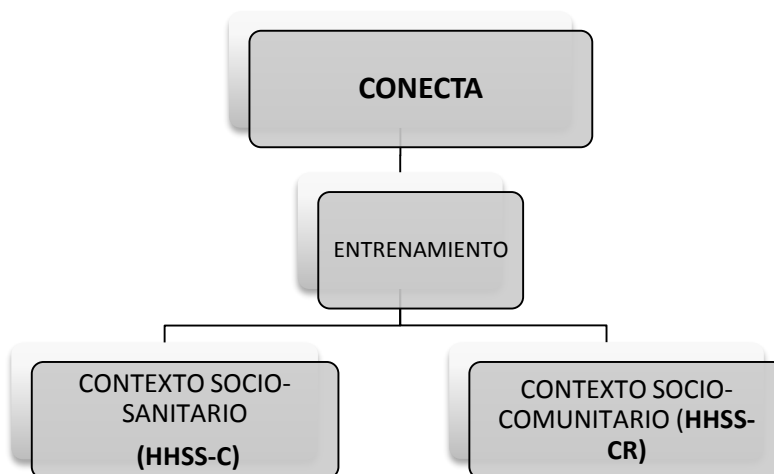
El programa CONECTA se articula en dos módulos de intervención. Como ya se ha indicado, los módulos se diferencian según el entorno donde se va a desarrollar el plan de intervención. En el primero que denominamos programa de Habilidades Sociales en Contexto (**HHSS-C**) se rea-

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

liza en un ámbito clínico (contexto socio-sanitario) y el segundo que denominamos programa de entrenamiento en Habilidades Sociales en Contexto Real (HHSS-CR) en un ámbito natural o real (contexto socio-comunitario).

Esta estructura del programa CONECTA la podemos apreciar en el siguiente organigrama y esquema (ver figura 9 y tabla 6).

Figura 9. Estructura del programa CONECTA



A continuación se presenta un breve esquema guía, con la secuencia de los contenidos del programa, como línea conductora en este apartado:

Tabla 6. Esquema guía del programa CONECTA

Presentación	Módulos de entrenamiento: <ul style="list-style-type: none">• Módulo de intervención en Habilidades Sociales para Contexto (HHSS-C). Consta de tres Sub-Programas (Sub-Programa 1- SP1; Sub-Programa 2- SP2; Sub-Programa 3- SP3).• Módulo de intervención en Habilidades Sociales para Contexto Real (HHSS-CR). Basado en los 3 Sub-Programas (SP) del HHSS-C, consta de tres niveles cada uno (Nivel 1-N1;
---------------------	--

<p>Nivel 2-N2; Nivel 3- N3), con la excepción del SP2 al introducir un 4º nivel (N4).</p>	
<p>Descripción (entrenamiento en contexto socio-sanitario)</p>	<p>Módulo Habilidades Sociales en Contexto (HHSS-C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema general de los Sub-Programas (SP) que lo componen. Se articulan en cuatro secciones (instrucciones, dinámicas, <i>role playing</i> y películas), correspondientes a cada SP. • Tabla de objetivos por áreas de trabajo. • Tabla de los objetivos por SP. • Tabla de contenidos y objetivos de los SP. • Tabla de los contenidos y objetivos de las dinámicas de cada uno de los 3 Sub-Programas. • Tabla de películas.
<p>Descripción (entrenamiento en contexto socio-comunitario)</p>	<p>Módulo Habilidades Sociales en Contexto Real (HHSS-CR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema general de los distintos Niveles (N) correspondiente a los tres SP (N1, N2, N3 y N4). • Tabla de descripción y objetivos de los niveles de cada SP. • Ejemplo de la planificación de una actividad <i>in situ</i>. <p>Programación del plan de intervención en HHSS (CONECTA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración • Secuencia • Medios necesarios • Implementación • Número de participantes

Antes de comenzar indicar que como norma general, para identificar cualquier área de intervención del programa CONECTA, primero se indica el módulo (**HHSS-C, HHSS-CR**), después el Sub-Programa y por último en caso de encontrarnos en el HHSS-C el área que se aplica (D, M/RP, P) y en caso de estar en el HHSS-CR el nivel (N1, N2, N3, N4). El resultado en el supuesto de que existan otras áreas de trabajo, se nombra el módulo seguido del Sub-Programa específico y finalmente del área que se desea aplicar. Por ejemplo, si queremos aplicar la Dinámica 1 (en adelante D1) del SP1 dentro del programa de Habilidades Sociales en Contexto, la identificación sería HHSS-C SP1D1 (módulo HHSS-C, Sub-Programa 1-Bares y cafeterías, dinámica 1- Gestión del tiempo) o simplemente SP1D1.

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

Si nos situamos en el HHSS-CR correspondiente al módulo de Habilidades Sociales en Contexto Real la identificación, para el mismo SP1, sería HHSS-CR SP1N1 (módulo HHSS-CR, Sub-Programa 1- Bares y cafeterías, Nivel 1- Cafetería habitual) o simplemente SP1N1. Estas cuestiones se irán detallando con mayor precisión en el desarrollo del contenido del programa (ver tabla 7).

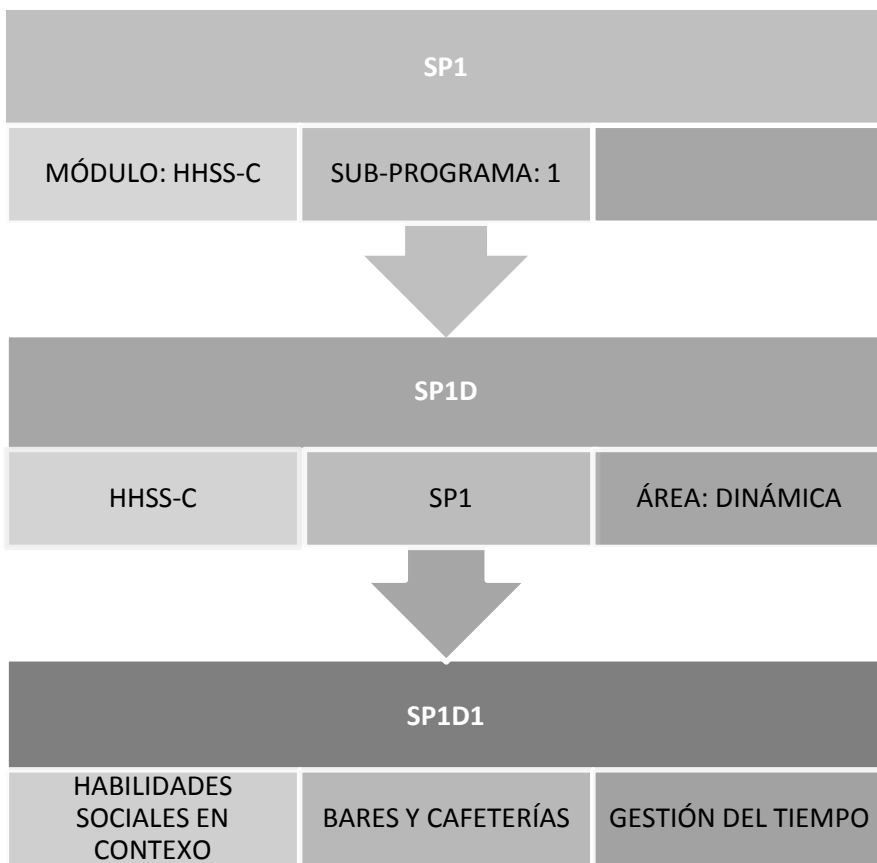
Tabla 7. Módulos, Sub-Programas (SP), áreas, secciones y niveles del programa CONECTA

MÓDULOS	CONTENIDOS (Sub-Programas, áreas, secciones y niveles)
Habilidades Sociales en Contexto	<p>Sub-Programa 1, 2 y 3: (SP1: Bares y cafeterías; SP2: Municipios; SP3: Agencias de viaje), dentro de estos distinguimos diversas áreas de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrucción (SP_) • Modelado <i>-Role-playing-</i>: (SP_MRP_; SP_MRP_; SP_MRP_). • Dinámicas: (SP_D_). • Película: (SP_P_).
(HHSS-C)	<p>El área de instrucción se subdivide en secciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Estructura • Función social • Claves contextuales • Normas sociales • Situaciones normalizadas • Experiencias
Habilidades Sociales en Contexto Real (HHSS-CR)	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-Programa 1 (SP1), Nivel 1, 2 y 3 (SP1N_) • Sub-Programa 2 (SP2), Nivel 1, 2, 3 y 4 (SP2N_) • Sub-Programa 3 (SP3), Nivel 1, 2 y 3 (SP3N_)

Otra forma gráfica de presentar la estructura del CONECTA es la que se ofrece en la figura 10. En esta figura se parte de dos supuestos. En

primer lugar nos encontramos en el módulo HHSS-C y dentro de este con el Sub-Programa 1 (SP1): “Bares y cafeterías”. Una vez finalizada la parte instruccional (área: instrucción) decidimos comenzar el entrenamiento con una de las dinámicas propuestas (área: dinámicas), en este caso la D1 (“Gestión del tiempo”). La identificación sería la siguiente:

Figura 10. Representación gráfica de dos ejemplos para la identificación de elementos de intervención del programa CONECTA

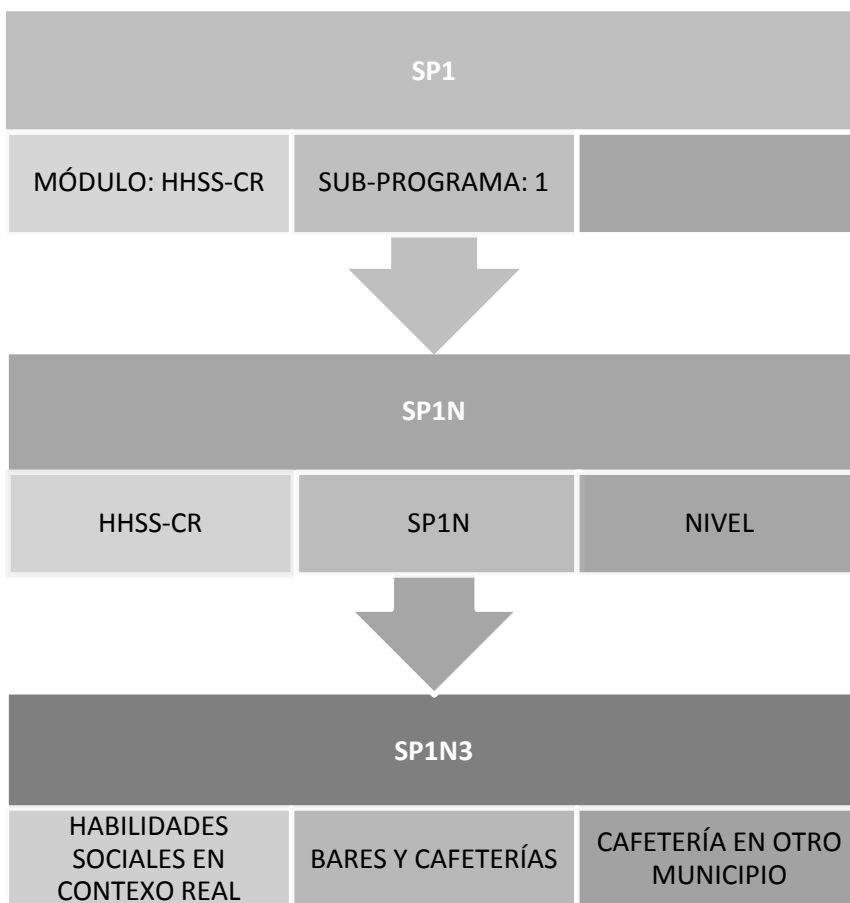


En segundo lugar nos encontramos en el módulo HHSS-CR. Suponiendo en éste ejemplo que deseamos aplicar el Nivel 3 de intervención

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

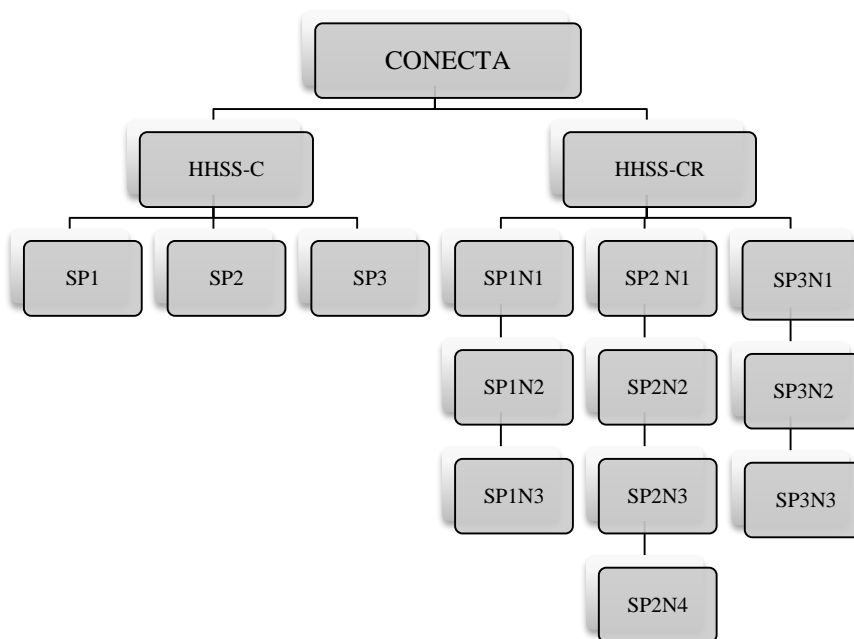
dentro del Sub-Programa 1 (“Bares y cafeterías”). La identificación sería la siguiente:

Figura 11. Representación gráfica de dos ejemplos para la identificación de elementos de intervención del programa CONECTA



Profundizando en la estructura del CONECTA en relación a los contenidos específicos de los módulos HHSS-C y HHSS-CR presentamos un esquema general (figura 12), donde se aprecia el desarrollo de los módulos y los sub-programas, que forman el CONECTA:

Figura 12. Gráfico de los módulos, sub-programas y niveles del programa
CONECTA



A continuación, se presenta una descripción de los Sub-Programas (PS1, SP2, SP3) y la finalidad con la que se han diseñado en cada uno de ellos (Tabla 8). Posteriormente se hace una descripción de los contenidos y objetivos de los Sub-Programa en función de los módulos de entrenamiento (HHSS-C y HHSS-CR) que pueden verse en las tablas 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18), finalizando con los elementos del Sistema de Planificación y Registro del programa CONECTA (SPR-CONECTA).

Comenzamos con la descripción y los objetivos de los Sub-Programas en función del área dedicada a la formación o instrucción de los participantes (Tabla 8).

Tabla 8. Descripción y finalidad de los Sub-Programas 1, 2 y 3 (SP1, SP2 y SP3)

SP1	Bares y cafeterías
Descripción	<p>Se trata de un contexto con cierta familiaridad para los pacientes. En el entrenamiento, el grupo se “sumerge” en el ambiente de un bar o cafetería. Pero también en otras estructuras similares como los restaurantes. Especial hincapié en considerar estos entornos como elementos de cohesión social y lugar de encuentro en la comunidad.</p> <p>Un concepto muy dinámico ajustándose a los tiempos actuales como los denominados <i>gastrobares</i>, pero que conviven con otros más tradicionales como las tabernas, tascas, ventas. Aspectos que nos permite un recorrido por la cultura popular, “callejera”.</p>
Finalidad	<p>Identificar los elementos que identifican y resultan comunes a una cafetería o bar. Reconocimiento de la función social que desempeñan. Familiarizarse con contextos similares como los restaurantes y trabajar el concepto de inclusión de contexto (un contexto dentro de otro) al considerar el contexto cafetería dentro de otro contexto como puede ser un centro comercial. Conocimiento de normativas y formas más habituales de comportamiento dentro de dichos contextos. Compartir experiencias.</p> <p>Facilitar la generalización, transferencia y motivación por los contenidos mediante el entrenamiento en situaciones reales. Favorecer la autonomía e integración socio-comunitaria con el uso de entornos sociales como son los bares y cafeterías. Acercamiento a las nuevas tecnologías con fines socio-culturales.</p>
SP2	Municipios
Descripción	<p>Hablar de municipios es referirnos a la estructura territorial y social del Estado. Se pasa de esta macro estructura a otras más simples como las CCAA, los municipios y los pueblos (de lo general a lo particular). La diversidad de elementos, tanto institucionales como socio-ambientales que determinan un municipio (ayuntamiento, policía, centros de salud, colegios, etc.), son tratados junto a elementos que configuran el “mobiliario urbano”, como farolas, calles, plazas, etc. Resaltamos el “carácter vivencia” ligado al propio desarrollo individual (biografía personal), pero a su vez colectiva</p>

	<p>como la que se asocia al grupo de referencia y emplazamientos socio-contextuarles (colegio, plazas, calles, etc.) y que consideran como “mi colegio” o “mi barrio”.</p>
Finalidad	<p>Desplazamiento, orientación, implicación con las estructuras, funcionalidad de instituciones, servicios dentro del municipio propio y de otros similares a su entorno vivencial. Conocimiento global del sistema territorial de Estado e implicación en el funcionamiento con la utilización de recursos (Correos, hospitales, universidades, ayuntamientos, etc.) se identificación de calles, monumentos, plazas, espacios culturales y deportivo. Funcionalidad y necesidad de desplazamientos a otros municipios (del área rural a la metropolitana).</p> <p>Facilitar la generalización, transferencia y motivación por los contenidos mediante el entrenamiento en situaciones reales. Favorecer la autonomía e integración socio-comunitaria en distintos espacios geográficos poblacionales, con el uso de sus infraestructuras (farmacias, centros de salud, bares, restaurantes, correos, ayuntamientos, teatros, comercios, edificios emblemáticos, etc.). Acercamiento a las nuevas tecnologías con fines socio-culturales.</p>

SP3	Agencias de viajes
Descripción	<p>La sensación de aislamiento es abordada desde la localización geográfica, contraste cultural y el ocio. Viajar es una acción que muchos desean como recompensa o como dar rienda suelta a la imaginación y a la curiosidad pero también como necesidad (emigración). Se expone como es una agencia de viajes, para qué sirve, saber utilizarla y finalmente cómo realizar un viaje que suponga coger un transporte no habitual (avión, barco, tren). Una forma de conectar con el mundo y sentirnos parte de él. No solo nos identificamos con aspectos particulares (“mi isla”, “mi país”), sino con situaciones globales que afectan a la humanidad (medio ambiente, conservación de especies protegidas, pueblos primitivos, reservas naturales, ciudades Patrimonio de la Humanidad, etc.).</p>
Finalidad	<p>Favorecer el desplazamiento (media y larga distancia), la curiosidad por otras civilizaciones, culturas y costumbres. Acercamiento a la estructura de una agencia de viajes como</p>

mediador entre la persona (cliente) y la empresa que realiza la acción (compañía aérea, etc.). Conocimiento de las acciones que conllevan un desplazamiento que precise transporte (avión, barco, tren) estancia (hotel, apartamento) comida (cafeterías, restaurante) y el equipaje (ropa, medicación, aseo, etc.). Igualmente el presupuesto que ha de manejarse y las interacciones sociales que supondría el desplazamiento a otro entorno socio-cultural (idiomas, costumbres, gastronomía, historia, etc.). Por ejemplo, las personas emigrantes.

Se abordan cuestiones relacionadas con la salud como las recomendaciones socio-sanitarias que muchos países tienen (vacunas, restricciones del consumo de agua, servicios sanitarios, etc.). Compartir experiencias, favorecer la inmigración y la planificación en grupo.

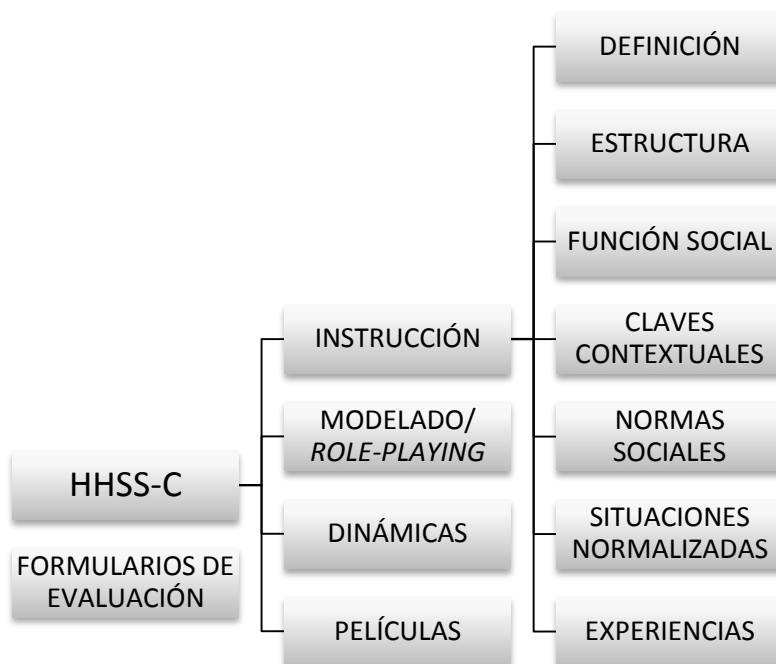
Facilitar la generalización, transferencia y motivación por los contenidos mediante el entrenamiento en situaciones reales. Favorecer la gestión por medio de una empresa intermediaria (física/virtual) con autonomía para un desplazamiento dentro y fuera de la isla con el uso de la infraestructura asociada a los medianos y largos desplazamientos (traslados a otras zonas de la isla, traslado a otras islas, traslado a península y viajes al extranjero), con la posibilidad de necesidad (visitar a un familiar) o de ocio (vacaciones). Acercamiento a las nuevas tecnologías con fines socio-culturales.

Una vez expuestos los objetivos y finalidad de los Sub-Programas pasamos a describir, con mayor detalle, la estructura interna de cada uno de los módulos de intervención.

Módulo de Habilidades Sociales en Contextos (HHSS-C)

La estructura del HHSS-C está formada por cuatro áreas de intervención que se mantienen constantes (no en contenido) en cada uno de los tres Sub-Programas (SP1, SP2, SP3).

Figura 13. Módulo de Habilidades Sociales en Contextos (HHSS-C)



Como se aprecia en la figura 13, el módulo de HHSS-C está formado por las áreas de intervención identificadas como instrucción, modelado/*role-playing*, dinámicas y películas. En la tabla 9 se presentan los objetivos de las áreas señaladas.

Tabla 9. Objetivos por áreas del módulo HHSS-C

Áreas de trabajo	Objetivos
Instrucción	Aprendizaje mediante información explícita, ejercicios de lápiz/ papel y audio-visuales, relativos a la materia objeto de aprendizaje. Conectar mediante imágenes y referencias con la proximidad del contexto donde se desenvuelven los participantes del programa.

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

Modelado- role playing	Aprendizaje observacional, entrenamiento simulado previo a la puesta en acción en contextos reales. Afrontamiento al miedo escénico. Ponerse en lugar de otros. Representación de las habilidades adquiridas con simulación del contexto (cafetería, municipio, agencia de viajes). Ensayo de conducta.
Dinámicas	Aprendizaje mediante ejercicios prácticos utilizando lápiz y papel o por medios audio-visuales que refuerzan los contenidos adquiridos mediante la instrucción. Favorecer el nivel de motivación.
Películas (filmografía)	Aprendizaje observacional con apoyo. Fomentar la puesta en común y la dinámica grupal. Favorecer la atención/recuperación de la información. Identificación de los contenidos y manejo de situaciones de interacción social.

Dentro del HHSS-C en el área **instrucción** (formativa) de cada Sub-Programa (SP) encontramos una estructura por secciones. Esta nos permite dinamizar la instrucción manteniendo un orden constante en todos los Sub-Programas (SP1, SP2, SP3), aunque varía el contenido temático de los mismos (Bares/cafeterías, municipios, agencias de viajes). En dicha área, los participantes leen el material expuesto en voz alta y se realizan cuantas pausas sean necesarias. Cada vez que se comienza una sección del Sub-Programa se resume la anterior aclarando conceptos y dudas. Los contenidos son explicados por medio de esquemas que se realizan en pizarra y/o mediante ejemplos concretos que introduce el terapeuta/técnico. La estructura del área de instrucción comprende las siguientes secciones: introducción, estructura, función social, claves contextuales, normas sociales, situaciones normalizadas y experiencias (ver tabla 10).

Tabla 10. Objetivos generales y específicos de las secciones del área instrucción, correspondiente a los SPs del Módulo HHSS-C

Estructura		
Área: Instrucción (Secciones)	Objetivos generales	Objetivos específicos
Introducción	Abordar el concepto “clave” como aspecto central del Sub-Programa y aclarar dudas al respecto. Motivar, crear expectativas de éxito en su realización y búsqueda de aplicabilidad individual y grupal. Aprendizaje sobre el contexto a entrenar.	Que los participantes entiendan el núcleo temático del Sub-Programa, proporcionando información relacionada, tanto en similitud como en la diferenciación conceptual. Identificación e implicación en los contenidos, con ejemplos y situaciones que enlacen con el tema central.
Estructura	Definición de las partes que componen el tema central de la interacción. Nos centramos especialmente en los estímulos físicos y las interacciones sociales conectadas con el tema central; así como los personales del contexto y su interacción con el mismo.	Favorecer la percepción partiendo de elemento específico del contexto, para obtener una visión global de los espacios socio-comunitarios con sus elementos característicos que lo define y diferencia de otros.
Función social	El análisis de las funciones de las instituciones y estructuras sociales para la sociedad como un todo. Los esfuerzos por identificar y descubrir los pre-requisitos funcionales que deben ser satisfechos para que una sociedad exista y para intentar explicar la presencia de pautas culturales y estructuras sociales universales. Conectar el contexto o espacio socio-ambiental con las necesidades individuales, grupales y culturales.	Importancia de la sociedad como una totalidad formada por partes interrelacionadas e interdependientes, en una compleja estructura de grupos unidos por una trama de relaciones sociales; o sea, es un sistema de instituciones interrelacionadas. Centrar la atención en la función social, como fragmento de la sociedad, con unas condiciones especiales, pero a su vez con unas características específicas manifiestas o sobreentendidas. Exploración de los contenidos emocionales asociados a las situaciones sociales.
Claves contextuales	Identificación de elementos del contexto relacionados y que son específicos de estos. Los símbolos, señales y estereotipos, son ejemplo de ello.	Favorecer la especificidad y globalidad de ciertos estímulos ambientales. Llegar a procesamiento de la información por vía inductiva o deductiva.

Normas sociales	<p>Introducir el concepto de “normas” como las reglas que deben seguir las personas para que la sociedad pueda llevarse bien entre sí y a las que se deben ajustar las conductas, tareas y actividades del ser humano.</p> <p>Normas sociales, entendidas como un amplio grupo de “acuerdos” socialmente reconocidas, como la moda, la tradición, los usos y costumbres, etc. Su incumplimiento no implica siempre una sanción institucionalizada, aunque sí algún tipo de recriminación o reproche social.</p>	<p>Ajuste del sistema de normas, reglas o deberes que regula las acciones de los individuos entre sí dentro de un determinado contexto.</p> <p>Acercar la persona al contexto dentro de un amplio margen de normalización y para ello ha de saber el comportamiento que se espera que adopte, siguiendo unos “acuerdos”, muchas veces no escritos, que adquieren un carácter general, pero también específico de un contexto socio-ambiental determinado.</p> <p>Distinguir entre aspectos estables y cambiantes dentro de los usos y construibles de una cultura, asociándolo al concepto de “plasticidad” de las normas sociales.</p>
Situaciones normalizadas	<p>Se trata de un complemento del anterior apartado. Pero en esta ocasión se plantean una serie de situaciones donde la persona ha de responder. Similar a la solución de problemas, pero orientado a situaciones de contexto donde se requieren respuestas específicas y resolutivas.</p>	<p>Posibles situaciones creadas especialmente para ser resueltas en un contexto determinado. Importancia de la respuesta individual y grupal a cada una de ellas, ya que nos orienta hacia los componentes cognitivos que se encuentran tras una conducta y a explorar la captación de la información adquirida durante el entrenamiento. Nos anticipamos a posible reacción o respuestas que pudieran ocurrir en el <i>in situ</i>.</p>
Experiencias	<p>Se trata de recoger experiencias de los usuarios del programa y que estos formen parte activa de su elaboración y aplicación. Favorecen la identificación e implicación.</p> <p>Participación activa y experiencia personal que se comparte con el resto del grupo. Favorecer que cada participante genere sus propios recursos cognitivos</p>	<p>Las experiencias de cada uno de los miembros del grupo y otras que ya han sido recogidas por otras personas en similares programas, ofrecen un marco ideal para explorar aspectos biográficos y conocer la forma de actuar y sentir de cada uno. Igualmente, el compartir dichas experiencias produce un efecto en el grupo, que valoramos como positivo, ayudando a afrontar situaciones del pasado.</p>

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia
(CONECTA)

para dar respuesta emocional y conductual a situaciones vividas con los nuevos conocimientos expuestos en la instrucción (metacognición).

En la figura 14 se puede ver una imagen correspondiente a la realización de una sesión de instrucción correspondiente al Sub-Programa 2 donde se aprecia la disposición de una parte del grupo de participantes y del personal que imparte, así como el sistema de proyección utilizado para exponer los contenidos.

Figura 14. Imagen de una sesión en el CRPS del Puerto de la Cruz del Módulo HHSS-C, correspondiente al SP2 (“Municipios”)



Fuente: Elaboración propia

Señalar que los Sub-Programas no siguen necesariamente un orden jerárquico, aunque es conveniente comenzar por el de Sub-Programa “Ba-

res y cafeterías” (SP1), la secuencia posterior debe ser acordada según necesidades de programación (recursos necesarios, personal disponible, interés de los participantes, criterios clínicos, etc.). Lo que sí permanece inalterable y asociado al SP son los niveles de la fase de entrenamiento mediante el módulo HHSS-CR.

Siguiendo el orden de presentación de los contenidos del programa CONECTA a continuación damos paso a otra de las áreas señaladas y que corresponde al **modelado y role-playing**, que como se ha indicado anteriormente son específicas para cada uno de los SP del HHSS-C. Ambas técnicas presentan una estructura similar consistente en la definición previa del modelo, observadores y participantes (personal técnico o pacientes), el contexto donde se realiza la acción (CRPS u otro dispositivo asistencial), las conductas a entrenar, el nivel de dificultad (bajo, medio, alto) y la escenificación o “puesta en acción”. En la realización se intenta dar el mayor realismo posible y la participación de todos los integrantes del grupo de aprendizaje, pero en ningún momento se fuerza a ello, aunque sí se favorece, bien activa o como observador. Una vez finalizada, se hace una puesta en común donde cada uno puede expresar las dificultades que ha tenido o que prevé tener para su realización en un contexto real. Ocasionalmente se solicita permiso para realizar una grabación en video o bien realizar fotografías con el fin de una evaluación posterior. El orden de aplicación de las técnicas es la habitual; es decir, primero se realiza el modelado por medio del personal del CRPS (técnico educativo/técnico de integración/técnico de animación/psicólogo) y posteriormente alterna personal del CRPS (modelado) con miembros del grupo de entrenamiento, finalizando con el *role-playing* con el grupo de entrenamiento. Aunque en un principio se atiende al texto, con la práctica se favorece a generar nuevos diálogos que surgen de forma espontánea, lo que produce la necesidad de nuevas respuestas y soluciones de problemas socio-contextuales. Fundamentalmente se trabaja el miedo

escénico, el lenguaje verbal y no verbal, así como la empatía, el control de la ansiedad, adecuar las respuestas al contexto, inferir estados emocionales y favorecer la motivación. El entrenamiento finaliza con una reflexión grupal (ver tablas 11, 12, 13, 14, 15 y 16).

Tabla 11. Modelado y *Role-playing* SP1-MR1

SP1	
Área: MR1	
Modelado y <i>Role-playing</i>	
Descripción	Diálogo entre un camarero y un cliente que realiza una consumición en una cafetería.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal. • Acción de consumir en un lugar público. • Gestión del tiempo. • Manejo del dinero.
Desarrollo	La acción transcurre en el contexto del CRPS previamente escenificado como si se tratase de una cafetería (sillas, mesas, uniformes, servicio, consumición, etc.). La escenificación la realizan los técnicos del programa y los participantes observan. El cliente entra y se sienta en una mesa, coge un periódico y al poco tiempo aparece el camarero entablando un dialogo con objeto de satisfacer la necesidad de consumir “un cortado y unas magdalenas”. Una vez finalizada la acción el cliente solicita la cuenta y se realiza la acción con ticket de consumo, devolución de cambio y despedida.

Tabla 12. Modelado y *Role-playing* SP1-MR2

SP1	
Área: MR2	
Modelado-<i>Role/playing</i>	
Descripción	Diálogo entre un camarero y un cliente que realiza una consumición. También hay más clientes sentados en otras mesas.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal. • Acción de consumir en un lugar público. • Gestión del tiempo. • Manejo del dinero. • Interacción en presencia de terceros. • Solución de problemas.

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

Desarrollo	La acción transcurre en el contexto del CRPS previamente escenificado como si se tratase de una cafetería (sillas, mesas, uniformes, servicio, consumición, etc.). La acción la realizan un camarero (técnico) y clientes (participantes). La escenificación es similar al modelado anterior, pero con intercambio de papeles; es decir, quien hace de cliente pasa a ser camarero. El resto de participantes observa la acción, pero participa dentro del contexto.
-------------------	--

Tabla 13. Modelado y *Role-playing* SP2-MR1

SP2	Modelado-Role/playing
Área: MR1	
Descripción	Un transeúnte solicita información para llegar a un lugar determinado.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal. • Solicitud de ayuda. • Orientación espacial.
Desarrollo	La acción transcurre en el contexto del CRPS previamente escenificado como una calle del municipio. La acción la realizan inicialmente los técnicos del centro y el grupo observa dentro del contexto. El aprendizaje consiste en entablar un diálogo entre una persona extranjera que porta un callejero y otra local que le da información. Una vez escenificado con los técnicos del programa se va pasando al <i>role-playing</i> donde los participantes asumen diferentes papeles.

Tabla 14. Modelado y *Role-playing* SP2-MR2

SP2	Modelado y Role-playing
Área: MR2	
Descripción	Un repartidor de propaganda (publicidad) se dirige a varios transeúntes.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal. • Solicitud de ayuda. • Orientación espacial. • Decir NO de forma asertiva. • Lenguaje No verbal.
Desarrollo	La acción transcurre en el contexto del CRPS previamente escenificado como una calle de un municipio. La acción la realizan los técnicos del programa y los participantes observan la

acción. El repartidor de propaganda (técnico 1) se dirige a un transeúnte (técnico 2) solicitándole atención para poder informarle de un restaurante de la zona. Este (transeúnte) muestra su falta de interés de forma asertiva. Posteriormente la acción se realiza con el grupo de trabajo y con alternancia de roles.

Tabla 15. Modelado y *Role-playing* SP3-MR1

SP3	
Modelado y <i>Role-playing</i>	
Área: MR1	
Descripción	Una persona entra en una agencia de viajes para solicitar información.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal. • Acción de planificar. • Solicitar información específica. • Orientación espacio temporal. • Toma de decisión. • Manejo del dinero. • Solución de varias decisiones simultáneas. • Escucha activa. • Lenguaje No verbal.
Desarrollo	La acción transcurre en el contexto del CRPS previamente escenificado como una agencia de viajes (mesa con folletos de viajes pantalla y teclado de ordenador, sillas y otros elementos decorativos relacionados). La acción la realizan los técnicos del programa y los participantes observan la acción. El cliente (técnico) se acomoda en el espacio y solicita información para un viaje que desea realizar a la isla de La Gomera, el empleado/a de la agencia (técnico 2), le ofrece dos alternativas de transporte (barco o avión), donde el cliente toma decisión en base a variables como tiempo de realización del viaje, horarios, precio y lugar de llegada. Surge otro elemento como es determinar la fecha que más le convenga. La acción termina con la decisión y pago del viaje al que añade la estancia en un hotel.

Tabla 16. Modelado y *Role-playing* SP3-MR2

SP3	
Modelado y <i>Role-playing</i>	
Área: MR2	
Descripción	Una persona quiere viajar a Londres y quiere realizar la compra en <i>Internet</i> siendo ayudado por otra persona.

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONNECTA)

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal. • Acción de planificar. • Solicitar información específica. • Orientación espacio temporal. • Toma de decisión. • Manejo del dinero. • Solución de varias decisiones simultáneas. • Manejo de nueva tecnologías. • Planificación para dos personas.
Desarrollo	<p>La acción transcurre en el contexto del CRPS, con lo cual no necesita escenificación previa al contar con todos los elementos necesarios para realizar la acción que transcurre en tiempo real. La acción la realizan los técnicos del programa y los participantes. El técnico escenifica a una persona que maneja <i>Internet</i> y tiene experiencia en este tipo de búsquedas. El participante debe exponer las fechas para ir a Londres, el tiempo que desea quedarse, así como explorar opciones de alojamiento. La acción finaliza con una propuesta ficticia, sin ejecutar la compra, pero real con un presupuesto cerrado.</p>

En la siguiente área de trabajo utilizamos una serie de **dinámicas** que actúan de reforzadores y que generan un espacio distinto donde poder dialogar y en su caso aclarar conceptos o favorecer su transferencia a situaciones de la vida real. Actuar como reforzadores del área de instrucción y favorecer el trabajo en equipo, así como las relaciones intra-grupo, resultando elementos de interés. A cada Sub-Programa le corresponden una serie de dinámicas y cada una de ellas tiene objetivos específicos que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 17. Descripción y objetivos de las dinámicas del HHSS-C

SP	Área: Dinámica	Objetivo específico
Bares y cafeterías	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del tiempo (SP1-D1) • Hoja de reclamaciones (SP1-D2) • Reserva por <i>internet</i> (SP1-D3) 	<ul style="list-style-type: none"> • D1. Favorecer el aprendizaje de formas de ocupar el tiempo, mientras se está en una cafetería (lectura del periódico, ver la televisión, leer un libro, etc.). • D2. Complimentar una hoja de reclamaciones y saber cuándo puedes hacer uso de la misma.

	<ul style="list-style-type: none"> • Gastronomía y cultura (SP1-D4) 	<ul style="list-style-type: none"> • D3. Aprendizaje del manejo de <i>internet</i> para hacer una reserva en un restaurante. Trabajo en equipo y acercamiento funcional a las nuevas tecnologías. • D4. Aprendizaje por medio de los sentidos. Se trata de visualizar imágenes de la gastronomía de diferentes culturas e identificar con otros aspectos relacionados (país, cultura, costumbres, historia, gustos, etc.)
Municipios	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce tu municipio (SP2-D1) • Manejo de un callejero (SP2-D2) • Rutas y lugares de interés (SP2-D3) • Rutas y lugares de interés de otras comunidades (SP2-D4) • Imágenes con contenido I (SP2-D5) • Imágenes con contenido II (SP2-D6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje mediante documentos informativos sobre el municipio de referencia (historia, cultura, recursos, etc.). • Manejo de un callejero en una ciudad conocida. • Aprendizaje de calles y puntos de referencia. Orientación en un plano. Simulación de situaciones cotidianas relacionadas. • Recorrido virtual por distintas zonas de un municipio conocido. Identificación de lugares, su localización. • Aspectos de la vida cotidiana de una ciudad o municipio cercano al contexto vivencial de los pacientes. Se trabaja la percepción social facilitando la recepción de la información, como el procesamiento de la misma, especial interés en la atención selectiva y dar sentido a las imágenes. • Presentación de imágenes de municipios de la zona para ser posteriormente identificados y realizar comentarios sobre dichos lugares. (Vivencias personales, historias, gustos y preferencias, etc.).
Agencias de viaje	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información (SP3D1), relacionada con los desplazamientos a otros lugares. • Documental viajes (físico) (SP3D2) • Documental viajes (social-cultural-costumbres) (SP3D3) • Simulación viaje (SP3D4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje para buscar información en caso de realizar un viaje al extranjero/otra isla/península. • Mediante la proyección de un documental de lugares exóticos identificación de elementos físicos que se muestran (arquitectura, climatología, decoración, transporte, etc.). • Mediante la proyección de un documental de otros países identificación de elementos socio-culturales y contraste con los propios (gastronomía, vestimenta, comunicación interpersonal, etc.).

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda y reserva por internet (SP3D5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de planificación de un viaje en equipo. • Aprendizaje de búsqueda de información sobre viajes y en caso necesario la realización de una reserva. Trabajo en equipo.
---	--

El programa se completa con la proyección de una serie de **películas** con una temática relacionada con los contextos a entrenar y contenidos de cada Sub-Programa. Consideramos que el cine ejerce una influencia social convirtiéndose en una parte integrante de nuestra cultura pudiendo ser el espejo en el que nos vemos reflejados, de tal forma que se establece un vínculo inmediato entre el espectador y la película, siendo un instrumento de trabajo en personas con TMG (Wediding, Boyd y Niemiec, 2005).

Las películas propuestas en este Módulo HHSS-C, son las siguientes:

Tabla 18. Títulos de las películas asociadas a cada Sub-Programa del Módulo HHSS-C

Identificación	Sub-Programa	Película
SP1P	Bares y cafeterías	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entre copas</i> de Alexander Payne (2001). • <i>Un viaje de 10 metros</i> de Lasse Hallström (2014) • <i>Casa Blanca</i> de Michael Curtiz (1942). • <i>Nothing Hill</i> de Roger Michell (1999)
SP2P	Municipios	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mujeres al borde de un ataque de nervios</i> de Pedro Almodóvar (1988) • <i>Guarapo</i> de Santiago y Teodoro Rios (1989) • <i>Noche y día</i> de James Mangold (2010)
SP3P	Agencias de viajes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>7 años en el Tíbet</i> de Jean-Jacques Annaud (1997) • <i>8 apellidos vascos</i> de Emilio Martínez-Lázaro (2014) • <i>Come, reza y ama</i> de Ryan Murphy (2010) • <i>Qué tan lejos</i> de Tania Hermida (2006)

- *El exótico hotel Marigold* de Jon Madden (2011)

Cada sesión comienza con una explicación que conecta el tema central de la película con el Sub-Programa, se visualiza y si fuese necesario se opta por hacer pausas donde se introducen una serie de cuestiones referentes al contenido audio-visual que se desea enfatizar. Una vez finalizado se cumplimenta las hojas de registro y se abre un debate o puesta en común, centrado en las experiencias de los participantes.

Los títulos presentados son orientativos y se debe seleccionar aquel que esté más ajustado a los participantes, bien por preferencia de estos o por disponibilidad.

Habilidades Sociales en Contexto Real (HHSSC-CR)

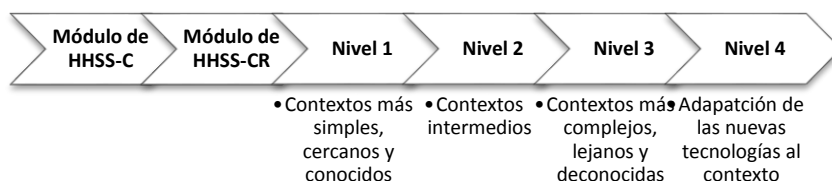
Este módulo está directamente relacionado con el módulo anterior de HHSS-C y corresponde a la parte del programa dedicada a la generalización y transferencia de los conocimientos adquiridos previamente al contexto real. El módulo HHSS-CR está articulado en varios niveles (N). El HHSS-CR es la continuidad del HHSS-C y su “puesta en acción” mediante los escenarios o contextos reales que se desarrollan en cafeterías, municipios y agencias de viaje del entorno socio-comunitario de referencia (zona norte de la isla de Tenerife), tanto en un área semi-rural como otra metropolitana.

A diferencia de la flexibilidad en cuanto al orden de aplicación de los distintos Sub-Programas del HHSS-C, los niveles corresponden al SP y mantienen un orden jerárquico, desde el más elemental (Nivel 1) a los más complejos (Nivel 4). En los Sub-Programas 1 y 3 se establecen 3 niveles y

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

el Sub-Programa 2 cuenta con 4 niveles, permitiendo este último facilitar el ajuste de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) a la vida cotidiana (ver figura 15).

Figura 15. Secuencia, según nivel de dificultad (intensidad), de los Niveles (N) de los Sub-Programas 1, 2 y 3 (SP1, SP2 y SP3)



Siguiendo un planteamiento similar el expuesto en el módulo HHSS-C se especifica, mediante la siguiente tabla, los objetivos generales de cada uno de los niveles para los distintos Sub-Programas.

Tabla 19. Descripción y objetivos de los niveles del módulo HHSS-CR

Identificación		
Sub-Programa y Niveles	Tema principal (título)	Objetivos
SP1N1 SP1N2 SP1N3	Bares y cafeterías (SP1) <ul style="list-style-type: none"> • SP1N1: Cafetería conocida, dentro del municipio. • SP1N2: Cafetería no conocida, dentro del municipio. • SP1N3: Cafetería no conocida y en otro municipio. 	N1: Favorecer las habilidades de comunicación dentro de un contexto cercano. N2: Favorecer habilidades de comunicación en contexto no conocido. N3: Fortalecer habilidades de comunicación en contexto distinto al habitual con desplazamiento de larga distancia. *Conocimiento y uso del transporte público.

<p>SP2N1 SP2N2 SP2N3 SP2N4</p>	<p>Municipios (SP2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SP2N1: Municipio del CRPS. • SP2N2: Municipio distinto al del CRPS. • SP2N3: Municipio distinto al CRPS, mayor distancia. • SP2N4: Rutas por municipios con GPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • N1: Manejo del desplazamiento con variables de contexto socio-ambiental conocido. Manejo de un callejero. • N2: Manejo del desplazamiento con variables de contexto socio-ambiental poco familiar. • Refuerzo de utilización de transporte público (autonomía). • N3: Manejo del desplazamiento con variables de contexto socio-ambiental poco familiar con aspectos de temporalidad y distanciamiento físico. • N4: Conocimiento y utilización de nuevas tecnología (GPS) con mejora de la autonomía en el uso de las mismas. Adaptación del soporte virtual al físico (real).
<p>SP3N1 SP3N2 SP3N3</p>	<p>Agencias de viaje (SP3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SP3N1: Solicitar información por teléfono. • SP3N2: Agencia de viajes del municipio. • SP3N3: Agencia de viajes en otro municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> • N1: Realizar una aproximación a un contexto (agencia de viajes) desde otro contexto conocido (CRPS), mediante un medio de comunicación no presencial (teléfono). • N2: Interacción con personal de una agencia de viajes para solicitar información. • N3: Interacción con personal de una agencia de viajes para solicitar información, en contexto socio-ambiental no frecuente o desconocido. Sensibilización a otros medios de transporte con conexión a traslados de larga distancia (otros pises).

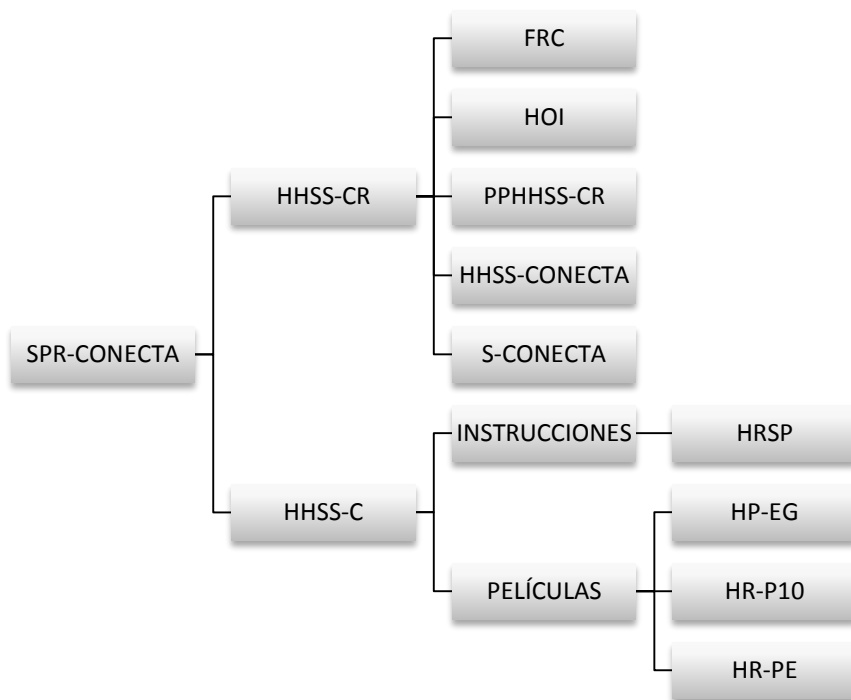
Como se ha indicado en la tabla anterior se señalan los objetivos generales de los Sub-Programas relacionados con los distintos niveles propuestos (SPN1, SPN2, SPN3 y SPN4).

Una vez descritos los módulos que componen el programa CONECTA (apartado 4.4), indicar que se han desarrollado una serie de hojas

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

de planificación y registro/trabajo que facilitan la programación de las actividades obteniendo información sobre aspectos relacionados con los contenidos, objetivos, dinámicas y actividades. Al conjunto de registros/hojas de trabajo y plantillas de planificación utilizados en el desarrollo de los módulos HHSS-C y HHSS-CR lo denominamos como “Sistema de Planificación y Registro del CONECTA” (SPR-CONECTA).

Figura 16. Sistema de Planificación y Registro del programa CONECTA (SPR-CONECTA)



En el anterior esquema apreciamos los protocolos de planificación y registro utilizados para el estudio clínico individual de cada integrante del grupo de entrenamiento (ver figura 16). A continuación se presenta una descripción del protocolo de registro y planificación (hojas de trabajo, plantillas para diseños de actividades, etc.), que han sido elaborados para el programa CONECTA (Anexo I).

Módulo HHSS-C

HRSP (Hoja de Registro del Sub-Programa-CONECTA). Consiste en una serie de cuestiones relativas al funcionamiento o realización de ciertas actividades relacionadas con el Sub-Programa. Se administra de forma individual a todos los componentes del grupo de entrenamiento en HHSS antes de comenzar con el programa y después de su realización. Permite una primera recogida de información de los conocimientos y acciones que ha realizado cada persona antes de iniciar el área de trabajo correspondiente a la instrucción. El tiempo estimado de cada uno de los cuestionarios es de aproximadamente 10 minutos. Presenta tres modalidades que están en función del SP (HRSP1; HRSP2; HRSP3).

HP-EG (Hoja de Planificación filmográfica-CONECTA). Centrada en dar información de los aspectos técnicos de la película y los objetivos o razones por los que se ha seleccionado y asociado al Sub-Programa en cuestión. El formulario consta de 12 elementos (tema, cinematografía, ritmo, sonido, ambiente, arte, dialogo, interpretación, impacto, guion, dirección, relación con el SP), es utilizado por el técnico para orientar la dinámica, tanto en su inicio como en su desarrollo. La expone el técnico antes de la proyección y permite que los participantes realicen las preguntas que consideren necesarias para aclarar cuestiones relativas a la proyección del *film*.

HR-P10 (Hoja de Registro filmográfica). Está orientada a recoger información sobre una serie de cuestiones o preguntas generales acerca de aspectos subjetivos de los participantes, como el agrado/desagrado o implicación emocional. Consta de 10 ítems con respuesta SI/NO y se realiza una vez finalizada la actividad de forma individualizada.

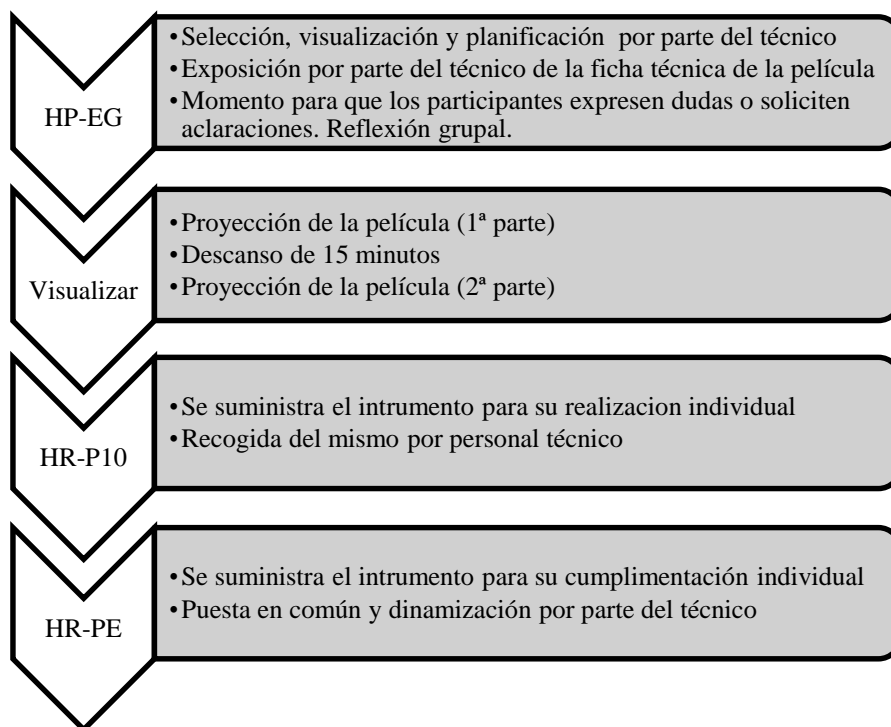
HR-PE (Hoja de Registro filmográfica específica). Específico para cada una de las proyecciones donde se recoge la información dada por los

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

participantes sobre distintos aspectos de la película (argumento, escenas, etc.). Permite evaluar el nivel atencional y otras variables cognitivas y/o en relación con las emociones. Igualmente, nos interesa conectar con el tema central de los Sub-Programas con lo que gran número de cuestiones que aparecen en los respectivos HR-PE, hacen referencia directa a la temática tratada en el Sub-Programa.

Estos tres últimos sistemas de recogida de información están relacionados con la dinámica de la proyección de una película asociada o con temática relacionados con los Sub-Programas del HHSS-C. Siguiendo el siguiente esquema (figura 17) podemos apreciar el momento de aplicación de los mismos, así como la secuencia de la actividad.

Figura 17. Instrumentos de trabajo relacionados con la proyección de películas del SPR-CONECTA, así como su formato de aplicación



Módulo HHSS-CR

PPHHSS-CR (Plantilla Programación para Contexto Real-CONECTA). Esta plantilla se utiliza en el módulo de entrenamiento HHSS-CR. Permite recoger información sobre la actividad antes del comienzo de esta (nivel). Es cumplimentada por el psicólogo y el personal técnico que va a ejecutar el *in situ*. En dicha plantilla se determina la fecha de intervención, el lugar, horario, profesionales que intervienen, supervisión y las personas propuestas para la actividad. En otro apartado se recogen los objetivos generales e individuales, la planificación y finalmente se reserva un espacio para las observaciones que el técnico de integración registra una vez finalizada la intervención. Dicha información se considera relevante para el psicólogo clínico contemplando la posibilidad de realizar ajustes en el plan de intervención individual.

HOI (Hoja de registro Observacional *in situ*-CONECTA). Este elemento de registro se realiza una vez finalizado el entrenamiento *in situ* en cada uno de los niveles de los SP del HHSS-CR. El técnico de integración o personal supervisor de esta actividad registra y valora sobre aspectos puntuales de la actividad en cada uno de los participantes. Dicha hoja de registro es igual para todas las actividades externas del HHSS-CR. La información permite al psicólogo supervisar el desempeño de la actividad y realizar los ajustes necesarios para posteriores actividades externas, o bien para diseñar intervenciones puntuales con el fin de favorecer el éxito y permitir a la persona que participe en la elaboración cognitiva de sus propias apreciaciones, obteniendo un acercamiento terapéutico personalizado. Igualmente se ha considerado que los ambientes seleccionados sean accesibles a la observación, con tasas de interacción social de interés, con una ocurrencia predecible para ser registrada y con el personal previamente entrenado para llevar a cabo las observaciones.

FRC (Formulario de Registro del Contexto-CONECTA). Este registro se realiza después de la actividad *in situ* del módulo HHSS-CR. Permite obtener información de cada una de las personas objeto de entrenamiento sobre sensaciones que percibe en el contexto. Consta de una primera escala de 12 ítems donde ha de marcarse el adjetivo que más refleje los sentimientos experimentados en el ambiente o contexto real. Está basado en los estudios iniciales de Mehrabian y Russell (1974) sobre la descripción general de los afectos y las aportaciones de Ward y Russell (1981), estableciendo dimensiones del ambiente físico molar. Junto a esta escala, adaptada para el propósito de este programa de entrenamiento en HHSS, se añaden una serie de ítems donde se recoge la satisfacción, el deseo de repetir la actividad, los aspectos que más le han gustado de la actividad y las dificultades que ha sentido o percibido. Finalmente, se deja un espacio para que la persona pueda plasmar, por medio de un dibujo, el objeto o elemento que más le ha impactado.

HHSS-CONECTA (Formulario de HHSS-CONECTA). Se trata de un formulario de 14 preguntas relacionadas con las habilidades sociales, donde la persona evaluada puntúa por medio de una escala tipo Likert (1 a 4), siendo la puntuación 1 la que indica “muchas dificultades” y el 4 “sin dificultades”, obteniéndose un rango de puntuaciones que va de 14 a 56. El instrumento es una adaptación de distintos ítems que resultan de fácil corrección y aplicación para personas que pudieran tener dificultad para cumplimentar otros instrumentos que demanden mayor nivel cognitivo (atención, memoria, comprensión, etc.). El HHSS-CONECTA nos proporciona una puntuación global que facilita el contraste con otros instrumentos de evaluación de las HHSS. Puntuaciones altas en este cuestionario auto-aplicado indicarían buen ajuste social. La realización del formulario específico de HHSS tiene una duración media de 5 minutos.

S-CONECTA (Formulario de satisfacción del CONECTA). Se trata de un formulario que ofrece información del grado de satisfacción y otros aspectos relacionados con la realización del programa CONECTA. Consta de 9 preguntas en la que se contesta mediante una escala de 1 a 4 en función del grado de acuerdo o desacuerdo con las cuestiones planteadas. En este formulario de valoración de la satisfacción de la aplicación del programa CONECTA se establecen tres categorías o rangos según la puntuación dada por los participantes. Las puntuaciones de 9 a 16 se consideran como insatisfacción con el programa, las puntuaciones entre 17 y 26 se consideran como indiferencia (estado intermedio entre insatisfacción y satisfacción) y por último las puntuaciones comprendidas entre 27 y 36 como satisfacción con la participación en el programa.

En este programa de intervención en HHSS (CONECTA) también se ha considerado de interés desarrollar un **tutorial** que permita una consulta rápida para las personas que deseen introducirse en la aplicación del programa CONECTA (ver Anexo II).

Finalizamos esta exposición de la estructura con la **secuencia** de desarrollo del programa (módulos de intervención, sesiones, tiempos) en sus 6 meses de aplicación:

1. Entrevista clínica y planificación individual.
2. Módulo HHSS-C (SP1).
 - a. Instrucción.
 - b. Modelado/*role-play*.
 - c. Dinámicas.
 - d. Películas.
3. Módulo de HHSS-CR (SP1N).
 - a. Nivel 1.
 - b. Nivel 2.
 - c. Nivel 3.

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

d. Nivel 4.

4. Comienzo con el siguiente SP (SP2) con la aplicación del módulo HHSS-C, seguido del módulo HHSS-CR.
5. Comienzo del SP3 con la aplicación del módulo HHSS-C, seguido del HHSS-CR.
6. Finalización de la intervención en HHSS (CONECTA).

En primer lugar se comienza con la entrevista donde se explica el programa y la firma del consentimiento informado y se determinan una serie de objetivos individuales. Seguidamente comenzaríamos con el primer módulo de entrenamiento (HHSS-C) con intervención semanal (una vez por semana) de 90 minutos, con descanso (15 minutos), un tiempo de acogida (15 minutos) y finalización de sesión (15 minutos).

La aplicación de la dinámica del módulo HHSS-CR, está en función del contexto a entrenar y del nivel de dificultad del *in situ* (N1, N2, N3). En este caso nos situamos en un rango de 2 horas a 7 horas de duración, con una periodicidad de 1 vez a la semana.

En la tabla 20 se presenta los **tiempos** de duración de las sesiones (HHSS-C) y niveles (HHSS-CR). En cuanto a la sección de *instrucción* se estima que esta se realice en 3 momentos debido a la cantidad de información que contienen sus apartados y en el caso de las dinámicas está en función de las propuestas para cada SP.

Tabla 20. Tiempos de las intervenciones de los módulos HHSS-C y HHSS-CR

Módulo HHSS-C	Secciones	Tiempo de realización
Sub-Programa 1 (Bares y cafeterías)	Instrucción	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
	Mode- lado/ <i>role- playing</i>	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
	Dinámicas	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia
(CONECTA)

Sub-Programa 2 (Municipios)	Películas	En función de la duración de la película. Se dedican 30 minutos para la puesta en común. Descanso de 15 minutos.
	Instrucción	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
	Mode- lado/ <i>role- playing</i>	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
	Dinámicas	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
Sub-Programa 3 (Agencias de viaje)	Películas	En función de la duración de la película. Se dedican 30 minutos para la puesta en común. Descanso de 15 minutos.
	Instrucción	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
	Mode- lado/ <i>role- playing</i>	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
	Dinámicas	90 minutos (2 Sesiones de 45 min, con un descanso de 15 min).
	Películas	En función de la duración de la película. Se dedican 30 minutos para la puesta en común. Descanso 15 min.

Módulo HHSS-CR	Niveles	Tiempo de realización
Sub-Programa 1 (Bares y cafeterías)	N1	De 2 a 3 horas
	N2	De 2 a 3 horas
	N3	De 4 a 6 horas
Sub-Programa 2 (Municipios)	N1	De 3 a 4 horas
	N2	De 4 a 5 horas
	N3	De 5 a 6 horas
	N4	De 3 a 4 horas
Sub-Programa 3 (Agencias de viaje)	N1	De 2 a 4 horas
	N2	De 5 a 6 horas
	N3	De 5 a 6-7 horas

Respecto al horario que se considera más apropiado, dadas las condiciones del recurso (CRPS) y las necesidades de desplazamiento de los usuarios, hemos optado, en el caso del módulo HHSS-C por comenzar a las 9 horas a.m. y finalización a las 11h 45 a.m. En relación con el HHSS-CR, los tiempos señalados en la tabla 20 incluyen el tiempo desde que salen los pacientes de sus hogares hasta que llegan al recurso o punto de encuentro

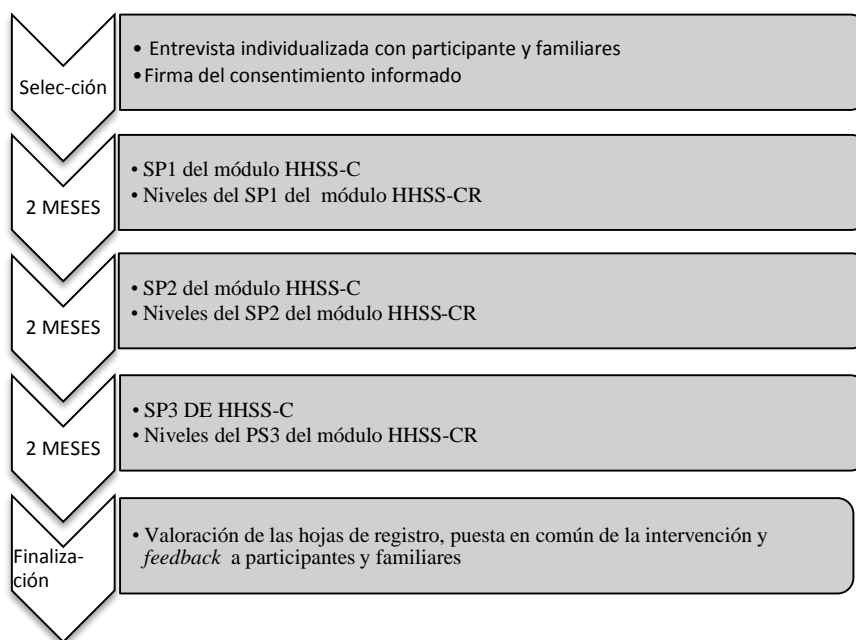
para iniciar la actividad, el tiempo que invierten en el entrenamiento *in situ* y su regreso de nuevo a sus hogares. Esto lleva a un ajuste de los tiempos de forma individualizada ya que la actividad en “tiempo real” queda determinada por dichos desplazamientos. En la tabla 21 se aprecian los tiempos medios estimados que los pacientes realizan en desplazarse del recurso (CRPS) o punto de encuentro (estación de autobuses) al lugar donde se va a efectuar la intervención “*in situ*” y el tiempo que se emplea en el entrenamiento en contexto real.

Tabla 21. Distribución estimada de los tiempos empelados en los desplazamientos del CRPS o punto de encuentro al lugar de realización de la actividad y tiempo máximo estimado en las actividades en contexto real

Nivel del Sub-Programa (SP1, SP2, SP3)	Tiempo medio de desplazamiento de los usuarios del recurso o punto de encuentro <i>in situ</i> y regreso	Tiempo máximo de la actividad <i>in situ</i>
Nivel 1	15 min	2h 30 min
Nivel 2	45 min	3 h
Nivel 3	1 hora 30 min- 2 h	3-4 horas
Nivel 4	15 min	2h 30 min

A continuación se presenta una aproximación estimada de la temporalidad de la implementación total del programa en función de los 3 Sub-Programas (“Bares y cafeterías”, “Municipios” y “Agencias de viajes”) del HHSS-C (contexto-clínico) y los tres/cuatro niveles del HHSS-CR (contexto real).

Figura 18. Temporalización e implementación de los módulos HHSS-C y HHSS-CR



En síntesis, el programa de entrenamiento en HHSS CONECTA dirigido a personas con esquizofrenia presenta un formato estructurado con dos módulos de intervención (HHSS-C y HHSS-CR), diseñado para grupos de 6 a 8 participantes y utilización de técnicas como instrucción, modelado/*role-playing*, dinámicas de refuerzo, proyección de filmografía y actividades en contextos reales relacionada con los contenidos. Las sesiones son semanales asignando un día para el módulo de HHSS-C repartidas en 2 periodos de 45 min y un segundo día al módulo de HHSS-CR, con duración variable de 2 a 7 horas en los *in situ*. El formato de presentación ofrece dos posibilidades (papel y Word) y la duración total de la intervención de los tres Sub-Programas es de 6 meses. El personal que interviene está formado preferentemente por psicólogo (PEPC, PGS), técnico de integración y personal educativo. Se considera de interés para una mejora de los resultados contar con grupos homogéneos (deterioro cognitivo, sintomatología negativa, movilidad, motivación y compromiso) y contar con el apoyo familiar,

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

así como de la presencia de un psicólogo especialista como coordinador al tratarse de personas con TMG (ver tabla 22).

Tabla 22. Características del programa de habilidades sociales CONECTA

Características generales	CONECTA	Observaciones
Foco de intervención	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS) 	<ul style="list-style-type: none"> Orientado a la generalización y transferencia
Sector	<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación Psicosocial (RPS) 	<ul style="list-style-type: none"> Salud Mental
Lugar	<ul style="list-style-type: none"> Centros de rehabilitación Psicosocial (CRPS) 	<ul style="list-style-type: none"> Compatible con otros recursos (Centros ocupacionales, miniresidencias, hospitales de día, etc.)
Marco teórico	<ul style="list-style-type: none"> Paradigma de la recuperación (<i>recovery</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Fundamentado en la literatura científica especializada
Personas a las que va dirigido	<ul style="list-style-type: none"> Esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> Fase crónica/estable de la enfermedad
Formato	<ul style="list-style-type: none"> Estructurado Grupal (6 a 8 participantes) 	<ul style="list-style-type: none"> Módulo de entrenamiento HHSS-C (contexto clínico) Módulo de entrenamiento HHSS-CR (Contexto real)
Soporte (medios técnicos)	<ul style="list-style-type: none"> Papel/Word 	<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de formato con conexión <i>internet</i>
Soporte (medios humanos)	<ul style="list-style-type: none"> Psicólogo, técnico integración, personal educativo 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinado por terapeuta especialista
Contenido (áreas)	<ul style="list-style-type: none"> Instrucción (secciones) Modelado/<i>role-playing</i> Dinámicas Películas relacionadas Actividades externas con tres/cuatro niveles de realización 	<ul style="list-style-type: none"> Los niveles de realización tienen una concepción jerárquica en función de la dificultad de las mismas. Los contenidos del HHSS-C están relacionados con el entrenamiento en contexto real (HHSS-CR).
Sesiones	<ul style="list-style-type: none"> 2 sesiones semanales 	<ul style="list-style-type: none"> 1 para el módulo HHSS-C. 1 para el módulo HHSS-CR. HHSS-C (2 sesiones de 45 min con descanso de 15 min).
Duración sesión	<ul style="list-style-type: none"> Módulo de HHSS-C (90 min) Módulo de HHSS-CR (2-6/7 h) 	<ul style="list-style-type: none"> HHSS-CR (1 sesión semanal con duración media de 3 horas (en función de los módulos de intervención y de los niveles de entrenamiento <i>in situ</i>). Ampliada por tiempo de desplazamiento.
Duración programa	<ul style="list-style-type: none"> 6 meses (3 Sub-Programas) 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliable a 2 años (11 Sub-Programas).

Compatibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Otros programa de RPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurocognición, Cognición social, terapia familiar, terapia cognitivo conductual y programas integrados como la IPT.
Tratamiento paralelo	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención psiquiátrica • Medicación antipsicótica 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicofármacos, en función la patología.

4.6.- Dificultades en la implementación

Según Vallina (2010): *El desarrollo, utilización y consolidación de los tratamientos procedentes de la investigación se enfrenta con tres importantes limitaciones que los compromete de manera importante. Una de esas creencias procede de lo que se supone que es su punto fuerte y razón de ser, los ensayos controlados. Otra limitación procede de sus problemas de efectividad y de difusión e implantación dentro de los servicios asistenciales, y la última surge de la necesidad de incorporarla y hacerla compatible con la filosofía y la práctica del paradigma actual de recuperación de las enfermedades mentales graves* (p. 593). Consideramos que esta cita expresa de forma clara las limitaciones con las que cuenta el desarrollo y utilización del programa CONNECTA en la actual RPS. Siguiendo esta línea merece especial interés exponer aquellos obstáculos que son más frecuentes dentro de los servicios asistenciales y que dificultan la extensión y la implantación de ciertos procedimientos terapéuticos (Ganju, 2003):

- Limitaciones económicas de los servicios públicos a la hora de dotar la implantación y aplicación de prácticas basadas en la evidencia.
- Los clínicos y los proveedores de servicios no disponen del adecuado conocimiento sobre estas prácticas.
- Los usuarios y familiares pueden no disponer de la adecuada información sobre las ventajas de estos procedimientos.

4.- Programa de HHSS en contextos reales para personas con esquizofrenia (CONECTA)

- Los servicios innovadores se perciben a menudo como una amenaza para la jerarquía y las estructuras organizativas.
- Las políticas y las regulaciones sanitarias en ocasiones no aportan la implementación de prácticas basadas en la evidencia.
- Las rotaciones frecuentes en la dirección y en el personal impiden el desarrollo sostenido de estas medidas.

Debido a este tipo de situaciones resulta relevante considerar que el programa CONECTA estaría más cerca del enfoque que complementa la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), entendida como el uso consciente, explícito y juicioso de la evidencia más actual y vigente en la toma de decisiones en la atención individual de los pacientes, ya que en su origen se encuentra la necesidad de contar con programas específicos que conecten con la vida cotidiana dentro de un marco socio-cultural específico y próximo a las personas participantes, combinando metodológicamente la experiencia profesional en psicología clínica con la información científica más actual. Aspecto que ya señalaba Liberman, Glynn, Blair, Ross y Marder, (2002) con el diseño del programa de entrenamiento en HHSS aplicado en vivo (*In Vivo Amplified Skills Training, IVAST*) para favorecer el traslado del entorno clínico al entorno cotidiano real del paciente o el programa de entrenamiento en habilidades de ocio, vivienda y laboral (WAF) dentro de la terapia psicológica integrada (IPT) (Roder et al., 2008). Igualmente, esta iniciativa de fomento de las intervenciones en contextos reales aumenta la necesidad de una perspectiva psicosocial, propiciando un acercamiento colaborativo entre psicología clínica y social, con especial interés en la neurocognición, habilidades sociales, metacognición, etc. (Hasson et al., 2014; Martínez-Domínguez, 2014; Michaels et al., 2014; Lysaker, Dimaggio y Brüne, 2014; Pinkham et al., 2014; Rabin et al., 2014; Vizzotto, Buchain, Netto y Elkis, 2015).

Coincidimos con las conclusiones a las que llegan otros estudios (Orviz y Lema, 2000) al señalar que no han de desestimarse los beneficios obtenidos en este tratamiento (HHSS), ya que los beneficios obtenidos pueden producir pequeñas mejoras en la vida de las personas con esquizofrenia al permitir un mejor funcionamiento social, aunque no suponga prescindir del apoyo psicoterapéutico y farmacológico. Los autores señalan que aunque el panorama resulte en ocasiones “desolador” nos sitúa a nivel de otros campos de intervención que resultan igualmente eficaces y que no llegan a todos los pacientes o simplemente actúan como amortiguadores de la sintomatología. Como ya se ha comentado, en ningún caso hemos considerado la intervención en HHSS como una forma “exclusiva” de intervención en pacientes con TMG dada la variabilidad y heterogeneidad de la patología. Por último, tener presente que los estudios revisados ofrecen buenos resultados, pero también esto debe hacerse con cautela, dada la incoherencia de algunos resultados y las dificultades que señalan a la hora de extrapolarlos a nuestra población y realidad asistencial.

ESTUDIO EMPÍRICO

5.- PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

5.1.- Justificación

El programa de HHSS (CONECTA) ha sido elaborado por terapeutas (Psicólogos Clínicos) y aplicado por personal especializado de distintos ámbitos profesionales (Psicólogos, Técnicos de Integración, Técnicos de Animación, Auxiliares Educativos, etc.). Dicho programa está diseñado para ser realizado en Centros de Rehabilitación/Recuperación Psicosocial u otros dispositivos asistenciales (Miniresidencias, Centros Ocupacionales, etc.) que intervengan con personas con esquizofrenia.

El desarrollo del programa está justificado si se considera que:

1. Encontramos en la literatura científica numerosas publicaciones que avalan la eficacia del entrenamiento en HHSS en pacientes/personas con esquizofrenia.
2. Existe una necesidad real de programas de entrenamiento en HHSS específicos para personas con esquizofrenia con aplicación en la red asistencial de Salud Mental.
3. Números autores señalan la importancia de realizar prácticas en contextos reales. En este sentido, el programa incide en el entrenamiento de conductas que requieren de una estructura que permita una fase formativa en sintonía con otra de aplicación en un entorno comunitario.
4. La evidencia científica señala que en pacientes con esquizofrenia en fase estable, es importante contar con un programa de larga implantación y compatible con otras áreas de intervención.

5. En los últimos años los programas de rehabilitación psicosocial en esquizofrenia están incidiendo en el desarrollo de intervenciones en entornos socio-comunitarios, para modificar con objetivos terapéuticos los mediadores metacognitivos (cogniciones que representan estados mentales de los interlocutores que solo pueden detectarse y modificarse en situaciones de interacción social real) existentes en las HHSS.

Sin embargo desarrollado el programa es necesario aportar evidencia empírica que avale su aplicabilidad y su eficacia, siendo éstos los objetivos nucleares de la investigación presentada. El siguiente apartado recoge de manera más específica, los objetivos de la parte empírica del estudio.

5.2.- Objetivos

1. Conocer si el programa CONECTA es aplicable a personas con esquizofrenia en régimen ambulatorio con un formato que incluye contexto-clínico y contexto-real.
2. Observar si se produce una mejoría en las HHSS de las personas objeto del entrenamiento con el programa CONECTA.
3. Comprobar si recibir el programa también supone una mejora sintomática de la enfermedad y de aspectos relacionados con ella como la ansiedad o la desesperanza.
4. Estudiar el impacto del programa en el funcionamiento social y en la cognición social.
5. Conocer si incide el programa CONECTA en la sobrecarga familiar de los familiares de las personas objeto de intervención.
6. Evaluar si el programa CONECTA resulta satisfactorio para las personas que participan en él.

7. Estudiar el efecto que el programa puede tener sobre el funcionamiento cognitivo del paciente.

5.3.- Hipótesis

Como resultado de la intervención con el programa CONECTA se espera observar una mejora en las habilidades sociales de los pacientes con trastorno de esquizofrenia. Si efectivamente se produce una mejora en habilidades sociales también podría esperarse una mejoría en el funcionamiento social del paciente y en la sobrecarga familiar.

De la misma manera, en la medida en que mejoran las habilidades sociales mejora el funcionamiento social, cabría esperar también un cambio en la sintomatología que muestra el paciente.

6.- METODOLOGÍA

6.1.- Participantes

El estudio se ha realizado en condiciones naturalísticas reales de trabajo en rehabilitación psicosocial. Por ello, los criterios de inclusión en el grupo de estudio no han sido estrictos desde un punto de vista diagnóstico sino que se ha buscado reproducir fielmente las características de una cohorte de pacientes con trastorno esquizofrénico en tratamiento en un CRPS. Por el mismo motivo, el tamaño muestral representa el tamaño habitual de trabajo en los dispositivos comunitarios de rehabilitación, entre 10 y 20 usuarios. En nuestro estudio han sido 16 usuarios. No se ha pretendido conseguir un tamaño muestral que garantice la potencia estadística de las

conclusiones sino priorizar la representatividad del trabajo comunitario en condiciones reales de intervención.

Los participantes en el estudio son usuarios del CRPS del Puerto de la Cruz, derivados por la USMC de referencia. Los CRPS son centros pertenecientes a la red de rehabilitación psicosocial en SM.

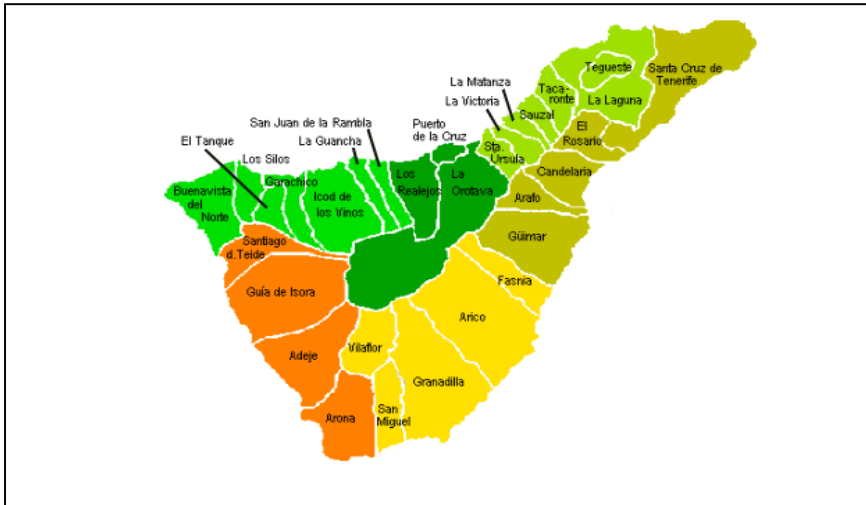
El proceso de selección que se ha seguido hasta configurar el grupo de participantes en el estudio ha seguido el siguiente orden:

1. Derivación por USMC.
2. Aceptación en el CRPS.
3. Aceptación de las condiciones del estudio.

En primer lugar en la USMC se elaboró el denominado “Documento 1, de derivación” que confecciona el psiquiatra de referencia en colaboración de su equipo. En segundo lugar procede la entrevista en el recurso (CRPS) una vez recibido dicho documento, siendo realizada por el psicólogo clínico que daría como resultado el alta en el mismo y la elaboración del Plan Individual de Rehabilitación (PIR). Por último se seleccionan los candidatos para formar parte del estudio. En este último momento de selección se realiza la *entrevista dirigida para HHSS de Caballo* (1997) (ver Anexo V), se informa a los pacientes y familiares del propósito del programa CONECTA y se ofrece su aprobación mediante el documento de consentimiento informado (Anexo III) para formar parte del estudio.

La realización del estudio tiene como marco de referencia el CRPS del Puerto de la Cruz, situado en la zona norte de la isla de Tenerife (ver figura 19) que cuenta con una población rural y urbana comprendiendo los municipios de Los Realejos (37.224 habitantes), La Orotava (40.644 habitantes), Sta. Úrsula (13.393 habitantes), La Guancha (5.379 habitantes), S. Juan de la Rambla (5.061 habitantes) y Puerto de la Cruz (31.131 habitantes), en total es receptor potencial de una población de 132.832 habitantes.

Figura 19. Localización geográfica del CRPS- Puerto de la Cruz y otros municipios



Fuente: www.tenerife-abc.com

Los criterios de derivación al CRPS han sido expuestos en el apartado 4.3 de esta tesis al referirnos a la población diana y criterios de derivación. Una vez derivado al CRPS, el psicólogo clínico verifica que cumple tales criterios y procede a la solicitud de alta administrativa (suele existir un tiempo entre la derivación de la USMC y la posibilidad de plaza vacante en el CRPS). Una vez cubiertos los trámites anteriores se procede a la evaluación y aceptación de las condiciones del estudio.

Inicialmente fueron propuestas 25 personas no incluyéndose 9 de ellos por las siguientes razones: 3 por manifestar deseo de no participar en el programa durante la entrevista, 3 al encontrarse en el momento del proceso selectivo en situación de baja por enfermedad y 3 no superan los criterios de la entrevista, al presentar dificultades en el cumplimiento de la medicación (ver Anexo V). Los pacientes seleccionados llevaban aproximadamente 1 año en el CRPS antes del inicio del estudio y no se había intervenido con anterioridad mediante programas específicos de HHSS.

Han formado parte del estudio un total de 16 participantes con diagnóstico de esquizofrenia (F20 CIE-10), siendo las características sociodemográficas y clínicas las presentadas en la tabla 23. Como se puede apreciar el grupo está formado mayoritariamente 75% por varones (12 participantes) y el 25% de mujeres (4 participantes). Las edades se encontraban comprendidas entre los 18 y 50 años (87,5%), con una media de 32 años y desviación típica de 7. Tienen estudios de tipo medio el 43,74%, el 31,25% estudios primarios y el 25% iniciaron estudios universitarios. En relación a la experiencia laboral el 68,65% cuenta con dicha experiencia, aunque el 31,25% ha estado más de un año desempeñando algún tipo de trabajo remunerado y con contrato (según vida laboral). El abordaje clínico nos muestra que el 100% se encuentra con medicación antipsicótica (risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, levomepromazina). En relación a los ingresos hospitalarios el 87,5% tenían historial de ingresos previos al inicio del estudio (antes), el 6,5% durante el periodo de estudio (durante) y al finalizar ninguno de los participantes se encontraba ingresado. En relación a la persona que requirió ingreso, este fue inferior a una semana y se realizó de forma voluntaria.

En cuanto al consumo de tóxicos predomina el no consumo 62,5%, el resto con un 37,5% presentaba historial de consumo moderado y/o esporádico (alcohol y/o cannabis) antes de ser derivado al CRPS. El 62,50% no presenta historial de ideación/intento de autolisis antes, durante o después del estudio. Con respecto a la convivencia de los participantes en el estudio, mayoritariamente convive con sus padres (93,75%), siendo las madres el cuidador principal y solo uno de los participantes se encontraba en un recurso residencial (piso tutelado). La asistencia al programa ha sido superior al 75% y según la apreciación del equipo terapéutico y comentarios de los participantes la implicación de los pacientes fue considerada como media-alta.

Tabla 23. Datos de las variables sociodemográficas y clínicas en %, (en negrita los porcentajes más altos dentro de cada variable)

Variable	Descripción			%
Sexo	Varón			75
	Mujer			25
Edad	18-25			6,25
	26-36			43,75
	37-50			43,75
	Mayores de 50			6,25
Estado civil	Solteros/casados			87,5
				12,5
Estudios	Básicos			31,25
	Medios			43,75
	Universitarios			25
Experiencia laboral	No			31,25
	Menos de un año			37,50
	Más de un año			31,25
Medicación anti-psicótica	Sí			100
	No			0
Ingresos hospitalarios	Antes	Durante	Después	
	Sí	Sí	Sí	0
	Sí	No	No	81,25
	Sí	Sí	No	6,25
	No	No	No	12,5
Consumo tóxicos	Antes	Durante	Después	
	Sí	Sí	Sí	0
	Sí	No	No	37,5
	No	Sí	Sí	0
	No	No	No	62,5
Ideación/intento autolisis	Antes	Durante	Después	
	Sí	Sí	Sí	0
	Sí	No	No	37,5
	No	Sí	Sí	0
	No	No	No	56,25
	No	Sí	No	6,25

Convivencia	Familia de origen	93,5
	Recursos asistenciales	6,5
	Solos	0
	otros	0
Asistencia	Inferior 24%	0
	Entre el 25% y 75%	0
	Superior al 75%	100
Grado de implicación	Bajo	0
	Medio	12,50
	Alto	75,50

Una descripción más detallada del valor de cada una de las variables se encuentra en el apartado siguiente (7.- Resultados) y en concreto ver tablas 37, 38 y 39.

6.2.- Instrumentos

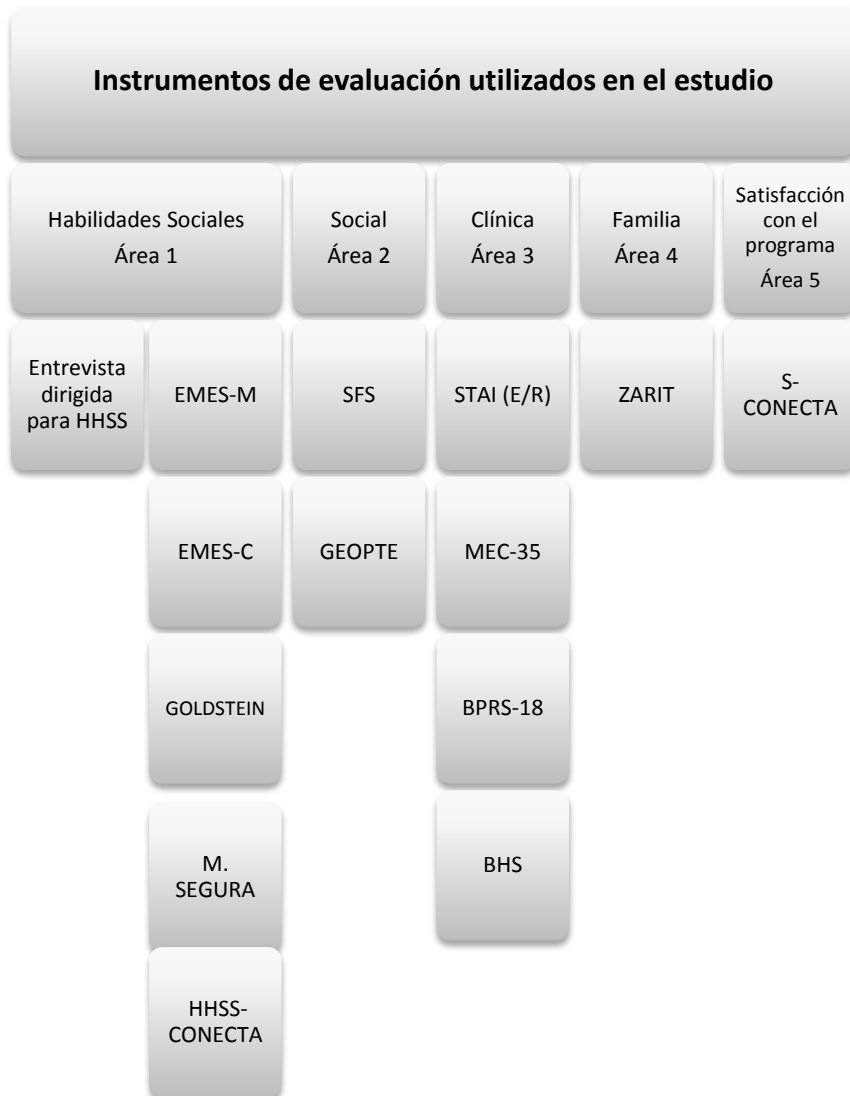
La evaluación se realiza tanto del paciente como de su familia (figura 20). Respecto al estado del paciente incluye: psicopatología, trastornos cognitivos básicos, nivel de habilidades sociales, capacidades de afrontamiento, cognición social y funcionamiento social. La evaluación familiar incluye la carga familiar. Se realiza una evaluación multidimensional en tres momentos: antes de iniciarse el tratamiento, a la conclusión del mismo y a los seis meses de finalizado el mismo

Los instrumentos seleccionados recogen información asignadas a 5 áreas de estudio:

- Área 1: Habilidades Sociales.
- Área 2: Social.
- Área 3: Clínica.

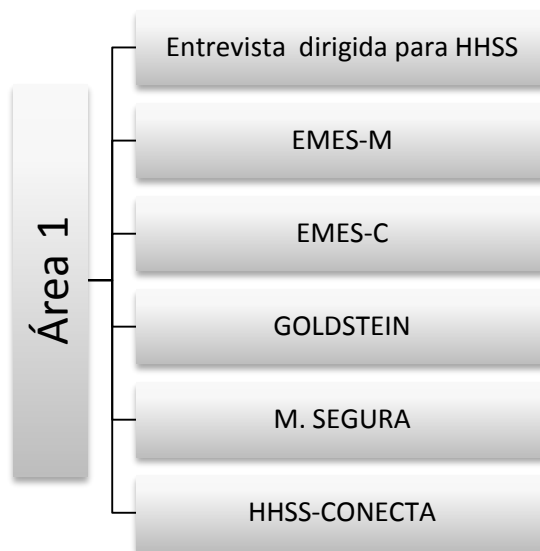
- Área 4: Familiar.
- Área 5: Satisfacción con el programa.

Figura 20. Áreas e instrumentos de evaluación del estudio



Área 1: Habilidades Sociales

Figura 21. Instrumentos de evaluación del área 1: Habilidades Sociales



Entrevista dirigida para HHSS de Caballo, 1987

La entrevista dirigida para HHSS está basada en el esquema propuesto por Arkowitz (1981) y presenta un formato semi-estructurado. Nos permite un análisis conductual y funcional de la persona entrevistada en los siguientes apartados:

1. Datos generales.
2. Descripción física del paciente.
3. Observación conductual del paciente durante la entrevista.
4. Descripción por parte del paciente de los problemas presentes y de los objetivos del tratamiento con sus propias palabras.
5. Principales problemas además de la inadecuación social.
6. Efectos de la definición social sobre el funcionamiento diario de la persona.

7. Motivación para el tratamiento.
8. Evaluación del funcionamiento social en áreas específicas:
 - a. Relaciones con el mismo sexo.
 - b. Relaciones con el sexo opuesto.
 - c. Capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos hacia los demás.
 - d. Defensa de los propios derechos.
 - e. Manejo de crítica.
 - f. Hacer y rechazar peticiones.
 - g. Hacer y recibir cumplidos.
 - h. Interacción con figuras de autoridad.
 - i. Interacción con miembros de la familia.
 - j. Interacción con compañeros/as de trabajo y/o clase.
 - k. Situaciones de grupo.
 - l. Situaciones de hablar en grupo.
 - m. Situaciones de hablar en público.
 - n. Iniciación de interacciones sociales.
 - o. Mantenimiento y desarrollo de interacciones sociales.
 - p. Expresión de opiniones.
9. Estimación subjetiva de su habilidad social (1-10) y de su ansiedad social (1-10).
10. Cogniciones disfuncionales relacionadas con el funcionamiento social.
11. Conocimiento sexual, experiencias y temores.
12. Situación de vida actual, con referencia especial a contactos sociales potenciales.
13. Descripción de un día típico con referencia particular a contactos sociales.
14. Empleo actual y situación educativa.
15. Interés y actividades de ocio agradables.

16. Obstáculos para el funcionamiento social efectivo.

17. Historia:

- a. Descripción del periodo de comienzo de las dificultades sociales (anotar si las dificultades han sido crónicas).
- b. Educación.
- c. Historia laboral.
- d. Antecedentes familiares.
- e. Antecedentes de salud.
- f. Descripción del periodo de mejor funcionamiento social.
- g. Descripción del periodo de peor funcionamiento social.

La entrevista presenta dos escalas tipo Likert en el apartado 3 (Observación conductual del paciente durante la entrevista). La primera es específica para elementos moleculares con puntuaciones que van de 1 (Muy inapropiado/a) a 7 (Muy apropiado/a, y la segunda con elementos globales con puntuaciones que van de 1 (Muy bajo/a) a 7 (Muy alto/a). El apartado 8 (Evaluación del funcionamiento social en áreas específicas) se apoyan en una serie de preguntas abiertas y el resto de preguntas corresponden a apartados donde la persona que realiza la entrevista recoge la información sin elementos que la dirijan hacia cuestiones más concretas. En relación a los resultados de la entrevista, se ha tenido presente que dichas preguntas ofrecen resultados cualitativos.

Este instrumento de evaluación sólo se utilizó en el proceso de selección de candidatos en la fase inicial del estudio, tras ser derivado por la USM y aceptado en el CRPS. Se realizó de forma individual cumplimentada mediante observación clínica, información aportada por el paciente, familiares e historial clínico. Con el objeto de facilitar la toma de información de dicha entrevista se utilizó un formato adaptado (ver Anexo V). Su propósito fue obtener una línea base para determinar objetivos individuales

que pudieran ser de utilidad clínica en el PIR de cada paciente, tanto en la selección inicial como una vez finalizado el estudio.

Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Motora (EMES-M) de Caballo (1987)

La Escala fue desarrollada como un instrumento autoaplicado y dirigido a evaluar conductas socialmente adecuadas. Consta de 64 ítems y ofrece información acerca de 12 factores:

1. Iniciación de interacciones.
2. Hablar en público / enfrentarse con superiores.
3. Defensa de los derechos del consumidor.
4. Expresión de molestia, desagrado, enfado.
5. Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto.
6. Expresión de molestia y enfado hacia familiares.
7. Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto.
8. Aceptación de cumplidos.
9. Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto.
10. Hacer cumplidos.
11. Preocupación por los sentimientos de los demás.
12. Expresión de cariño hacia los padres.

El tiempo estimado de aplicación es de 30 minutos. La persona que contesta la escala debe puntuar la frecuencia con que presenta estos pensamientos en una escala tipo Likert de 5 puntos, de 0 (“nunca o muy raramente”) a 4 (“siempre o muy a menudo”). Su corrección e interpretación proporciona una puntuación sobre la habilidad social global de la persona, así como la habilidad social específica para cada uno de los factores señalados. Una mayor puntuación supondría una mejora en la emisión de conductas socialmente hábiles de las personas y tiene un rango de puntuaciones de 0 a 256.

En el presente estudio, se han introducido algunas modificaciones en los planteamientos de los ítems debido a la dificultad que presentaban las personas evaluadas. Dichas modificaciones consistieron en cambiar el sentido de las frases en aquellas planteadas como positivas a negativas y así unificar un criterio en el momento de realizar el test. Ello supone, en el momento de la evaluación global, considerar que una menor puntuación supondría una mejora en la emisión de conductas socialmente hábiles (ver Anexo VII). Los ítems modificados se pueden ver en la tabla número 24.

Tabla 24. Modificaciones realizadas en los ítems de la Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Motora (EMES-M)

Ítems	Modificación	Ejemplo
6, 7, 8, 12, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 39, 48, 49, 54, 57, 58 y 62	Se añade la sílaba “no”	<i>Ítem 7:</i> cuando mi supervisor o jefe me irrita <i>no</i> soy capaz de decírselo
9, 21, 41, 50 y 64	Se cambia “fácil” por “difícil”	<i>Ítem 21:</i> Me resulta <i>difícil</i> hacer cumplidos a una persona que apenas conozco

Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Cognitiva (EMES-C) de Caballo y Buela (1988)

Esta escala parte de una primera versión de la EMES-C (Caballo, 1987). Está dirigida a evaluar pensamientos negativos relacionados con distintas dimensiones de las HHSS. La versión utilizada (Caballo, 1997), consta de 44 ítems relacionados con pensamientos negativos asociados a la interacción social. Ofrece información acerca de 12 factores:

1. Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores.

2. Temor a la desaprobación de los demás.
3. Temor a hacer o recibir peticiones.
4. Temor a hacer o recibir cumplidos.
5. Preocupación por la expresión de pensamientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto.
6. Temor a la evaluación negativa.
7. Temor a la conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conducta positiva.
8. Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos.
9. Preocupación por la impresión causada en los demás.
10. Temor a expresar sentimientos positivos.
11. Temor a la defensa de los derechos.
12. Asumir posibles carencias propias.

El tiempo estimado de aplicación es de 30 minutos. La persona debe puntuar la frecuencia con que presenta estos pensamientos en una escala tipo Likert de 5 puntos, de 0 (“nunca o muy raramente”) a 4 (“siempre o muy a menudo”). Su corrección e interpretación proporciona una puntuación sobre la habilidad social global de la persona, así como la habilidad social específica para cada uno de los factores señalados. Al igual que la EMES-M se trata de una escala auto-aplicada no específica para TMG, pero que permite una evaluación de las HHSS de interés para nuestro estudio. El EMES-C presenta un rango de puntuaciones de 0 a 176, indica que a mayor puntuación más frecuencia de pensamientos de temores y preocupaciones (pensamientos negativos) ante la realización de determinadas conductos sociales, y cuanto menor sea la puntuación menor será la frecuencia de pensamientos distorsionados.

Cuestionario Goldstein de habilidades sociales (GOLDSTEIN), de Goldstein (1980, 1889)

Este cuestionario (auto-informe) consta de 50 preguntas con una escala de valoración tipo Likert de 1 a 5, en función del grado en que se utilice la habilidad planteada, donde 1 corresponde a “si nunca utiliza la habilidad” y 5 “si siempre utiliza la habilidad”, con un rango de puntuaciones que va de 50 a 250. El cuestionario ofrece información sobre los siguientes factores:

1. Primeras habilidades sociales.
2. Habilidades sociales avanzadas.
3. Habilidades relacionadas con los sentimientos.
4. Habilidades alternativas a la agresión.
5. Habilidades para hacer frente al estrés.
6. Habilidades de planificación.

Presenta un tiempo estimado de unos 30 minutos. Una mayor puntuación nos indica una mejoría en la valoración de la conducta hábil, tanto en los factores propuestos como en la puntuación global.

Cuestionario de habilidades sociales (SEGURA) de M. Segura (1981)

Cuestionario relacionado con las HHSS diseñado por Mariana Segura y presentado como ponencia libre en el Congreso de la Fundación de la Asociación Española de Terapia de Conducta en 1981. Consta de 20 ítems, donde el sujeto ha de seleccionar una serie de frases dentro de cada ítem. Con la finalidad de facilitar la realización del cuestionario y su corrección se han realizado una serie de adaptaciones consistentes en ampliar/reducir el número de opciones (frases) dentro de cada ítems homogenizando a cuatro posibles alternativas de respuesta (a, b, c, d) y ordenar las alternativas por intensidad de mayor a menor ajuste social de las respuestas.

Para su corrección se ha seguido una escala donde 1 (opción a) indica menos competencia social y 4 (opción d) mayor competencia social, obteniéndose un rango de puntuaciones que va de 20 a 80 en la versión adaptada para este estudio, siendo las puntuaciones más altas un indicador de mayor nivel de competencia social (ver Anexo IV).

Es un cuestionario auto-aplicado que tiene por objeto evaluar el comportamiento ante una nueva situación planteada. Nos muestra información sobre diferentes aspectos de la competencia social en función de la actuación previsible de la persona objeto de evaluación (conducta adecuada, inhibición de conductas, ansiedad e inhabilidad). La duración estimada para cumplimentar esta escala es de 10 a 15 minutos.

Cuestionario específico de HHSS para el CONECTA (HHSS-CONNECTA) de Arceo J. (2014)

Este cuestionario se diseñó específicamente para evaluar aspectos generales de las HHSS mediante una serie de cuestiones a las que se responde mediante una escala de valoración. Es aplicado tras la intervención del programa CONECTA. Ha sido descrito dentro de las hojas de trabajo y registros (SPR-CONNECTA) del programa en el apartado 4.5 y se presenta en el Anexo I.

Área 2: Social

Social Functioning Scale (SFS) de Birchwood et al. (1990)

La Escala Reducida de Funcionamiento Social (*Social Functioning Scale, SFS*) fue diseñada para evaluar el funcionamiento social de personas con esquizofrenia y especialmente para su uso en programas de intervención familiar. La escala evalúa los aspectos que se consideran fundamentales a la hora de mantener al paciente en la comunidad y en un principio

constaba de 76 ítems, quedando reducida a 15 ítems (versión reducida). Valora siete áreas:

1. La interacción y retraimiento social (el tiempo que pasa el paciente solo, el inicio de conversaciones, la evitación social...).
2. Las conductas interpersonales (número de amigos, contactos heterosexuales, calidad de la comunicación).
3. Actividades pro-sociales (toma parte en una variedad de actividades sociales...).
4. Actividades de ocio (tiene hobbies variados, intereses, pasatiempos...).
5. Independencia-competencia (capacidad para llevar a cabo las tareas necesarias para una vida independiente).
6. Independencia-actividad (la realización concreta de las tareas necesarias para dicha vida independiente).
7. Empleo-ocupación (trabajo productivo remunerado o programa de actividades diarias programadas).

El objetivo del instrumento es el de obtener una evaluación detallada de los puntos fuertes y débiles del paciente para que sirva de guía de intervenciones específicas y para establecer unos objetivos concretos de tratamiento (Barrowclough y Tarrier, 1992). La SFS distingue la falta de competencia de la falta de desempeño: la falta de competencia se refiere a la ausencia o pérdida de la habilidad y la falta de desempeño al desuso o abandono de una habilidad disponible.

La prueba discrimina pacientes que forman parte de familiares con alta y baja EE. Existe una versión en castellano realizada por Torres y Olivares (2005) y validada por Alonso et al. (2008). Los 78 ítems originales se redujeron inicialmente a 19 y a 13 (criterios psicométricos clásicos y modernos, respectivamente) y finalmente a 15, al añadir 2 ítems relacionados

con la «capacidad de empleo». La versión corta de la SFS no contiene subdimensiones. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,76. La correlación de la versión corta con la EVA-EQ y la ICG resultó semejante o superior (0,46 y -0,42, respectivamente) a la de la versión original larga. El área bajo la curva ROC (AUC) mostró una capacidad discriminativa prácticamente idéntica para ambas versiones de la SFS (AUC: 0,74 para la original y 0,73 para la corta) respecto a la escala ICG.

La versión reducida fue seleccionada por su operatividad en el uso clínico (tiempo de realización y reducción del número de ítems). La escala utiliza valores que van de 0 (nunca) a 3 (a menudo) en los ítems del 1 al 13 y respuesta SI/NO en los dos restantes (14 y 15). Presenta un rango de puntuaciones que va de 15 a 41, obteniendo una puntuación global por sumatorio de las puntuaciones donde a mayor puntuación indica mejor funcionamiento social.

Por la importancia de la adaptación contextual en nuestro estudio a cada entorno cultural y dadas las características de nuestra población en Canarias, hemos realizado algunas adaptaciones para incluir actividades más cercanas al contexto socio-comunitario, que consisten en la aplicación en los ítems 4, 5, 6 y 7, que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 25. Adaptaciones de los ítems de la Escala Reducida de Funcionamiento Social (SFS)

Ítems	SFS original	SFS adaptado
4	Exposición	Exposición, museos, artesanía
5	Ir a fiestas	Ir de fiestas, romerías, actuaciones musicales
6	Discotecas	Discotecas, pub, bares de copas

7	Asistir a alguna actividad de la iglesia	Asistir a algunas actividades de la iglesia o de tipo religioso
---	--	---

Igualmente se han asignado valores a las variables dicotómicas (SI/NO) de los ítems 14 y 15, siendo el valor 1 cuando se responde afirmativamente (SI) y 0 cuando la respuesta es negativa (NO) para el ítem 14, invirtiéndose el valor en el ítem 15 (ver Anexo 6).

Escala GEOPTE de cognición social para la esquizofrenia, de Sanjuán et al. (2003)

La escala diseñada por el Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia (GEOPTE) presenta un primer borrador de la escala en 2000, pero es en 2003 cuando se muestra el estudio de validación (Sanjuán et al., 2003). Se trata de una escala auto-aplicada de 15 ítems formulados como preguntas cortas a las que se responde por medio de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta y con un rango de puntuaciones de 1 a 5, donde la puntuación más baja indica *no* y la más alta *mucho*. Evalúa funciones cognitivas básicas (ítems del 1 al 7) y cognición social (ítems del 8 al 15). Recoge información de dos fuentes:

- Percepción subjetiva del propio paciente.
- Percepción del informante o cuidador.

La escala del informante no se llevó a término por criterio clínico/metodológico al producirse un cambio del personal técnico del CRPS, siendo este el informante seleccionado para el estudio.

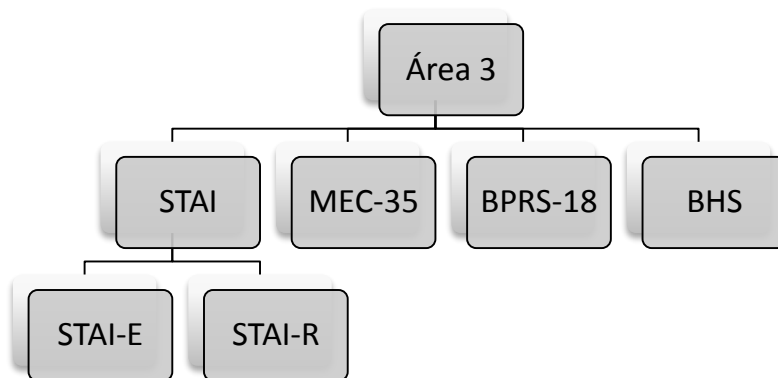
La escala está enfocada para medir cambios clínicos y pretende ser un instrumento útil para medir la cognición social en la psicosis (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2004).

Las puntuaciones registradas son utilizadas para calcular una puntuación total para cada uno de ellos (paciente y cuidador), con un rango de

15 a 75, donde una puntuación de 15 representa el mejor estado de cognición social posible para este instrumento, mientras que 75 supone el peor estado posible.

Área 3: Clínica

Figura 22. Instrumentos de evaluación del área 3: Clínica



State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1970)

El inventario auto-aplicado de ansiedad-rasgo STAI fue diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad como el estado o condición emocional transitoria (en adelante STAI-E) y la ansiedad como rasgo o propensión ansiosa relativamente estable (en adelante STAI-R). Consta de 40 ítems (dos escalas de 20 ítems cada una), donde los sujetos tienen que describir como se sienten generalmente (STAI-R) o en el momento de ejecutar la prueba (STAI-E). Presenta una escala tipo Likert con un rango de puntuaciones de 0 a 3, obteniéndose la puntuación en cada escala como el sumatorio de las puntuaciones directas en cada una de estas, aunque es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3, nada; 2, algo; 1 bastante; 0, mucho) en los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20

en STAI-R y 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 en STAI-E (tabla 26). La puntuación total en cada una de los conceptos (estado/rasgo), oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Las puntuaciones más altas indican mayor nivel de ansiedad. Se estima una duración de aproximadamente 15 minutos.

Tabla 26. Ítems que invierten la puntuación asignada a la intensidad en el State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Ítems que invierten puntuación asignada a la intensidad (STAI-R)	1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20
Ítems que invierten puntuación asignada a la intensidad (STAI-E)	21, 26, 27, 30, 33, 36, 39

Es una escala muy utilizada en clínica, considerándose la escala ansiedad-estado como la más apropiada para apreciar cambios tras una intervención terapéutica (Elliott, Shewchuk y Richards, 2001; Shewchuk, Richards y Elliott, 1998).

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein y Mc Hugh (1975)

El *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, es un instrumento diseñado por Folstein, Folstein y McPung en 1975, aunque existen versiones posteriores como la de 1998 y 2001. Se trata de un test de cribado de demencias (detección del deterioro cognitivo), útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. La versión española conocida como “mini-mental” también utilizada para la detección de casos de deterioro cognitivo en TMG cuenta con dos versiones, siendo la utilizada en este estudio la de 1975, adaptada y validada por Lobo et al. (1979) y conocida como *Mini-*

Examen Cognitivo (MEC), mientras la otra versión es denominada como *Test Mini-Mental*.

El instrumento es hetero-aplicado y explora distintas áreas cognitivas. Existen dos versiones del MEC en función de los ítems, de 30 y de 35 puntos respectivamente (MEC-30 y MEC-35), considerándose una puntuación de 30 puntos menor deterioro si utilizamos la MEC-30 y 35 si utilizamos la MEC-35. Una puntuación alta indica deterioro mínimo y la menor puntuación un deterioro máximo en ambas versiones (rango de puntuaciones que va de 0 a 30 o de 0 a 35). La versión de 30 puntos (MEC-30), resulta de la eliminación de 2 ítems (repetición de dígitos en orden inverso y abstracciones). En el presente estudio utilizamos el **MEC-35** (Lobo et al., 1979). Tanto en una versión como en la otra los ítems están agrupados en 5 apartados:

1. Orientación.
2. Fijación.
3. Concentración y Cálculo.
4. Memoria.
5. Lenguaje y construcción.

Se establece un punto de corte en adultos no geriátricos de 27/28 aunque también existe la posibilidad de considerar la puntuación de 24 como punto de corte para población adulta no geriátrica y de 20 para adultos geriátricos. Es un instrumento de cribado de fácil y rápida aplicación (de 5 a 10 minutos) y nos ofrece información sobre el rendimiento cognitivo general, razón por el que se selecciona para este estudio.

Brief Psychiatric Rating Scales (BPRS) de Overall y Gorham (1962)

La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS*) fue desarrollada a partir de la multidimensional *Scale for Rating Psychiatric Patients* (MSRPP) publicada por Maurice Lorr (1954).

La BPRS fue inicialmente diseñada para medir los cambios sintomáticos en pacientes con enfermedad psicótica. Por lo tanto, los elementos de la BPRS se centran en los síntomas que son comunes en pacientes con trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia, así como las que se encuentran en pacientes con trastornos del estado de ánimo graves, especialmente aquellos con características psicóticas. Los ítems cubren la amplia gama de síntomas incluyendo alucinaciones, delirios y desorganización, así como los trastornos del estado de ánimo.

Se trata de una de las escalas heteroaplicadas más utilizadas en psiquiatría. La versión más utilizada en la actualidad consta de 18 ítems (la versión original tenía 16 ítems) y existe una versión ampliada a 24 ítems. Su objetivo inicial era evaluar la respuesta al tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos. Sin embargo, ha sido también utilizada para la evaluación psico-diagnóstica en la esquizofrenia (Bech, 1993). Se distinguen las siguientes áreas de evaluación/valoración:

- Ansiedad-depresión.
- Anergia.
- Trastorno del pensamiento.
- Activación.
- Hostilidad-susplicia.

La escala utilizada en este estudio es la que consta de 18 ítems y es conocida como BRPS-18. Cada ítems se puntúa en una escala de tipo Likert de 5 puntos, en la que 0 significa ausencia de síntoma y 4 significa muy grave, obteniéndose un rango de puntuaciones que va de 0 a 72. La evaluación de los síntomas, suele referirse a los días previos a la entrevista y debe ser administrada por un terapeuta experimentado tras una entrevista semi-estructurada de unos 15-25 minutos.

Bech (1993) proponen los siguientes puntos de corte de la BPRS-18 para evaluar la gravedad: (0-9) ausencia del trastorno, (10-20) síndrome menor (trastorno leve o caso probable), más de 20 síndrome mayor (trastorno grave o caso cierto). En todo caso, puntuaciones bajas indican escasa presencia de síntomas, mientras que puntuaciones altas indican una presencia clara de síntomas.

Beck Hopelessness Scale (BHS) de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974)

La Escala de Desesperanza de Beck (*BHS/HS*) es una escala diseñada por Beck, et al. (1974) para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como las habilidades para salvar las dificultades de la vida. Consta de 20 ítems a los que la persona ha de responder verdadero o falso. Se trata de un instrumento auto-aplicado. Las repuestas señaladas como verdadero en los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) valen un punto y la señaladas como falso en esos ítem 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítem (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19), valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos, ofrecen un rango de puntuaciones que va de 0 a 20. En función de la puntuación total (sumatorio de las puntuaciones directas) se recomienda los siguientes puntos de corte:

Tabla 27. Puntuaciones y valoración de la escala *Beck Hopelessness Scale* (BHS)

Puntuación	Riesgo de cometer suicidio
0-3	Mínimo
4-8	Leve
9-14	Moderado
15-20	Alto

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado más alto de desesperanza. El tiempo de realización es corto estimándose un rango de 5 a 10 minutos.

Área 4: Familia

Caregiver Burden Interview de Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980)

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (en adelante, ZARIT), se elaboró para medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos con trastornos mentales. El modelo se deriva de la teoría general del estrés: el cuidador tiene que enfrentarse a determinados factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos y la posibilidad de utilización de soporte socio-familiar (Badía, Salamero y Alonso, 2002).

La escala de ZARIT es un instrumento auto-administrado que consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando atiende a otra persona. Presenta una escala tipo Likert en la que cada cuestión se puntúa en un grado de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre), ofreciendo un rango de puntuaciones que va de 22 a 110 y donde puntuaciones altas indican mayor sobrecarga. Los puntos de corte por los autores de la adaptación y validación en español son (Martín et al., 1996):

- No sobrecarga: 22,46.
- Sobrecarga leve: 47,55.
- Sobrecarga intensa: 56,11.

Área 5: Satisfacción con el programa

Formulario de satisfacción del programa CONECTA (S-CONECTA) de Arceo J. (2012)

Se trata de un formulario estándar de evaluación del grado de satisfacción que la persona objeto de entrenamiento realiza de forma subjetiva, una vez finalizado el entrenamiento.

Este instrumento diseñado para el programa CONCTA consta de 9 frases formuladas como preguntas directas, donde la persona que ha realizado el plan de intervención en HHSS (CONECTA) puntúa libremente. Se presenta con un formato de escala Likert con puntuaciones de 1 a 4, según el grado de satisfacción subjetivo que considere en el momento de su realización que coincide con la evaluación post-tratamiento del estudio.

La evaluación de la escala nos permite obtener una puntuación mínima de 9 puntos donde la satisfacción sería mínima y con un máximo de 36 puntos que correspondería a la máxima puntuación en satisfacción. Este formulario ha sido descrito en el apartado correspondiente junto a otros elementos del CONECTA (ver Anexo I).

Variables sociodemográficas y clínicas, recogidas para cada uno de los pacientes.

Se utilizó una hoja de registro con 13 preguntas donde se recoge información de datos socio-demográficos y clínicos de cada uno de los participantes en el estudio. Cada paciente es identificado con una clave numérica del 1 al 16, con la que se identifica en todos los instrumentos de evaluación. Las variables analizadas son las siguientes:

1. Género (varón/mujer).
2. Edad (18/25; 26-36; 37-50 y más de 50 años).

6.- Metodología

3. Estado civil (soltero/casado/ otros).
4. Estudios (básicos/medios/superiores).
5. Experiencia laboral (no/menos de 1 año/ más de 1 año).
6. Medicación antipsicótica (si/no).
7. Ingresos hospitalarios (antes, durante el estudio).
8. Consumo de tóxicos (antes, durante el estudio).
9. Ideación/intento autolítico (antes, durante el estudio).
10. Convivencia (con familia de origen /piso tutelado, mini-residencia, etc. /solo/otros).
11. Apoyo familiar (bajo/medio/alto).
12. Nivel de asistencia al programa (menos del 50%/entre 50% y 75%/más del 75%).
13. Implicación del participante (baja/media/alta).

La variable 5 referente a la experiencia laboral recoge información antes de iniciar el estudio en la fase de pre-tratamiento. Nos indican las personas que nunca han trabajado y aquellas que han realizado trabajo remunerado con duración inferior a un año y las que los han hecho en periodos de tiempo superiores a un año.

La variable 6 (medicación antipsicótica) nos indica que en el momento de iniciar la intervención y durante el tiempo que transcurre el estudio tienen pautada medicación relacionada con la sintomatología psicótica.

Las variables 7, 8 y 9 ofrecen las siguientes posibilidades que se pueden ver en las tablas 28, 29 y 30.

Tabla 28. Categorías de la variable 7 (ingresos) del cuestionario de variables socio-demográficas y clínicas

Pre-tratamiento (antes)	Post-tratamiento (durante)	Seguimiento (después)	Variable 7
Ingreso	Ingreso	Ingreso	Ingresos hospitalarios.
Sí	Sí	Sí	Paciente que ha sido ingresado antes de comenzar la intervención, durante y en seguimiento.
Sí	No	No	Presenta historial de ingresos antes de comenzar el tratamiento, pero no durante la realización del estudio.
Sí	Sí	No	Si presenta historial de ingreso y si durante el periodo de tratamiento, pero no en seguimiento.
No	No	No	No hay historial de ingresos, ni antes ni durante el estudio.
No	Sí	Sí	Sin historial de ingreso y ha precisado ingreso durante el estudio.

Tabla 29. Categorías de la variable 8 (consumo de tóxicos) del cuestionario de variables socio-demográficas y clínica

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento	Variable 8
Consumo tóxico	Consumo tóxico	Consumo tóxico	Consumo de tóxicos.
Sí	Sí	Sí	Paciente tiene historial de consumo de tóxicos antes de comenzar la intervención, durante y en seguimiento.
Sí	No	No	Presenta historial de consumo antes de comenzar el tratamiento, pero no durante la realización del estudio.
No	Sí	Sí	No presenta historial de consumo pero si durante el estudio.
No	No	No	No hay historial de consumo de tóxicos.

Tabla 30. Categorías de la variable 9 (ideación/intento autolítico) del cuestionario de variables socio-demográficas y clínicas

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento	Variable 9
Ideación Intento	Ideación Intento	Ideación Intento	Ideación/intento autolítico.
Sí	Sí	Sí	Paciente que presenta historial de ideación/intento autolítico antes de comenzar la intervención, durante y en seguimiento.
Sí	No	No	Presenta historial de ideación/intento autolítico antes de comenzar el tratamiento, pero no durante la realización del estudio.
No	Sí	Sí	No presenta historial de ideación/intento autolítico, pero si durante el estudio.
No	No	No	No hay historial de ideación/intento autolítico.
No	Sí	No	Sin historial de ingreso y ha manifestado ideación/intento autolítico durante el tratamiento, pero no en fase de seguimiento.

La variable 11 (apoyo familiar) es una variable que se obtiene de la información de familiares o personas cercanas y consistente en valorar (psicólogo clínico) mediante entrevistas individuales y por medio del propio paciente en qué medida se ha facilitado la integración social. Se puntúa bajo cuando el familiar más cercano presenta un “papel” pasivo, medio cuando ha habido indicios de facilitar la integración y alto cuando este es manifiesto.

En relación al nivel de asistencia (variable 12) hay que tener presente que no todos participaban en todas las actividades debido a las propias características del paciente (cognitivo-conductuales) o de la actividad (nivel

de dificultad), cuestión que se valoró en tiempo real. También se han contabilizado las bajas justificadas (médicas) o por diversos motivos. Esta variable se completó una vez finalizado el estudio (coincidiendo con la evaluación de seguimiento). Se consideraron tres posibilidades:

1. Igual o inferior al 25% de asistencia.
2. Entre el 26% y 74% de asistencia.
3. Igual o superior al 75% de asistencia.

La variable 13 (implicación del paciente) es también valorada una vez finalizado el estudio y nos informa sobre el grado de implicación, colaboración e interés que ha mostrado cada participante de forma global en el estudio. Es realizada por consenso entre el equipo que realiza la intervención. Se consideraron tres posibilidades:

1. Nivel bajo de implicación: comentarios de los participantes y apreciaciones del equipo de desagrado por el programa y falta manifiesta de no colaboración.
2. Nivel medio de implicación: comentarios esporádicos y apreciaciones del equipo de falta manifiesta de no colaboración puntual y desagrado por el programa, pero alternando con comentarios y apreciaciones positivas.
3. Nivel alto de implicación: comentarios de los participantes y apreciaciones del equipo de agrado o de escasa insatisfacción con la aplicación del CONECTA.

6.3.- Procedimiento

A continuación se presenta, a modo de tabla, el procedimiento seguido mediante las cuatro fases que se ha seguido para la realización del estudio:

Tabla 31. Fases del procedimiento del estudio realizado en el CRPS del Puerto de la Cruz (Tenerife) mediante el programa de entrenamiento en HHSS CONECTA

Fases	Objetivos
Fase 1 ^a	Evaluación inicial (pre-tratamiento)
Fase 2 ^a	Aplicación del programa de HHSS (CONECTA)
Fase 3 ^a	Evaluación post-tratamiento
Fase 4 ^a	Evaluación de seguimiento

Antes de dar comienzo a la descripción de las distintas fases del estudio, una breve reseña a la **etapa previa**, donde podemos apreciar tres momentos. Un primer periodo que consistió en la elaboración del programa y que ha sido presentado en el capítulo 4, un segundo periodo dedicado a la formación y entrenamiento del personal para impartir el programa que cuenta con un tutorial (Anexo II) y por último, un tercer momento dedicado a la realización de la derivación y aceptación en el CRPS de los pacientes, entre estos se encuentran los que posteriormente son seleccionados para el estudio.

Se trata de una investigación cuasi-experimental en la que se ha probado el efecto del programa de intervención utilizando un único grupo de pacientes que han sido evaluados antes y después de la aplicación de la intervención y también con posterioridad para tener una valoración de seguimiento. En consecuencia, se ha utilizado un diseño pretest/posttest con un solo grupo (ver figura 23).

Figura 23: Diseño de las fases del estudio



1ª Fase. Evaluación inicial (pre-test)

El proceso de selección de candidatos sigue el planteamiento expuesto en el apartado 6.1. Una vez seleccionados los integrantes del grupo de entrenamiento, se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo III), para posteriormente proceder a pasar la batería de pruebas, en el siguiente orden:

1. Cuestionario específico de HHSS (HHSS-CONECTA).
2. Cuestionario Goldstein de habilidades sociales (GOLDSTEIN).
3. Cuestionario de habilidades sociales de M. Segura (M. SEGURA).
4. *Social Functioning Scale* (SFS).
5. Escala GEOPTE de cognición social para la esquizofrenia (GEOPTE).

6. Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Cognitiva (EMES-C).
7. Escala Multidimensional de la Expresión Social, parte Motora (EMES-M).

En este primer momento de evaluación con las escalas anteriormente señaladas se apreció dificultad en la realización de los instrumentos SFS, EMES-M y la escala de M. SEGURA, motivo por el que se procedió a volver a pasar los instrumentos, una vez realizadas las modificaciones señaladas en el apartado anterior (6.2- Instrumentos).

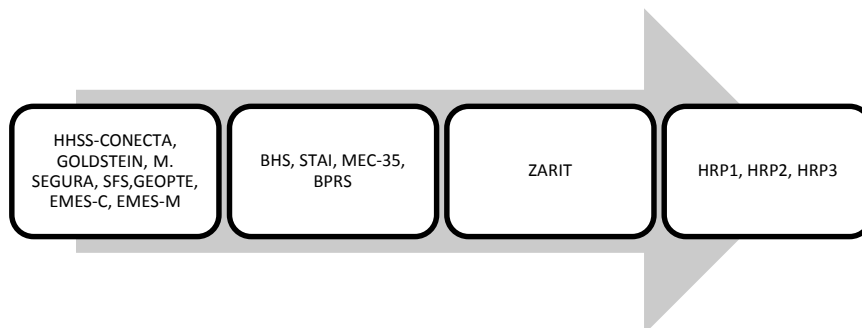
Posteriormente (otro día) se evaluó el área clínica siguiendo el siguiente orden:

1. *Beck Hopelessness Scale* (BHS).
2. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI).
3. Mini-Examen Cognitivo (MEC-35).
4. *Brief Psychiatric Rating Scales* (BPRS).

Finalizado el proceso de evaluación del grupo de entrenamiento, se entrevista a los familiares de forma individual y se cumplimenta el *Caregiver Burden Interview* (ZARIT) por parte del psicólogo clínico. Se especifica que ha de ser la misma persona (familiar de referencia) al que volverá a ser entrevistada una vez finalizada la intervención.

Por último, señalar que durante esta fase se administran los registros de información HRSP1, HRSP2 y HRSP3 relacionados con el módulo HHSS-C que orientaran al equipo para establecer los objetivos individualizados del proceso de aprendizaje (figura 24). Se establecen dos grupos (A y B) de 8 participantes cada uno. En la elección se han seguido la preferencia por los pacientes según los días de la semana donde se imparte el entrenamiento (martes-jueves o miércoles-viernes).

Figura 24: Orden de cumplimentación de los instrumentos de evaluación, en 1ª Fase



Fase 2ª: Realización del programa de entrenamiento en HHSS (CONNECTA)

La primera sesión grupal se dedicó a exponer a los participantes el plan de trabajo y los días, tiempo y recursos que serían necesarios para llevar a término el plan de intervención. Una vez atendidas las demandas de los participantes se procedió a configurar el siguiente cuadro de intervención con un número de sesiones (ver tabla 32). Dicho planteamiento dio lugar a 18 sesiones del módulo HHSS-C y 10 intervenciones en contextos reales (módulo HHSS-CR) en los 6 meses de duración del estudio.

Tabla 32. Programación en función del horario y día de realización de los Sub-Programas (SP) 1, 2 y 3 de los módulos HHSS-C y HHSS-RC, en ambos grupos (A y B)

CONECTA	Días de la semana	Horario	Duración de las sesiones	Personal
HHSS-C	<u>Martes</u>	De 9 a 12 horas, con descanso de 15 minutos.	90 minutos en dos sesiones de 45 minutos.	Psicólogo clínico, auxiliar educativo y técnico de integración.
Sub-Programas	Grupo A			
1, 2 y 3	<u>Miércoles</u> Grupo B			

HHSS-CR Niveles 1, 2 y 3	<u>Jueves</u>	De 8 a 14 horas.	Promedio de 4 horas.	Auxiliar edu- cativo y técnico de integración. En ocasiones asiste el psicó- logo y/o perso- nal voluntario.
	Grupo A			
	<u>Viernes</u>			
	Grupo B			

Una vez comentada la planificación se asignan los pacientes a los grupos en función de su preferencia (día de la semana).

En síntesis, la secuencia de las intervenciones fue la siguiente: comenzamos con la parte formativa del Sub-Programa 1 “Bares y cafeterías”, una vez finalizada se introducen el modelado y el *role-playing*, se continúa con las distintas dinámicas y finalmente se visiona la película *Entre copas* de A. Payne (2001) y su correspondiente puesta en común (figura 25).

Figura 25. Secuencia de dinamización del Sub-Programa 1 del HHSS-C (SP1)



Una vez finalizado el Sub-Programa 1 del módulo HHSS-C (SP1), es cuando comenzamos el módulo de entrenamiento en contexto socio-comunitario (HHSS-CR) y con ello las intervenciones *in situ*, manteniendo una secuencia que va de un nivel de menor dificultad o nivel 1 (SP1N1) hasta el nivel de máxima dificultad al que nos referimos como nivel 3 (SP1N3 y SP3N3) o nivel 4 (SP2N4). Este proceso se repite con el Subprograma 2 (SP2) que finaliza con el *in situ* correspondiente al N4, para dar paso al Sub-Programa 3 (SP3) donde finaliza la intervención al término del *in situ* (SP3N3) del HHSS-CR (ver figura 26).

Figura 26. Secuencia de realización de los Módulos HHSS-C y HHSS-CR en los tres Sub-Programas (SP1, SP2 y SP3) del programa CONECTA



A continuación se detalla la secuencia de trabajo expuesta y que se cumplimenta para un mayor seguimiento con el programa conecta presentado en DVD (Anexo VIII). En esta exposición del proceso distinguimos tres momentos en función del sub-programa: 1º- Sub-Programa 1, 2º- Sub-Programa 2 y 3º- Sub-Programa 3.

1ª.- Sub-Programa 1

Tras un primera “toma de contacto” con el grupo de participantes, se dio comienzo con la parte formativa del Sub-Programa 1 (SP1), “**Bares y cafeterías**” del módulo HHSS-C. El psicólogo presenta una introducción al tema y se reparte el material a cada uno de los miembros del grupo consistente en un ejemplar en papel del contenido del Sub-Programa 1, que

posteriormente se cambia por una presentación en formato *Word* con proyección en pantalla.

A continuación se comienza la lectura de forma que cada uno tenga la oportunidad de participar, considerando las limitaciones y dificultades previamente evaluadas mediante una simple prueba de lectura. Durante la instrucción se realizan los comentarios y aclaraciones necesarias, por parte del equipo técnico, con objeto de facilitar su entendimiento y favorecer la motivación. Para ello se utilizan gráficos, esquemas en la pizarra, ejemplos, situaciones similares, aclaraciones etc. En todo momento el psicólogo cuenta con el personal auxiliar y técnico del CRPS, quienes asisten a las sesiones con la finalidad de compartir todo el proceso de adquisición de información y práctica (modelado, *role-playing* y dinámicas) para tener una apreciación de las dificultades que presenta cada uno de los participantes, ya que tendrán que actuar en las posteriores intervenciones *in situ* (HHSS-CR).

En esta primera etapa de la instrucción, se pretende ofrecer una información específica y a la vez flexible sobre aspectos relacionados con este contexto (Bares y cafeterías). Desde los distintos conceptos de bares y restaurantes, hasta la estructura y lugares donde podemos encontrar este servicio (“a pie de calle”, en una gasolinera, en un hospital, etc.), pasando por elementos contextuales (mesas, barra de un bar, carta de comida, etc.), su función social (para tomar un café o simplemente como lugar de reunión), las normas generales (higiene, manejo del dinero, saber esperar y reclamar). Posteriormente, se ofrecen una serie de situaciones que pueden darse con cierta normalidad en dicho contexto, favoreciendo la oportunidad al grupo de dar respuestas en búsqueda de una solución. Ejemplo de ello son:

Situación 1: al ir a pagar nos damos cuenta que no llevamos dinero suficiente.

Pregunta al grupo: ¿Que harían si estuvieran en la situación descrita?

Situación 2: El camarero nos trae algo que no hemos pedido.

Pregunta al grupo: ¿Que harían si estuvieran en la situación descrita?

Una vez emitidas las respuestas se estudian y consideran las posibilidades de solución seleccionado de todas ellas la más adecuada.

Por último, se propone la participación del grupo solicitándole que comenten experiencias personales que hayan tenido relacionadas con el contexto. Para facilitar la tarea, en el material de instrucción aparecen una serie de ejemplos extraídos de la vida real.

Una vez finalizada la parte formativa (instruccional), en otra sesión comenzamos con el Modelado/*role-playing*. El SP1 cuenta con un modelado consistente en una escenificación de la interacción de un cliente con el camarero que escenifica el personal técnico del CRPS. Los participantes se mantienen como observadores y una vez finalizada pasamos al periodo de puesta en común, donde analizamos las dudas y problemas que cada uno/a desee expresar. En caso necesario, el modelado se repite manteniendo el esquema pre-establecido de diálogos, pero cambiando los personajes. En cuanto al contexto, se cuenta con material adicional para favorecer la escenografía que en esta ocasión está relacionada con una cafetería.

Al terminar la intervención de modelado, tras un descanso de 15 minutos, comenzamos con el *role-playing*, momento en que los distintos participantes van asumiendo el rol de cliente o camarero de forma alternativa. Se trata de saludar, ubicarse en la mesa, solicitar un pedido, consumir de forma simulada y realizar el pago del mismo, aspectos señalados en el modelado, pero que en esta ocasión se añaden otros elementos donde se

escenifica una acción donde el cliente tiene que elegir entre varias opciones que el camarero le ofrece.

Intentamos que todos participen, pero en ocasiones se presentan dificultades que hacen que alguno de los participantes se mantenga como observador. Esta cuestión ocurrió en el primer Sub-Programa, pero se superó en los siguientes, teniendo una participación general de todos los miembros del grupo. Para facilitar el *role-playing* al principio uno de los papeles lo desempeña el auxiliar educativo o técnico de integración y son los participantes los que van escenificando un rol determinado. Por ejemplo, si el auxiliar hace de camarero, los participantes van haciendo de cliente y después se invierten los papeles de tal forma que el auxiliar hace de cliente y los participantes de camareros.

Como se puede apreciar en el contenido del programa, los diálogos ya están establecidos, pero una vez que los participantes adquieren cierta habilidad comenzamos a dar la opción de improvisar, aunque siempre manteniendo el tema central.

El Sub-Programa 1 (SP1 del HHSS-C) cuenta con cuatro dinámicas: gestión del tiempo (SP1-D1), hoja de reclamaciones (SP1-D2), reserva por internet (SP1-D3) y gastronomía y cultura (SP1-D4), siendo descritas de forma genérica en el apartado 4.5. De dichas dinámicas se seleccionaron las tres primeras.

Dinámica SP1-D1. Comenzamos con la primera donde los participantes visionaron una presentación en *PowerPoint* sobre la “gestión del tiempo”. Resaltamos en la dinámica la importancia del tiempo en nuestra vida cotidiana. En cada contexto en el que nos situamos tenemos que tener en cuenta la noción del tiempo evitando las prisas y la desesperación. Uno de los muchos contextos sociales donde podemos sentir la espera es en un

bar o cafetería. Ejemplo típico lo encontramos cuando pedimos algo y tenemos que esperar a que nos sirvan.

Dinámica SP1-D2. En la siguiente sesión se reparte a cada participante una hoja de reclamaciones solicitando que la cumplimenten. Esta dinámica se apoya en los contenidos de Sub-Programa donde se informa previamente de los derechos y normas a cumplir en un espacio público como es una cafetería o restaurante. Dentro de los derechos se encuentra el de realizar una reclamación si hay motivos para ello. El personal técnico asesora en todo momento para que con ayuda consigan finalizar la tarea de cumplimentar una supuesta reclamación, exponiendo los motivos que pueden dar lugar a la solicitud de una “hoja de reclamaciones” y los pasos que esta lleva, hasta que es respondida por la administración correspondiente, pretendiendo que todos los participantes obtengan el “éxito” con apoyo. Defender sus derechos frente a una deficiente actuación (en este caso el mal servicio prestado en una cafetería/restaurante), puede ser una forma de autoafirmarse y participar en la mejora de los servicios.

Dinámica SP2-D3. La dinámica está diseñada para que dos personas puedan realizar una reserva por internet en un restaurante, simulando que son dos hermanos que desean dar una sorpresa a sus padres. Al igual que en las anteriores el personal técnico facilita la dinámica realizando ejercicios previos, despejando dudas, informando de aspectos específicos de la herramienta informática, etc.

El Sub-Programa 1 finaliza con la proyección de la película, que tiene por título *Entre copas* de Alexander Payne (2001), película seleccionada por su contenido y relación con el tema central del Sub-Programa. La sesión comenzó con una presentación o introducción por parte del técnico donde se expone la ficha técnica, los descansos que van a tener, los formularios que se van a aplicar una vez finalizada y los objetivos generales de la dinámica. Tras dejar un espacio para preguntas y aclaraciones se procedió

a su realización. Se establece un descanso de 15 minutos y una vez finalizada se procede a cumplimentar el HR-P10 (ver Anexo I). La actividad finaliza con una puesta en común

Seguidamente, pasamos a la planificación de las distintas intervenciones del módulo de entrenamiento **HHSS-CR** (entrenamiento en Contexto Real). Una vez expuestas a los participantes y adaptadas las condiciones (tiempo, lugar de encuentro y demás detalles de la actividad), comenzamos con el nivel más básico (N1), consistente en acudir a una cafetería de fácil acceso y dentro del municipio del CRPS. Las cafeterías seleccionadas se encuentran en el municipio del Puerto de la Cruz, cerca de la estación de autobuses “guaguas” y del CRPS. Se informa a los participantes de ambos grupos de las características técnicas de las actividades externas y que en todo momento estarán acompañados por el personal del CRPS. La actividad transcurrió según lo previsto en la programación cumpliéndose los tiempos y objetivos según la Plantilla de Programación y Objetivos Individuales (PPHHSS-CR), donde el psicólogo señala los objetivos individuales ajuntando a sus características y nivel de dificultad en función de la demanda prevista en el contexto seleccionado. Al día siguiente de la actividad *in situ* y una vez se encuentren los participantes en el CRPS se procede a cumplimentar las hojas y formulario de registro (HOI y FRC). Posteriormente, pasamos a la programación del Nivel 2 dentro del módulo HHSS-CR (SP1N2) seleccionando una cafetería, que aun estando dentro del municipio del CRPS, no fuera tan familiar para los participantes. En esta ocasión fue un establecimiento orientado al turismo y situado en la zona centro de la ciudad (ver figura 27). La dinámica siguió un proceso similar a la anterior. Respecto al Nivel 3 (SP1N3) se selecciona el municipio de La Laguna, se ajustaron los tiempos con los participantes y se acordó la hora y lugar de salida (estación de autobuses del Puerto de la Cruz a las 9h am.).

La actividad transcurre según lo previsto y los participantes realizan el recorrido por las calles de la ciudad con especial interés en la orientación e identificación de calles, lugares públicos y establecimientos comerciales. Se localiza la cafetería prevista donde se realiza el entrenamiento consistente en consumición y todo lo que lleva consigo la interacción en dicho contexto. El regreso a la estación de partida se realizó a las 13:00 pm, llegando al Puerto de la Cruz sobre las 14:00 pm. Momento en el que se da por finalizada la intervención *in situ*, dirigiéndose cada uno de los integrantes del grupo a su domicilio de forma autónoma.

Figura 27. Imágenes de los contextos reales de módulo de HHSS-CR para las actividades *in situ* del Sub-Programa 1 en los Niveles 1 y 2 (SP1N1, SP1N2)



Fuente: Elaboración propia

La tabla que a continuación se muestra, nos permite una visión global de la actividad realizada:

Tabla 33. Secuencia de los programas y actividades de Sub-Programa 1 del módulo HHSS-C (SP1) y módulo HHSS-CR (SP1N)

Instrucción	SP1	Bares y cafeterías (Sub-Programa 1)
<i>Role playing</i>	SP1M y RP	Camarero y cliente en una cafetería

Dinámicas	SP1D1, D2 y D3	Gestión del tiempo Hoja de reclamaciones Reserva por <i>internet</i>
Película	SP1P1	<i>Entre copas</i> de Alexander Payne (2001)
N1	SP1N1	Cafetería cerca de estación de guaguas en Puerto de la Cruz
N2	SP1N2	Cafetería en zona centro turístico del Puerto de la Cruz
N3	SP1N3	Cafetería en la ciudad de La Laguna

Una vez finalizado el SP1 se procede a una evaluación individual y grupal de la dinámica de la intervención y se procede a realizar los ajustes necesarios para comenzar el SP2.

2ª.- Sub-programa 2

Finalizado el Sub-Programa de “Bares y Cafeterías” (SP1) del HHSS-CR se dio comienzo la instrucción del Sub-Programa 2 (SP2) “**Municipios**” del módulo HHSS-C, siguiendo un esquema similar al propuesto con el SP1. En esta ocasión el tema central son los espacios socio-comunitarios propios las ciudades. En la sección de instrucciones (SP2) nos centramos en la organización administrativa y territorial del Estado, con especial referencia a los municipios de procedencia de los participantes. Se introducen áreas asociadas a componentes socio-culturales, así como otros elementos específicos del ámbito municipal.

Abordamos cuestiones de interés en municipios donde los participantes viven, pero también la posibilidad de ampliar sus objetivos de conocimiento y vivencia en otros municipios e incluso algunos pocos usuales para la mayoría, aunque de relevancia por el carácter administrativo y de servicios como son los pertenecientes al área metropolitana (Sta. Cruz de Tenerife y la Laguna). Abordamos aspectos básicos como la Constitución Española, la legislación en materia de las CCAA y las competencias municipales. Sus órganos administrativos y sus funciones, con especial interés

en la función social (gestión de espacios y recursos comunitarias) que desempeña y la importancia que los ciudadanos tienen para el conjunto de la población. Nos introducimos en los distintos recursos que se encuentran en la mayoría de los municipios (centros de salud, farmacias, ayuntamiento, bares, comercios, parques, colegios, biblioteca, etc.), siendo objeto de análisis especialmente las claves contextuales como farolas, bancos, semáforos y en concreto las calles, plazas, jardines y edificios. Estos lugares hacen referencia a un entorno comunitario cercano como son los municipios del Puerto de la Cruz, Orotava, Realejos, Santa Úrsula y San Juan de la Rambla (todos ellos en la zona norte de la isla). Planteamos situaciones en las que podemos encontrarnos cuando visitamos un municipio por primera vez, como localizar un lugar específico (oficina de correos) o sentarnos en una cafetería para tomar algo (conexión con el SP1), son ejemplos habituales en este contexto.

Seguidamente pasamos al modelado y *role-play*, donde recrear un contexto próximo a una escena consistente en una vía pública donde una persona consulta un callejero solicitando información adicional a otros transeúntes. Los usuarios están sentados en un banco o bien se encuentran de pie simulando una conversación.

Las dinámicas correspondientes son las que denominamos: conoce tu municipio (SP2-D1), manejo de un callejero (SP2-D2), rutas y lugares de interés (SP2-D3), rutas y lugares de interés en otras comunidades (SP2-D4), imágenes con contenido I (SP2-D5) y II (SP2-D6). De estas seleccionamos la primera “conoce tu municipio” (SP2-D1) consistente en cumplimentar por parte de los participantes un formulario sobre una serie de cuestiones relacionadas con el municipio donde viven (dirección, municipio, CCAA, nº de habitantes, recursos socio-sanitarios, etc.) y terminar con una puesta en común. Pasamos a la segunda dinámica (SP2-D2) consistente en

el manejo de un callejero, donde los participantes realizan una serie de ejercicios para familiarizarse y ver la utilidad del mismo. La otra dinámica seleccionada fue “imágenes con contenido” (SP2-D4 y D5) consistente en presentar una serie de imágenes donde aparecen distintos lugares tanto del presente como del pasado de municipios, donde los participantes identifican lugares y realizan comentarios relacionados con el contenido de las imágenes (se trata de una presentación en *PowerPoint*). Se pretende que los pacientes intentan situarse y comentar experiencias que hayan tenido asociadas a los lugares señalados. Finalizamos el módulo HHSS-C con la proyección y puesta en común de la película *Nothing Hill* de R. Michell (1999).

Una vez finalizado el SP2, damos paso al módulo HHSS-CR de dicho Sub-Programa. Comenzamos con el Nivel 1 (SP2N1) “municipio del CRPS”, donde los participantes van a hacer uso de un callejero desplazándose por la ciudad del Puerto de la Cruz. Durante el recorrido se visitan lugares y calles seleccionadas previamente. Posteriormente dimos paso al Nivel 2 (SP2N2) consistente en el manejo y desplazamiento con variables de contexto socio-cultural “poco familiar”. La actividad consistió en un traslado desde la estación de autobuses del Puerto de la Cruz a la ciudad de La Laguna. Una vez situado en el lugar se procedió a la localización, con ayuda de un callejero, de los lugares de mayor interés turístico y cultural de la ciudad, entre los que se encontraban edificios como la universidad, obispado, teatro y ayuntamiento (figura 28). Durante la visita se realizó un descanso de 45 minutos para “tomar algo” en una terraza de la zona peatonal y así poder reforzar el SP1. Posteriormente se procedió a la realización del Nivel 3 (SP2N3) “municipio distinto al CRPS, de mayor distancia”, similar al anterior, pero en esta ocasión nos desplazamos a la capital de la isla (Santa Cruz de Tenerife). Para ello hicimos uso del transporte público (traslado desde el Puerto de la Cruz a La Laguna en autobús), una vez allí hicimos un trasbordo para realizar el siguiente recorrido en otro de los medios

de transporte como el tranvía. Después de llegar a la estación de destino realizamos una dinámica, siendo esta similar a la del Nivel 2. Finalizamos con el SP2N4 (“rutas por municipios con GPS”) que consistió en desplazarnos por el municipio del Puerto de la Cruz siguiendo las indicaciones de un GPS. Para esta dinámica se utilizó un tiempo adicional donde se explica a los componentes del grupo el funcionamiento del mismo y su utilidad, resultando la experiencia de gran interés por el uso de las nuevas tecnologías a un contexto real.

Figura 28. Imágenes de una participante consultando un callejero. Módulo de HHSS-CR para las actividades in situ del Sub-Programa 2 en el Nivel 2, (SP2N2)



Fuente: Elaboración propia

La tabla que a continuación se muestra, nos permite una visión global de la actividad realizada:

Tabla 34. Secuencia de los programas y actividades de Sub-Programa 2 del módulo HHSS-C (SP2) y módulo HHSS-CR (SP2N)

Instrucción	Municipios (Sub-Programa 2)
<i>Role playing</i>	Transeúntes con un callejero
Dinámicas	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce tu municipio • Manejo de un callejero • Fotografía de placas • <i>Google</i>, vía satélite
Película	<i>Nothing Hill</i> de R. Michell (1999)
N1	Municipio del CRPS
N2	Municipio distinto al CRPS (La Laguna)
N3	Municipio distinto al CRPS, mayor distancia (Santa Cruz de Tenerife)
N4	Rutas por municipios con GPS (Puerto de la Cruz)

Una vez finalizados los Sub-Programas 1 y 2 en la modalidad teórica (HHSS-C) como *in situ* (HHSS-CR) realizamos una reunión de equipo para valorar la experiencia y contrastar información.

3ª.- Sub-Program 3

El estudio finaliza con la realización del Sub-Programa 3 (SP3) “**Agencias de viaje**” del HHSS-C. Una de las cuestiones que los pacientes suelen plantear, es su interés por realizar viajes. Teniendo presente que estamos en una isla, tomamos esta motivación como válida para diseñar el presente sub-programa. Nos centraremos en el concepto de una agencia de viaje como estructura mediadora entre el usuario que desea unos servicios determinados y la empresa suministradora el servicio. Analizamos los medios de transporte (mar, tierra, aire) en función de sus características y necesidades de utilización, pero también abordando aspectos relacionados con

otras vías de transporte con una visión retrospectiva y futurista, generando expectativas y favoreciendo la motivación y la capacidad creativa.

Figura 29. Imagen de un avión comercial en la zona de estacionamiento del aeropuerto de los Rodeos (Tenerife Norte)



Fuente: Elaboración propia

Nos fijaremos en los dispositivos necesarios para el funcionamiento de una agencia como son los ordenadores, el teléfono y los folletos de viajes. En cuanto a la funciones destacamos las operaciones que puede realizarse como la emisión de billetes, reservas, cancelación, ofertas de viajes, asesoramiento, etc. Abordamos aspectos relacionados con la diferenciación socio-cultural en distintos lugares del mundo y la posibilidad de desplazarnos de una forma organizada teniendo que prever medios de transporte (figura 29), alojamiento, alimentación, equipaje, presupuesto, asistencia mé-

dica y tiempo de estancia. También nos fijaremos en las historia de los distintos pueblos, la conservación del medio ambiente y de las tradiciones de sus habitantes.

Otro de los elementos que abordamos, al igual que en los anteriores SP, son las situaciones frecuentes que pueden darse con cierta normalidad en relación con el contexto y donde los participantes han de buscar la solución o soluciones más acertadas, por ejemplo:

- Que solo desees información y te veas comprometido ante la insistencia de la encargada de la agencia de viajes por venderte una oferta.
- Que no estés seguro del día o la hora de salida de tu vuelo.
- Que te pidan datos personales que no quieres dar o tienes dudas.
- Que te parecen muy caro el coste del vuelo y desees algo más económico.
- Que no haya plaza en el vuelo que te interesa.

Por último, completamos el Sub-Programa con experiencias personales asociadas al contexto y donde una vez más los participantes tienen la oportunidad de exponer situaciones personales, donde han tenido que buscar una solución y compartirla con el grupo.

En esta ocasión el modelado y *role playing* está centrado en la escenificación de una agencia de viajes, donde un grupo de personas desean realizar un viaje y solicitan información para tener una primera toma de contacto con el proyecto. Respecto a las dinámicas previstas, se dio comienzo con la “búsqueda de información” consistente en al aprendizaje para localizar información sobre viajes por medio del periódico, guía de teléfonos y por internet. Seguidamente se presentó un video consistente en distintos reportajes de lugares (Egipto, India, Marruecos, México, Italia y

Australia) donde los participantes han de identificar elementos de la arquitectura, alimentación, vegetación, fauna, climatología, formas de vestir, lenguaje, etc.). Seguidamente introducimos la dinámica “simulación de viaje” donde los participantes, con ayuda del personal técnico, planifican un viaje en grupo a otra isla del archipiélago. En esta ocasión se seleccionó la isla de Gran Canaria. Finalizamos las dinámicas con la “búsqueda y reserva por internet”, donde los participantes tuvieron la oportunidad de conocer agencias de viajes que ofrecen ofertas para determinadas épocas del año y destinos, realizando una reserva virtual con el fin de obtener un presupuesto. En esta ocasión se selecciona un viaje a Roma con una estancia de 5 días, simulando todos los preparativos para un posible viaje turístico a la ciudad. Finaliza la actividad del módulo al igual que en los anteriores SP con la proyección de la película *7 años en el Tíbet* de J. Annaud (1997) y posterior puesta en común. Durante la proyección y puesta en común los participantes mostraron gran interés por las escenas de la película (figura 30) tanto en los aspectos socio-culturales como emocionales de a los personajes y situaciones recreadas.

Figura 30. Escena de la película *7 años en el Tíbet* de Roger Michell (1999)



Nota: Imagen sujeta a *copyright*

6.- Metodología

Planificamos los distintos niveles del módulo HHSS-CR, comenzando con el Sub-Programa 3 (SP3N) y aplicamos el Nivel 1 (SP3N1) donde se selecciona a uno de los participantes para que realice una llamada de teléfono (manos libres) a una agencia de viaje y solicite información sobre un posible viaje a Egipto. Una vez obtenida la información los participantes contrastaron la información recibida y establecieron un plan para llevar a término la acción iniciada. En el Nivel 2 (SP3N2) los participantes acuden en grupo a diversas agencias de viajes dentro del municipio del CRPS (figura 31). Previamente se había contactado con personal de las mismas para comentarles la actividad y de esta forma ofrecer un servicio más específico. Resultó de gran interés, aunque experimentaron cierto nivel de ansiedad anticipatoria. Terminamos la actividad *in situ* (SP3N3) con la visita a dos agencias de viajes situadas en la ciudad de La Laguna, limitándose a recoger información sobre distintos tour-operadores. Durante la actividad se realizó un descanso para reforzar el Sub-Programa 1 (Bares y cafeterías) y durante esta actividad utilizamos el callejero para localizar los distintos emplazamientos de las agencias, con lo que reforzamos el Sub-Programa 2 (Municipios). Esto supuso para los participantes, la tercera ocasión de contactar con la ciudad de La Laguna observándose un mayor ajuste social en la actividad, mayor autonomía e interacción intra-grupal.

Figura 31. Imagen del interior y exterior de una de las agencias de viaje visitadas por los participantes (SP3N1)



Fuente: Elaboración propia

La tabla que a continuación se muestra, nos permite una visión global de la actividad realizada:

Tabla 35. Secuencia de los programas y actividades de Sub-Programa 3 del módulo HHSS-C (SP3) y del módulo HHSS-CR (SP3N)

Instrucción	SP3	Agencias de viajes (Sub-Programa 3)
<i>Role playing</i>	SP3M y RP	Escenificación de una agencia de viajes donde los participantes solicitan información.
Dinámicas	SP3D1, 2, 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información. • Documental viajes 1 y 2. • Simulación viaje. • Búsqueda y reserva por internet.
Película	SP3P1	<i>7 años en el Tíbet</i> de Roger Michell (1999).
N1	SP3N1	Información vía tfno.
N2	SP3N2	Información en agencia de viajes dentro del municipio del CRPS (Puerto de la Cruz).
N3	SP3N3	Información en agencia de viajes en otro municipio (La Laguna). Refuerzo de los Sub-Programas 1 y 2.

Dada la relevancia operativa para este plan de actuación de HHSS en personas con esquizofrenia, las intervenciones *in situ* adquieren especial importancia al ser el “campo de acción” de los contenidos adquiridos en el HHSS-C y el refuerzo de las habilidades que se desarrollan como resultado del entrenamiento de forma individual y como grupo. Razón por la que se exponen en forma de tabla los niveles del módulo HHSS-CR, facilitando una visión global de las mismas (ver tabla 36). El nivel 4 del SP2 (SP2N4) esta resaltado al ser el único que precisa de nuevas tecnologías.

Tabla 36. Niveles del módulo HHSS-CR de los distintos Sub-Programas (SPs) que forman el estudio (SP1N_, SP2N_ y SP3N_)

SP y Nivel	CRPS-PUERTO DE LA CRUZ
SP1N1	Cafetería cerca de estación de autobuses en Puerto de la Cruz.
SP1N2	Cafetería en zona centro turístico del Puerto de la Cruz.
SP1N3	Cafetería en la ciudad de La Laguna. Adaptación para el SP2.
SP2N1	Municipio del CRPS. Refuerzo del SP1.
SP2N2	Municipio distinto al CRPS (La Laguna). Refuerzo del SP1.
SP2N3	Municipio distinto al CRPS, mayor distancia (Santa Cruz de Tenerife). Refuerzo del SP1.
SP2N4	Rutas por municipios con GPS (Puerto de la Cruz).
SP3N1	Información vía tfno.
SP3N2	Información en agencia de viajes dentro del municipio del CRPS (Puerto de la Cruz). Refuerzo del SP1.
SP3N3	Información en agencia de viajes en otro municipio (La Laguna). Refuerzo de los SP1 y 2

El SP2N4 (4º nivel) supone un acercamiento del uso de las nuevas tecnologías, utilizándose por primera vez los GPS como instrumentos válidos para realizar localizaciones y diseño de rutas para trasladarse a lugares específicos dentro del municipio. Los participantes mostraron interés por el manejo de las TIC y comprobaron su utilidad y funcionalidad en la vida real. Fue una experiencia única de la que partieron otras de características similares en otros Sub-Programas del programa CONECTA, de planificación futura que hemos ido desarrollando posteriormente y que comentamos en líneas de futuro.

Durante todo el programa de HHSS se ha mantenido la intervención psicoterapéutica de apoyo a nivel individual de los participantes, con la finalidad de reforzar y redirigir aspectos relacionados con el proceso de adquisición, tanto en consulta como en los distintos contextos reales (HHSS-CR) de los subprogramas SP1, SP2 y SP3 en los tres niveles (N1, N2, N3 y N4). Como se ha señalado el programa CONECTA se presenta en formato de DVD como anexo en la presente tesis (ver Anexo VIII).

Fase 3ª: evaluación post-tratamiento (pos-test)

Después de la intervención, se procedió a llevar a cabo la segunda evaluación. Esta siguió un esquema similar a la realizada en la primera evaluación, aunque se añadió el instrumento de valoración de la satisfacción percibida por los participantes en la realización del estudio (S-CONECTA).

Fase 4ª: evaluación de seguimiento o final (seg.)

Seis meses después de finalizar la intervención se volvió a llevar a cabo la evaluación siguiendo un procedimiento similar al utilizado en los momentos pre y post tratamiento. A diferencia de las anteriores no se suministra el cuestionario de sobrecarga familiar ni el de satisfacción con el programa, el resto de instrumentos son administrados en orden y forma igual a las anteriores evaluaciones (ver figura 24).

En relación con el cuestionario de sobrecarga familiar de Zarit no se pudo suministrar en la fase de seguimiento al no contar con algunos de los familiares que habían participado en la anterior evaluación (enfermedad del cuidador principal).

Una vez finalizado el seguimiento se procede a la evaluación de los datos procedente de las evaluaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento (pre, post y seg).

6.4- Análisis estadístico

Los análisis de datos se han realizado utilizando el programa IBM SPSS *Statistics* v. 19.

Se ha calculado la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para determinar si las variables medidas se distribuían normalmente. Luego se han calculado ANOVAs o la prueba no paramétrica de Friedman, en el caso de las variables que no cumplían el supuesto de normalidad, considerando como factor la variable momento temporal, con tres niveles (medición inicial o pretest, medición segunda o posttest, y medición final o seguimiento) para conocer si había diferencias en las variables medidas entre los tres momentos de evaluación. Además, para aquellas variables en las que el efecto resultó significativo se han realizado comparaciones de medias por pares para determinar entre qué momentos existían diferencias, utilizando la prueba de Bonferroni. También se ha calculado el Tamaño del Efecto para todas las diferencias entre medias, en cada una de las variables medidas, utilizando la siguiente expresión: $d = \bar{X}_{m1} - \bar{X}_{m2} / \sigma_d$ en la que la desviación típica es la correspondiente a la de las diferencias entre las puntuaciones implicadas en cada cálculo.

7.- RESULTADOS

En relación a las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio ya expuestas en el apartado 6.1, a modo de síntesis elaboramos el siguiente perfil: pacientes diagnosticados de esquizofrenia (CIE10-F20) en su mayoría varones, con edades comprendidas entre 26 y 36 años, solteros que conviven con familia de origen, con estudios medios y con experiencia laboral inferior a 1 año. Un porcentaje inferior al 50%

presentan un historial clínico de ingresos hospitalarios, consumo de tóxicos e intentos de autolisis. Todos los pacientes se encuentran bajo tratamiento psiquiátrico y con medicación antipsicótica. El nivel de asistencia al estudio es igual o superior al 75% de las sesiones y se considera un alto nivel de implicación (participación y satisfacción) al finalizar el programa (tabla 37).

Tabla 37. Perfil de los participantes del programa de HHSS (CONECTA) en el estudio piloto en % y nº de participantes

Variables del formulario de información socio-demográficas y clínicas	Perfil basado en los resultados	% (participantes)
Diagnóstico (CIE-10)	Esquizofrenia (F. 20)	100 (16)
Sexo	Varones	75 (12)
Estado civil	Solteros	87,5 (14)
Convivencia	Familia de origen	93,5 (15)
Estudios	Medios	43,7 (7)
Experiencia laboral	Inferior a 1 año	37,5 (6)
Medicación	Anti-psicótica	100 (16)
Historial clínico previo a formar parte del estudio	Ingresos hospitalarios antes del inicio del estudio	87,5 (13)
Historial clínico previo a formar parte del estudio	Consumo de tóxicos	37,5 (6)
Historial clínico previo a formar parte del estudio	Ideación/intento de autolisis	37,5 (6)
Nivel de participación en el programa	Asistencia regular	75 (12)

7.- Resultados

Satisfacción con el programa	Manifestación verbal y mediante formulario	100 (16)
------------------------------	--	----------

Mediante el cuestionario S-CONECTA (descrito en el apartado 6.2) se estableció el nivel de satisfacción que experimentaron los participantes una vez finalizo el programa de intervención. El resultado nos muestra un alto grado de satisfacción con una puntuación media de 29 y desviación típica 4, sobre un máximo de 36 puntos (ver tabla 38).

Tabla 38. Resultado de la aplicación del formulario (S-CONECTA) para determinar el nivel de satisfacción tras la aplicación del programa CONECTA

Formulario de valoración de la satisfacción tras la aplicación del programa CONECTA	S-CONECTA
Rango estimado para las puntuaciones directas como resultado	De 9 a 16: insatisfacción De 17 a 26: indiferencia De 27 a 36: satisfacción
Puntuación media y desviación obtenida tras la aplicación del programa	Media: 29 Desviación: 4
Consideración en función de los criterios correspondientes a las puntuaciones obtenidas	Satisfacción

En relación a los instrumentos de evaluación administrados en los tres periodos del estudio, indicar que la totalidad de los participantes cumplieron los instrumentos.

En la tabla 39 aparecen las medias y desviaciones típicas correspondientes a las mediciones realizadas en los tres momentos temporales en los que se evaluó cada una de las variables, además de los valores del Ta-

maño del Efecto (TE), calculado para cuantificar el cambio entre los distintos momentos de evaluación. El estadístico de Shapiro-Wilk mostró que las puntuaciones en las pruebas: M. SEGURA, MEC-35, GEOPTE, BPRS-18, BHS y EMES-M, no se distribuían normalmente en alguno de los momentos en los que se midieron. De manera que, para comparar las puntuaciones de los participantes entre las distintas fases se recurrió a la prueba no paramétrica de Friedman. Para el resto de variables se calcularon ANOVAs con un factor (momento de la medición) para analizar cambios entre los tres momentos de medición.

Tabla 39. Medias y desviaciones típicas correspondientes a las tres evaluaciones (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento)

	PRE		POST		SEG	
	media	desv. típica	media	desv. típica	media	desv. típica
ZARIT	57,25	17,24	50,63	16,77		
STAI- E	25,13	5,76	24,75	7,25	23,19	5,91
STAI- R	29,13	6,16	30,06	7,43	28,56	7,41
SFS	19,31	7,91	22,00	5,22	23,06	6,12
M. SEGURA	39,88	4,62	41,00	4,63	43,31	6,98
MEC-35	31,81	3,71	32,06	3,47	32,06	3,28
HHSS-CO-NECTA	30,69	7,45	32,63	7,70	40,38	7,52
GOLDSTEIN	148,81	34,77	138,44	28,38	162,94	43,41
GEOPTE	37,94	15,20	31,06	11,78	32,13	11,41
BPRS-18	39,31	11,02	33,19	9,87	23,19	8,46
BHS	8,25	5,83	4,81	3,97	4,69	3,46
EMES-M	138,19	21,28	133,13	11,15	126,94	20,42
EMES-C	95,06	25,66	86,31	22,65	76,69	25,46

Los resultados de los ANOVAs y pruebas de Friedman (ver tabla 40) mostraron diferencias entre los tres momentos de la medición en las variables: HHSS-CONECTA, GOLDSTEIN, SFS, GEOPTE, BPRS-18 y EMES-C. Las pruebas a posteriori correspondientes mostraron las siguientes diferencias entre los distintos momentos de la medición:

En el caso de la escala **HHSS-CONECTA** aparecieron diferencias significativas entre la medición pre y seguimiento y entre la medición post y seguimiento. Los valores del TE fueron grandes, con valores superiores a 1. En conjunto, en esta prueba que mide habilidades de comunicación, los resultados muestran una mejoría significativa en las puntuaciones de los pacientes.

También aparecieron diferencias significativas en el test **GOLDSTEIN**. Las puntuaciones de los participantes mostraron diferencias entre la medición post y el seguimiento. En este caso el TE también fue grande y aunque la diferencia entre las mediciones pre y seguimiento no resultó significativa el tamaño del efecto en ese caso fue de 0,32. La dirección de los cambios en esta prueba que mide habilidades sociales indica que los pacientes mejoraron a partir del momento en el que finaliza la aplicación del programa de intervención.

En el caso de las puntuaciones del **SFS** ninguna de las comparaciones entre pares de medias resultó significativa. En el ANOVA correspondiente el valor de p alcanzó un valor de 0,049, sin embargo, al situar la prueba de Bonferroni el valor de alfa en 0,017 ninguna de las diferencias entre momentos de medición resultó significativa. En cualquier caso el TE para las tres comparaciones (pre vs. post, pre vs. seguimiento y post vs. seguimiento) fue medio (ver tabla 40), lo que sugiere una mejora en el funcionamiento social tras aplicar tratamiento y que una vez retirado continúa la mejoría (seguimiento).

Los resultados en el test **GEOPT**E también fueron significativos al comparar los tres momentos de la medición, sin embargo, no aparecieron diferencias significativas en las comparaciones a posteriori. Únicamente la diferencia entre la medición previa y el seguimiento resultó marginalmente significativa ($p=0,081$), sugiriendo una mejoría en los pacientes en cognición social, como también indica el TE en el paso del momento previo al post (tamaño de efecto medio) y en el paso del momento previo al seguimiento (tamaño de efecto grande).

Los pacientes también mostraron cambios significativos y positivos en sintomatología valorada con el **BPRS-18**. Los cambios se produjeron entre las mediciones pre y seguimiento y entre las mediciones post y seguimiento. En ambos casos los tamaños de efecto fueron grandes, con valores próximos a 2. En esta variable, aunque la diferencia entre la medición pre y post no resultó significativa, tuvo un tamaño del efecto grande ($TE=0,94$). Lo que nos indica una mejora en la sintomatología tras la aplicación del tratamiento que se mantiene con ligero ascenso en seguimiento.

Aparecieron diferencias significativas en el test **EMES-C**, aunque en este caso la prueba de Bonferroni no mostró diferencias entre las medias en la comparación por pares. Únicamente la diferencia entre la medición previa y el seguimiento resultó marginalmente significativa ($p=0,074$). Los tamaños de efecto en esta variable fueron medios. Las puntuaciones indican una mejora en el funcionamiento social que se aprecia en una disminución de los pensamientos negativos y distorsionados relacionados con la interacción social, tras la aplicación del tratamiento, manteniéndose con una mejoría en el seguimiento.

Tabla 40. Resultados de los ANOVAs y pruebas de Friedman (TE: Tamaño del Efecto)

Efecto	Trata- miento	DIFERENCIAS*						
		pre-post			pre-seg		post-seg	
	ANOVA / Fried- man	Sig.	Sig.	TE	Sig.	TE	Sig.	TE
ZARIT	F = 1,95	,070	,070	,49				
STAI- E	F =,94	,402	ns	,07	ns	,34	ns	,23
STAI- R	F =,36	,670	ns	-,13	ns	,06	ns	,28
SFS	$\chi^2 = 4,18$,049	ns	-,43	ns	-,58	ns	-,49
M. SE- GURA	$\chi^2 =,90$,637	ns	-,18	ns	-,46	ns	-,37
MEC-35	$\chi^2 =,06$,972	ns	-,12	ns	-,13	ns	,00
HHSS-CO- NECTA	F = 24,87	,001	ns	-,36	,001	-1,69	,001	-1,23
GOLDS- TEIN	F = 3,56	,047	ns	,28	ns	-,32	,010	-,87
GEOPTE	$\chi^2 = 6,77$,034	ns	,51	,081	,65	ns	-,10
BPRS-18	$\chi^2 = 28,22$,001	ns	,94	,001	1,93	,003	1,75
BHS	F = 4,18	,124	ns	,51	ns	,51	ns	,06
EMES-M	$\chi^2 = 3,84$,147	ns	,20	ns	,53	ns	,26
EMES-C	F = 4,51	,022	ns	,42	,074	,62	ns	,43

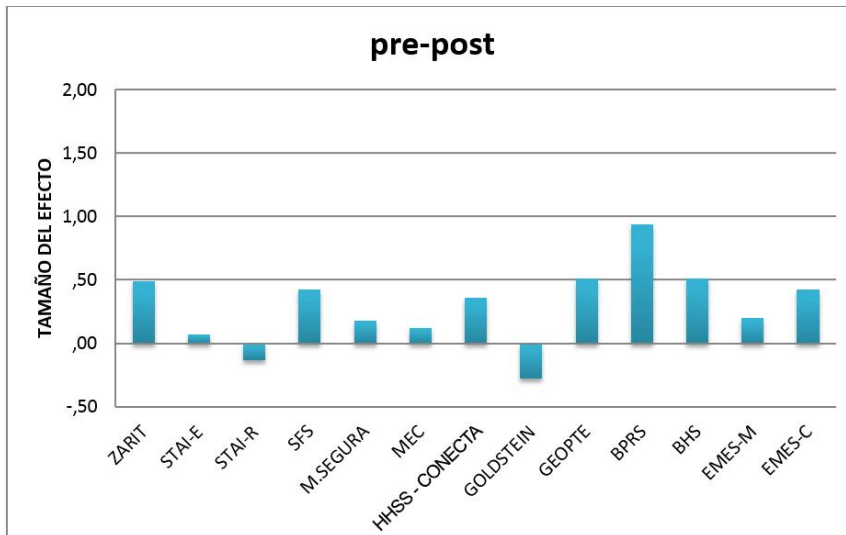
Nota: *Diferencias calculadas utilizando la prueba a posteriori de Bonferoni

En la escala de **ZARIT** únicamente se realizó la medición pre y post. La prueba *t* para muestras relacionadas mostró diferencias marginalmente significativas ($p=0,07$). El Tamaño del Efecto en este caso fue medio.

Ninguna otra diferencia entre momentos de medición resultó significativa.

A continuación se presentan una serie de figuras (32, 33 y 34) donde aparecen los TE correspondientes a la comparación entre los tres momentos de evaluación.

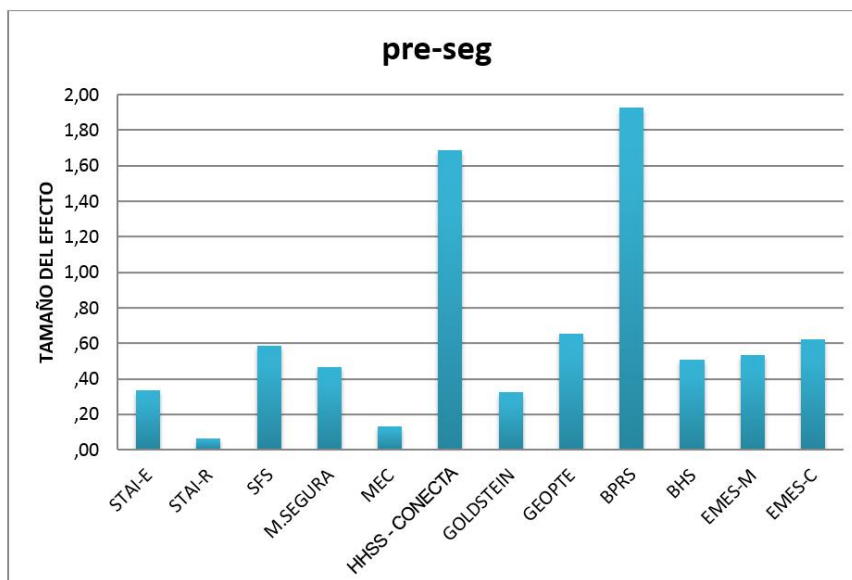
Figura 32. Tamaño del Efecto pre-tratamiento vs. post-tratamiento



La figura anterior muestra el TE correspondiente al cambio producido en las diferentes pruebas evaluadas entre el momento pre-tratamiento y el momento post-tratamiento. Apreciamos como los instrumentos identificados como ZARIT, STAI-E, SFS, M. SEGURA, MEC-35, HHSS-CONECTA, GEOPTE, BPRS-18, BHS, EMES-C y EMES-M puntúan en positivo, indicando una ligera mejoría. Sin embargo los instrumentos STAI-R y GOLDSTEIN puntúan negativo, indicando un ligero empeoramiento. El test donde mejor se aprecia la mejoría es en el BPRS-18 que está relacionado con la sintomatología psicótica, seguido del GEOPTE de cognición social, del BHS de desesperanza, del ZARIT de sobrecarga familiar, del

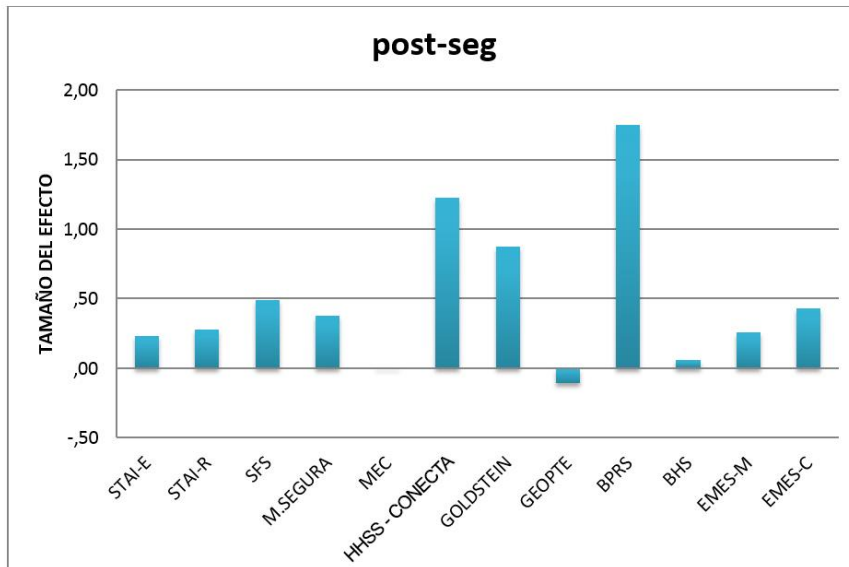
SFS de funcionamiento social y del EMES-C que sí evalúa directamente aspectos más relacionados con las HHSS.

Figura 33. Tamaño del Efecto pre-tratamiento vs. seguimiento



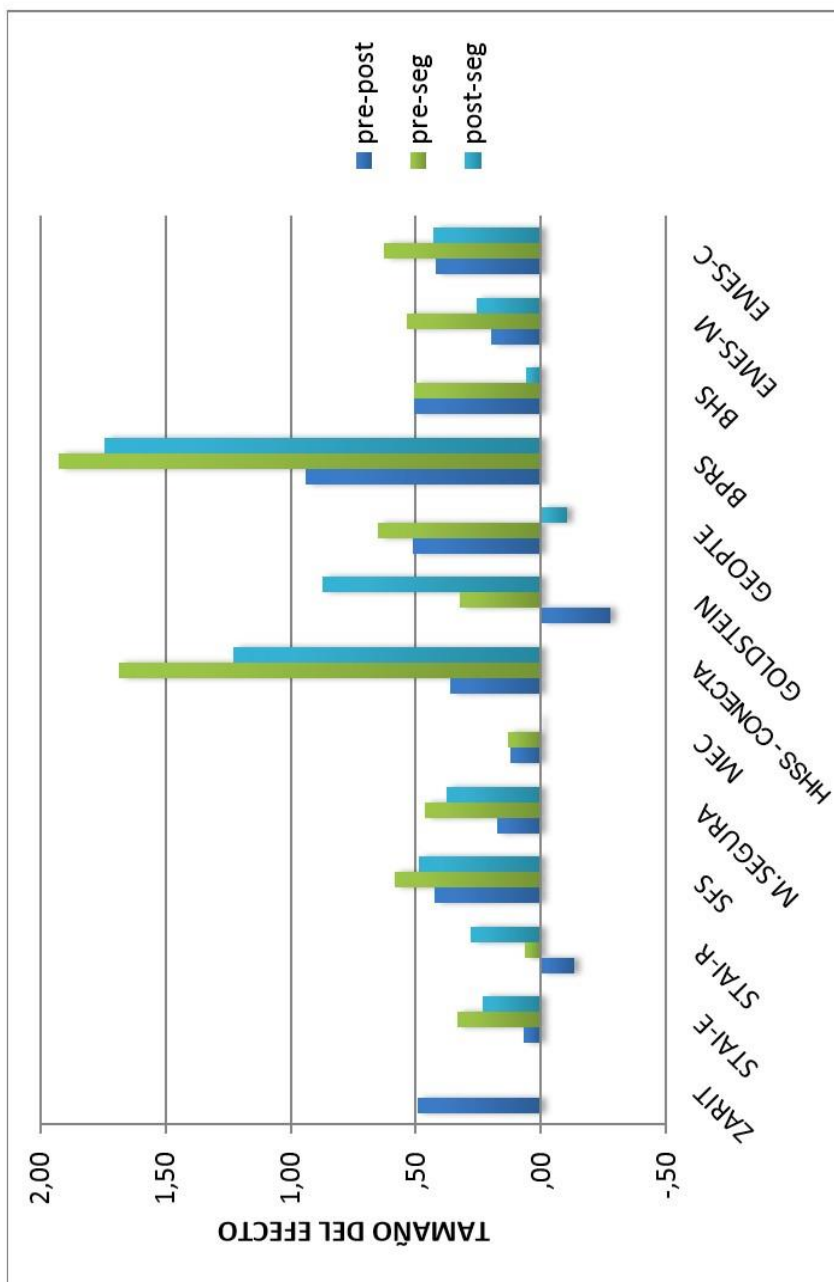
En la figura 33 aparecen los TE correspondientes al cambio pre-seguimiento. En esta ocasión todas las puntuaciones son positivas, indicando mejoría en todas las variables analizadas. En general las puntuaciones ofrecen mayores tamaños de efecto que en la comparación pre-post. La sintomatología, medida con la BPRS-18, es la variable que muestra un tamaño de efecto mayor, seguido del valor que presenta la escala HHSS-CONECTA. Con menor tamaño de efecto encontramos el SFS, el GEOPTE y el EMES-C.

Figura 34. Tamaño del Efecto post-tratamiento y del seguimiento



En la figura 34 aparecen los TE correspondientes al cambio de la post-evaluación al seguimiento. En esta ocasión las puntuaciones son positivas, indicando mejoría en todas las variables analizadas, salvo en la escala GEOPTE que se aprecia un ligero empeoramiento. Se aprecia cómo el efecto del plan de intervención en HHSS propuesto (CONECTA) se mantiene una vez finalizada la intervención e incluso continua mejorando. También observamos cómo el cambio en la BPRS-18 es grande, seguido del HHSS-CONECTA y del GOLDSTEIN, estos dos últimos relacionados con el área de las habilidades sociales.

Figura 35. Tamaño del Efecto de los tres momentos de evaluación (pre-post-seg)



La figura 35 muestra simultáneamente los tamaños de los efectos correspondientes a las tres comparaciones entre momentos de evaluación. Esto permite comparar entre qué momentos aparecen cambios más relevantes. Y en general puede observarse que es entre la primera evaluación (antes de iniciarse el tratamiento) y el seguimiento (6 meses después de haber terminado el tratamiento) cuando se dan los cambios más relevantes.

Apreciamos el TE en general en los tres momentos de la evaluación (pre-post y seg.) y permite la comparación entre ellos, apreciando que la mayor diferencia se obtiene en el pre-seg.

8.- DISCUSIÓN

Atendiendo al principal objetivo del estudio hemos podido comprobar que el programa CONECTA se puede aplicar de forma grupal y que resulta suficientemente estructurado para llevarse a cabo de una forma organizada y segura en personas con esquizofrenia. Los tiempos, ritmo de ejecución, objetivos, planificación, etc. establecidos en la realización tanto del módulo HHSS-C, como en el módulo HHSS-CR han resultado según lo previsto pudiéndose realizar sin dificultad. La participación de los usuarios ha sido alta (superior al 75%) y la valoración del mismo por parte de estos es satisfactoria (ver tabla 38), al igual que los comentarios y apreciaciones realizadas por el personal del CRPS que participó en la realización del estudio, reflejándose en las hojas de registro observacional y en las reuniones de equipo tras la realización de cada una de las actividades.

Las limitaciones del estudio para la realización de inferencias estadísticas (diseño no aleatorizado y escasa potencia estadística por el pequeño tamaño de la muestra) nos obliga a tomar con cautela cualquier interpretación de los resultados, sin embargo podemos señalar algunas aportaciones.

Teniendo presente los datos de los instrumentos de evaluación por áreas (ver figura 20) podemos señalar lo siguiente:

En el **área de habilidades sociales**, los resultados de los instrumentos (EMES-M, EMES-C, HHSS-CONECTA y M. SEGURA) muestran mejoría en la fase post-tratamiento y ésta se mantiene o aumenta en la de seguimiento donde también observamos mejoría en el test de GOLDS-TEIN. Estos resultados nos indican que el grupo de participantes consigue una mejora en la emisión/recepción de conductas socialmente habilidosas, presenta una disminución en la frecuencia de pensamientos distorsionados relacionados con contextos sociales y se consigue mejorar la competencia social en función de la actuación previsible de la persona en distintos contextos. La tendencia de las puntuaciones de todos los instrumentos es similar, aunque con un TE que se mantiene por debajo de 2 (ver gráfico tamaño del efecto en la figura 33). Los resultados obtenidos coinciden con estudios anteriores que señalan que el entrenamiento en HHSS en personas con esquizofrenia incrementa las conductas consideradas como habilidosas (Benton y Schroeder, 1990; Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon, 2007; Dilk y Bond, 1996; Heinssen et al., 2000; Huxley, Rendall y Sederer, 2000; Moriana et al., 2015; Navarro, 2009; Pfammatter et al., 2006) y que estas a su vez se ven favorecidas cuando se cuenta con programas de intervención en contextos reales (Kopelowicz et al., 2006).

En el **área social** (Cognición Social y Función Social), los resultados muestran un aumento o mejoría en estos dominios y se aprecia tanto en el momento de la evaluación post-tratamiento como en el seguimiento. En relación a la cognición social el instrumento considerado (GEOPTe) nos señala que las puntuaciones disminuyen (mejoran) ligeramente tras la aplicación del tratamiento y mejoran en el seguimiento superando la puntuación inicial en la pre-evaluación. Esto indica que el grupo progresa en el con-

junto de competencias, experiencias cognitivas y emocionales en las relaciones a nivel de comportamiento con su entorno social y familiar. Esto facilitaría que dichas personas desarrollen estrategias que les permitan acomodar sus capacidades a las diferentes demandas cognitivas, sobrevivir a la presión informativa y formar una red de apoyo que les proporcione el necesario ajuste social. Los estudios sobre la CS y las HHSS muestran resultados que relacionan ambos dominios en la esquizofrenia (Obeid, Kazour y Kazour, 2012). Estos autores indican que la CS podría actuar como mediadora entre las HHSS y las habilidades metacognitivas. Así mismo también se señala que las HHSS también actuarían como mediador entre el lenguaje y la CS (Nienow et al., 2006; Ojeda et al., 2012).

En relación al funcionamiento social la evaluación se realizó con el SFS obteniéndose puntuaciones más altas tras el tratamiento y en el seguimiento, esto nos orienta a considerar que el plan de intervención propuesto favorece la interacción y disminuye el retraimiento social, mejora los contactos y la calidad de la comunicación, favorece las actividades pro-sociales, adquiere mayor independencia y promueve la búsqueda de actividades de tipo productivo (formación-trabajo). Resultados que van en la línea de estudios anteriores como por ejemplo los realizados por Dilk y Bond (1996). Otra cuestión de interés que refuerza el resultado obtenido se encuentra en varios estudios poniendo de manifiesto que la mejora en las HHSS está directamente relacionada con el entrenamiento y no con los síntomas que presenten los pacientes (Cirici y Obiols, 2008).

En relación al **área clínica** mediante la recogida de información de los instrumentos de evaluación utilizados (BHS, STAI, BPRS-18 y MEC-35), apreciamos una mejoría sintomática tras aplicar el programa y que ésta se mantiene en el periodo de seguimiento. En el BHS las puntuaciones obtenidas, tras aplicar el tratamiento y en seguimiento, nos indican que no

interfiere negativamente en la desesperanza lo que ofrece un margen de seguridad en la aplicación del programa al proporcionar a los pacientes una mejora en las expectativas que estos tienen sobre su futuro, su bienestar y proporciona habilidades para salvar dificultades de la vida cotidiana. Los resultados del STAI-E indican niveles de ansiedad inferiores una vez aplicado el tratamiento, aunque ya partían de unos niveles medios superiores al punto de corte del instrumento y que tras la intervención y el periodo de seguimiento se sitúa en 23 puntos (partíamos de una media de 30 en la pre-evaluación), considerándose como un factor protector según el modelo de vulnerabilidad estrés (Zubin y Spring, 1977). Estos datos podrían situarse en la línea de los resultados del meta-análisis realizado por Benton y Schroeder (1990) quienes señalaban que las personas con TMG que realizaban programas de HHSS conseguían mejoras en los niveles de ansiedad social. En cuanto a las puntuaciones del BPRS-18 considerar que se aprecia una mejoría de los síntomas relacionados con la esquizofrenia. Esta sintomatología incluiría alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado, trastorno del estado del ánimo y ansiedad, aspectos que estarían relacionados o acompañan a una posible recaída. Los resultados son muy positivos como se aprecia en la gráfica nº 33 (tamaño del efecto) interpretándose como una mejoría que podríamos asociar a la realización de la intervención. En este aspecto los resultados de los estudios anteriores dan una visión ambivalente. Hay autores que encuentran una relación positiva entre el entrenamiento en HHSS y la sintomatología psicótica y otros que no. Algunos estudios muestran una dudosa relación que se extiende tanto a la sintomatología positiva como a la negativa (Kopelowicz et al., 1997; Mueser y Bellack, 2007 y Kurtz y Mueser, 2008). Dentro de esta situación la evidencia se inclina hacia una correlación con la sintomatología negativa en pacientes que intervienen en programas de HHSS (Dobson et al., 1995; Heinsen et al., 2000). Este aspecto también lo resalta Liberman en una reciente entre-

vista publicada en 2013 al afirmar que la formación en las habilidades sociales es "importante y efectiva" en los casos de esquizofrenia porque los síntomas negativos pueden reducirse a través del entrenamiento de las habilidades sociales que faciliten la reacción emocional (Lieberman, 2013).

También hay que señalar que en el MEC-35 experimentan una ligera mejoría (1 punto), que consideramos que no produce una mejora significativa por lo que el rendimiento cognitivo general se mantiene como se esperaba ya que se trata de un instrumento de cribado y no ofrece información específica de variables relacionadas con el rendimiento cognitivo, pero lo más importante es que descartamos que los participantes experimentaran un retroceso en las puntuaciones sugiriendo algún tipo de bloqueo por la demanda atencional y de otros recursos del programa de HHSS propuesto, cuestión que se aprecia en la puntuación media de 32, teniendo presente que el máximo es de 35. Dicho instrumento ha sido utilizado para la evaluación del deterioro cognitivo en estudios de evaluación del TMG (Poc et al., 2010) y como era de suponer no se aprecian cambios significativos tras la aplicación de un programa de habilidades sociales.

En cuanto al **área de familia** y en relación a la sobrecarga familiar valorada a través del cuestionario ZARIT, las puntuaciones nos indican que la familia (cuidador principal) percibe una disminución de la carga familiar tras la aplicación del plan de intervención en habilidades sociales. Estos resultados son acordes con la literatura científica en relación a la importancia de la familia en los procesos de RPS con personas con esquizofrenia (Bustillo, Lauriello, Horan y Keith, 2014; Cirici y Obiols, 2008; Dixon et al., 2014; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, y Engel, 2015; Taylor y Perera, 2015). Como se aprecia en el gráfico (figura 32) el TE se encuentra en la línea de las demás puntuaciones de los instrumentos de las áreas señaladas con una ligera mejoría. La idea inicial de la utilización de la escala de sobrecarga familiar era contrastarlo con las puntuaciones del informante

del GEOPTE, pero por las razones ya expuestas no se ha podido realizar (ver apartado 6.2). Apreciamos que no ha supuesto una mayor sobrecarga, aspecto que valoramos como muy positivo al descartar que la implicación familiar para colaborar con el programa CONECTA supusiera una mayor demanda por parte del paciente y por tanto aumentara la angustia para el cuidador principal. Las puntuaciones obtenidas con dicho instrumento son de suficiente utilidad clínica como muestran los estudios realizados por Jofré y Sanhueza (2010), Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) y Leal et al. (2008).

En relación al cuestionario de **satisfacción** (S-CONECTA) las puntuaciones dadas por los participantes muestran un alto grado de satisfacción en la participación y se traduce en los siguientes aspectos: a.- utilidad de su participación, b.- mejora en forma de ver la enfermedad, c.- mejora de las relaciones sociales, d.- motivación para la realización de otros programas similares. Podemos decir que no ha producido rechazo o interferido en el supuesto “estigma” que veríamos reflejado en las intervenciones *in situ* del módulo HHSS-CR.

En conjunto los datos y análisis de las medidas del estudio sugieren que el programa CONECTA es un plan de intervención para habilidades sociales aplicable a personas con esquizofrenia, ya que estas obtienen mejoras en su funcionamiento social, no supone un riesgo para su salud, es considerado como satisfactorio por los participantes, con valoración positiva en su aplicación por parte de los técnicos y no representa mayor sobrecarga familiar. Dicho programa basa su eficacia en su propia estructura y diseño que permite combinar intervenciones en contextos exteriores favoreciendo la validez ecológica, la generalización y adaptación de lo adquirido mediante aprendizaje en sesiones previas, pero también en la utilización de las recomendaciones y orientaciones basadas en la evidencia científica.

Aunque los resultados de los estudios sobre el mantenimiento del efecto del entrenamiento son inconsistentes (Aldaz y Sánchez, 1996), cuestión que relacionan con varios problemas (Matousek, Edwards, Jackson, Rudd y McMurray, 1992), en nuestro estudio se mantiene e incluso mejoran tras la retirada de la aplicación, aspecto que creemos considerar que está relacionada con la potencialidad del programa al contar con un módulo de entrenamiento en contexto real (HHSS-CR), facilitando la motivación por la transferencia de los contenidos adquiridos y con ello la funcionalidad de los mismos.

Este estudio también presenta una serie de limitaciones como es el reducido tamaño de la muestra, la utilización de un solo grupo de pacientes, la falta de comparación con otros programas de intervención y el haber utilizado sólo dos de los subprogramas (6 meses de duración) de un total de once disponible en la actualidad y que cubren un periodo de dos años, tal y como se comentará al final de este trabajo en las *líneas de futuro*. Todo ello nos hace considerar con extrema prudencia las apreciaciones antes señaladas y en especial evitar llegar a conclusiones de causa-efecto. Igualmente consideramos la importancia de combinar este programa de intervención en HHSS (ver Anexo VIII) con otros programas del CRPS con especial interés en la neurocognición, la cognición social y la psicoterapia cognitivo conductual aplicada a la esquizofrenia.

9.- CONCLUSIONES

1. El conjunto de pacientes que ha participado en el estudio presentaban unos niveles bajos en habilidades sociales siendo estos mejorados tras la aplicación del plan de intervención en habilidades sociales y se han mantenido durante el periodo de seguimiento.
2. Los cambios positivos o próximos a la significación a nivel estadístico se han producido en las cinco áreas de estudio (figura 20): habilidades sociales, social, clínica, familia y satisfacción con el programa.
3. Los efectos del tratamiento se aprecian tanto en el periodo de post-tratamiento como en el seguimiento a los 6 meses.
4. Los resultados sugieren un refuerzo de la idea que relaciona el funcionamiento social, la cognición social y las habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia.
5. La aplicación del programa ofrece un efecto positivo en las variables clínicas estudiadas, aspecto que no fue objeto de intervención estructurada.
6. Se ha favorecido la generalización y transferencia de las habilidades adquiridas al utilizar en el plan de intervención elementos como la interacción interpersonal y social en distintos contextos de la vida real (*in situ*) y que estas habilidades se han mantenido e incluso mejorado en ausencia de intervención (seguimiento).
7. Se ha podido constatar que la intervención en personas con esquizofrenia en contextos reales es posible y que no produce alteraciones significativas que desaconseje tal planteamiento.
8. Una vez comprobada la aplicabilidad del programa CONECTA, los resultados de nuestro estudio piloto instan a la realización de

nuevos estudios aleatorizados, y con suficiente potencia estadística para testar la eficacia real del programa. Para ello proponemos estudios con un número de participantes mayor, contar con un grupo de control, prolongar el estudio a un periodo de dos años y tener los medios materiales y humanos que nos permitan llevar a término tal iniciativa basada en la aplicación del programa CONECTA.

9. Los resultados señalan que el entrenamiento en HHSS es uno de los “pilares” de la recuperación y que resulta de gran interés en combinación de otros acercamientos terapéuticos como la cognición social, la rehabilitación cognitiva y la intervención psicoterapéutica específica para la esquizofrenia como la Terapia Cognitiva Basada en la Persona (TCBP).
10. El programa CONECTA aporta un diseño que permite la intervención en contextos reales (*in situ*) con un sistema de planificación y evaluación propios que facilitan el ajuste individual de los participantes, que además favorece la comunicación intra-grupo y con personas de diversos contextos socio-comunitarios próximos a la realidad de los participantes.
11. El programa CONECTA utiliza un lenguaje próximo (conceptos, términos, imágenes, ejemplos, diálogos, experiencias, etc.) a las personas que participan de él y está estructurado en función de las necesidades más básicas para la vida en sociedad, con la inmersión en distintos contextos que sin la ayuda necesaria serían inaccesible para la mayoría de las personas con TMG. Esta inmersión la apreciamos en cómo sería desenvolverse en una ciudad como La Laguna, pero no de forma abstracta sino real (desplazándose con la ayuda de un callejero), planificar un viaje (acudiendo a una agencia de viajes en el municipio del Puerto

de la Cruz) o hacer uso de una cafetería en un contexto determinado (terrazza/bar, en Puerto de la Cruz).

12. El programa permite una adaptación a cualquier contexto de intervención; es decir, en un principio está diseñado para las personas que viven en los municipios del Norte de la isla de Tenerife, pero se han realizado adaptaciones a la zona metropolitana y a la zona Sur de la isla con buenos resultados (según informan otros profesionales adscritos a los CRSP de La Laguna y Guía de Isora), siendo susceptibles de adaptaciones que facilitarían su aplicabilidad a otras islas, a través CCAA e incluso a otras culturas o países. Para ello somos conscientes de la necesidad de adaptaciones y nuevos estudios que permitan dar sentido a estos propósitos.

En la actualidad el programa CONECTA se continua aplicando y desarrollando en distintos CRPS de la isla de Tenerife y cuenta con una versión informatizada que permite un proceso interactivo entre los contenidos y las nuevas tecnologías.

El programa parte de la consideración de que las HHSS no son la suma de características cognitivas o conductuales individuales estandarizadas, sino que supone un proceso interactivo de combinación de estas características individuales en contextos reales cambiantes. Esto hace que contemple elementos que integran los procesos individuales de aprendizaje con el bagaje histórico y sociocultural de la persona y del contexto concreto de interacción, el medio social de pertenencia y las expectativas de futuro de los integrantes del grupo de entrenamiento. Además enfatiza su acción en la generalización y transferencia a los contextos reales, resulta satisfactorio para los participantes en el programa y supone un beneficio en la vida de las personas con esquizofrenia y sus familiares.

Líneas futuras de investigación y desarrollo

Con la finalidad de ampliar esta intervención a personas con esquizofrenia en fase estable de la enfermedad se están elaborando nuevos Sub-Programas (SP) alcanzando una duración de 2 años aproximadamente (contando con los ya expuestos) incorporando nuevos escenarios de intervención (SP) igualmente orientados a la generalización en contextos socio-comunitarios. Estos Sub-Programas son los siguientes:

- Formación, trabajo y voluntariado.
- Comercio y centros comerciales.
- Transportes (terminales aeroportuarias, estaciones marítimas, ferroviarias, autobuses) y su utilización.
- Bancos y cajas de ahorro.
- Ámbito socio-sanitario y su función asistencial.
- Supermercados y alimentación.
- Farmacia y medicamentos.
- Correos y nuevas tecnologías de la comunicación.

La estructura y dinámica del programa sería similar a la expuesta. También se está elaborando un módulo que incluiría las habilidades interpersonales, donde se tratarían aspectos relevantes como la comunicación interpersonal y de amistad, las relaciones de género, expresión en público, asertividad y autoestima (Kurtz, Mueser, Thime, Corbera y Wexler, 2015). Otro aspecto innovador es la adaptación del programa a las nuevas tecnologías favoreciendo el acceso a las mismas como un recurso pedagógico y motivador, sin perder las ventajas que supone el formato empleado.

REFERENCIAS

- Addington, J, Saeedi, H. y Addington, D. (2006). Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research*, 85, 142-150.
- Addington, J., Collins, A., McCleery, A. y Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
- Aksoy, P. y Baran, G. (2010). Review of studies aimed at bringing social skills for children in preschool period. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 9, 663-669.
- Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer y J. Sigal (Eds.), *Community psychology: Theoretical and empirical approaches* (pp. 213-238). New York: Gardner.
- Aldaz, J. y Sánchez, M. (1996). Interacción paciente-personal: variables y condicionantes que afectan al personal rehabilitador. J.A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 323-339). Madrid: Siglo XXI.
- Alderfer, C.P. (1976). Change Processes in organizations. En M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1591-1638). Chicago: Rand McNally.
- Alguero, V.M. (2005). *Intervención cognitivo-conductual basada en la terapia integrada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial*. Tesis doctoral. Universidad de Panamá.
- Alonso, J., Olivares, J.M., Ciudad, A., Manresa, J.M., Casado, A. y Gilaberte, I. (2008). Desarrollo y validación de la versión corta de la

- Escala de Funcionamiento Social en esquizofrenia para su uso en la práctica clínica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 102-110.
- Anderson, C.M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. y Trieber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25, 185-205.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psicoeducación)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andrés, K., Pfammatter, M., Brenner, H.D. y Jimeno, N. (2000). *Terapia de grupo orientada a la superación de la esquizofrenia. Manual de entrenamiento y aplicación*. Madrid: Aula Médica.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R. y Farkas, M.D. (1990). A Psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize one if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83-96.
- Arango, C. (2014). Panorama de las enfermedades mentales en España. Foro de Debate INESME “Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes”. *Instituto de estudios médicos científicos*, 11, 9-14.
- Arehart-Treichel, J. (2010) Neurocognitive “Training” May Undo Schizophrenia’s Brain Damage. *Psychiatric News*, 45, 18.
- Argyle, M. y Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-98.
- Argyle, M., Trower, P. y Bryant, B. (1974). Explorations in the treatment of personality disorders and neuroses by social skills training. *British Journal of Social Psychology*, 47, 63-72.

- Argyris, C. (1954). *Organization of a bank: A study of the nature of organizations*. New Haven: Labor and Management Center, Yale University.
- Arkowitz, H. (1981). Assessment of social skills. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp. 296-327). New York: Pergamon.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Cuadernos Técnicos.
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Bandura, A. (1978). On paradigms and recycle ideologies. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 79-103.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Barton, R. (1974). *La neurosis institucional*. Madrid: Paz Montalvo.
- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R.R. y Kissling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 854-861.
- Beauchamp, M.H. y Anderson, V. (2010). SOCIAL: an integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136, 39-64.
- Bebbington, P. y Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological medicine*, 24, 707-718.

- Bech, P. (1993). *Rating scales for psychopathology, health status and quality of life*. Berlín: Springer-Verlag.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42, 861-865.
- Bedell, J.R. y Lennox, S.S. (1994). The Standardized Assessment of Cognitive and Behavioral Components of Social Skills. En J.R. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp. 57-74). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Beer, J.S. y Ochsner, K.N. (2006). Social Cognition: A multi level analysis. *Brain Research*, 179, 98-105.
- Bell, M.D, Bryson, G., Greig, T., Corcoran, C. y Wexler, B.E. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. *Archives of General Psychiatry*, 58, 763-768.
- Bell, M.D. y Bryson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 269-279.
- Bellack, A.S. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: Guilford Press.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. (1997). *Social Skills Training for Schizophrenia*. New York: Guilford Press.

- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by Step Guide* (2ª Ed.). New York: Guildford Press.
- Bellack, A.S., Turner, S.M., Hersen, M. y Luber, R.F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Psychiatric Services*, 35, 1023-1028.
- Bellack, A., Morrison, R., Wixted, J. y Mueser, L. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Benítez, A.G. y Berrocal, R.S. (2015). Efectos de la biodanza en las habilidades sociales básicas de los pacientes esquizofrénicos. *Revista de Psicología*, 7, 25-31.
- Benton, M.K. y Schroeder, H.E. (1990). Social Skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Birchwood, M., Smith, J.O., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S.O.N.J.A. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C. y Bering, S. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychological Medicine*, 19, 649-656.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R. y Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.

- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores. Ars XXI médica.
- Bond, G.R., Drake, R.E. y Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280-289.
- Bouza, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26, 50-56.
- Bozikas, V.P., Kosmidis, M.H., Kiosseoglou, G. y Karavatos, A. (2006). Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 136-143.
- Brekke, J., Kay, D.D., Lee, K.S. y Green, M.F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 80, 213-225.
- Brenner, H.D. (1986). Zur Bedeutung von Basisstörungen für Behandlung und Rehabilitation. En W. Böker y H.D. Brenner (Eds.), *Bewältigung der Schizophrenie* (pp. 142-158). Bern: Huber.
- Brenner, H.D., Hodel, B. y Roder, V. (1990). Integrated cognitive and behavioral interventions in treatment of schizophrenia. *Psychosocial Social Rehabilitation Journal*, 13, 41-43.
- Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V. y Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 18, 21-26.
- Brenner, H.D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D. y Liberman, R.P. (1994). *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*. Seattle: Hogrefe & Huber.

- Brewer, W.J., Lambert, T.J., Witt, K., Dileo, J., Duff, C., Crlenjak, C., McGorry, P.D. y Murphy, B.P. (2015). Intensive case management for high-risk patients with first-episode psychosis: service model and outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 2, 29-37.
- Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, L.F., Davis, L.W., LaRocco, V.A. y Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 224-242.
- Brown, M.A. y Munford, A.M. (1983). Life skills training for chronic schizophrenics. *The Journal of nervous and mental disease*, 171, 466-470.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 21-42.
- Brüne, M., Schaub, D., Juckel, G. y Langdon, R. (2011). Social skills and behavioral problems in schizophrenia: The role of mental state attribution, neurocognition and clinical symptomatology. *Psychiatry Research*, 190, 9-17.
- Bryant B., Trower, P., Yardley, K., Urbieta, H. y Letemendia, F.J.J. (1976). A survey of social inadequacy among psychiatric outpatients. *Psychological Medicine*, 6, 101-112.
- Buckley, P.F., Fenley, G., Mabe, A. y Peeples, S. (2007). Recovery and schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 1, 96-100.

- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber C., Rössler W., Tomov, T., van Busschbach, J., Wiersma, D. y EQOLISE Group. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370, 1146-1152.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P. y Keith, S. J. (2014). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 163-175.
- Caballo, V.E. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V.E. (1991). *El entrenamiento en habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales* (2ªEd.). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E. y Buela, G. (1988). Factor analyzing the college self-expression scale with a Spanish population. *Psychological Reports*, 63, 503-507.
- Caldas, J.M. y Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. Brussels: European Union Publication.
- Cañamares, J.M., Castejón, M.A., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Carlson, J.S. y Wiedl, K.H. (2013). Cognitive education: Constructivist perspectives on schooling, assessment, and clinical applications. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 12, 6-25.

- Chadwick, P.D. (2009). *Terapia basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Chadwick, P.D., Birchwood, M. J. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: John Wiley and Sons.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-46.
- Cirici, R. y Obiols J. (2008). Validity of a social skills training program for schizophrenic patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 123-32.
- 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, 112-116.
- Conejo, I.M.G. y Chinchilla, M.D.C. (2010). ¿Puede la TeRapia aRTísTica seRViR a la educación? *EA, Escuela abierta: Revista de Investigación Educativa*, 13, 69-96.
- Corrigan, P.W. (1991). Social skills training in adults psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatric*, 22, 203-209.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. y Solomon, P. (2007) *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Covington, M.A., He, C., Brown, C., Naci, L., McClain, J.T., Fjordbak, B.S., Semple, J. y Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure

- of language: the linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77, 85-98.
- Craig, J.S., Hatton, C., Craig, F.B. y Bentall, R.P. (2004). Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 69, 29-33
- Crespo, M., Muñoz, M., Pérez, E. y Guillén, A.I. (2007). Stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain): descriptive study. *Community Mental Health Journal*, 44, 393-403.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R. y Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Cuevas, C. (2004). *Esquizofrenia, Habilidades Sociales y Funcionamiento Social*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.
- Cuevas, C. (2010). Entrenamiento en Habilidades sociales. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.). *Manual de Rehabilitación del trastorno Mental Grave* (pp. 237-263). Madrid: Síntesis.
- Curran, J.P., Corriveau, D.P., Monti, P.M. y Hagerman, S.B. (1980). Social Skill and social anxiety: Self-report measurement in a psychiatric population. *Behavior Modification*, 4, 493-512.
- Daddow, R. y Broome, S. (2010). *Whole person recovery: A user-centred systems approach to problem drug use*. London: RSA.
- De la Higuera, J. y Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Estado actual y perspectiva futura. *Apuntes de psicología*, 24, 245-266.

- Del Barco, B.L. (2006). Elementos mediadores en la eficacia del aprendizaje cooperativo: Entrenamiento previo en habilidades sociales y dinámica de grupos. *Anales de Psicología*, 22, 105-112.
- Del Prette, A. y Del Prette, Z.A.P. (2013). Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología*, 31, 67-76.
- Delahunty, A. y Morice, R. (1993). *A training programme for the remediation of cognitive deficits in schizophrenia*. Albury, NSW: Department of Health.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 427-436.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: AEN.
- Dickerson, F.B. y Lehman, A.F. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 520-526.
- Dilk, N. y Bond, R. (1996) Meta-Analytic Evaluation of Skills Training Research for Individuals with Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1337-1346.
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P. y Sondheim, D. (2014). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-910.

- Dobson, D. J.G., McDougall, G., Busheikin, J. y Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 376-380.
- Dodell-Feder, D., Tully, L.M. y Hooker, C.I. (2015). Social impairment in schizophrenia: new approaches for treating a persistent problem. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 236-242.
- Drury, V., Birchwood, M. y Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. III. Five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eack, S., Greenwald, D., Hogarty, D., Bahorik, A., Litschge, M., Mazefsky, C. y Mishew, N. (2013). Cognitive Enhancement Therapy for Adults with Autism Spectrum Disorder: Results of an 18-month Feasibility Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2866-2877.
- Eack, S., Hogarty, G., Greenwald, D., Hogarty, S y Keshavan, M. (2011). Effects of cognitive enhancement therapy on employment outcomes in early Schizophrenia: results from 2-year randomized trial. *Research on social work practice*, 21, 32-42.
- Edwards, J. y McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis* (2ª Ed.) Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. Madrid: Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Edwards, J., McGorry, P.D. y Pennell, K. (2000). Models of early intervention in psychosis: an analysis of service approaches. En M. Bich-

- wood, K. Fowler y C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 281-314). Chichester: Wiley.
- Ehrlich, J. y Miller, J.R. (2009). A virtual environment for teaching social skills: AViSSS. *IEEE Computer Graphics and Applications*, 29, 10-16.
- Eisler, R.M., Miller, P.M. y Hersen, M. (1973). Components of assertive Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 295-299.
- Elkaïm, M. (1989). *Las Prácticas de la Terapia de Red: Salud mental y Contexto Social*. Barcelona: Gedisa.
- Elliott, T, Shewchuk, R, y Richards, J.S. (2001). Family caregiver problem solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 223-232.
- Falloon, I.R.H. (1985). Behavioural Family Therapy. En J. Leff y C. Vaughn (Eds.), *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press.
- Falloon, I.R.H. y Liberman, R.P. (1983). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W.R. Mc. Farlane (Ed.), *Family therapy in schizophrenia* (pp. 117-137). New York: The Guilford Press.
- Farkas, M.G. (2007). *Social Software in Libraries: Building Collaboration, Communication, and Community Online*. Medford, NJ: Information Today.
- Farkas, M.G. y Anthony, W.A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*, 22, 114-129.

- Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrary, P., Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P. y Bonsac, C. (2014). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: a randomized-controlled study. *European Psychiatry*, 29, 275-281.
- Fett, A.K. J., Viechtbauer, W., Penn, D.L., Van Os, J. y Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 573-588.
- Finch, B.E. y Wallace, C. J. (1977). Successful interpersonal skills training with schizophrenic inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 885-890.
- Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M.E. y Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychological Review*, 15, 73-95.
- Fiske, S.T. y Neuberg, S.L. (1990). A continuum of impression formation from category-based to individuating process: influences of information and motivation on attention and interpretation. En M.P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 1-74). New York: Academic Press.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24, 223-244.
- Flynn, L. y Healy, O. (2012). A review of treatments for deficits in social skills and self-help skills in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 431-441.
- Folstein, M.F.; Folstein S.E.; McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 397-408.

- Foster, C., Startup, H., Potts, L. y Freeman, D. (2010). A randomised controlled trial of a worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 45-51.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the Psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425-457.
- Fuentes, I., Cangas, A. J., Castillo, M. y Roder, V. (2010). Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia (IPT) y programas residenciales, laborales y de ocio y tiempo libre (WAF). En A.J. Cangas y V. Ibáñez (Eds.), *Tratamiento del Trastorno Mental Grave* (pp. 41-70). Granada: Alborán.
- Fuentes, I., Ruiz, J.C., García, S., Soler, M. J. y Dasí, C. (2008). Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Información psicológica*, 93, 53-56.
- Fuster, A.B. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Galassi, J.P., Galassi, M.D. (1974). Validity of a measure of assertiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 248-250.
- Galderisi, S., Piegari G., Mucci A., Acerra, A., Luciano, L., Rabasca, A.F., Valente, A., Volpe, M. y Maj, M. (2007). Social skills training and computerized cognitive training in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 22, 13-14.
- Gallach, E., Perona, S., Santolaya, F. y Vallina, O. (2004). *Tratamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia: Guía breve para familiares. Tomo II*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.

- Ganju, V. (2003). Implementation of evidence-based practices in state mental health systems. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 125-131.
- García, S., Fuentes, I., Ruiz, J.C., Gallach, E. y Roder, V. (2003). Application of the IPT in a Spanish sample: evaluation of the “Social Perception Subprogramme”. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 299-310.
- García-Bóveda, R., Velázquez, A. y Velázquez, R. (2004). Habilidades sociales y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 22, 111-120.
- Garety, P.A., Fowler, D. y Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 73-86.
- Garfield, D.S.A. (1995). *Unbearable affect: A Guide to the Psychotherapy of Psychosis*. New York: John While and Sons.
- Geyer, M.A. y Heinssen, R. (2005). New approaches to measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 806-809.
- Gil, F., Cantero, F.J. y Antino, M. (2013). Tendencias actuales en el ámbito de las habilidades sociales. *Apuntes de Psicología*, 31, 51-57.
- Gismero, E. (2000). *EHS Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Gladsjo, J.A., McAdams, L.A., Palmer, B.W., Moore, D. J., Jeste, D.V. y Heaton, R.K. (2004). A six-factor model of cognition in schizophrenia and related psychotic disorders: relationships with clinical symptoms and functional capacity. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 739-754.

- Glynn, S.M. (2014). Bridging Psychiatric Rehabilitation and Recovery in Schizophrenia: A Life's Work. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 17*, 214-224.
- Glynn, S.M., Marder, S.R., Liberman, R.P., Blair, K., Wirshing, W.C., Wirshing, D.A., Ross, D. y Mintz, J. (2002). Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 159*, 829-837.
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldman, C.R. y Quinn, F.L. (1988). Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services, 39*, 282-286.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Goldstein, I.L. (1980). Training in work organizations. *Annual Review of Psychology, 31*, 229-272.
- Gómez, B., Arrieta, M., Tazón, A., Fernández-Modamio, M., Payá, B. y Lastra, I. (2001). Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción. *Actas Españolas de Psiquiatría, 29*, 357-367.
- Gómez, R., Martín, M., González, A., Flores, M., Bote, B. y Güerre, M. (2003). Reflexiones acerca de un grupo terapéutico con pacientes esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 23*, 17-33.

- González, C.J. y Rullas, T.M. (2012). Técnicas específicas de rehabilitación psicosocial. En M. Desviat, y A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud Mental en la Comunidad* (pp. 283-301). Madrid: AEN.
- Granholm, E., Holden, J., Link, P.C. y McQuaid, J.R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: Improvement in functioning and experiential negative symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 1173-1185.
- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Auslander, L.A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, T. y Jeste, D.V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 520–529.
- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Link, P.C., Perivoliotis, D., Gottlieb, J.D, Patterson, T.L. y Jeste, D.V. (2007). Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 730-737.
- Green, M.F. y Nuechterlein, K.H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*, 25, 309-318.
- Green, M.F., Harris, J.G. y Nuechterlein, K.H. (2014). The MATRICS Consensus Cognitive Battery: What We Know 6 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1151-1154.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L. y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.

- Gresham, F.M. (2009). Evolution of the treatment integrity concept: Current status and future directions. *School Psychology Review*, 38, 533-540.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
- Guía sobre servicios y políticas de salud mental: política y planes de salud mental. (2006). Editores médicos, S.A. EDYMSA.
- Guinea, R. y Casal, J.C. (2012). La voz de los usuarios: La Asociación Alonso Quijano. En M. Desviat y A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 877-884). Madrid: AEN, estudios/47.
- Halford, W.K. (1992). Assessment of family interaction with a schizophrenic member. En D.J. Kavabagh. *Schizophrenia: an overview and practical handbook* (pp. 254-274). London: Chapman & Hall.
- Halford, W.K. y Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social Skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11, 423-441.
- Hall, P.L. y Tarrier, N. (2003). The cognitive behavioral treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research Therapy*, 41, 317-332.
- Hänninen, E. (2012). *Choices for recovery. Community-based rehabilitation and the clubhouse model as means to mental health reforms. Report*. Tampere: Juvenes Print-Tampere University Print OY.

- Harding, B., Torres-Harding, S., Bond, G.R., Salyers, M.P., Rollins, A.L. y Hardin, T. (2008). Factors associated with early attrition from psychosocial rehabilitation programs. *Community Mental Health Journal*, 44, 283-288.
- Hasson, L.L., Mashiach, M., Elhasid, N., Yanos, P.T., Lysaker, P.H. y Roe, D. (2014). Between self-clarity and recovery in schizophrenia: reducing the self-stigma and finding meaning. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 675-680.
- Hatfield, A.B. (1981). Coping effectiveness in families of the mentally ill: An exploratory study. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 3, 11-19.
- Hawthorne, D. (2013). *An effectiveness study of the UCLA friendship and intimacy module*. Tesis Doctoral. Rutgers University-Graduate School of Applied and Professional Psychology.
- Hayes, R.L., Halford, W.K. y Varghese, F.T. (1995). Social skills training with chronic Schizophrenic patients: Effects on community functioning. *Behavior Therapy*, 26, 433-449.
- Heinrichs, R.W. (2005). The primacy of cognition in schizophrenia. *American Psychologist*, 60, 229-242.
- Heinrichs, R.W. y Zakzanis, K.K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426-445.
- Heinssen, R.K., Liberman, R.P. y Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.

- Helander, E. (1993). *Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation*. New York: United Nations Development Programme.
- Henderson, G.E., Churchill, L.R., Davis, A.M., Easter, M.M., Grady, C., Joffe, S., Kass, N., P King, N.M., Lidz, C.W., Miller, F.G., Nelson, D.K., Peppercorn, J., Rothschild, B.B., Sankar, P., Benjamin S Wilfond, B. y Zimmer, C.R. (2007). *Clinical Trials and Medical Care: Defining the Therapeutic Misconception*. PLoS Med 4: e324.doi:10.1371/journal.pmed.0040324.
- Hernández L.N. y Sánchez S. J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual para trastornos de la salud*. Argentina: Libros en Red.
- Hersen, M. y Bellack, A.S. (1976). A multiple-baseline analysis of social-skills training in chronic schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 239-245.
- Herzberg, F., Mausner, B. y Snyderman, B. (1967). *The motivation to work*. New York: Wiley.
- Hodel, B. y Brenner, H.D. (1997). A new development in integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): First results of emotional management training. En H.D. Brenner, W. Boeker, y R. Genner (Eds.), *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia* (pp. 118-134). Gottingen: Hogrefe and Huber.
- Hodel, B., Brenner, H.D., Merlo, M.C. y Teuber, J.F. (1998). Emotional management therapy in early psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 172, 128-133.
- Hodel, B., Kern, R.S. y Brenner, H.D. (2004). Emotion Management Training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia: first results. *Schizophrenia Research*, 68, 107-108.

- Hogarty, G.E. y Flesher, S. (1999). Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 693-708.
- Hogarty, G.E. y Greenwald, D.P. (2006). *Cognitive Enhancement Therapy: The Training Manual*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D.P., Javna, C.D. y Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Hogarty, G.E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Green, D., Pogue-Geile, M., Kechavan, M., Cooley, S., DiBarry, L., Garret, A. Parepally, H. y Zoretich, R. (2004). Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. *Archives of General Psychiatric*, 61, 866-876.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S. J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Flesher, S., Reiss, D., Carter, M. y Ulrich, R. (1995). Personal Therapy: A Disorder-Relevant Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 379-393.
- Hogman, G. (1994). *European Questionnaire Survey of Careers, European Federation of Families of the Mentally III (EUFAMI)*. Groeneweg: Heverlee.
- Hollin, C.R. y Trower, P. (2013). Clinical Applications and New. *Handbook of Social Skills Training: Clinical Applications and New Directions*. Oxford: Pergamon Press

- Huxley, N.A., Rendall, M., y Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *The Journal of nervous and mental disease*, 188, 187-201.
- IMSERSO (2003). Rehabilitación e integración Social de las personas con Trastorno Mental Grave. Documento de Consenso. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- International Early Psychosis Association Writing Group. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 48, 120-124.
- Ittelson, W.H., Proshansky, H.M., Rivlin, L.G. y Winkel, G.H. (1974). *An introduction to environmental psychology*. Holt: Rinehart & Winston.
- Jack, L.M. (1934). *An experimental study of ascendant behavior in pre-school children*. Iowa City: University.
- Jaen, D.C., Quispecahuana, C., Wilma, E. y Quisbert, H.F. (2012). Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría Dr. José María Alvarado. *Revista Médica La Paz*, 18, 21-26.
- Jeannotte, M.S. (2008). *Promoting social integration: A brief examination of concepts and issues*. Helsinki: Expert Group Meeting.
- Jiménez, J.F. (2011). El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial: Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 735-751.
- Jofré, V. y Sanhueza, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadores/es informales. *Ciencia y Enfermería*, 16, 111-120.

- Johannessen, H.A., Dieserud, G., Jakhelln, F., Zahl, P.H. y De Leo, D. (2009). Changes in institutional psychiatric care and suicidal behaviour: a follow-up study of inpatient suicide attempters in Bærum, Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 845-851.
- Kaplan, F. (2000). *Art, Science and Art Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Katz, D. y Kahn, R.L. (1978). *The social Psychology of organizations*. New York: Wiley.
- Kazdin, A.E. (1974). Reactive self-monitoring: The effects of response desirability, goal setting, and feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 704-714.
- Kelly, J.A. (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.
- Kelly, J.A. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª Ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kelly, J.A. y Lamparsky, D.M. (1985). Outpatient treatment of schizophrenia. Social skills and problem-solving training. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 485-500). New York: Plenum Press.
- Kern, R.S., Glynn, S.M., Horan, W.P. y Marder, S.R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361.
- Kern, R.S., Green, M.F., Mintz, J. y Liberman, R.P. (2003). Does «errorless learning» compensate for neurocognitive impairments in the work rehabilitation of persons with schizophrenia? *Psychological Medicine*, 33, 433-442.

- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A. y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150, 176-184.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P. y Zárate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., Mintz, J. y Zárate, R. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 424-425.
- Kopelowicz, A., Wallace, C. J. y Zárate, R. (1998). Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: A brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services*, 49, 1313-1316.
- Krabbendam, L. y Aleman, A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 169, 376-382.
- Krabbendam, L., Arts, B., Van Os, J. y Aleman, A. (2005). Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a quantitative review. *Schizophrenia Research*, 80, 137-149.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. y Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I. Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Kuipers, E., Leff, J. y Lam, D. (2002). *Family work for schizophrenia: a practical guide*. London: Gaskell Press.

- Kunda, Z. y Thagard, P. (1996). Forming impressions from stereotypes, traits, and behaviors: A parallel constraint-satisfaction theory. *Psychological Review*, 103, 284-308.
- Kurtz, M.M. y Mueser, K.T. (2008). A Meta-analysis of controlled research on social skills training for Schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491-504.
- Kurtz, M.M., Mueser, K.T., Thime, W.R., Corbera, S. y Wexler, B.E. (2015). Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 162, 35-41.
- Kurtz, M.M., y Richardson, C.L. (2011). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1092–1104.
- Lara-Muñoz, M.C., Robles-García, R., Orozco, R., Saltijeral, M., Medina-Mora, M. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 33, 211-218.
- Leal, M., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J. y Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 63-69.
- Lecomte, T., Corbière, M., Simard, S. y Leclerc, C. (2014). Merging Evidence-Based Psychosocial Interventions in Schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 4, 437-447.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A.D., Wilde, J., Leclerc, C. y Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 406-413.

- Lee, J. y Park, S. (2005). Working memory impairments in schizophrenia: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 599-611.
- Lee, P.W.H., Lieh-Mak, F., Yu, K.K. y Spinks, J.A. (1993). Coping Strategies of Schizophrenic Patients and their Relationships to Outcome. *British Journal of Psychiatry, 163*, 177-182.
- Leff, J. (1996). Manejo familiar en la esquizofrenia. En C.L. Shriqui y H.A. Nasrallah (Eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia* (pp. 777-799). Madrid: Edimsa.
- Lehman, A. (2000). Commentary: What happens to psychosocial treatments on the way to clinic? *Schizophrenia Bulletin, 26*, 137-139.
- Lehman, A. y Steinwachs, D. (1994). *Literature review: Treatment approach for schizophrenia*. Baltimore: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), University of Maryland.
- Lehman, A. y Steinwachs, D. (1998). Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin, 24*, 1-10.
- Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health, guidelines based on existing knowledge. Publication of the project: Monitoring Mental Health Environments MMHE*. Jyväskylä: Gummerus Printing.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J.A., García, P. y Gutiérrez, A.M. (2006). WC9D Prevention Program in Psychosis (P3): A Spanish Early Detection and Intervention Project. *Schizophrenia Research, 86*, 19-20.
- Leonhard, C. y Corrigan, P.W. (2001). Social perception in schizophrenia. En P.W. Corrigan y D.L. Penn (Eds.), *Social cognition and Schizophrenia* (pp. 73-96). Washington: American psychological Association.

- Liberman, R. P., Kopelowicz, A. y Smith, T.E. (1999). Psychiatric rehabilitation. En B.J. Sadock y V.A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/VII* (pp. 3218-3245). New York: Lippincott Williams and Wilkin.
- Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*, Washington: American Psychiatric Association Press.
- Liberman, R.P. (2002). Cognitive remediation in schizophrenia. *La Rehabilitació Psicosocial Integrat a Kla Copmunitat i amb la Comunitat*, 2, 20-32.
- Liberman, R.P. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal of Mental Health*, 16, 595-623.
- Liberman, R.P. (2012). Recovery from schizophrenia: form follows functioning. *World Psychiatry*, 11, 161-162.
- Liberman, R.P. (2013) Entrevista. La formación en habilidades sociales es eficaz en los casos de esquizofrenia. *Publicación Médica de Psiquiatría y Salud Mental*. Disponible en [psiquiatria.publicacionmedica.com/edición 2013-04-15](http://psiquiatria.publicacionmedica.com/edición%202013-04-15).
- Liberman, R.P. y Corrigan, P.W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 56, 238-249.
- Liberman, R.P. y Eckman, T.A. (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. Overcoming obstacles to the utilization of a rehabilitation innovation. *The British Journal of Psychiatry*, 5, 117-122.
- Liberman, R.P. y Green, M.F. (1992). Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 27-35.

- Liberman, R.P. y Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Open Forum*, 56, 735-742.
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for Psychiatric patients*. New York: Pergamon.
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.T. (2001). *Social skills training for Psychiatric patients*. San Francisco: Allyn and Bacon.
- Liberman, R.P., Glynn, S., Blair, K.E., Ross, D. y Marder, S.R. (2002). In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry*, 65, 137-155.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A. y Silverstein, S.M. (2005). Psychiatric rehabilitation. En B.J. Sadock V.A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 3884-3930) Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J. y Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
- Liberman, R.P., Massel, H.K., Mosk, M.D. y Wong, S.E. (1985). Social skills training for chronic mental patients. *Psychiatric Services*, 36, 396-403.
- Liberman, R.P., Mueser, K.T. y Wallace, C.J. (1986a). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
- Liberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.E., Ekman, T.A. y Massel, H.K. (1986b). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631-47.

Referencias

- Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V., Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 155, 1087-1091.
- Libet, J. y Lewinsohn, P.M. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Lincoln, T.M., Wilhelm, K. y Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of Psychoeducation for relapse symptoms knowledge adherence and functioning in psychotic disorders a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96, 323-45.
- Linscott, R.J. (2005). Thought disorder, pragmatic language impairment, and generalized cognitive decline in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 225-232.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez-Burgada, F., Sala, J.M. y Seva-Díaz, A. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 3, 189-202.
- Lorr, M. (1954). Rating scales and check lists for the evaluation of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 51, 119-127.
- Lozano, L.M. y Acosta, R. (2009). Cognitive Alteration in Schizophrenia. *Revista Médica*, 17, 87-94.
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Kaplan, E., y Bryson, G. (1998). Personality and psychosocial dysfunction in schizophrenia: The association of extraversion and neuroticism to deficits in work performance. *Psychiatry Research*, 80, 61-68.

- Lysaker, P.H., McCormick, B.P., Snethen, G., Buck, K., Hamm, J., Grant, M., Nicolò, G. y Dimaggio, G. (2011). Metacognition and social function in schizophrenia: Associations of mastery with functional skills competence. *Schizophrenia Research*, 131, 214-218.
- Lysaker, P., Dimaggio, G. y Brüne, M. (2014). *Social cognition and meta-cognition in schizophrenia: Psychopathology and treatment approaches*. London: Elsevier.
- Maag, J.W. (2006). Social skills training for students with emotional and behavioral disorders: A review of reviews. *Behavioral Disorders*, 32, 5-17.
- Machado, A. (2014). *Declaración de Atocha*. Madrid: AMSM. Disponible en: <http://amsm.es/2014/05/20/declaracion-de-atocha-en-defensa-de-la-atencion-publica-a-la-salud-mental/>
- MacKain, S.J. y Mueser, K.T. (2009). Training in illness self-management for people with mental illness in the criminal justice system. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12, 31-56.
- Malla, A.K., Norman, R.M., McLean, T.S., MacDonald, C., McIntosh, E., Lashley, F., Lynch, J., Scholten, D. y Ahmed, R. (2004). Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 46-54.
- March, J.G. y Simon, H.A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnson-Cronk, K., Eckman, T.A., Lebell, M., Zimmerman, K. y Liberman, R.P. (1996). Two-year outcome of social skills training and psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 156, 1585-1592.

- Marini, A., Spoletini, I., Rubino, I.A., Ciuffa, M., Bria, P., Martinotti, G., Banfi, G., Boccascino, R., Strom, P., Siracusano, A., Caltagirone, C. y Spalletta, G. (2008). The language of schizophrenia: An analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates. *Schizophrenia Research*, 105, 144-155.
- Marredo, J. y Vargas, M.L. (2010). La psicología de los constructos personales en el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial. *Rehabilitación Psicosocial*, 7, 27-34.
- Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Muji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. y Tausing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M. y Mendióroz, P. (2009). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23, 101-110.
- Martínez, I., Durante, P. y Noya, B. (2010). Actividades de la vida diaria (AVD). En A. Pastor, A. Blanco, D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 359-394). Madrid: Síntesis.
- Martínez-Domínguez, L.M. (2014). *Teoría de la Educación para Maestros: Tomo 2. Didáctica para enseñar por competencias*. Madrid: Biblioteca On line SL.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Matousek, N., Edwards, J., Jackson, H.J., Rudd, R.P. y McMurray, N.E. (1992). Social skills training and negative symptoms. *Behavior Modification*, 16, 39-63.

- Maurin, J.T. y Boyd, C.B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 99-107.
- Mayoral, F., Berrozpe, A., de la Higuera, J., Martínez-Jambrina, J.J., de Dios-Luna, J. y Torres-González, F. (2014). Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8, 83-91.
- McClure, S.M., Ericson, K.M., Laibson, D.I., Loewenstein, G. y Cohen, J.D. (2007). Time discounting for primary rewards. *The Journal of Neuroscience*, 27, 5796-5804.
- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- McFall, R.M. y Lillesand, D.B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 313-323.
- McFarlane, W.R. (1983). *Family therapy in schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: Guildford Press.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. y Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 223-245.
- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., McHugo, G.J. y Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-1802.

- Medalia, A. y Freilich, B. (2008). The Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) model: practice principles and outcome studies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11*, 123-143.
- Medalia, A. y Lim, R. (2004). Treatment of cognitive dysfunction in psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Practice, 10*, 17-25.
- Medalia, A. y Richardson, R. (2005). What Predicts a Good Response to Cognitive Remediation Interventions? *Schizophrenia Bulletin, 31*, 942-953.
- Medalia, A., Dorn, H. y Watras-Gans, S. (2000). Training problems solving deficit an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Research, 97*, 79-88.
- Medalia, A., Revheim, N. y Casey, M. (2001). The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 259-267.
- Medalia, A., Revheim, N. y Herlands, T. (2002). *Remediation of Cognitive Deficits in Psychiatric Outpatients: A Clinician's Manual*. New York: Montefiore Medical Center Press.
- Mehrabian, A. y Russell, J.A. (1974). The basic emotional impact of environments. *Perceptual and Motor Skills, 38*, 283-301.
- Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2006). National Survey on Drug Use & Health. *US Government Printing Office*. Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm>.
- Michaels, T.M., Horan, W.P., Ginger, E.J., Martinovich, Z., Pinkham, A.E. y Smith, M.J. (2014). Cognitive empathy contributes to poor social functioning in schizophrenia: Evidence from a new self-report

- measure of cognitive and affective empathy. *Psychiatry Research*, 220, 803-810.
- Miller, R. y Mason, S.E. (2004). Cognitive enhancement therapy: A therapeutic treatment strategy for first-episode schizophrenia patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 213-230.
- Mizrahi, R., Kiang, M., Mamo, D.C., Arenovich, T., Bagby, R.M., Zipursky, R.B. y Kapur, S. (2006). The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 88, 111-118.
- Moller, M.D. y Murphy, M.F. (1997). The Three R's Rehabilitation Program: A prevention approach for the management of relapse symptoms associated with psychiatric diagnoses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 42-48.
- Montero, I., Masanet, M.J., LaCruz, M. y Bellver, F. (2006). The long-term outcome of two family intervention strategies in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 362-367.
- Morales-Hafelin, P. (2007). *¿Puede la Actividad Plástica Ayudar en el Tratamiento de Personas con Trastornos Mentales Severos? Los efectos terapéuticos del arte-terapia. Memoria para optar al título de Psicólogo*. Tesis Doctoral. Universidad de Chile Santiago.
- Moriana, J.A., Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A.J. y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 23, 5-24.
- Moritz, S. y Woodward, T.S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion on Psychiatry*, 20, 619-625.

- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B.C., Wittekind, C.E., Menon, M., Balzan, R.P., y Woodward, T.S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34, 358-366.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Köther, U. y Woodward, T.S. (2013). Metacognitive training in schizophrenia. Theoretical rationale and administration. En D.L. Roberts y D.L. Penn (Eds.), *Social Cognition in Schizophrenia. From Evidence to Treatment* (pp. 358-383). New York: Oxford University Press.
- Morrison, R.L. y Bellack, A.S. (1987). Social functioning of schizophrenic patients: clinical and research issues. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 715-725.
- Moruno, P. y Romero, D.M. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
- Muela, J.A. y Godoy, J.F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 1-6.
- Mueser, K.T. y Bellack, A.S. (2007). Social skills training: Alive and well? *Journal of Mental Health*, 16, 549-552.
- Mueser, K.T. y Bond, G.R. (2000). Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 44, 245-252.
- Mueser, K.T. y Sallers, M.S.D. (1992). Social Skill assessment. En D.J. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp. 182-205). London: Chapman and Hall.
- Mueser, K.T. y Tarrrier, N. (1998). *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Boston: Allyn & Bacon.

- Mueser, K.T., Becker, D.R. y Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of mental health, 10*, 411-417.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. y Wade, J.H. (1991). Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research, 37*, 281-296.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. y Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 24*, 37-74.
- Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R., Clancy, D.M. y Salyers, M.P. (2006). The illness management and recovery program: Rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 32-43.
- Mueser, K.T., Pratt, S.I., Bartels, S.J., Forester, B., Wolfe, R. y Cather, C. (2010a). Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: an analysis of gender and diagnosis effects. *Journal of Neurolinguistics, 23*, 297-317.
- Mueser, K.T., Pratt, S.I., Bartels, S.J., Swain, K., Forester, B., Cather, C. y Feldman, J. (2010b). Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 561-573.
- Muñoz, J.M. y Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Murray, C.J. y López, A.D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet, 349*, 1436-1442.

- Navarro, S.A. (2009). *Entrenamiento en habilidades sociales, entre pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Nienow, T.M., Docherty, N.M., Cohen, A.S. y Dinzeo, T.J. (2006). Attentional dysfunction, social perception, and social competence: what is the nature of the relationship? *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 408-417.
- Norman, R.M., Malla, A. K., McLean, T.S., McIntosh, E.M., Neufeld, R.W., Voruganti, L.P. y Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *12*, 293–303.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *10*, 160-203.
- 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*, 29-39.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M.J., Snyder, K.S., Yee, C.M., Mintz, J. y Developmental (1992). Processes in schizophrenic disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin*, *18*, 387–425.
- Obeid, S., Kazour, G. y Kazour, F. (2012). Effet du programme intégratif de thérapies psychologiques sur les performances cognitives et les habiletés sociales de patients atteints de schizophrénie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *22*, 86-91.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J. y Haro, J.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del

- estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 477-489.
- O'Donohue, W.T. y Krasner, L.E. (1995). *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change*. Washington: American Psychological Association.
- Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Segarra, R., Ezcurra, J., Gutiérrez-Fraile, M. y Eguíluz, J.I. (2012). REHACOP: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis. *Revista de Neurología*, 54, 337-342.
- OrViz, S. y Lema, M. (2000). Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9, 117-126.
- Overall, J.E. y Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Page, L.M. (1936). *The modifications of ascendant behavior in preschool children*. Iowa City: University.
- Paino, M., Fonseca, E., Lemos, S. y Muñiz, J. (2013). *Evaluación del proceso de recuperación personal de la psicosis*. VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago.
- Paul, G.L. y Lentz, R.J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients*. Cambridge: Harvard University Press.
- Penadés, R. y Gastó, C. (2010). *El tratamiento de Rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.
- Penadés, R., Boget, T., Catalán, R., Bernardo, M., Gastó, C. y Salamero, M. (2003). Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 219-227.

- Penadés, R., Catalán, R., Puig, O., Masana, G., Pujol, N., Navarro, V., Guarch, J. y Gastó, C. (2010). Executive function needs to be targeted to improve social functioning with Cognitive Remediation Therapy (CRT) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *177*, 41-45.
- Penadés, R., Catalán, R., Salamero, M., Boget, T. y Puig, O. (2006). Cognitive Remediation Therapy in Chronic Schizophrenia: A Randomised and Controlled Study. *Schizophrenia Research*, *87*, 323-331.
- Penn, D.L. y Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *153*, 607-617.
- Penn, D.L., Mueser, K.T., Spaulding, W.D., Hope, D.A. y Reed, D. (1995). Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *21*, 269-281.
- Penn, D.L., Roberts, D.L., Munt, E., Silverstein, E., Jones, N. y Sheitman, B. (2005). A pilot study of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *80*, 357-359.
- Penn, D.L., Sanna, L.J. y Roberts, D.L. (2008). Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 408-411.
- Perona, S. y Cuevas, C. (1999). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos: 2. Estudios aleatorizados con grupos de control. *Apuntes de Psicología*, *17*, 249-274.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-Conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva Ediciones.

- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E. y Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Petryshen, P.M., Hawkins, J.D. y Fronchak, T.A., (2001). An evaluation of the social recreation component of a community mental health program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 293-298.
- Pfammatter, M., Junghanm, U.M. y Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions from Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 64-80.
- Phillips, E.L. (1978). *The social skills basis of psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., Orbach, G. y Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.
- Pinkham, A.E., Penn, D.L., Green, M.F., Buck, B., Healey, K. y Harvey, P.D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 813-823.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. y Engel, R.R. (2015). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Focus*, 2, 78-94.
- Poc, O.G., Iriondo, M.R., Ramírez, M.A.B., Burguera, J.M., García, A.A., Amilibia, B.E. y Magallón, M.J.S. (2010). Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas

- cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT). Cognitive rehabilitation in psychiatric serious disorders: application of the cognitive subprograms of the IPT. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30, 93-107.
- Poser, E.G. (1976). Strategies for behavioral prevention. En P.O. Davison (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp 35-53). New York: Brunner-Mazel.
- Putnam, R.D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6, 65-78.
- Rabin, S.J., Hasson-Ohayon, I., Avidan, M., Rozencwaig, S., Shalev, H. y Kravetz, S. (2014). Metacognition in schizophrenia and schizotypy: relation to symptoms of schizophrenia, traits of schizotypy and social quality of life. *The Israel Journal Psychiatry and Related Sciences*, 51, 44-53.
- Ramdoss, S., Machalieck, W., Rispoli, M., Mulloy, A. y Lang, R. (2012). Computer-based interventions to improve social and emotional skills in individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 15, 119-135.
- Rascón, M.L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., y Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*, 37, 239-246.
- Rathus, S.A. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 81-86.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4, 398-406

- Reeder, C., Smedley, N., Butt, K., Bogner, D. y Wykes, T. (2006). Cognitive predictors of social functioning improvements following cognitive remediation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 123-131.
- Reyes, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la Investigación psicoterapéutica temprana en la psicosis. *Arteterapia-Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, 2, 109-118.
- Rich, A.R. y Schroeder, H.E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Rinaldi, M. y Perkins, R. (2007). Implementing evidence-based supported employment. *Psychiatric Bulletin*, 31, 244-249.
- Roberts, D.L. y Penn, D.L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Research*, 166, 141-147.
- 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, 281-298.
- 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, 35-47.
- Robles, G.R., Medina, D.R., Flores, R.S. y Páez, A. (2007). Evaluación de habilidades sociales para el trabajo en pacientes con esquizofrenia: Validez y confiabilidad del autoreporte y la técnica de juego de roles. *Salud Mental*, 30, 27-32.

- Robles, H. y Peralta, M.I. (2006). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Pirámide.
- Roder, V. (2010). Integrated psychological therapy and integrated neurocognitive therapy. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment*, 177, 118-144.
- Roder, V., Brenner, H.D. y Kienzle, N. (2002). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm Für Schizophrene Patient*. Weinheim: Beltz.
- Roder, V., Brenner, H.D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel Psiquiatría.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007). *Terapia Psicológica Integrada de la Esquizofrenia*. Granada: Alborán.
- Roder, V., Mueller, D.R. y Schmidt, S.J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 71-79.
- Roder, V., Mueller, D.R., Mueser, K.T. y Brenner, H.D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 32, 81-93.
- Roder, V., Müller, D.R., Brenner, H.D. y Spaulding, W.D. (2010). *Integrated psychological therapy (IPT): for the treatment of neurocognition, social cognition, and social competency in schizophrenia patients*. Göttingen: Hogrefe Publishing.
- Roder, V., Zorn, P., Pfammatter, M., Andres, K., Brenner, H.D. y Müller, D.R. (2008). *Praxishandbuch zur Verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Bern: Huber.
- Rodríguez, A. y Betancor, V. (2007). La cognición social. En J.M. Cejudo (Ed.), *Psicología Social* (pp. 125-194). Madrid: McGraw Hill.

- Röhricht, F. (2014). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders—an overview. *Body Mov. Movement and Dance in Psychotherapy*, 10, 1-17.
- Romme, M. y Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Madrid: Fundación para la Investigación para el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Ruddy, R. y Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Library*. Cochrane Database Syst Rev20054:CD00372.
- Rudnick, A. (2005). Psychiatric leisure rehabilitation: conceptualization and illustration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 63-65.
- Ruiz Oyarzún, A.S. (2014). *Conexión entre arteterapia y esquizofrenia: un estudio de caso*. Doctoral dissertation, Universidad de Chile.
- Ruiz, J.C., García, S. y Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24, 137-155.
- Ruiz, J.C., García, S., Fuentes, I. y García-Merita, M. (2005). SPS: *A scale for the assessment of social perfection in schizophrenia*. 7° International Symposium on Schizophrenia. March 17 /18, Berna, Suiza.
- Rund, B.R. (1998). A review of longitudinal studies of cognitive function in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 425-435.
- Rus, M., Gutiérrez, J., Ortega, M., Ribas, J. y Caqueo, A. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 143, 327-336.

- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy: The direct approach to the reconstruction of personality*. New York: Creative Age Press.
- Sánchez, M. y Aldaz, A. (1996). Avances en la investigación de Habilidades Sociales y Esquizofrenia. En J.A. Aldaz, y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp. 135-149). Madrid: Siglo XXI.
- Sánchez, P. y Roca, M. (2014). Los tratamientos farmacológicos y la funcionalidad. En M. Roca (Coord.), *Manual Recuperación Funcional en la Esquizofrenia* (pp. 137-157). Madrid: Entheos.
- Sánchez, P., Peña, J., Bengoetxea, E., Ojeda, N., Elizagárate, E., Ezcurra, J. y Gutiérrez, M. (2014). Improvements in negative symptoms and functional outcome after a new generation cognitive remediation program: a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 707-715.
- Sánchez, S.I. (2007). El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. *Cuadernos Técnicos*. Madrid: AEN.
- Sanjuán, J., Prieto, L., Olivares, J.M., Montejo, A., Ferré, F., Mayoral, F., González-Torres, M.A., Bousoño, M. y Ros, S. (2003). Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 120-128.
- Santolaya, J.F. (1995). *Aportaciones del Entrenamiento en Habilidades Sociales al Tratamiento de la Esquizofrenia*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Schaub, A., Andres, K., Brenner, H.D. y Donzel, G. (1996). Entwicklung einer bewaltigungsorientierten Gruppentherapie für schizophrene Patienten. *Integrative Therapie der Schizophrenie*. Bern, 330-352.

- Schmidt, S.J., Mueller, D.R. y Roder, V. (2011). Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 41-54.
- Schwalbe, E. y Medalia, A. (2007). Cognitive dysfunction and competency restoration: using cognitive remediation to help restore the un-restorable. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35, 518-525.
- Segal, Z.V., Bieling, P.J., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., Bloch, R. y Levitan, R.D. (2010). Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256–1264.
- Segura, M. (1981). Cuestionario de habilidades sociales. En: Ficha de Evaluación Conductual, ponencia libre presentada en el Primer Congreso de la AETCO. (Congreso Fundacional de la Asociación Española de Terapia de Comportamiento). Málaga, 29 de Abril a 2 de Mayo.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M. y Barnes, T.R. (2000). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165–172.
- Seth-Smith, F. (1997). Four views of the image. En K. Killick y J. Schaverien (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis* (pp. 84-105). London: Routledge.
- Shewchuk, R., Richards, J.S. y Elliott, T. (1998). Dynamic processes in health outcomes among caregivers of patients with spinal cord injuries. *Health Psychology*, 17, 125-129.

- Shookner, M. (2002). *An inclusion lens: Workbook for looking at social and economic exclusion and inclusion*. Disponible en: http://WWW.phacaspc.gc.ca/canada/regiom/atlantic/publications/inclusion_lens/.
- Silverstein, M., Harrow, M. y Bryson, G. (1994). Neuropsychological prognosis and clinical recovery. *Psychiatry Research*, 52, 265-272.
- Silverstein, S.M. y Wilkniss, S.M. (2004). At issue: the future of cognitive rehabilitation of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 679-692.
- Silverstein, S.M., Menditto, A.A. y Stuve, P. (2001). Shaping attention span: an operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 247-257.
- Sitzer, D.I., Twamley, E.W., Patterson, T.L. y Jeste, D.V. (2008). Multivariate predictors of social skills performance in middle-aged and older out-patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 38, 755-763.
- Smith, T., Hull, J.W., McKain, S.J., Rattenni, L.A., Goodman, M., Anthony, D.A. y Kentros, M.K. (1996). *Community reintegration skills training for Hospitalized patients with schizophrenia: De-community re-entry program*. New York: American Psychiatric Association Annual Meeting.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation: Theory and practice*. New York: Guilford Press.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.

- Solórzano, H., Padrós, F. y González, V. (2011) Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia a través del IPT (Tratamiento Psicológico Integrado). *Uaricha Revista de Psicología*, 8, 91-105.
- Spaulding, W.D., Fleming, S. K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D. y Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 275-289.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Süllwold, L. y Herrlich, J. (1992). Providing schizophrenic patients with a concept of illness: An essential element of therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 129-132.
- Suslow, T., Schonauer, K. y Arolt, V. (2001). Attention training in the cognitive rehabilitation of schizophrenic patients: a review of efficacy studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 15-23.
- Tarrier, N. y Turpin, G. (1992). Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse. *British Journal of Psychiatry*, 161, 3-11.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davis, L., Palme, S. y Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarty, E., Morris, J. y Humphreys, L. (1999). Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 174, 303-307.

- Taylor, M. y Perera, U. (2015). NICE CG178 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management-an evidence-based guideline? *The British Journal of Psychiatry*, 206, 357-359.
- Thompson, G.G. (1952). *Child Psychology*. Boston: Houghton-Nifflin.
- Thornicroft, G., Bebbington, P. y Leff, J. (2005). Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 56, 1416-1422.
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holoway, F., Johnson, S. y Szmukler, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRiSM. Psychosis Study 10. *British Journal of Psychiatry*, 173, 423-427.
- Thorsen, A.L., Johansson, K. y Løberg, E.M. (2014). Neurobiology of cognitive remediation therapy for schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1-9.
- Tomas, P. (2009). *Entrenamiento cognitivo en la esquizofrenia*. Tesis doctoral. Universitat de València.
- Torres, A. y Olivares, J.M. (2005). Validación de la versión española de la Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 216-220.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E. y Fernández, J. (2007). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Tungpunkom, P. y Nicol, M. (2008). *Life skills programmes for chronic mental illnesses*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Turkington, D., Kingdon, D. y Weiden, P.J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 365-373.

- Twamley, E.W., Jeste, D.V. y Lehman, A.F. (2003). Rehabilitación profesional en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: Una revisión de la literatura y meta-análisis de ensayos controlados aleatorios. *El Diario de Enfermedad Nerviosa y Mental*, 191, 515-523.
- Tyson, P.J., Laws, K.R., Flowers, K.A., Mortimer, A.M. y Schulz, J. (2008). Attention and executive function in people with schizophrenia: Relationship with social skills and quality of life. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12, 112-119.
- Ücok, A., Cakir, S., Duman, Z.C., Discigil, A., Kandemir, P. y Atli, H. (2006). Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 256, 388-394.
- Ueland, T. y Rund, B.R. (2004). A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 70-74.
- Urizar, A.C. y Giráldez, S.L. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20, 577-582.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30, 61-71.
- Vallina, O. (1998). *Aplicación de la terapia psicológica integrada al trastorno esquizofrénico*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.
- Vallina, O. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia, En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.). *Manual de Rehabilitación del Trastorno mental Grave* (pp. 567-600). Madrid: Editorial Síntesis.

- Vallina, O. (2012). Intervención temprana en Psicosis. Un nuevo marco y oportunidad para la prevención de la psicosis. En M.A. Castejón y R. San Martín (Coords.), *Informe del Estado Actual de la Prevención en la Salud Mental* (pp. 45-83). Madrid: Centro de Rehabilitación Laboral “San Blas”.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.
- Van Lith, T., Fenner, P., Schofield, M., Pawson Q. y Morgan, M. (2009). *The Role of Art Making in Mental Health Recovery*. Melbourne: La Trove University.
- Varela, C. (1994). *Rehabilitación social de la esquizofrenia: aplicación transcultural de un programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Vargas, M.L. (2004). Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. *Revista de Neurología*, 38, 473-482.
- Vargas, M.L. (2007). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Rehabilitación Orientada a Cognits. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7, 127-134.
- Vaughn, C.E. y Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Vázquez, C. y Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Síntesis.

- Vella, G. y Solera, E.T. (2012). Desarrollo de un instrumento de observaciones en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del psicólogo*, 33, 148-156.
- Velligan, D.I., Kern, R.S. y Gold, J.M. (2006). Cognitive Rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 474-485.
- Ventura, J., Wood, R.C. y Hellemann, G.S. (2013). Symptom domains and neurocognitive functioning can help differentiate social cognitive processes in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 102-111.
- Verdugo, M.A. (2006). *Programa de habilidades sociales*. Salamanca: Amarú.
- Vizzotto, A.D., Buchain, P.C., Netto, J.H. y Elkis, H. (2015). Psychosocial Intervention in Schizophrenia. En I. Söderback (Ed.). *International Handbook of Occupational Therapy Intervention* (pp. 529-539). Berlin: Springer International Publishing.
- Vygotsky, L. (1931). “La prehistoria del desarrollo del lenguaje escrito”. *En Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Obras Escogidas, Tomo III. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Vygotsky, L. (1978). *Interaction between learning and development. Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Waller, D. (1996). *Group Interactive Art Therapy*. London: Routledge.
- Ward, L.M. y Russell, J.A. (1981). The psychological representation of molar physical environments. *Journal of Environmental Psychology*, 110, 121-156.

- Warner, R. (2010). Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist*, 34, 3-5.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr.
- Wedding, D., Boyd, M.A. y Niemiec, R.M. (2005). *Movies et Mental Illnes*. Goettingen: Hogrefe et Huber Publishers.
- Weisbrod, B.A., Test, M.A. y Stein, L.I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of general Psychiatry*, 37, 400-405.
- Williams, H.M. (1935). A factor analysis of Berne's social behavior in young children. *Journal of Experimental Education*, 4, 142-146.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.
- World Health Organization (2005). Atlas: Psychiatric Education and Training across the World 2005, Geneva: WHO. Disponible en www.who.int/mental_health/evidence/Atlas_training_final.pdf
- Wykes, T. y Reeder, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia*. Hove: Routledge.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A. y Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 421-427.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. y Tarrrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.
- Yamashita, K., Nomura, T., Ohyagi, Y., Taniwaki, T., Furuya, H., Kuwabara, Y. y Kira, J. (2005). A case of primary progressive multiple

- sclerosis with onset of memory impairment. *Rinsho Shinkeigaku*, 45, 351-356.
- Yao, G.Z., Geng, T. y Wan, Y. (2011). Preliminary evaluation on the efficacy of social skills training for inpatients with schizophrenia. *Chinese Mental Health Journal*, 2, 84-88.
- Zabala, A. e Iraurgi, I. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Una revisión. *Gogo Osasunaren Zientzietarako Erakundea*, 3, 29-41.
- Zanello, A., Perrig, L. y Huguelet, P. (2006). Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subjects. *Psychiatry Research*, 142, 67-78.
- Zarit, S., Reever, K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-54.
- Zubin, J. y Spring, B.J. (1977). Vulnerability a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ANEXOS

ANEXO I. SPR-CONECTA (SISTEMA DE PLANIFICACIÓN Y REGISTRO DEL PROGRAMA CONECTA)

1. Relacionados con el módulo HHSS-C (contexto clínico)
 - HRSP1 (Hoja de Registro del Sub-Programa 1)
 - HRSP2 (Hoja de Registro del Sub-Programa 2)
 - HRSP3 (Hoja de Registro del Sub-Programa 3)

2. Relacionados con el módulo HHSS-C (proyección filmográfica)
 - HP-EG (Hoja de Planificación filmográfica-CONECTA)
 - HR-P10 (Hoja de Registro filmográfica-CONECTA)
 - HR-PE (Hoja de Registro específico filmográfica-CONECTA)

3. Relacionados con el módulo HHSS-CR (contexto real)
 - PPHSS-CR (Plantilla de Programación del Contexto Real-CONECTA)
 - HOI: (Hoja de Registro Observacional *In situ*-CONECTA)
 - FRC (Formulario de Registro del Contexto-CONECTA)

4. Relacionado con el registro de las HHSS
 - HHSS-CONECTA (Formulario de Habilidades Sociales para el programa CONECTA)

5. Relacionado con la satisfacción en la realización del programa CONECTA
 - S-CONECTA (Formulario de Satisfacción del CONECTA)

Hoja de Registro del Sub-Programa CONECTA HRSP1

Nombre:	Edad	Fecha
---------	------	-------

A: antes de iniciar el tratamiento A: después de iniciar el tratamiento

Marcar lo que proceda

N	Pregunta o cuestión a plantear	SI	NO
1	¿Has estado alguna vez en un bar o cafetería solo?		
2	¿Te sientes preparado para dirigirte a un camarero, tu solo para solicitar algo?		
3	¿Te resulta difícil poder realizar el pago de la consumición, tu solo?		
4	¿Te pones nervioso cuando entras a un restaurante/cafetería que no conoces?		
5	¿Tienes que recurrir a ser acompañado siempre que vas a una cafetería/restaurante?		
6	¿Te gusta entrar a una cafetería/restaurante y poder pedir, tu solo, una consumición?		
7	¿Crees que es necesario para ti poder quedar con otra persona en una cafetería para hablar?		
8	Sabes cuánto cuesta un desayuno en una cafetería cercana.		
9	¿Crees que es de utilidad poder hacer uso de cafeterías/restaurantes para ti?		
10	¿Consideras que estás preparado para desenvolverte, sin dificultad, en una cafetería/restaurante?		

Observaciones:

Hoja de Registro del Sub-Programa CONECTA HRSP2

Nombre:	Edad	Fecha
---------	------	-------

A: antes de iniciar el tratamiento A: después de iniciar el tratamiento

Marcar lo que proceda

N	Pregunta o cuestión a plantear	SI	NO
1	¿Te desplazas habitualmente por tu municipio?		
2	¿Si te ves en apuros eres capaz de solicitar ayuda a una persona desconocida en la calle?		
3	¿Podrías desplazarte tu solo a otro municipio que no es el tuyo para visitar a alguien o realizar una gestión?		
4	¿Sabes utilizar un callejero?		
5	¿Te pones nervioso si tienes que desplazarte por otro municipio/pueblo/ciudad que no es la tuya?		
6	¿Te gusta pasear o realizar actividades en otro municipio?		
7	¿Crees que es necesario para ti poder realizar gestiones o desplazamientos a otros pueblos/ciudades o municipios?		
8	¿Sabes cuánto cuesta un billete de transporte público (guagua-autobús)?		
9	¿Crees que es de <u>utilidad</u> poder hacer uso de servicios comunitarios como podría ser una biblioteca, farmacia o una oficina de correos?		
10	¿Consideras que estás <u>preparado</u> para desenvolverte, sin dificultad, en un municipio que no es el tuyo?		

Observaciones:

Hoja de Registro del Sub-Programa CONECTA HRSP3

Nombre:	Edad	Fecha
---------	------	-------

A: antes de iniciar el tratamiento (A): después de iniciar el tratamiento

Marcar lo que proceda

N	Pregunta o cuestión a plantear	SI	NO
1	¿Has estado alguna vez en una agencia de viajes?		
2	¿Te sientes preparado para ir, tu solo, a una agencia de viajes y solicitar información sobre aspectos relacionados con unas posibles vacaciones o desplazamiento?		
3	¿Podrías planificar unas vacaciones para ir con otra persona y hacer las gestiones necesarias en una agencia de viajes o por internet?		
4	¿Te pones nervioso cuando estás en un establecimiento público como podría ser una agencia de viajes?		
5	¿Te pones nervioso cuando tienes que solicitar información a otra persona, por ejemplo si tuvieras que preguntar en una agencia de viajes?		
6	¿Te gustaría viajar para ir de vacaciones fuera de tu isla/provincia/comunidad?		
7	¿Crees que es necesario para ti poder realizar un viaje fuera de tu localidad (isla, comunidad, país)?		
8	¿Sabes cuánto cuesta un billete de avión a otra isla, por ejemplo a La Palma?		
9	¿Crees que es de utilidad poder hacer uso de servicios de una agencia de viajes?		
10	¿Consideras que estás preparado para desenvolverte, sin dificultad, en una agencia de viajes?		

Observaciones:

cine-conecta

Hoja de Planificación filmográfica

HP-EG

Título:

Nº	Elemento	Explicación	Observaciones
1	Temas	Significado global, mensaje que transmite	
2	Cinematografía	Atractivo visual, iluminación, paisajes, recreación.	
3	Ritmo	Movimiento, fluidez	
4	Sonido	Música, partitura, efecto de sonidos	
5	Ambiente	Tono, atmósfera	
6	Arte	Diseño de los escenarios, vestuario	
7	Diálogo	Comunicación	
8	Interpretación	Reparto, personajes	
9	Impacto	Conexión con la realidad	
10	Guión	Línea histórica, argumento	
11	Dirección	Calidad de la película en general	
12	Relación con el SP	Elementos o motivo por el que es seleccionada para el SP en cuestión	

cine-conecta

Hoja de Registro filmográfica

HR-P10

Nº identificación _____ Recurso _____ Fecha
 _____ SP _____ Película _____

A continuación se realizan una serie de preguntas o cuestiones relacionadas con la película que acaba de ser visionada. Se trata de contestar SI o NO a cada una de las 10 cuestiones. Es importante que no dejes sin contestar ninguna de ellas. Gracias por tu colaboración

Nº	Cuestión/pregunta	SI	NO
1	¿Has entendido la película?		
2	¿Te ha gustado?		
3	¿Volverías a verla?		
4	¿Encuentras relación con el tema central del SP?		
5	¿Te resulta útil para tu vida?		
6	¿La recomendarías a otra persona?		
7	¿Te has emocionado?		
8	¿Te has identificado (personaje, secuencia, escena)?		
9	¿Te has impresionado?		
10	¿Te sientes bien después de ver la película?		

cine-conecta

Hoja de Registro Especifica filmográfica

HR-PE (tutor)

Título de la película: *ENTRE COPAS* (SP1P “Entre Copas” de Alexander Payne (2001).)

1. ¿Dónde se desarrolla la acción? [San Diego, California, EEUU](#)



Nota: Imagen sujeta a *copyright*

2. ¿De qué color es el coche del protagonista? [Rojo](#).
3. En la escena donde el amigo le dice al protagonista que está deprimido, ¿dónde se encuentran? [En unbar de carretera](#).
4. Antes de pedir en el restaurante cuando están sentados en la mesa, ¿qué consultan? [Una carta](#).
5. ¿Qué quiere el amigo antes de casarse? [Mantener relaciones sexuales](#).

6. Cuando se encuentran en el restaurante y las chicas quieren hablar en privado ¿a dónde van las chicas? [Al servicio \(lavabo de mujeres\)](#).
7. ¿Qué se dice a sí mismo, el protagonista, cuando se encuentra frente al espejo? [Soy un “pringado” de mierda](#).
8. Cuando el protagonista va a un restaurante chino, ¿se encuentra solo o acompañado? [Solo](#).
9. El protagonista está solo, su amigo se va con la chica, ¿Dónde decide ir por la noche? [Aun bar](#). ¿Qué pretende? [Ver a la camarera](#). Y ¿cómo termina? [Borracho](#).
10. ¿Qué ocurre en la bodega y cuál es la razón de su estado de ánimo (frustrado)? [No le publican la novela](#).

**Plantilla de Planificación del Contexto Real-CONECTA
PPHSS-CR**

PSNIVEL		
Fecha::	Lugar:	Horario:
Profesionales:		Supervisión:
Propuestos: Asisten:		
Objetivos generales de la actividad:		
Planificación:		
Objetivos individualizados para cada uno de los participantes:		
Nombre/nº	Objetivo individual en contexto	
Observaciones:		

HOJA DE REGISTRO OBSERVACIONAL IN SITU

HOI

RECURSO PUNTUACION TOTAL

Identificación Fecha Sub-Programa Nivel

Escala: 0: ausencia/ no adecuada; 1: con dificultad/poco adecuada; 2: con ayuda/adecuada pero con supervisión; y 3: con dificultad/adecuada

M	MANEJO EN DESPLAZAMIENTO	VALORACIÓN
M1	Ropa adecuada	
M2	Aseso personal	
M3	Coordinación motora	
M4	Petición de ayuda/asesoramiento	
M5	Nivel atencional	
M6	Transporte publico	
M7	Puntualidad	
M8	Orientación espacio-temporal	
HIC	Habilidades de interacción con el contexto (físico)	
HICP	Habilidades de interacción con el contexto (personas)	
HII	Habilidades interpersonales intra-grupo	
VP	Variables para-lingüística, kinesia y proxemia	

Escala: Alta/muy alta; 1: media; y 2: baja/ajustada a la situación

A	Nivel de ansiedad/estrés en el contexto, en general	
---	---	--

Escala: Baja; 1: media; y 2: Alta/muy alta

SPO	Nivel de satisfacción percibida por el observador	
SPS	Nivel de satisfacción percibida por el sujeto	
MPO	Motivación percibida por el observador	
MPS	Motivación percibida por el sujeto	
AEF	Auto-evaluación funcional	

SP	SP1	SP2	SP3	SP4	SP5	SP6	SP7	SP8	SP9	SP10	SP11

Formulario de Registro del Contexto

FRC

N° o nombre..... Fecha

Sub-Programa..... Nivel.....

Descripción de la actividad (contexto)

.....

.....

Señale con una cruz (X) en el lugar (adjetivo) que mejor refleje lo que usted siente o sentido en ese lugar (véase contexto)

N°	adjetivo	Muy (1)	Poco (2)	Ni uno ni otro (3)	Poco (4)	Muy (5)	adjetivo
1	agradable						desagradable
2	silencioso						bullicioso
3	sencillo						complejo
4	atractivo						repulsivo
5	poblado						desértico
6	inmenso						diminuto
7	seguro						inseguro
8	confortable						incomodo
9	claro						oscuro
10	acogedor						inhóspito
11	grandioso						insignificante
12	tranquilo						intranquilo

A continuación señala con una cruz (X) la que creas conveniente

1.-Grado de satisfacción con la actividad propuesta:

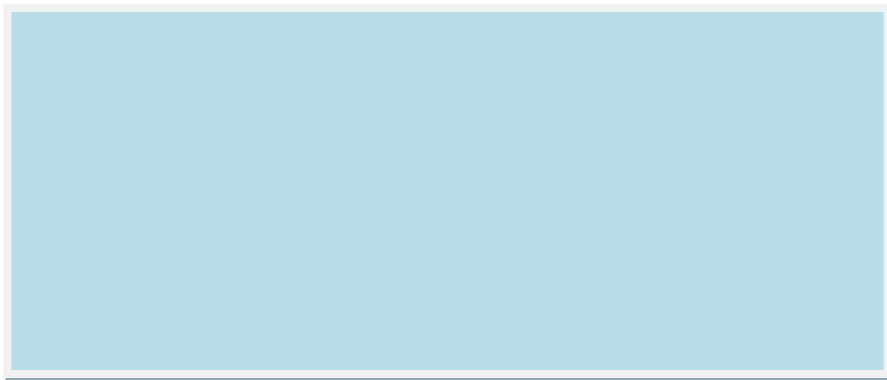
0 -insatisfacción	1 -término medio	2 -satisfacción
-------------------	------------------	-----------------

2.- Señala la opción que más se ajuste a tu deseo:

0 -no repetiría	1 -no sé qué hacer	2 -repetiría la actividad
-----------------	--------------------	---------------------------

Para completar la información que nos resulta de interés para conocer tus preferencias o simplemente lo que sientes en un con texto determinado te animamos a realizar las siguientes cuestiones.

1.- Dibujo del lugar o contexto, o de un objeto que te llamara la atención.



Dinos que es lo que más/menos te ha gustado de la actividad. Tu opinión es importante para poder mejorar. Gracias

2.- Lo que más me ha gustado:



3.- Lo que menos me ha gustado:



Formulario de HHSS del programa CONECTA

HHSS-CONECTA

Nombre o n°:

Fecha:

A continuación se presentan una serie de cuestiones donde usted tendrá que valorar según la escala. Las cuestiones son referidas a distintos aspectos relacionados con las habilidades sociales; es decir, hacen referencia a como se considera frente a una serie de situaciones que pueden suceder, suceden o han sucedido en el pasado (últimos 15 días). La valoración se refiere al momento actual y excluyendo el entorno familiar (padres, hermanos o personas muy cercanas).

Escala de valoración

1	Mucha dificultad
2	Dificultad
3	Poca dificultad
4	Sin dificultad

Si ha entendido las indicaciones puede comenzar, en caso de duda pregunte a la persona que le proporciona el cuestionario.

N°	Cuestión o pregunta	Valoración
1	Iniciar una conversación	
2	Mantener una conversación	
3	Cambiar o desviar el tema de una conversación	
4	Interrumpir una conversación	
5	Finalizar una conversación	
6	Expresar su opinión	
7	Rechazar una petición	
8	Defender sus derechos	
9	Afrontar las críticas de los demás	
10	Expresar el desagrado ante una situación o persona	
11	Expresar afecto por alguien o algo	
12	Interactuar en lugares públicos (como en una cafetería)	
13	Solicitar ayuda a personas ajenas	
14	Solicitar información a personas ajenas	

FORMULARIO SOBRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA CONECTA S-CONECTA

Nombre o n°:

Fecha:

1. ¿Piensas que haber asistido al grupo de entrenamiento en habilidades sociales te ha sido útil?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

2. ¿Te ha costado mucho esfuerzo hacer los ejercicios durante las sesiones?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

3. ¿Las personas que impartía el programa te han hecho sentirte bien?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

4. ¿Te han servido las actividades externas para relacionarte con los demás personas?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

5. ¿Crees que los ejercicios y actividades externas te han sido de utilidad?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

6. ¿El asistir al grupo de habilidades sociales ha cambiado tu forma de ver la enfermedad frente a las demás personas de tu entorno?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

7. ¿La información ofrecida ha sido la adecuada?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

8. ¿Crees que el programa te sirve para mejorar la relación social en tu vida diaria?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

9. ¿Te gustaría participar en un futuro en otros programas similares?

4 Mucho	3 Bastante	2 Poco	1 Nada
---------	------------	--------	--------

ANEXO II. CONECTA (TUTORIAL DEL PROGRAMA CONECTA)

PROGRAMA CONECTA (formato papel)

El presente tutorial está diseñado para facilitar la aplicación del programa CONECTA. Para realizar dicho programa se considera apropiado contar con un personal altamente especializado preferentemente de un Psicólogo/a Clínico (coordinador de programa), Psicólogo, Técnico de Integración o personal de formación similar y/o personal especializado en el área de la rehabilitación psicosocial. Dicho personal ha de estar “familiarizado” con las personas objeto de entrenamiento, conocer el programa y contar con una amplia experiencia con pacientes con TMG. Este programa puede aplicarse de forma independiente, pero se recomienda que forme parte de otros programas afines a la rehabilitación/recuperación psicosocial, con especial interés en programas de neurocognición y de cognición social.

El CONECTA, es un programa de habilidades sociales aplicable preferentemente a personas con esquizofrenia. Está adaptado a los contextos socio-comunitarios propios de la zona y cultura de las personas a las que va dirigido y tiene por objeto favorecer la intervención psico-social en contextos reales.

Se presenta en dos formatos:

1. Formato papel-Word (posibilidad de proyección)
2. Formato informatizado-Internet (en vías de desarrollo, con posibilidad de conexión internet)

La elaboración del programa en fase inicial se da a conocer por 1ª vez en las XIV Jornadas de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) en Tenerife, enero de 2010. Dicho proyecto se denominó Entrenamiento en Habilidades Sociales en Contextos Normalizados (EHSCN). Posteriormente se presenta dos años más tarde en Madrid en las XIX Jornadas de la AMSM (Asociación Madrileña de Salud Mental) en febrero de 2013. En dicha ocasión se expone la fase experimental informatizada del programa, donde adquiere su actual denominación: CONECTA (ver figura 1).

El programa puede ser impartido en formato papel, pero es recomendable utilizar la proyección en pantalla mediante aplicación del programa de texto Word, ya que facilita la intervención grupal y supone un considerable ahorro de papel. La versión informatizada aporta una serie de ventajas como la conexión a internet por medio de link, principalmente.

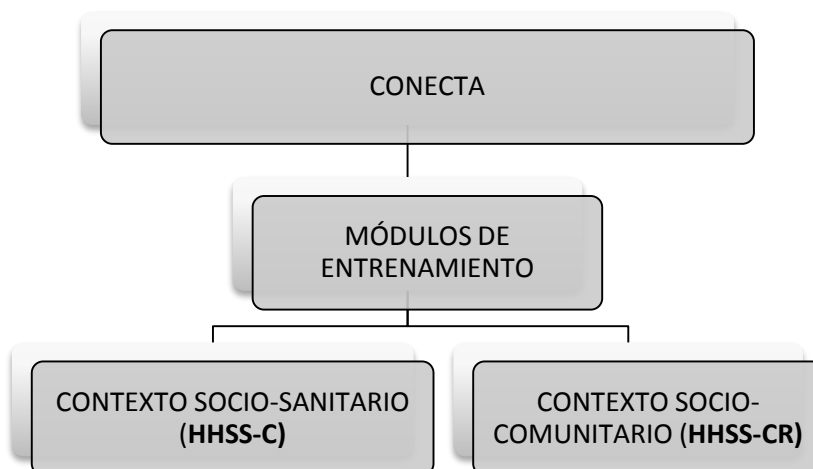
Figura 1: Imágenes de la presentación del programa CONECTA en la AMSM (2010)



El programa está diseñado para ser puesto en marcha desde los dispositivos clínico-asistenciales de rehabilitación psicosocial. Dentro de estos señalar los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) o similares como los más indicados por su perfil clínico y social, pero también puede ser adaptado a otros que tengan características similares, como por ejemplo los Centros Ocupacionales (CO), si reúnen las condiciones y el personal necesarios.

El programa CONECTA está dividido en dos módulos de intervención. Los módulos se diferencian en cuanto al entorno donde se va a desarrollar el plan de intervención. En el primero, que denominamos programa de Habilidades Sociales en Contexto (en adelante **HHSS-C**) se realiza en un **ámbito clínico (contexto socio-sanitario)**. El segundo, que denominamos programa de entrenamiento en Habilidades Sociales en Contexto Real (en adelante **HHSS-CR**) en un **ámbito natural o real (socio-comunitario)**, (ver figura 2).

Figura 2. Esquema de Los módulos del programa CONECTA



El programa CONECTA precisa ser realizado en formato grupal, con una media de 6 participantes (de 4 a 8) para el módulo de HHSS-C y en cuanto al módulo de HHSS-CR puede ajustarse en función de los participantes y del nivel de entrenamiento en el que se esté. En cuanto a los criterios de inclusión/exclusión quedan sujetos a la evaluación de los psicólogos clínicos, como coordinadores del plan de intervención.

A continuación se presenta un **breve esquema guía** con la secuencia de los contenidos del programa, actuando como línea conductora en este tutorial (ver tabla 1):

Tabla 1: Esquema guía del programa CONECTA

Esquema guía del plan de intervención (CONECTA)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Módulo de Habilidades Sociales en Contexto (HHSS-C) que consta de 3 Sub-Programas (SP1; SP2; SP3). 2. Módulo de Habilidades Sociales en Contexto Real (HHSS-CR), basado en los 3 Sub-Programas (SP) del HHSS-C y que consta de tres niveles cada uno (N1, N2, N3), con la excepción del SP2 al introducir un 4º nivel (N4).
Descripción (entrenamiento en contexto socio-sanitario) Módulo Habilidades Sociales en Contexto (HHSS-C).
Descripción (entrenamiento en contexto socio-comunitario) Módulo Habilidades Sociales en Contexto Real (HHSS-CR).
Descripción del protocolo de planificación y registro de actividades. Hojas de registro y planificación de las actividades del CONECTA (Protocolo de HPR-CONECTA)
Programación del plan de intervención en HHSS (CONECTA) <ul style="list-style-type: none"> • Duración • Secuencia • Medios necesarios • Implementación • Número de participantes

Antes de comenzar con la parte práctica, indicar que como norma general, para identificar cualquier elemento de intervención del programa CONECTA, primero se identifica el módulo (**HHSS-C; HHSS-CR**), después el Sub-Programa (en adelante SP) y en caso de encontrarnos en el HHSS-CR el SP y el Nivel (en adelante N). En el supuesto de que existan otros elementos de trabajo, se especifica el módulo seguido Sub-Programa específico y finalmente el elemento que se desea aplicar. Por ejemplo, si queremos aplicar la dinámica 1 (D1) dentro del programa de Habilidades Sociales en Contexto, la identificación sería HHSS-CSP1D1 (Bares y cafeterías, Gestión del tiempo) o simplemente SP1D1, y si nos situamos en el HHSS-CR correspondiente al de Habilidades Sociales en Contexto Real la identificación, para el mismo SP, sería HHSS-CRSP1N1 (Bares y cafeterías, Cafetería habitual) o simplemente SP1N1. Estas cuestiones se irán especificando con mayor precisión más adelante con el desarrollo del contenido del programa.

En la tabla 2 se puede apreciar lo expuesto anteriormente con mayor claridad gráfica, utilizando como referencia el Sub-Programa 1 (SP1) en HHSS-C y en general para el HHSS-CR.

Tabla 2: Módulos, Sub-Programas, áreas y secciones del programa

CONECTA		MÓDULOS	CONTENIDOS (Sub-Programas, áreas, secciones)
ENTRENAMIENTO	(HHSS-C)	Habilidades Sociales en Contexto	Sub-Programa 1, 2 y 3: (SP1, SP2, SP3) <i>Role-playing</i> y Modelado 1, 2 y 3: (SP1RP1; SP2RP1; SP3RP1). Dinámicas 1...: (SP1D1; SP1D2 ...). Película 1, 2 Y 3: (SP1P1; SP2P1; SP3P1).
	(HHSS-CR)	Habilidades Sociales en contexto Real	Sub-Programa 1, Nivel 1, 2 y 3: (SP1N1; SP1N2; SP1N3) Sub-Programa 2, Nivel 1, 2 y 3: (SP2N1; SP2N2; SP2N3) Sub-Programa 3, Nivel 1, 2 y 3: (SP3N1; SP3N2; SP3N3).

CONECTA

Antes de comenzar

El programa tiene previsto la utilización de entornos reales (calles, plazas, edificios, etc.) y el desplazamiento en transporte público a otros municipios, por lo que consideramos necesario informar a la persona que va a recibir entrenamiento de esta condición. En ocasiones es conveniente que un familiar también pueda recibir tal información. Esto se materializa mediante el documento de consentimiento (consentimiento informado). La implicación y participación familiar resulta de gran interés para el éxito del entrenamiento.

El consentimiento informado es un documento que han de conocer los usuarios del programa y que una vez aclaradas las dudas, sobre el propósito y contenido del mismo, han de firmar cada uno de los participantes. Es un requisito sin el cual no podría formar parte del programa, (ver figura 3).

Figura 3. Consentimiento informado

<p style="text-align: center;">PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: CONECTA</p> <p style="text-align: center;"><u>CONSENTIMIENTO INFORMADO</u></p> <p>Por la presente, reconozco que he sido debidamente informado/a de los propósitos que conlleva la ejecución del programa de habilidades sociales, denominado CONECTA. Por tanto, acepto formar parte del mismo como usuario del recurso al que he sido derivado para ser objeto de la instrucción necesaria, tanto en el ámbito teórico, como en las distintas prácticas que suponen el desplazamiento y realización de activida-</p>
--

des en el exterior del recurso. Igualmente, declaro que no padezco impedimento físico o psíquico que suponga un riesgo para la ejecución de dicho programa.

Fecha y lugar

Firma del participante Firma del familiar Firma del terapeuta

Momento de planificación y registro

Una vez aceptado el consentimiento informado se procede al registro inicial de aspectos de interés por medio de las Hojas de Registro de los distintos Sub-Programa (HRSP) de todos los Sub-Programas. Estos son realizados por los participantes para recoger información sobre cuestiones de interés para el desarrollo del programa. En relación a la dinámica del módulo HHSS-CR se hace uso de las hojas de planificación de la actividad *in situ* mediante el PPHH-CR y una vez finalizada cada actividad (nivel) se procede a cumplimentar la hoja de registro observacional HOI. En este módulo también vamos a utilizar el formulario FRC.

Estos soportes informativos permiten la planificación y registro de las distintas actividades realizadas en el programa de HHSS. Deben administrarse en el momento oportuno y de la forma más precisa posible, siempre bajo la supervisión del psicólogo clínico, coordinador del programa.

HRSP (Hoja de Registro de Sub-Programa CONECTA). Se administra de forma individual a todos los componentes del grupo de entrenamiento en HHSS antes de comenzar con el programa. Permite una primera apreciación de los conocimientos y acciones que ha realizado cada persona antes de la instrucción. El tiempo estimado de cada una de las Hojas de

registro es de aproximadamente 10 minutos, por lo que su totalidad llevaría media hora (HRSP1; HRSP2; HRSP3).

PPHSS-CR (Plantilla Programación Contexto Real-CO-NECTA). Permite facilitar la programación de la actividad y aporta información sobre aspectos de interés antes de su comienzo. Es cumplimentada por el psicólogo y el personal técnico que va a realizar el *in situ*. En dicha plantilla se determina la fecha de intervención, el lugar, horario, profesionales que intervienen, supervisión, personas propuestas inicialmente y asistentes al mismo. En otro apartado se recogen los objetivos generales, objetivos individualizados y finalmente se reserva un espacio para las observaciones que el técnico de integración registra una vez finalizada la intervención y que considera relevante para el psicólogo clínico con posibilidad de realizar ajustes en el plan de intervención individual.

FRC (Formulario de Registro del Contexto). Permite obtener información de la persona objeto de entrenamiento una vez finalizada la intervención *IN SITU*. Está basado en los estudios iniciales de **Mihnblian y Russell (1974)** sobre la dimensionalización del ambiente físico molar. Se trata de una adaptación a propósito de este programa de entrenamiento en HHSS y, se añaden una serie de cuestiones como la satisfacción, el deseo de repetir la actividad, los aspectos que más le han gustado de la actividad y las dificultades que ha sentido o percibido. Finalmente, se deja un espacio para que la persona pueda plasmar, por medio de un dibujo, el objeto o elemento que más le ha impactado.

HOI (Hoja de Registro Observacional *In situ*). Una vez realizada la actividad, el técnico de integración o personal supervisor de esta actividad cumplimenta la hoja de registro con la finalidad de reflejar la valoración del rendimiento de la actividad de cada uno de los participantes en un ambiente natural. Dicho hoja de registro es igual para todas las actividades

externas (*in situ*) del HHSS-CR. La información permite al psicólogo supervisar el desempeño de la actividad. En lo relativo a la **proyección de películas** que son parte del material utilizado en el módulo HHSS-C, se han establecido una hoja de planificación y dos hojas de registro.

En cuanto a la dinámica realizada mediante la visualización en grupo de una serie de películas que guardan relación con los distintos temas de los Sub-Programas, se han confeccionado una serie de hojas de trabajo que permiten planificar la actividad y recoger información de interés.

HP-PEG (Hoja de Planificación de filmografía). Pretende dar información de los aspectos técnicos de la película y los objetivos o razones por los que se ha seleccionado asociado al Sub-Programa en cuestión. La hoja de planificación consta de 12 elementos (tema, cinematografía, ritmo, sonido, ambiente, arte, diálogo, interpretación, impacto, guion, dirección, relación con el SP), es utilizado por el técnico para orientar la dinámica, tanto en su inicio como en su desarrollo. Su contenido se hace explícito por el técnico antes de la proyección y permite que los participantes realicen las preguntas que consideren necesarias para aclarar cuestiones relativas a la proyección del *film*. Para la realización de esta hoja de planificación es necesario que previamente el técnico visualice la película en cuestión.

HR-P10 (Hoja de Registro de filmografía) Esta hoja de registro está orientada a recoger información sobre una serie de cuestiones generales sobre gustos, emociones, deseos, etc. Consta de 10 cuestiones con respuesta SI/NO y se realiza una vez finalizada la actividad de forma individualizada.

HR-PE. (Hoja de Registro específica de filmografía) Esta hoja de registro es específica para cada una de las proyecciones. Se recoge información dada por los participantes sobre distintos aspectos de la película (argumento, escenas, etc.). Nos permiten apreciar el nivel atencional y otras variables cognitivas o en relación con las emociones.

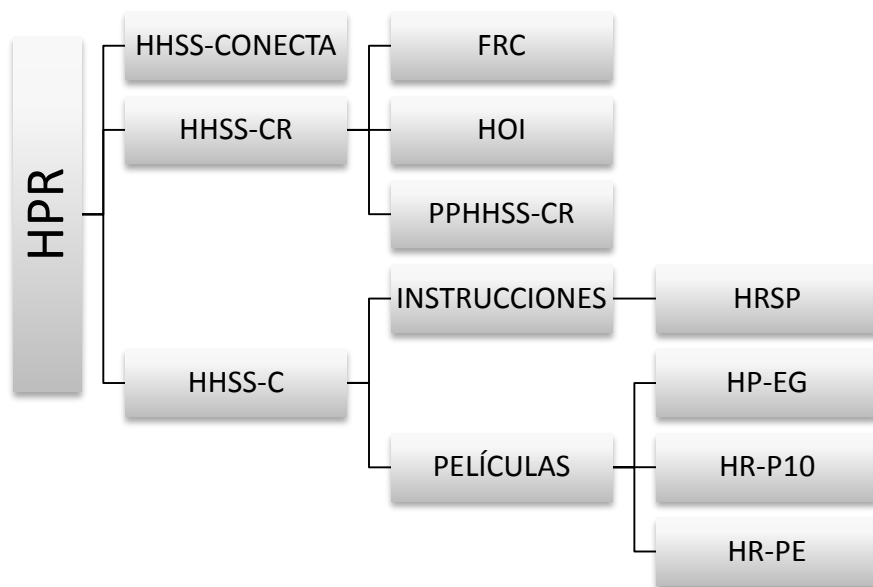
HHSS-CONECTA (Formulario de HHSS para el programa CONECTA)

Se trata de un cuestionario de 14 preguntas relacionadas con las habilidades sociales y donde la persona evaluada puntúa por medio de una escala tipo Likert (1 a 4), siendo la puntuación 1 la que indica “muchas dificultades” y el 4 “sin dificultades”, obteniéndose un rango que va de 14 a 56. El instrumento es una adaptación de distintos ítems que resultan de fácil corrección y aplicación para personas que pudieran tener dificultad para cumplimentar otros instrumentos que demanden mayor nivel cognitivo (atención, memoria, comprensión, etc.). Igualmente nos proporciona una puntuación global que facilita el contraste con otros instrumentos de evaluación de las HHSS. Puntuaciones altas en este cuestionario auto-aplicado indicarían buen ajuste social. La realización del cuestionario específico de HHSS tiene una duración media de 5 minutos.

Este cuestionario ha de ser administrado a los participantes previo al comienzo del programa CONECTA y se vuelve a suministrar una vez transcurrido 6 meses aproximadamente con la finalización del mismo o de un número determinado de Sub-Programas.

S-CONECTA (Formulario de satisfacción del CONECTA). Se trata de un formulario que ofrece información del grado de satisfacción y otros aspectos relacionados con la realización del programa CONECTA. Consta de 9 preguntas en la que se contesta mediante una escala de 1 a 4 en función del grado de acuerdo o desacuerdo con las cuestiones planteadas.

Figura 4: Protocolo compuesto de hojas de planificación y registro de las actividades del CONECTA (Protocolo de HRP)



El técnico ha de revisar que las hojas de registro utilizados estén bien cumplimentadas por los usuarios al comienzo y una vez finalizada la actividad, tanto en el HHSS-C como en el HHSS-CR. Pero cuando nos referimos al HHSS-CR tenemos que tener presente que el técnico actúa a su vez como observador y por tanto ha de registrar la información percibida una vez finalizada la actividad.

Cada persona objeto de entrenamiento contará con una **clave de identificación** que será facilitada por el psicólogo clínico y que será constante en todo el proceso y único elemento de identificación.

Desarrollo de los módulos HHSS-C y HHSS-CR

Módulo HHSS-C

El módulo HHSS-C, está formado por una parte instrucciones, seguido de un modelo/*role-playing*, dinámicas y películas relacionadas, (ver figura 5).

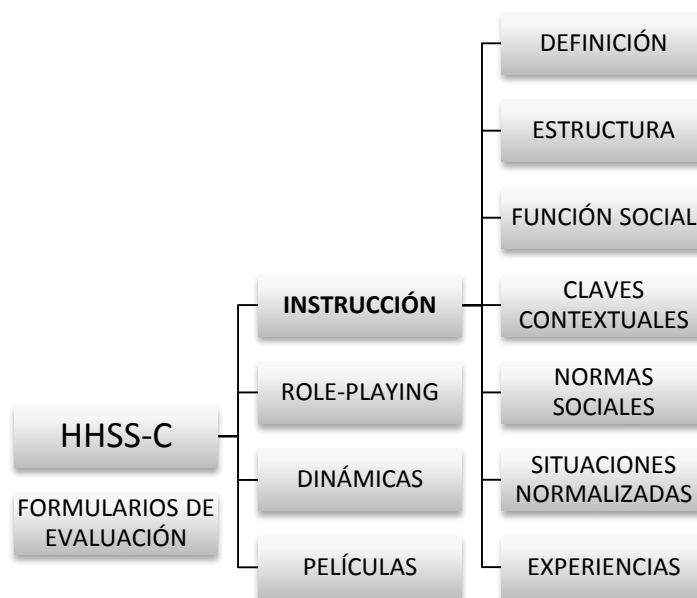
Se comienza con la parte instruccional, donde los participantes leen el contenido, realizando el técnico las explicación, aclaraciones y comentarios que considera oportunos y siempre bajo un concepto colaborativo. Esta parte de aprendizaje contiene una serie de secciones o capítulos como son: definición, estructura, función social, claves contextuales, normas sociales, situaciones normalizadas y experiencias.

Una vez situado en el módulo HHSS-C, seleccionamos el Sub-Programa que deseamos impartir. Se recomienda seguir el orden propuesto, pero este puede variar. Supongamos que comenzamos con el SP1 (bares y cafeterías).

La **parte instruccional** tiene sesiones de una duración aproximada de 45/90 minutos. Estas pueden hacerse de forma única o bien con un diseño de dos sesiones que permita avanzar más mediante un descanso de 15 a 30 minutos. Recomendable en la primera opción que se realice dos veces por semana y en la segunda opción una vez por semana.

La parte instruccional es leída por los participantes y apoyada mediante (esquemas, aclaraciones, sugerencias) por el técnico que también actúa como animador y motivador de la sesión teniendo presente las características individuales y del grupo.

Figura 5: Estructura del HHSS-C



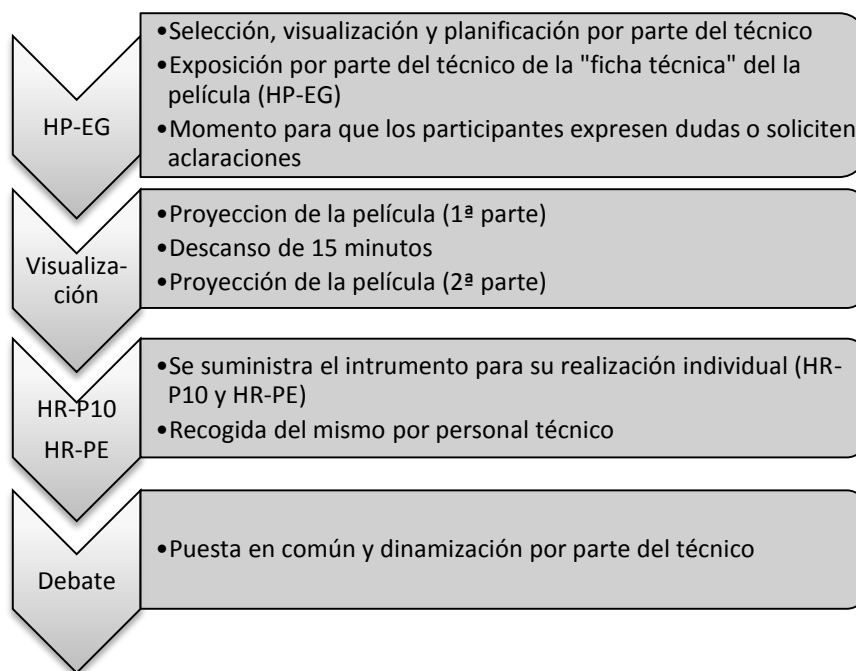
Dentro de la instrucción los capítulos o secciones identificadas como introducción, estructura, claves contextuales y normas sociales son más expositivas, pero al llegar a las situaciones normalizadas el técnico ha de plantear las distintas cuestiones y dejar que los participantes den respuestas, seleccionando la más acertada, sin que se deje de reforzar, sin llegar a confrontar la información dada. Se trata de que cada persona descubra la forma más adecuada de resolver la situación planteada. En cuanto a las experiencias, es un proceso inverso, son los participantes los que exponen sus experiencias relacionadas con el contexto, aunque para iniciar la intervención se lean los ejemplos impresos en el programa.

Una vez finalizada esta parte de la instrucción (formación) se procede **al modelado y al *role playing***. Estos se realizan siguiendo los principios de ambas técnicas de intervención terapéutica, por lo que es probable que requiera la ayuda del psicólogo y de otro técnico para escenificar las situaciones planteadas. El modelado y *role-playing* cuentan con textos ya definidos. Los participantes en el modelaje actúan como observadores y en el role playing tienen un papel más activo. Estos van cambiando de rol según la dinámica y características del grupo. Es posible que al principio sea algo rígido, pero conforme se avanza es probable que los participantes exploren respuestas y alternativas de sumo interés terapéutico. Se realiza en sesiones de 45/90 minutos, aunque puede ampliarse a 120 minutos si se introduce un tiempo de descanso. La frecuencia estimada es de una sesión por semana.

Una vez finalizado, se da paso a las distintas dinámicas. Si hay varias es conveniente seleccionar una o dos y comprobar que el material que requiere está actualizado. Estas se realizan en función de los aspectos que aborde, pero siempre están relacionados con los contenidos de la parte instrumental. La duración y frecuencia de las dinámicas es similar a las anteriores.

Por último entramos en la proyección de una película. Previamente se selecciona la que se desea ver y para ello se cuenta con el grupo previamente. Se planifica conforme a los instrumentos específicos y se procede según el esquema, (ver figura 6).

Figura 6. Instrumentos de trabajo relacionados con la proyección de películas del HHSS-CR, así como su formato de aplicación



Una vez finalizada el proceso anterior correspondiente a uno de los SP del HHSS-C, y antes de pasar al siguiente, comenzamos con el módulo HHSS-CR.

Módulo HHSS-CR

Es el módulo que pretende poner en práctica lo adquirido en un contexto real mediante la aplicación de distintos niveles del módulo HHSS-C (contexto socio-sanitario) en cada sub-programa.

Como se ha comentado, este ha de aplicarse siempre que se realice el SP del módulo HHSS-C previamente. Existe cierta flexibilidad que permite no esperar a que la parte instrucciones esté terminada para comenzar los distintos *In situ*.

Cada SP del HHSS-CR tiene asignado una serie de contextos socio-comunitarios jerarquizados en niveles por su dificultad. La temporalidad de los mismos podría ser de forma semanal y la duración es variable, ya que estaría en función del SP y del nivel seleccionado, pero en general supone una media de 4 horas (2 a 6 horas).

Al igual que en los módulos anteriores se realiza de forma grupal, pero los grupos son más reducidos (de 4 a 6 usuarios), aunque estos pueden verse aumentados en función del personal técnico de apoyo. En general, es conveniente que las salidas sean tutorizadas por dos personas.

Los *In situs*, como ya se ha señalado, constan de varios niveles:

- Nivel 1
- Nivel 2
- Nivel 3
- Nivel 4

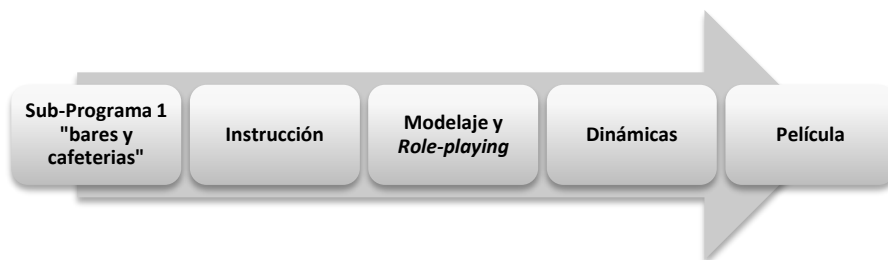
Específico del módulo HHSS-CR, es la realización de una serie de registro como ya se ha comentado.

Antes de comenzar las actividades *in situ* de cada SP y Nivel, ha de realizarse una planificación, la cual cuenta con los objetivos generales y específicos para cada uno de los participantes. Esta cuestión es cumplimentada por el psicólogo coordinador y el equipo que interviene en el aprendizaje.

- PPHH-CR (Plantilla de Planificación del HHSS-CR) que se realiza conjuntamente entre el equipo de intervención (psicólogo, técnicos, personal auxiliar voluntariado)

Una vez finalizados los tres niveles (cuatro niveles en caso del SP2) de intervención de un determinado SP, se volvería al módulo HHSS-C seleccionando un SP nuevo y se da comienzo de nuevo. A su finalización se continua con al HHSS-CR como ya se ha comentado y siempre respetando los niveles de menor a mayor intensidad (N1, N2 N3 y N4), (ver figura 7).

Figura 7. Niveles correspondientes al HHSS-CR



En general se puede optar por lo siguiente:

La aplicación del programa CONECTA incluye el asesoramiento técnico y terapéutico durante todo el desarrollo del programa y estará sujeto a ajustes puntuales, con el fin de optimizar los resultados y facilitar su aplicabilidad, (ver tabla 3).

Tabla 3. Implementación del programa CONECTA

Módulo HHSS-C. Comenzar con subprograma 1 y continuar en orden previsto.	a. Comenzar con subprograma, pasar al modelaje y con dinámicas. Finalizando con la actividad de película.
--	---

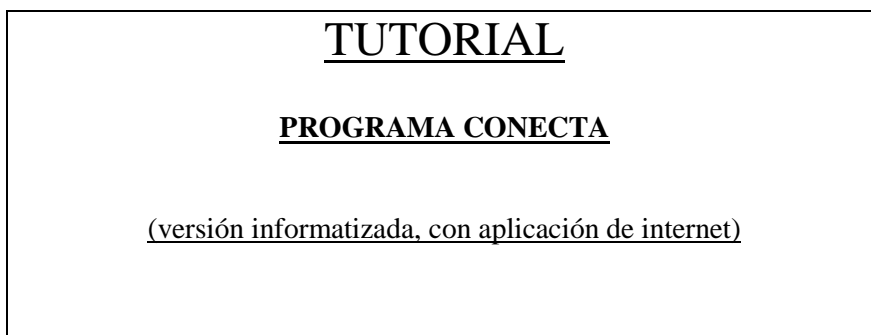
	b. Comenzar Sub-Programa intercalar dinámicas, finalizar con modelaje y película.
Módulo HHSS-CR. Realizar los niveles correspondientes a los Sub-Programa estos han finalizado.	Los niveles han de ejecutarse de forma escalonada, comenzando con el 1º nivel.
Módulo HPR. Se realiza en función del Sub-Programa (SP) en cuestión y objetivos que se estimen.	Seguir las instrucciones en cada situación.

Por último, se recoge de nuevo información del resultado programa con la Hoja de Registro SP (HRSP) y del formulario de opinión sobre aspectos ligados a la satisfacción con la realización del entrenamiento (C-Satisfacción).

El tiempo promedio de realización del programa (para los tres SP) es de aproximadamente 6 meses.

Previsto ampliar el número de SP, hasta alcanzar un tiempo aproximado de realización de 2 años.

Imágenes de pantalla de ordenador correspondientes al inicial del tutorial y del inicio del programa CONECTA



En relación a la versión informatizada del programa CONECTA y a modo de presentación en este anexo, solo se hace una PRESENTACIÓN del programa ya que se encuentra en periodo de mejora.

El programa está diseñado para ser impartido para colectivos con alguna alteración mental, especialmente psicosis. En principio, se implanta en los CRPS (Centros de Rehabilitación Psicosocial) del Puerto de la Cruz y posteriormente en el CRPS de La Laguna. Sin embargo, dadas las características del programa y de otros dispositivos o centros asociados a la recuperación en salud mental, también es aplicable a los Centros Ocupacionales. Todo material de instrucción requiere una serie de elementos para su ejecución:

- Soporte informático (ordenador y pantalla) con conexión a internet.
- Software del programa CONECTA.
- Curso de entrenamiento específico del programa.
- Trabajar en grupos.
- Espacio adecuado para impartir enseñanza grupal.
- Posibilidad de realizar salidas externas al centro.
- Población homogénea, en cuanto diagnóstico clínico.
- Facultades físicas y cognitivas que permitan desplazamientos y entendimiento del material a impartir.
- Personal especializado para la realización de las actividades.

El formato informatizado se presenta de forma interactiva, pudiéndose proyectar en pantalla y seleccionar los Sub-Programa y dentro de los mismo las distintas secciones. Esta modalidad no precisa de papel, salvo ciertas dinámicas que están identificadas. A diferencia de la versión en papel, utiliza una serie de link que permiten ampliar la información

mediante enlaces vía internet. En la siguiente figura se aprecia una de las pantallas de inicio del Programa CONECTA (ver figura 1).

Figura 1. Presentación visual de inicio del programa en vía de desarrollo del programa para HHSS: CONECTA

Programa Conecta
Programa de Habilidades Sociales en Contextos Normalizados

[INICIO](#) / [DESCRIPCIÓN](#) / [CUESTIONES A CONSIDERAR](#) / [PROGRAMAS](#)

El EHHSS en pacientes con psicosis, tiene por meta el adiestramiento sistemático de las habilidades necesarias para una interacción socio afectivo en contextos normalizados. Entendiendo por estos, aquellos entornos o escenarios donde los pacientes desenvuelven su vida y que coinciden con el entorno existencial de su comunidad de referencia. Por ejemplo: una cafetería, una entidad bancaria, biblioteca pública, una agencia de viajes, su ambulatorio o centro de salud, su hogar familiar, etc. Sabemos que la vulnerabilidad psicológica y biológica se agrava en estos pacientes, cuando la incidencia de acontecimientos vitales (personales, familiares, escolares, laborales, etc.) de gran impacto emotivo, se suman al nivel de estrés inherente a las variables socio-ambientales del contexto, precisando la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, comportamentales que permitan su afrontamiento. Para ello, se hace necesario partir (bajo un modelo cognitivo-conductual) de una programación estructurado como es el programa de Terapia Psicológica Integrada (Integriertes Psychologisches Therapieprogramm, IPT) de Volker Roder, Hans Dieter Brenner, Bettina Hodel y Norbert Kienzle (1996). Estos autores estructuran el programa terapéutico en 5 subprogramas:

1. Diferenciación cognitiva.
2. Perfección social.
3. Comunicación verbal.
4. Habilidades sociales.
5. Resolución de problemas interpersonales.

El programa de EHSN parte de este principio integrador de la acción terapéutica y por esta razón es por la que introduce nuevos elementos dentro del sub-programa (PT) de habilidades sociales, como la modalidad de entrenamiento en contextos normalizados, utilizando un entrenamiento en variables socio-ambientales y de interacción interpersonal a nivel de puesta en acción en exteriores con las consiguientes intervenciones in situ. Esta cuestión se verá con más detalle en el capítulo dedicado al módulo3 (M3). La fundamentación por la que se apuesta en este programa de habilidades sociales en contextos normalizados, está en la línea de los programas orientados al aumento de la funcionalidad y del procesamiento contextual de los sujetos objeto de dicho entrenamiento. Esta centrado en el aumento de la generalización y mantenimiento de lo adquirido.

ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: **CONECTA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, reconozco que he sido debidamente informado/a de los propósitos que conlleva la ejecución del programa de habilidades sociales, denominado CONECTA. Por tanto, acepto formar parte del mismo como usuario del recurso al que he sido derivado para ser objeto de la instrucción necesaria, tanto en el ámbito teórico, como en las distintas prácticas que suponen el desplazamiento y realización de actividades en el exterior del recurso. Igualmente, declaro que no padezco impedimento físico o psíquico que suponga un riesgo para la ejecución de dicho programa.

Por último, siendo consciente que dicho programa se realiza dentro de un contexto supervisado y con fines de rehabilitación/recuperación, doy mi autorización para que cualquier dato personal o que suponga soporte audiovisual pueda ser empleado, por el equipo responsable, con fines científicos o de investigación. Para ello, se respetaran los códigos y normas deontológicas que aseguren una buena praxis de la información y difusión, manteniendo en todo caso la privacidad.

Considero que han sido satisfechas las posibles dudas al respecto y estoy de acuerdo con formar parte del programa CONECTA.

Tenerife a de de 20.....

Firmado

Nombre

DNI

Recurso

ANEXO IV. CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES DE M. SEGURA (1981), ADAPTACIÓN

NOMBRE/Nº:	FECHA:
------------	--------

Lea cuidadosamente cada situación numerada y elija el comportamiento (1, 2, 3, 4) que mejor describa su forma de actuar en ella. Marcar con una cruz (X) la casilla de la izquierda.

P1	Hay una fiesta. Usted entra con intención de presentarse. Señale con una cruz el comportamiento que es habitual es usted:	
1	No interactuar (hablar) con nadie.	
2	Ir hacia ellos, sin mirarlos directamente y empezar a hablar de otra cosa, sin hacer lo que quería, que es presentarse.	
3	Pensar largo rato como podría acercarse y terminar por no hacerlo.	
4	Ir directamente, mirar a las personas y decir su nombre preguntando a continuación amablemente el suyo.	
P2	Hay un silencio que usted desea romper iniciando una conversación intrascendente que le permita contactar con la gente y pasar más agradablemente el tiempo:	
1	No puedo empezar una conversación.	
2	Me cuesta a empezar a hablar y cuando lo hago me siento nervioso y se nota lo forzado y difícil de la situación.	
3	Me es difícil encontrar el modo y el tema de que hablar y tras pensarlo bastante me callo y no comienzo ninguna conversación.	
4	Me es fácil empezar a hablar y encuentro con pensarlo casi el tema que me permite contactar con la gente.	
P3	En las conversaciones superficiales e intrascendente en las normalmente participo:	
1	Cuando hablo lo hago de tal forma que aburro a los demás y no resulto ameno ni interesante.	

2	Creo que lo que tengo que decir no interesa a los demás y decido callarme.	
3	No se me ocurre nada que decir y lo paso mal por no poder hablar con cualquier otro.	
4	Suelo hablar animadamente, con cualquier otro despertando, el interés unas veces y escuchando otras.	
P4	Conozco personas con las que me gustaría tener más amistad y hablar de temas más personales e íntimos:	
1	Si el otro (s) introduce ese nivel más personal yo me siento nervioso y no sé cómo seguir la conversación.	
2	No se me ocurre nada que lograra ese objetivo de tener conversación más íntima.	
3	Pienso en temas que lograrán este propósito pero no veo el momento de sacarlos, me bloqueo y sigo hablando de cosas.	
4	Lo consigo sin problemas, introduciendo en la conversación, en el momento oportuno temas que posibiliten mayor confianza e intimidad.	
P5	En situaciones o en momentos en que la conversación se hace más íntima y personal:	
1	No logro mantener una conversación personal e íntima, me resulta imposible abrirme de mis cosas y responder adecuadamente a la confianza que da el otro.	
2	Me pongo nervioso o ansioso porque la situación me resulta embarazosa y cuando respondo lo hago tenso y sin naturalidad.	
3	Me siento bien porque me suelo abrir a los otros y lo hago hablando largo y tendido sobre mis cosas.	
4	Me siento bien y hablo sin dificultad sobre mí mismo, mostrando interés por las confidencias del otro u otros.	
P6	En una conversación quiero coger la palabra para meter baza cuando está hablando otro:	
1	Pienso siempre en cómo.	
2	Pienso en cómo cortar al otro pero no encuentro la forma y acabo esperando que termine por sí mismo.	
3	Lo intento pero sin resultado, una y otra vez.	

4	Se hacerlo encontrando la forma y el momento oportuno para hablar.	
P7	Cuando en una conversación el tema que se trata no me interesa o no tengo mucho que decir sobre él, desearía cambiar a otro:	
1	Lo pienso mucho pero no logro meter baza en otro tema.	
2	Creo que el tema que yo saque no va interesar y prefiero callarme.	
3	Saco otro tema pero algo falla porque cae en el vacío y no lo siguen los demás.	
4	Lo hago sin problema consiguiendo que los demás se interesen y sigan mi nuevo tema.	
P8	Si tengo que hablar en público, por mi trabajo, un examen o simplemente porque en una conversación me constituyo en centro de atención durante un rato:	
1	Soy incapaz de hacerlo.	
2	Esto me pone nervioso y afecta mi forma de hablar (tartamudeo, me ruborizo...)	
3	Me bloqueo, me callo y si puedo evito la situación.	
4	No me importa ni me afecta y hablo como si me observaran.	
P9	Si tengo que pedir una información (horarios de trenes, documentos etc.):	
1	No me acerco y lo evito.	
2	Me acerco y lo pido pero noto que me pongo tenso y lo paso mal.	
3	Lo pienso mucho, lo voy dejando y si puedo, evito el hacerlo.	
4	Lo pido sin pensarlo dos veces y no me cuesta el hacerlo.	
P10	Si estoy en un grupo y tengo que pedir un favor (dinero, ayuda...):	
1	Casi nunca lo pido y me las arreglo solo como pueda.	
2	Para pedir el favor me preparo mucho, doy muchas explicaciones me siento culpable de que me ayuden.	

3	Me propongo a hacerlo pero no sé cómo y termino por no intentarlo.	
4	Expongo el motivo claramente y pido lo que necesito admitiendo que digan si o no a mi petición.	
P11	Cuando creo que sé da una situación injusta y que yo tengo derecho a pedir que cambie (puesto de trabajo, sueldo, respeto...):	
1	Lo pienso mucho y cuando al fin cuando una situación me hace saltar me descontrolo y me paso agresivamente.	
2	Intento exigir mis derechos pero me achoco y lo hago mal y no consigo nada.	
3	Sé que tengo derecho pero no me atrevo a exigirlo.	
4	Exijo los derechos sin agresividad pero con seguridad en lo correcto de mi petición.	
P12	Si me piden algo que yo no debo o no quiero hacer (un trabajo extra, dinero, salir con alguien...):	
1	Me siento culpable aunque sé que tengo derechos y razones para decir que no.	
2	No me atrevo a decir que no y hago cosas que no querría.	
3	Para decir que no me tengo que inventar excusas convincentes.	
4	Sé decir que no, sin ofender ni dar excusas falsas.	
P13	Si no estoy de acuerdo con alguien:	
1	No digo nada y evito la situación.	
2	Me paso exagerando el error provocando un incidente violento.	
3	Me trago mis opiniones sin atreverme a expresar otra postura.	
4	Sé criticarlo sin agresividad y adecuadamente y no me supone problema el hacerlo.	
P14	Si pretendo acercarme a otro (s) para expresar un afecto o elogio llamar por teléfono a un conocido o proponerle salir o hacer algo juntos:	
1	Trato de hacerlo, pero lo hago de tal forma que los resultados suelen ser malos.	

2	Me cuesta mucho y casi nunca soy yo quien avanza para acercarse a la gente.	
3	Es algo que hago con gusto y facilidad consiguiendo buenos resultados en la respuesta positiva de los otros.	
4	Siempre lo hago con gustos.	
P15	el hacer una caricia, broma o cualquier otro acercamiento y contacto físico hacia alguien que me agrada:	
1	No soy capaz de hacerlo con naturalidad.	
2	Quisiera hacerlo con naturalidad y con frecuencia pero si lo intento lo paso mal y me noto forzado y tenso.	
3	Lo hago sin pensar siempre que la situación me parece adecuada y lo deseo.	
4	Es algo que me resulta muy difícil y no suelo hacerlo espontáneamente.	
P16	Si tengo agresividad, desagrado, decepción y otros efectos negativos hacia alguien:	
1	Nunca soy capaz.	
2	No soy capaz de expresar lo que siento.	
3	Trato de expresarlo pero me descontrolo y digo o hago cosas que no quería.	
4	Le expreso lo que siento sin pensarme ni callarme.	
P17	Si alguien me expresa afecto, admiración o el deseo de un relación más estrecha:	
1	Siempre con mis respuestas pongo una distancia o freno a la otra persona aunque no sea esa mi intención.	
2	Me bloqueo, no sé qué responder y deseo huir de la siguiente situación.	
3	Con mi respuesta pongo una distancia o freno a la otra persona aunque no sea esa mi intención.	
4	Respondo adecuadamente con un sí o un no según y actitud hacia esa persona.	
P18	Si alguien me hace una caricia, broma o contacto físico:	
1	Me quedo enverado sin poder responder.	

2	Me distancio automáticamente aunque no lo desee expresamente.	
3	Generalmente respondo adecuada y naturalmente según mis deseos y actitudes hacia esa.	
4	Siempre respondo adecuadamente y naturalmente según mis deseos y actitudes hacia esa.	
P19	Si expresan agresividad, desagrado u otro sentimiento hacia mí:	
1	No respondo cómo quisiera, y solo después se me ocurre lo que debía haber dicho o hecho.	
2	Respondo con descontrol diciendo o haciendo lo que no deseo o debo hacer.	
3	Respondo satisfecho pero después tengo dudas.	
4	Me quedo satisfecho por decir o hacer aquello que expresa adecuadamente lo que quiero responder ante esa persona.	
P20	En situaciones en que desearía y resultaría adecuado informal y adecuadamente (bailar, cantar, gastar bromas, jugar...):	
1	No lo hago ni me interesa.	
2	No me atrevo a hacerlo aunque lo desee y vea que los demás a mí alrededor actúan envidiablemente.	
3	Tras pensarlo bastante me meto en la acción pero algo me impide disfrutar y sigo tenso y pendiente de lo que piensan de mí.	
4	Lo hago sin pensarlo y disfruto de la situación sin preocuparme de los demás.	

Sus respuestas a este cuestionario describen su comportamiento interpersonal. Si no es así, añada otras situaciones que sean ejemplo de mi conducta y completen los datos que sean recogidos en este cuestionario.

ANEXO V. ADAPTACIÓN DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA PARA HABILIDADES SOCIALES (CABALLO, 1987)

1.- Datos generales

Nombre o n° identificación	Edad	Sexo	Dirección
Teléfono	Ocupación	Estado civil	N° de hermanos/as
Orden n° de hermanos/as	Con quien vive actualmente	Observación 1	Observación 2

2.- Descripción física del paciente

3.- Observación conductual del paciente durante la entrevista (adecuación de diferentes elementos moleculares).

	Muy inapropiada		Normal		Muy apropiado		
	1	2	3	4	5	6	7
Mirada							
Expresión facial							
Sonrisas							
Postura corporal							
Orientación							
Gestos							

Automanipulaciones
Volumen de la voz
Tono e inflexión
Fluidez del habla
Tiempo de habla
Claridad
Contenido verbal
Sentido del humor
Apariencia personal

Elementos globales

		Muy inapropiada			Normal		Muy apropiado	
		1	2	3	4	5	6	7
Habilidad social								
Ansiedad general								
Atractivo físico								

Comentarios generales sobre los aspectos anteriores.

4	¿Descripción por parte del paciente de los problemas presentes y de los objetivos del tratamiento con sus propias palabras?	
---	---	--

5	¿Principales problemas además de la inadecuación social?	
---	--	--

6	¿Efectos de la disfunción social sobre el funcionamiento diario de la persona?	
---	--	--

7	¿Motivación para el tratamiento?	
8.1 Relaciones con el mismo sexo		
	¿Cuántos/as amigos/as íntimos tiene?	
	¿Tienes muchos/as amigos/as?	
	¿Cómo son estas relaciones?	
	¿Le es difícil conocer a gente nueva?	
	¿Cómo se comporta en esas ocasiones?	
	¿Cuánta gente nueva ha conocido	
	¿Cuánta gente nueva ha conocido en los dos últimas semanas	
8.2 Relación con el sexo opuesto		
	¿Cuántos/as amigos/as tiene?	
	¿Tiene muchos/as amigos/as?	
	¿Cómo son estas relaciones?	
	¿Le es difícil conocer a gente nueva?	
	¿Cómo se comporta en esas ocasiones?	
	¿Con cuántas personas del sexo opuesto ha salido durante el último año?	
	¿Tiene problemas para conseguir quedar? ¿Cuántas veces ha quedado en los dos últimos meses? ¿Con cuántas personas diferentes?	
8.3 Capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos hacia los demás		
	¿Tiene dificultad para expresar sentimientos positivos hacia los demás?	
	¿Cómo se siente al expresar esos sentimientos?	
	¿Qué piensa sobre la expresión de sentimientos positivos?	
	¿Cómo se comporta cuando los demás hacen que se sienta frustrado o enfadado?	
	¿Expresa normalmente sus sentimientos de molestia a los demás?	

¿Se muestra agresivo/a hacia los demás?	
8.4 Defensa de los propios derechos	
¿Hace valer sus derechos hacia los demás normalmente?	
¿Cree que la gente se aprovecha de Vd.?	
¿Hay algunas situaciones en las que le sea muy difícil defender sus derechos?	
8.5 Manejo de críticas	
¿Le critican a menudo?	
¿Le afectan muchos las críticas?	
¿Cómo reacciona a las críticas?	
8.6 Hacer y rechazar peticiones	
¿Puede, sin dificultad, pedir favores a los demás?	
¿Hay situaciones en las que le es muy difícil pedir favores?	
¿Qué piensa cuando le va a pedir algo a alguien?	
¿Tiene normalmente éxito en sus peticiones?	
¿Es capaz de resistir la presión de los demás para que se comporte de una manera contraria a sus creencias?	
¿Es capaz de rechazar peticiones poco razonables provenientes de amigos/as?	
¿Y de superiores? ¿Qué piensa que sucedería en el caso de rechazar peticiones poco razonables con esas personas? ¿Cómo negocia los tira y afloja con miembros de su familia? ¿Y con sus amigos/as? ¿Y en las relaciones laborales?	
8.7 Hacer y recibir cumplidos	
¿Tiene problema para hacer cumplidos a otra persona?	
¿Y para mostrar aprecio a alguien que ha hecho algo por la Vd.?	
¿Cómo reaccionaría a la alabanza?	
8.8 Interacción con figuras de autoridad	

¿Le causan temor o ansiedad las figuras con autoridad?	
¿Es capaz de enfrentarse a una figura de autoridad?	
¿Cómo se comporta al relacionarse con una persona con autoridad?	
¿Qué piensa cuando tiene que relacionarse con un superior?	
8.9 Interacción con miembros de la familia	
Relación con hermanos y hermanas en el pasado	
En el presente	
Relación con los padres en el pasado	
En el presente	
¿Qué piensa de su familia?	
8.10 Interacciones con compañeros/as de trabajo y/o clase	
¿Cómo son sus relaciones con sus compañeros/as de trabajo/clase?	
¿Cómo le gustaría que mejorasen?	
8.11 Situaciones de grupo	
¿Cómo se comporta en una situación de grupo?	
¿Habla normalmente en una situación de grupo?	
¿Teme lo que piensen las otras personas del grupo cuando habla Vd.?	
8.12 Situaciones de hablar en grupo	
¿Le es difícil hablar en público?	
¿Le impide la ansiedad hablar en público?	
Si tuviera que hablar en público, ¿Qué pensamiento le vendría a la cabeza?	
8.13 Iniciación de interacciones sociales	
¿Tiene dificultad para empezar conversaciones?	
¿Y en mantenerlas?	
¿Cómo inicia conversaciones con sus iguales?	

Grado de ansiedad antes de iniciar la conversación (1-10) ¿Qué piensa cuando va a iniciar una conversación?	
8.14 Mantenimiento y desarrollo de interacciones sociales	
¿Qué hace para desarrollar y mantener una amistad con personas del mismo sexo?	
¿Y del sexo opuesto?	
¿Le duran mucho sus amistades?	
¿Qué importancia tiene Vd. el mantenimiento de relaciones sociales?	
8.15 Exposición de opiniones	
¿Suele expresar sus opiniones?	
¿Entienden los demás lo que quiere comunicar?	

9	Estimación subjetiva de su habilidad social (1-10). De su ansiedad social (1-10)	
---	--	--

10	Cogniciones disfuncionales relacionadas con el funcionamiento social	
----	--	--

11	Conocimiento sexual, experiencias y temores	
----	---	--

12	Situación de vida actual con referencia especial a contactos sociales potenciales	
----	---	--

13	Descripción de un día típico con referencia particular a contactos sociales	
----	---	--

14	Empleo actual y situación educativa	
----	-------------------------------------	--

15	Intereses y actividades de ocio agradables	
----	--	--

16	Obstáculos para el funcionamiento social efectivo	
----	---	--

17	Historia	Historia
17.1	Descripción del período de comienzo de las dificultades sociales (anotar si las dificultades han sido crónicas)	
17.2	Educación	
17.3	Historial laboral	
17.4	Antecedentes familiares	
17.5	Antecedentes de salud	
17.6	Descripción del período de salud de mejor funcionamiento social	
17.7	Descripción del período de peor funcionamiento social	

ANEXO VI. ESCALA REDUCIDA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (SFS) – ADAPTACIÓN

Nombre o n°:	Fecha:
--------------	--------

A continuación se presentan una serie de frases donde usted ha de señalar la frecuencia con la que crea más ajustada a su vida. Gracias por su colaboración.

N	Frase	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
1	¿Con qué frecuencia sale de casa? (Por cualquier razón).				
2	¿Cómo reacciona ante la presencia de extraños?				
3	En estos momentos, ¿Le resulta fácil o difícil hablar con la gente?				
4	Exposición / museo / artesanía				
5	Ir a fiestas / romerías/actuaciones musicales.				
6	Discotecas / Pub / bar de copas				
7	Asistir a alguna actividad de la iglesia o religiosa.				
8	Lavar la propia ropa.				
9	Utilizar dinero.				
10	Disponer y administrar el propio dinero.				
11	Cocinar para sí mismo.				
12	Fregar los platos etc.				
13	Arreglar cosas (bici, coche, etc.).				

En las siguientes cuestiones ha de responder de forma afirmativa o negativa según considere.

Nº	Frase	Sí	No
14	Tiene usted en estos momentos un empleo regular (incluye terapia ocupacional, rehabilitación o cursos de reciclaje).		
15	¿Está usted dado de baja como incapacitado laboralmente? (no se refiere a recibir pensión de discapacidad o).		

Gracias por su participación

Ítems de 1 al 13	valor	Ítems 14	valor
Nunca	0	Si	1
Raramente	1	No	0
A veces	2	Item 15	valor
A menudo	3	Si	0
		No	1

ANEXO VII. ESCALA MULTIDIMENCIONAL DE LA EXPRESIÓN SOCIAL, PARTE MOTORA (EMES-M) - ADAPTACIÓN

Nombre o n°:	Fecha:
--------------	--------

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúas normalmente. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una cruz en la casilla apropiada, según tu propia elección. A continuación podrás ver una escala donde hay una correspondencia entre la valoración que tú puedes hacer (siempre, habitualmente, de vez en cuando, raramente y nunca) y una serie de números. Por ejemplo, si nos plantean la pregunta número 1. *Cuando personas que apenas conozco me hablan, intento minimizar la situación*, quitando importancia al hecho por lo que soy alabado si consideras que tu forma de actuar es siempre de esa manera pondrías la cruz en el número 4 si, es de vez en cuando pondrías el número 2 y si es nunca o muy raramente pondrías la cruz en la casilla correspondiente al 0. Para cualquier dificultad o duda consulta para su aclaración.

Nunca o muy raramente	Raramente	De vez en cuando	Habitualmente o a menudo	Siempre o muy a menudo
0	1	2	3	4

Nº	Pregunta	0	1	2	3	4
1	Cuando personas que apenas conozco me hablan, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por lo que soy alabado.					
2	Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy incapaz de decirle que no.					
3	Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos me resulta difícil decir que no.					
4	Evito hacer preguntas a personas que no conozco.					
5	Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo.					
6	Si un amigo o amiga me interrumpe en medio de una importante conversación, no le pido que espere hasta que haya acabado.					
7	Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decírselo.					
8	Si un amigo/a a quien he prestado 10 Euros parece haberlo olvidado, no se lo recuerdo.					
9	Me resulta difícil que mi pareja se sienta bien, alabándola.					
10	Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.					
11	Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.					
12	Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto no les digo que se callen.					
13	Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz decirle que no.					
14	Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.					
15	Me reservo mis opiniones.					
16	Soy extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás.					
17	Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado/a, no intento de manera activa conocerla.					
18	Me resulta difícil hablar en público.					

19	Soy incapaz de expresar desacuerdo a mi pareja.					
20	Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez.					
21	Me resulta difícil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco.					
22	Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que no.					
23	Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as.					
24	Si un amigo o amiga traiciona mi confianza no expreso claramente mi disgusto a esa persona.					
25	No expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.					
26	Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.					
27	Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor o persona que lo dirige hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expresaría mi propio punto de vista.					
28	Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, no se lo hago saber claramente.					
29	No soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido.					
30	Si en un restaurante me sirven comida que no está a mi gusto no me quejo de ello al camarero.					
31	Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco solo ligeramente.					
32	Cuando he conocido a una persona que me agrada, no le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.					
33	Si estoy enfadado con mis padres no se lo hago saber claramente.					
34	No expreso mi punto de vista aunque sea popular.					
35	Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos no le busco enseguida para poner los puntos sobre las íes.					
36	Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.					
37	Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores.					

38	Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.					
39	Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, no le pido claramente explicaciones.					
40	Dudo en solicitar citas por timidez.					
41	Me resulta difícil dirigirme y comenzar una conversación con un superior.					
42	Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer.					
43	Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir.					
44	Hago la vista gorda cuando alguien se cuele delante de mí en una fila.					
45	Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta.					
46	Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.					
47	No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.					
48	Si me doy cuenta que me estoy enamorando de alguien con quien salgo, no expreso estos sentimientos a esa persona.					
49	Si un familiar me critica injustamente expreso mi enojo espontánea y fácilmente.					
50	Me resulta difícil aceptar cumplidos provenientes de otras personas.					
51	Me rio de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.					
52	Cuando me alaban no sé qué responder.					
53	Soy incapaz de hablar en público.					
54	Soy capaz de mostrar afecto hacia un miembro del sexo opuesto.					
55	En las relaciones con mi pareja es ella/él quien lleva el peso de las conversaciones.					
56	Evito pedir algo a una persona cuando esta se trata de un supervisor.					
57	Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, no le expresaría claramente mi malestar.					

58	Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí no llamo su atención al respecto.					
59	Me resulta difícil hacer cumplidos o alabar a un miembro del sexo opuesto.					
60	Cuando estoy en un grupo tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.					
61	Me resulta difícil mostrar afecto hacia otras personas en público.					
62	Si un vecino del sexo opuesto a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de casa y me pregunta la hora, no tomaría la iniciativa en empezar una conversación con esa persona.					
63	Soy una persona tímida.					
64	Me resulta difícil mi enfado cuando hace algo que me molesta.					

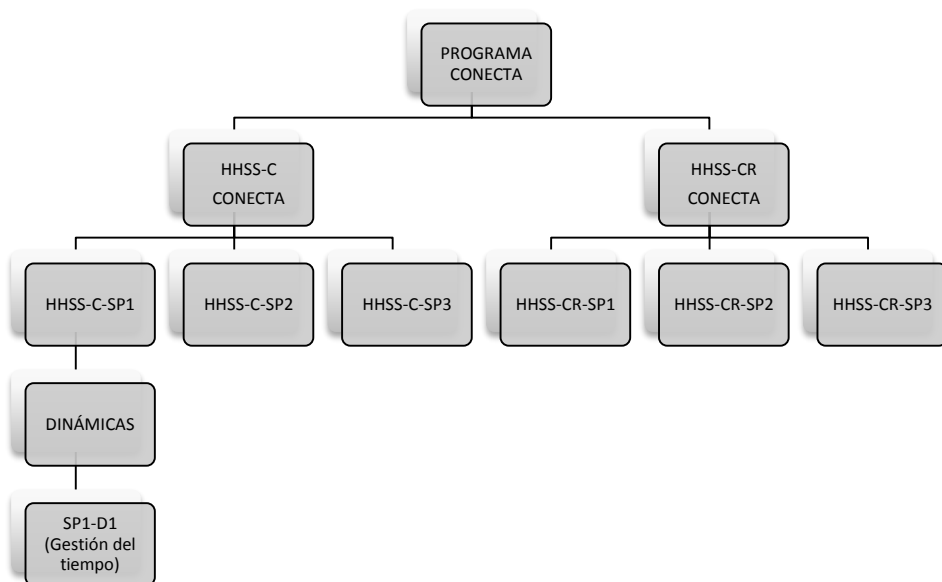
Nunca o muy raramente	Raramente	De vez en cuando	Habitualmente o a menudo	Siempre o muy a menudo
0	1	2	3	4

Puntuación total

ANEXO VIII. PROGRAMA CONECTA (PRESENTACIÓN EN DVD)

El programa de Habilidades Sociales (HHSS) que denominamos CONECTA consta de dos módulos de intervención: HHSS-C y HHSS-CR.

Para acceder a su contenido, en esta presentación, se consigue accediendo directamente a cada uno de los ficheros de forma independiente, facilitando su visualización en función de la etapa del proceso de aprendizaje que se desee. Por ejemplo: si deseamos iniciar el Sub-Programa 1 (SP1) del módulo HHSS-C accedemos a los ficheros que contiene dicho módulo de intervención (HHSS-C- CONECTA) y dentro de este al HHSS-C-SP1. Una vez situados podemos iniciar el aprendizaje en la fase que nos interese. Suponiendo que estamos en las “Dinámicas”, abriendo el fichero se nos despliega el menú correspondiente y así elegir una en concreto (SP1-D1 “Gestión del tiempo), un dinámica en presentación de *power point*. En el esquema que se presenta a continuación se aprecia el proceso.



Ref: Presentación de programa CONECTA, en DVD